

# Nadie se rescata solx

*En defensa de un abordaje integral,  
territorial y comunitario de los  
consumos problemáticos de sustancias*

JIMENEZ, CAMILA MARÍA  
JIMENEZ BUSTOS, MARTINA  
TOLEDO, GUADALUPE ANDREA





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

## **Nadie se rescata solx**

En defensa de un abordaje integral, territorial y comunitario  
de los consumos problemáticos de sustancias

**Autoras:**

Jimenez, Camila Maria  
Jimenez Bustos, Martina  
Toledo, Guadalupe Andrea

Intervención Pre-profesional,  
docentes:  
Lic. Gamboa Fernández Mariana  
Lic. Bustos Maira

Seminario de Orientación Temática,  
docente:  
Lic. Decca Eugenia

Seminario de Sistematización y  
Redacción,  
docente:  
Lic. Balcazar Fani Elisa

Red Puentes Argüello  
**Ciudad de Córdoba, 2023**

## **Agradecimientos**

A nuestras familias,  
que con más o menos cercanía  
nos abrazaron en el camino

A nuestrxs amigxs,  
incansables sostenes

A nuestrxs vínculos  
que permanecieron ansiando a la par  
este momento

A la Universidad Nacional de Córdoba,  
y en especial a nuestra admirada  
Facultad de Ciencias Sociales,  
que nos alojó muchos años  
y nos permitió refugiarnos  
en los conocimientos compartidos

A la Red Puentes,  
nuestros cálidos y sinceros abrazos  
Sin su apertura, nada de esto sería posible.

A todo lo que nos inspira a sumergirnos  
en las luchas sociales,  
en los derechos por conquistar  
y en los márgenes que el sistema  
expulsa de su interés

## Índice

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| <b>Introducción</b> ..... | p.5 |
|---------------------------|-----|

### **CAPÍTULO I: Construyendo el campo de los consumos problemáticos: paradigmas, cambios y actualidades**

|   |      |
|---|------|
| 1.1 Un cambio de paradigma: hacia un enfoque de derechos.....                               | p.9  |
| 1.1.1 Sobre el paradigma de derechos y el asistencialista-tutelar.....                      | p.9  |
| 1.1.2 Tensiones y contradicciones: coexistencia de paradigmas.....                          | p.12 |
| 1.2 La construcción social del consumo problemático de sustancias.....                      | p.14 |
| 1.2.1 Consumismo en la sociedad actual.....   | p.16 |
| 1.2.2 Los modelos de abordaje del consumo de sustancias.....                                | p.17 |
| 1.3 El abordaje integral, comunitario y territorial.....                                    | p.19 |
| 1.3.1 Vulnerabilidades: la prevención desde las lógicas de cuidado y<br>acompañamiento..... | p.20 |
| 1.3.2 Estereotipos ligados al consumo de sustancias.....                                    | p.23 |

### **CAPÍTULO II: Un Estado presente junto a una comunidad organizada: En defensa de un abordaje integral, territorial y comunitario**

|  |      |
|--|------|
| 2.1 El escenario actual del campo problemático: articulación estatal, provincial y<br>municipal..... | p.27 |
| 2.1.1 La Red Federal: los lineamientos de la Sedronar.....   | p.27 |
| 2.1.2 Los abordajes en la Provincia .....  | p.29 |
| 2.1.3 El trabajo en red en la ciudad de Córdoba.....   | p.32 |
| 2.2 Lo territorial y comunitario como eje de transformación.....                                     | p.33 |
| 2.2.1 La implicancia de la comunidad en la Salud Mental.....   | p.35 |
| 2.2.2 Caracterización del territorio: conociendo barrio Argüello.....                                | p.37 |
| 2.3 “Nadie se rescata solx”: La organización social Red Puentes .....                                | p.40 |
| 2.3.1 Nuestro dispositivo de intervención: la casita de Argüello.....                                | p.42 |
| 2.3.2 Calando hondo: dimensiones del abordaje integral.....  | p.45 |

### **CAPÍTULO III: Andares y pensares en nuestro camino por el dispositivo: la importancia de habilitar la palabra**

|   |      |
|---|------|
| 3.1 ¿Quiénes son ellxs? La voz de lxs protagonistas.....          | p.50 |
| 3.1.1 Un acercamiento al concepto usuarix de la salud mental..... | p.50 |

|  |      |
|--|------|
| 3.1.2 Presentando a lxs usuarixs de la casita Puentes.....             | p.52 |
| 3.2 Nuestro objeto de intervención .....                               | p.59 |
| 3.2.1 ¿Qué entendemos por subjetividad/procesos de subjetivación?..... | p.60 |
| 3.2.2 Estrategias de intervención.....                                 | p.62 |
| 3.3 Experiencias en la construcción de subjetividades.....             | p.65 |
| 3.3.1 Ser trabajadorx de la economía popular.....                      | p.66 |
| 3.3.2 Ser trabajadorx y usuarix de la Salud Mental .....               | p.68 |
| 3.3.3 Hallazgos: un análisis desde las subjetividades.....             | p.69 |

#### **CAPÍTULO IV: Desafíos del Trabajo Social en un campo emergente**

|  |      |
|--|------|
| 4.1 El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental.....                                | p.72 |
| 4.2 Nuestro rol en el dispositivo de salud Red Puentes.....                              | p.74 |
| 4.3 En defensa de las políticas públicas sobre consumos problemáticos de sustancias..... | p.78 |
| 4.3.1 Lo cosechado hasta el momento.....   | p.79 |
| 4.3.2 Lo que falta por cosechar.....   | p.81 |

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| <b>Reflexiones finales</b> ..... | p.84 |
|----------------------------------|------|

|  |      |
|--|------|
| <b>Referencias bibliográficas y fuentes documentales</b> ..... | p.86 |
|--|------|

|                     |      |
|---------------------|------|
| <b>Anexos</b> ..... | p.90 |
|---------------------|------|

## Introducción

El presente escrito da cuenta del proceso de intervención pre-profesional del quinto nivel de la Licenciatura en Trabajo Social (FCS-UNC) llevada a cabo durante el año 2022 en la Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario Red Puentes, ubicada en barrio Argüello Lourdes en la ciudad de Córdoba. La misma funciona como dispositivo de prevención, promoción y asistencia de consumos problemáticos desde un enfoque de reducción de riesgos y daños y un paradigma de salud comunitaria. Nuestra intención con este trabajo final de grado es tanto visibilizar el abordaje territorial y comunitario del consumo problemático de sustancias a partir del análisis de nuestra experiencia, como así también reivindicar la importancia de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) como apuesta política para contrarrestar la criminalización, la estigmatización y la exclusión social que históricamente han padecido las personas con consumos problemáticos, y como alternativa a la lógica manicomial.

Nuestra intervención tuvo como objeto a *los procesos de subjetivación y la construcción de lazos sociales para el fortalecimiento de la reproducción cotidiana de la existencia de lxs usuarixs que asisten a la Red Puentes*. Desde allí, nos insertamos en el espacio socio-productivo de carpintería para llevar adelante el objetivo de indagar acerca de las subjetividades, el autocuidado y el cuidado colectivo en pos de resignificar prácticas y vínculos sanos en el ámbito laboral/socio-productivo. Para conceptualizar los procesos de subjetivación, tomamos los aportes de Deleuze (1995) quien entiende a los mismos como “las diversas maneras que tienen los individuos y colectividades para constituirse como sujetos: esos procesos solo valen la pena en la medida en que al realizarse, escapan a los poderes dominantes” (p. 275). Además, entendemos a la subjetividad como producto de la interacción entre las formaciones culturales y sociales, que remiten a las maneras de ser, y a los estados internos de los sujetos, es decir, las maneras de hacer (Cabrera, 2010). Compartimos con la autora al entender que los procesos subjetivos se expresan en la corporalidad, en tanto cuerpo vivido y atravesado por emociones.

La estructura de la tesina se encuentra organizada en cuatro capítulos. En el capítulo I, realizamos una construcción del campo problemático desde el actual paradigma de derechos que reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Identificamos además, las tensiones y contradicciones que existen en la comprensión del fenómeno del consumo, ya que modelos de abordaje como el ético-jurídico y el médico-sanitario siguen imperantes provocando como consecuencia la criminalización y medicalización de las personas usuarias de la salud mental. Finalmente, exponemos las particularidades que presenta un abordaje integral, el cuál concibe

a la salud como una construcción colectiva incluyendo el acompañamiento social y la generación de tramas de cuidados.

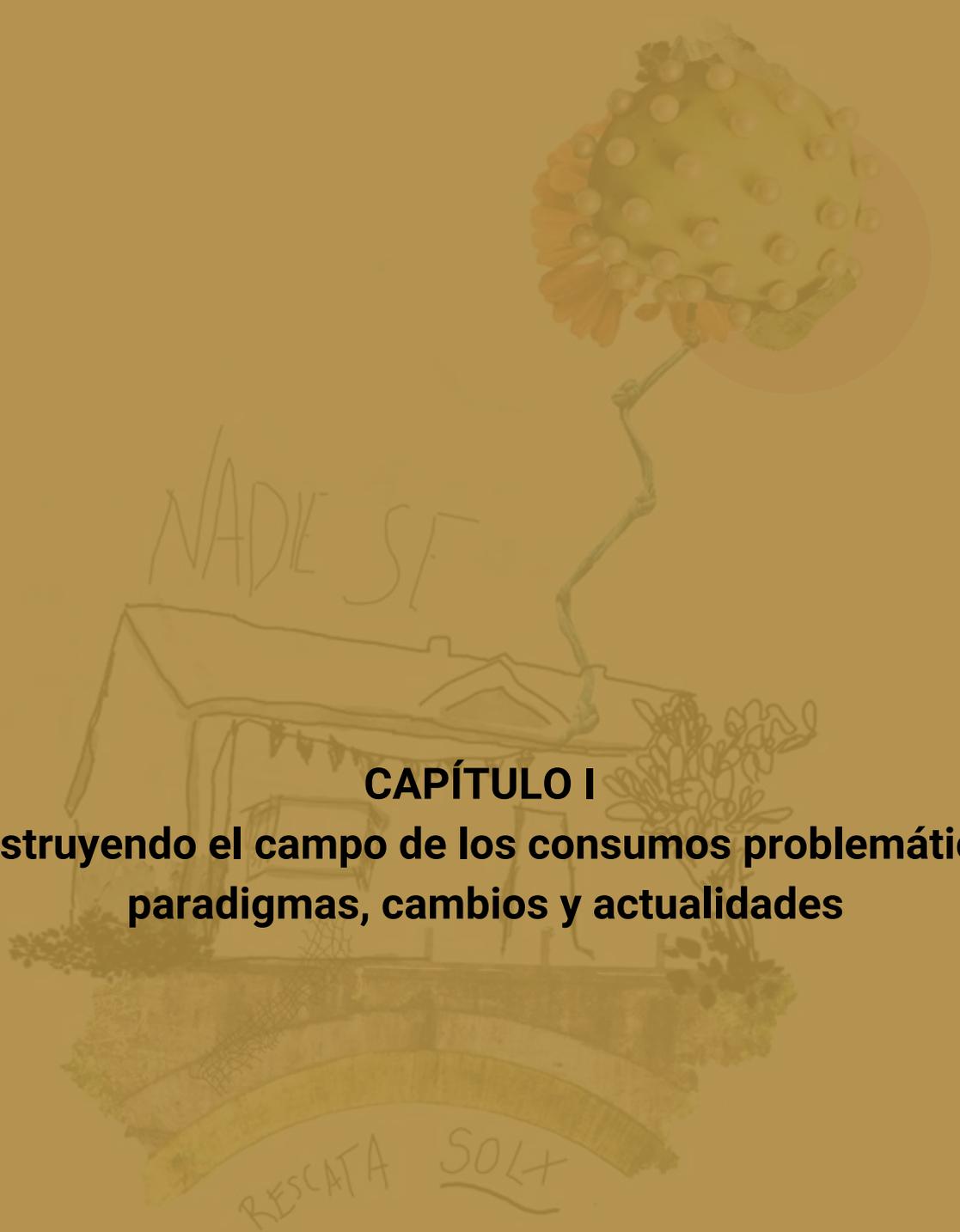
En el capítulo II indagamos posiciones y posicionamientos de lxs actorxs que dan existencia al escenario actual del campo problemático tanto en el nivel estatal, como provincial y municipal. Además, nos detendremos en profundizar las nociones de territorio y comunidad, ya que las consideramos ejes centrales en el desarrollo de todo el trabajo para luego presentar una caracterización del territorio donde realizamos nuestra intervención pre profesional. En última instancia, describimos el trabajo realizado en la organización social Red Puentes Argüello, como parte de un dispositivo CAAC y realizamos un análisis institucional del mismo.

En el capítulo III, nuestra intención se dirige a presentar a las personas usuarias de la Salud Mental, que conforman nuestro sujetx de intervención. Para ello realizamos una descripción de las mismas mediante un análisis en relación a tres categorías centrales en la construcción de subjetividad: el género, la edad y la clase social. En un segundo momento presentamos a los procesos de subjetivación como nuestro objeto de intervención, como así también las estrategias empleadas para el desarrollo de la misma. Nutrimos nuestros hallazgos convencidas de los aportes que nos acerca Bauman (2007) quien plantea que vivimos en una sociedad de consumo donde la matriz subjetiva se imprime en nuestros modos de estar, hacer y ver el mundo siendo atravesada por la lógica del mercado y la cultura consumista. Esto nos permitió plantearnos preguntas que funcionaron de guía para nuestro despliegue: ¿Cómo se expresa esta lógica dominante en un espacio socio-productivo y comunitario? ¿Cómo transformar los procesos de subjetivación? Apostamos que la manera es a través de la construcción de una identidad colectiva, en tanto nuestrxs sujetxs logren identificarse como trabajadorxs de la economía popular y como trabajadorxs-usuarixs de la Salud Mental.

Por último, en el capítulo IV consideramos pertinente historizar sobre la institucionalización de nuestra profesión, cuestión que impregna características que condicionan actualmente al desarrollo de nuestras intervenciones. Más adelante nos detenemos en presentar las tensiones existentes en relación a nuestras tareas y nuestro rol como trabajadorxs sociales en un dispositivo de salud mental, identificando el relegamiento de la profesión a tareas de gestión y asistencia, desvalorizando nuestros aportes a los tratamientos en dispositivos de la salud mental en general, y en los consumos problemáticos en particular. Además realizamos aportes para reflexionar sobre la deslegitimación de la profesión y sobre las condiciones laborales bajo las que se encuentran atravesadxs lxs

colegas. Concluimos posicionándonos en relación a las políticas públicas actuales sobre los consumos problemáticos de sustancias, y en relación a ello, presentamos los avances logrados hasta el momento y los que faltan por lograr.

Antes de comenzar nuestro desarrollo, se vuelve necesario plasmar una aclaración que permitirá posicionarnos como equipo y a la vez introducirá a lxs lectorxs a recorrer las siguientes páginas bajo una convicción: el lenguaje no es neutro, sino por el contrario, presenta en él relaciones de poder que han excluido históricamente a las mujeres y disidencias, ponderando a lo masculino (Bard Wigdor, 2015). Nuestros esfuerzos por componer el siguiente trabajo con la inclusión de la letra X, responde a nuestro interés de apoyar el uso del lenguaje inclusivo, no sexista, en pos de generar rupturas y cuestionamientos sobre aquello que hegemónicamente nos organiza, y que concomitantemente reproduce la existencia del sistema heteropatriarcal. Como equipo nos adherimos con convicción al necesario logro de una emancipación de las históricas producciones sobre lxs cuerpxs, y nos comprometemos con la lucha del reconocimiento de las auto percepciones y determinaciones siempre construidas, y nunca impuestas.



## **CAPÍTULO I**

# **Construyendo el campo de los consumos problemáticos: paradigmas, cambios y actualidades**

Al fin y al cabo actuar sobre la realidad  
y transformarla, aunque sea un poquito,  
es la única manera de probar que la realidad  
es transformable.

- Eduardo Galeano

## **CAPÍTULO I: Construyendo el campo de los consumos problemáticos: paradigmas, cambios y actualidades**

### **1.1 Un cambio de paradigma: hacia un enfoque de derechos**

En nuestro país, la Ley de Salud Mental 26.657 sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013, viene a generar cambios y a tensionar la manera de ver y actuar sobre el campo de la salud mental. Esta ley de alcance nacional representa la materialización normativa de un extenso proceso de reivindicación de los derechos fundamentales para las personas usuarias de servicios de Salud Mental. En palabras de la autora Vegh Weis (2015), la ley es “la consagración del esfuerzo de múltiples actores que propiciaron la visibilización de los padecimientos de las personas en torno a la Salud Mental y la necesidad de tutelar sus derechos” (p.142). Esta ley va a conceptualizar a la salud mental como proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley 26.657, Art. 3).

#### **1.1.1 Sobre el paradigma de derechos y el asistencialista-tutelar**

Para comenzar a hablar sobre el cambio de paradigma que trajo consigo la ley, nos resulta pertinente conceptualizar dicha noción. El autor De Iellis (2015) retoma a Thomas Kuhn para definir paradigma como “las realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica profesional” (p.88). El autor agrega que se constituye por supuestos teóricos generales, leyes y técnicas normativas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica y/o práctica profesional. A continuación, realizamos una diferenciación del paradigma actual de derechos humanos y el paradigma anterior: el asistencialista-tutelar. Existen entre ellos diferencias a destacar y los distinguimos a través de lo que consideramos cuatro aspectos centrales:

Un primer aspecto es en cuanto a la capacidad del sujeto con padecimiento mental. El modelo asistencialista-tutelar va a destacar la carencia, incapacidad y peligrosidad del sujeto (De Iellis, 2015). Mientras que, en la Ley de Salud mental, en su artículo 3 explicita que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. Este es un avance inmensurable en el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho, y no como objeto tutelado de protección. Además, se utiliza la denominación padecimiento mental dejando atrás otras tales como enfermedad o trastorno.

Un segundo aspecto refiere a las modalidades de intervención, ya que varía en cuanto a las internaciones de las personas usuarias, dejando entrever el problema de la institucionalización. Con el paradigma anterior, las internaciones eran utilizadas indebidamente como restricción ilegítima de la libertad. Durante siglos estas prácticas han sido la principal vía para abordar distintas situaciones de padecimiento mental, que lejos de lograr su rehabilitación, producía “un conjunto de síntomas de deprivación afectiva, sensorial y cognitiva que tendrá un impacto altamente negativo sobre la salud” (De Iellis, 2015, p.98).

Mencionamos además, que con institucionalización nos referimos a instituciones monovalentes, es decir, instituciones con internación que se dirigen exclusivamente a la atención de una determinada patología. Éstas pueden ser manicomios, comunidades terapéuticas cerradas, hogares cerrados o las granjas de rehabilitación, y encuadran en el concepto de institución total desarrollado por Goffman (1972), quien plantea que estas colocan a la persona en una situación de estigma que la define en virtud de un solo carácter: loco, preso, viejo loco, discapacitado. Para Vegh Weis (2015), estas instituciones rompen los lazos afectivos y las características de lxs sujetxs en vinculación con otrxs, condenándolxs bajo una etiqueta monovalente ya que “la persona en situación de encierro se enfrenta con limitaciones estructurales que solo lo habilitan a realizar allí las actividades vinculadas con su estigma” (p.167).

Por el contrario, la Ley de Salud Mental pone énfasis en el derecho de las personas a recibir una atención integral, de acceso gratuito e igualitario, y el derecho al conocimiento sobre los tratamientos que se proporcionan. La ley viene a escuchar los reclamos de movimientos de desinstitucionalización y desmanicomialización, proponiendo que los tratamientos sean menos restrictivos en cuanto a libertades y derechos, siendo la última instancia la internación. Al respecto indica que “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley 26.657, Art.14). Además, debe ser lo más breve posible.

Con este paradigma, vemos un cambio en la modalidad de abordaje de las situaciones de salud mental, ya que los tratamientos deben realizarse en una red de servicios basados en la comunidad. La ley introduce la perspectiva comunitaria como modelo de atención, tal como señalan Ardila y Galante (2011) la intervención tiene como objetivo cuidar y preservar los vínculos comunitarios, familiares, y sociales, y se orienta a la integración social del sujetx, siendo esencial “atender en primer lugar el lazo social, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común” (Ardila y

Galante, 2011, p. 47).

El tercer aspecto, relacionado al anterior, es acerca de los motivos de internación, los criterios para la misma se modifican sustancialmente. En el modelo asistencialista-tutelar se utiliza el concepto de peligrosidad, concepto que se ha utilizado durante muchos años como el fundamento tanto del encierro penal como del encierro sanitario. Esta idea de la peligrosidad de los estados mentales surge con la psiquiatría del siglo XIX y es acentuada por la escuela criminológica italiana.<sup>1</sup> Angelini y Larrieu (2016) entienden que utilizar este concepto “plantea la idea de una forma de ser del sujeto, asentado en imprecisos fundamentos de corte biologicista, sobre una supuesta potencialidad de causar algún daño a lo socialmente pautado.” (p.54). Vemos que se establece una relación de causalidad entre los fenómenos, siendo todo reductible y explicable por factores de orden biológico. Además, “no hay existencia de evidencia científica que permita demostrar la hipótesis de una mayor peligrosidad de las personas con padecimiento mental en comparación con la población general” (De Iellis, 2015, p.104).

Contrarrestando el concepto de peligrosidad, la ley nacional de Salud Mental introduce la noción de situación de riesgo cierto e inminente como condición para la internación involuntaria. La misma determina: “Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (Ley 26.657, Art. 20). Dicha concepción se posiciona desde el aquí y ahora de los sujetos, reconociendo que no es una condición del mismo, sino una situación del momento. Además, se agrega la importancia de determinar esa situación de forma interdisciplinaria, entendiendo la misma como “más que la sumatoria de saberes profesionales, como diálogo entre saberes disciplinarios, profesiones y saberes de las personas usuarias, sus vínculos y la comunidad” (Angelini y Larrieu, 2016, p.52). Esto implica pensar en múltiples dimensiones la situación de la persona. En síntesis, mientras que la peligrosidad se enfoca solo en el sujeto, el concepto de riesgo lo hace sobre el sujeto y su situación vincular y social.

Por último, como cuarto aspecto, damos cuenta de la hegemonía que ha mantenido la psiquiatría como rama especializada de la medicina, lo que condujo a la fragmentación del campo y a la imposibilidad de lograr avances en la integración de otras disciplinas. Con la Ley de Salud Mental se promueve un abordaje desde la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red, siendo esta ley una guía de los principios rectores para la transformación del

---

<sup>1</sup> Los máximos representantes de esta teoría fueron los positivistas Césare Lombroso y Enrico Ferri

modelo anterior. De Iellis (2015) plantea que de este modo se “cuestiona las tradicionales concepciones de entidades patológicas o trastornos que, aislando solo la dimensión biológica o psíquica, desvinculan la problemática del sufrimiento subjetivo de los determinantes sociales implicados en su producción” (p.112).

En síntesis, podemos decir que estamos ante la presencia de grandes avances en cuanto a la identificación de derechos sociales para las personas usuarias de la salud mental, como así también en los desarrollos teóricos-técnicos planteados en las nuevas modalidades de atención y asistencia. El actual paradigma de derechos humanos, busca entonces promover una alianza terapéutica, jurídica y social al servicio de la comunidad, con una impronta de inclusión y el respeto por los derechos básicos de todos.

### **1.1.2 Tensiones y contradicciones: coexistencia de paradigmas**

En cuanto a la reglamentación en materia de drogas particularmente, en nuestro país existe la Ley de Estupefacientes 23.737, promulgada en el año 1989 que se encuentra vigente hasta el día de hoy. Los principales argumentos para promoverla se centraron en que la penalización de drogas resolvería la tendencia en crecimiento del consumo de drogas ilegales. Sin embargo, no tuvo los resultados esperados pues “en los últimos veinte años, se verificó un aumento y una diversificación del consumo de sustancias ilegales” (Touzé et al., 2012, p.64).

Esta legislación penal constituye el principal instrumento utilizado para la persecución de las personas que atraviesan por un consumo problemático de sustancias, ya que en el segundo párrafo del art. 14 se expresa la figura de penalización por tenencia para consumo personal. Esta figura se encuentra en el centro del debate sobre la necesidad de reformar la Ley 23.737, también conocida como “Ley de Drogas”. Para Touzé et al. (2012) este debate “pone en evidencia tensiones y contradicciones al interior del propio aparato del Estado y en la opinión pública sobre cómo enfrentar los fenómenos ligados a las drogas en el país” (p.63).

En el marco de esta discusión y con una creciente actividad legislativa que daba cuenta de la confrontación de enfoques en el diseño de políticas, se conoció el fallo “Arriola” donde se deja sin efectos la penalización de tenencia para consumo personal por la Corte Suprema de Justicia Argentina, en agosto de 2009 (Touzé, 2010) abriendo una nueva perspectiva en materia de reconocimiento de derechos.<sup>2</sup> Comprendemos que el fallo Arriola

---

<sup>2</sup> La Corte Suprema de Justicia declaró lo siguiente: El artículo 14, segundo párrafo, de la ley debe ser invalidado, pues infringe el artículo 19 de la Constitución Nacional, en la medida en que invade la esfera de la libertad personal excluida de la autoridad de los órganos estatales. Por tal motivo se declara la inconstitucionalidad de esa disposición legal en cuanto incrimina la tenencia de

impulsó el reconocimiento de los derechos de los usuarios de drogas que luego se expresó más específicamente en la Ley de Salud Mental 26.657 (Touzé et al., 2012).

La Ley de Salud Mental, por otra parte, establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Además, menciona que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud (Ley 26.657, Art. 4). El hecho de ubicar los problemas de consumos de sustancias como asunto de salud mental y derechos humanos, y no de seguridad, implica una ruptura para lxs usuarixs percibiendo un cambio del pasaje entre la concepción de delincuentes a una de sujetxs de derechos.

Ambos paradigmas coexisten hoy en día a pesar de que la transición entre ellos no se da de manera sencilla y armónica, sino más bien lo contrario. De Iellis (2015), destaca que lo que ocurre en la etapa de transición es que convive un paradigma que no termina de morir y otro que no termina de nacer, y esto conduce a un enfrentamiento que involucra no solo diferentes formas de pensamiento, sino también la expresión de intereses y la utilización de recursos por parte de los actores para obtener una posición de liderazgo en la toma de decisiones en ese ámbito específico. Para el autor esto ocurre ya que el paradigma “no se plantea de modo abstracto sino que se encarna en actores sociales situados en determinadas coordenadas histórico-espaciales, y que estos se hallan en relaciones de cooperación pero también de conflicto” (p.90)

Para pensar en ello, nos resulta pertinente la noción de campo de Bourdieu (2002), quien define al mismo como:

Espacio de luchas y polémicas donde existe algo en apropiación. La estructura del campo científico es definida, en cada momento, por el estado de la relación de fuerzas entre los protagonistas de la lucha, agentes o instituciones; es decir, por la estructura de la distribución del capital específico, resultado de las luchas anteriores que se encuentra objetivado en instituciones y disposiciones (...). (p.87)

Por lo tanto, cuando hablamos de un campo como la salud mental, hablamos de la existencia de un conjunto de actores con diversos capitales (simbólico, social, económico, cultural) que se movilizan para obtener resultados de su interés, encontrando en un mismo

---

estupefacientes para uso personal que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros”. (Corte Suprema de Justicia, 2009)

campo una diversidad de intereses y visiones sobre los problemas y sus soluciones.

Resulta evidente que la definición del problema del consumo problemático como delito-enfermedad es sostenida aún por diversos actores, tanto gubernamentales como no gubernamentales, y se traduce en la dificultad para lograr cambios sustantivos en la formulación de políticas públicas con perspectiva de derechos. Como legado de la penalización y criminalización para abordar los consumos, nombramos algunos obstáculos que la autora Pawlowicz (2015) menciona para efectivizar la plena implementación de la Ley de Salud Mental. Entre ellos, destacamos las fuertes resistencias ideológicas que asocian la salud mental al peligro, naturalizando la internación como recurso inicial; la escasez de dispositivos sustitutivos al encierro; los procesos de medicalización de problemas sociales y la poca participación de diferentes actorxs debido a la creencia de que lxs usuarixs son incapaces de tomar decisiones (Pawlowicz, 2015).

En definitiva, podemos hablar de que la viabilidad de las prácticas enmarcadas en el paradigma de derechos humanos y salud mental sigue condicionada por la tensión existente entre ambos paradigmas en materia de normativas, y a la vez sigue operando y continúa presente en diferentes abordajes reconocidos en la práctica social de lxs sujetxs cuando no logran configurarse en el marco legal mencionado.

## **1.2 La construcción social del consumo problemático de sustancias**

Para comenzar a hablar sobre el consumo de sustancias nos interesa en primer lugar definir el concepto de drogas. Para ello, tomamos a Romani (1999) quien afirma que:

Los productos unificados bajo el concepto de drogas (...) serán aquellos que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste, pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan. (p.53)

Existen en nuestra sociedad actual representaciones sociales donde las drogas se encuentran asociadas a la idea de un producto mortalmente dañino, lo que provoca una justificación por parte de ciertos grupos a la prohibición de su uso. Si bien a lo largo de la tesina utilizaremos como sinónimo tanto el concepto de droga como el de sustancias

psicoactivas, cabe aclarar que lo problemático no es la sustancia en sí sino el vínculo que se mantiene con ella y las situaciones problemáticas que pueden desencadenarse.

Para ello, los aportes de Kornblit y Camarotti (2015) nos invitan a pensar el fenómeno del consumo de drogas a partir de una interacción entre tres elementos igualmente importantes para el análisis del mismo: sustancias, individuos y contexto. Una primera consideración al respecto, es que aquello que determina al fenómeno no es específicamente la sustancia que se consume, sino la relación entre dicha sustancia y el modo de vida en el que se inscriben las drogas -el contexto- que determinan los modos de consumo y significan material y simbólicamente el tipo de uso. A su vez, cuando se utiliza el concepto de droga se suele referir únicamente a aquellas sustancias ilegales como el cannabis, la cocaína, entre otras; dejando a un lado las sustancias legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, que no se encuentran asociadas al concepto por una cuestión de habitualidad y naturalización de su consumo.

Para entender la tríada persona-sustancia-contexto, Touzé (2010) plantea diferentes formas posibles de vincularse con las drogas pudiendo diferenciar uso, abuso y dependencia/adicción. Para la autora, cuando hablamos de uso de sustancia, se comprende al mismo como un consumo que generalmente se lleva adelante de manera ocasional, aislado, y que como tal, no ocupa una presencia significativa en el desarrollo de la vida de lxs sujetxs. En este sentido, el consumo experimental así como el recreativo son algunos de los modos en que puede manifestarse este patrón de uso, pudiendo desenvolverse situacionalmente en problemático.

Por el contrario, se hace referencia con abuso de sustancia, a una situación en donde dicho consumo cumple una determinada función u objetivo para el sujetx: entre ellas puede aparecer la búsqueda de un mejoramiento de estado de ánimo, pérdida de la timidez, buscar un aumento de producción, entre otras. En estas ocasiones, el consumo provoca consecuencias negativas tanto para el propio consumidor como para su entorno.

Por último, hablamos de adicción cuando el desarrollo de la vida de una persona gira exclusivamente en torno al consumo de una/s sustancia/s. La situación adictiva, compulsiva, puede manifestarse hacia conductas, objetos e incluso personas; aunque cuando dicha dependencia se encuentra abocada a las sustancias, para el sujetx no es posible vivir sin ellas y se desarrollan diversas estrategias para conseguirlas y consumirlas, incluso más allá de la propia intención de no volver a hacerlo, estableciéndose una relación compulsiva. La adicción es considerada como un problema de salud en donde la persona ha ido

progresivamente perdiendo su capacidad de controlar el consumo, pese a las consecuencias adversas que puede reconocer en sí misma.

Es necesario destacar que la diferencia entre uso, abuso y dependencia es más una diferencia cualitativa respecto de las motivaciones y el contexto del consumo, que una diferencia cuantitativa con relación a la cantidad y la frecuencia de drogas consumidas. Esto quiere decir que no se trata de escalas lineales que van del uso a la dependencia, sino que depende del contexto, de las características de la persona y del tipo de droga que se consume. Por dicha razón coincidimos con Touzé (2010) cuando plantea que al hablar de un vínculo problemático se incluyen tanto situaciones de consumo sostenido en el tiempo, como también consumos de una (e incluso primera) vez.

Cabe preguntarnos entonces ¿Cuándo el consumo se torna problemático? La autora expresa que un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) o sus relaciones con la ley.

En el análisis sobre los vínculos que establece una persona con una/s sustancia/s, también se deben identificar algunos aspectos particulares tales como: la posición social que ocupa respecto a su clase social, su edad, su identidad de género, el territorio en el que habita, las instituciones por las que circula, el acceso a la salud, la noción de cuidado (propio y colectivo), entre otros, que se vuelven primordiales para el encuadre de dicho consumo.

### **1.2.1 Consumismo en la sociedad actual**

Partiendo de que toda práctica social se desarrolla en un contexto social, económico y cultural, entendemos que como sujetos nos encontramos atravesados por las lógicas y condicionamientos de lo que Bauman (2007) denomina sociedad de consumo. El cambio más importante que comenzó el siglo pasado, pero se conmensura en este siglo, se encuentra vinculado a la consolidación de las prácticas consumistas. Los productos que consumimos ya no son creados a partir de necesidades, sino que por el contrario, nuestras necesidades comienzan a ser creadas a partir de la existencia de objetos de consumo disponibles, generando que dicha acción se convierta en un fin en sí mismo.

Estas sociedades consumistas atravesadas por una lógica mercantil, conviven con las estrategias publicitarias en donde existe una promesa constante a una supuesta *vida feliz* ligada a la búsqueda de la máxima satisfacción, pero a la vez frustrando de manera

sistemática su cumplimiento definitivo, convirtiendo al deseo en un constante nacimiento y movimiento. Citando a Bauman (2007):

Si el privilegio de "no aburrirse nunca" es el parámetro de una vida exitosa o incluso de la decencia y felicidad humanas, y si un consumo intenso es el camino principesco y principal que conduce a la derrota del aburrimiento, entonces hemos quitado todo tope a los deseos humanos: por cuantiosas que sean las adquisiciones gratificantes y las sensaciones tentadoras, es improbable que alguna de ellas nos brinde la satisfacción que en el pasado se nos prometía. (p.175)

Esta dimensión del consumo se convierte en un condicionante a nuestra subjetividad y proyectos de vida, determinando los funcionamientos de nuestra sociedad a través de sus hábitos, valores, maneras de vincularnos, los tiempos exigidos y los modos de circulación de afectos. La lógica mercantil determina y sedimenta un sentido de pertenencia, identidad y deseo, lo que nos obliga a comprender la problemática del consumo de sustancias estrechamente ligada al consumo de diversos bienes y prácticas, como así también con el ámbito recreativo.

Otro aspecto a destacar, es la individualización de los problemas que genera esta sociedad de consumo. Bajo la premisa moderna de que uno es libre y por lo tanto decide libremente, se logra constituir una ficción acerca de las tomas de decisiones, que lejos de ser libres, se encuentran constantemente condicionadas por factores estructurales.

En conclusión, consideramos importante entender la matriz de la sociedad de consumidores y otorgarle relevancia a la problemática del consumo. No únicamente del consumo de sustancias, sino del consumo como práctica social, entendiendo que el modo adictivo es una tendencia genérica del consumo actual que logra expandirse a todas las esferas de la vida.

### **1.2.2 Los modelos de abordaje del consumo de sustancias**

Los consumos de sustancias forman parte de procesos complejos y como tales constituyen hechos dinámicos. Reconocemos que no es posible apostar a un único modo de intervención y despliegue de estrategias como si se tratase de objetos homologables, cuestión por la cual se torna necesario particularizar los consumos, y con ello, los modos de abordaje que mejor se adecuen a la situación del usuario.

La forma de concebir y conceptualizar los consumos de sustancias fueron cambiando históricamente junto a los abordajes y estrategias para prevenirlos y asistirlos. Estos se han diferenciado según el posicionamiento tomado al respecto de la problemática, y hoy conviven en nuestras sociedades en los siguientes modelos<sup>3</sup>:

Por un lado, el modelo ético-jurídico se enmarca en un paradigma punitivista, en el cuál se concibe al usuario como *delincuente*, ya que el eje está ubicado en ciertas drogas calificadas como *peligrosas*, siendo el criterio de peligrosidad definido por la legalidad o no de la sustancia. Además, otro fundamento utilizado por este modelo se centra en determinar como adicción cualquier tipo de uso de la sustancia ilegal sin distinguir los diversos tipos de usos o modos de vinculación con la misma, negando la posibilidad de existencia del uso recreativo y/o abuso sin dependencia. La representación social que construye el modelo es la inseguridad y miedo, asociado al *flagelo* de las drogas y el narcotráfico. Las estrategias de prevención que propone este modelo se relacionan con programas/proyectos con información acerca de los efectos nocivos de las drogas y las consecuencias legales de su uso, siempre centrado en la sustancia -y no en el/la sujeto- y manteniendo la noción de peligrosidad como factor fundamental en las campañas. Sus acciones se orientan de esta manera a la reducción de la oferta y al castigo para quien consume.

Por otro lado, el modelo médico-sanitario se enmarca en un paradigma de la *desviación*, donde se concibe al usuario de drogas como un enfermo sin recursos y pasivo ante las alternativas de cura, al que -desde la medicina- se debe curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad. No hay una lectura del contexto del consumidor sino que las respuestas en prevención son iguales para todos: se medicaliza a los conflictos desde una mirada biologicista e individualista. En prevención se recurre a programas educativos que proporcionen información acerca del daño personal y social que provocan.

Consideramos que tanto el modelo ético-jurídico como el médico-sanitario refuerzan los estereotipos sobre los consumidores, pues carecemos socialmente de una difusión de información de calidad y en cantidad suficiente como para lograr dejar de lado dichas representaciones sociales. Es producto de la desinformación (que a su vez es producto de la negación masiva de las drogas, del deseo de abolir las mismas y de las ideas, muchas veces instaladas, de la droga como tema tabú), que también se reconoce como estrategia válida y viable a la medicalización del sujeto que se encuentre con un consumo problemático.

---

<sup>3</sup> Fue la Dra. Helen Nowlis quien describió algunos de estos modelos en una ponencia presentada en 1975 ante la UNESCO con el nombre de “La verdad sobre la droga”.

En pos de su *recuperación* desde el prohibicionismo, el fomento de la abstinencia y la penalidad del consumo, estos modelos apuestan a los recursos del modelo médico hegemónico como único tratamiento viable, sin dejar lugar para un abordaje integral que considere los aspectos y particularidades históricas y contextuales, los atravesamientos de género, generación y de clase.

Como respuesta superadora a los anteriores modelos, el abordaje integral comunitario posee un enfoque relacional, integral y multidimensional, el cual nos invita a trabajar bajo el enfoque de la reducción de riesgos y daños. Al respecto, Bosque Prous y Brugal (2016) determinan al mismo como “conjunto de políticas, programas e intervenciones destinados a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales ocasionan sobre la salud del individuo o a la sociedad” (p.10).

Lo novedoso del modelo integral es que reconoce a la comunidad como sujeto activo y enaltece aquellos deseos y proyectos personales de quienes allí conviven. Además, posibilita la construcción de estrategias de prevención, cuidados, atención y acompañamiento acordes a los territorios particulares.

### **1.3 El abordaje integral, comunitario y territorial**

Como equipo nos posicionamos desde el modelo de abordaje integral comunitario, entendiendo que la comunidad y el trabajo con otrxs es la alternativa a la manicomialización que históricamente ha aislado e individualizado a lxs usuarixs de la salud mental.

Desde el abordaje integral se reconoce y reivindica que los consumos problemáticos de sustancias son una cuestión de salud mental y no de criminalidad o delictiva. Entiende a la problemática como “un efecto de históricas vulneraciones de derechos que causan mayores riesgos y daños que el consumo en sí mismo, y que obstaculizan la construcción de proyectos personales” (Sedronar, 2019. p.76). Esta definición complejiza la mirada y genera múltiples estrategias para poder dar respuesta a la problemática social. Los sentidos que los consumos adquieren en cada territorio y las respuestas que esa comunidad desarrolla dependen de la cultura y las características particulares de cada lugar, y sus diferencias varían desde la geografía, el clima, la densidad poblacional, el acceso a servicios, la conectividad, la accesibilidad, el nivel socioeconómico, las actividades que se desarrollan, la historia que tiene cada región, provincia, municipio y comuna, entre muchos otros factores.

Desde esta mirada federal, consideramos que la intervención comunitaria forjada como un proceso dinámico y participativo, ubica a las problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en una dimensión colectiva implicando a los Estados y a la población

en la elaboración de respuestas tanto preventivas como asistenciales, considerando de esta manera al consumo problemático de sustancias como un problema colectivo y no individual.

En referencia a lo comunitario, se busca generar espacios de vinculación y encuentro donde los esfuerzos por la aproximación comunitaria sitúa a lxs integrantes de la misma como elementos clave para la acción. Este modelo de intervención vela por conquistar cada vez mejores condiciones de vida para las poblaciones, grupos y personas que no acceden a servicios sociales y sanitarios, comprendiendo a la salud como un recurso específico que, según Kornblit y Camarotti (2015), acentúa los recursos sociales y personales.

### **1.3.1 Vulnerabilidades: la prevención desde las lógicas del cuidado y acompañamiento**

Recuperando a Ayres et. al en Kornblit y Camarotti (2015), comprendemos que el concepto de vulnerabilidad “busca visibilizar a grupos sociales e individuos en situaciones de fragilidad social, política y/o jurídica, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía” (p.216). Se vuelve indispensable reconocer que la vulnerabilidad no es binaria, sino que es multidimensional y relacional, y existen diferentes graduaciones, por lo que no es estable sino que se encuentra en permanente mutación. Por tal razón, comprendemos al análisis de las vulnerabilidades como un proceso y no como una situación puntual, y se convierte en un concepto de gran utilidad para los abordajes integrales ya mencionados, pues se condice con los lineamientos planteados por éste.

Las vulnerabilidades articulan lo individual y lo social por medio de tres dimensiones que se encuentran estrechamente ligadas: las trayectorias individuales, que tienen que ver con las diversas biografías conformadas por situaciones y/o hechos particulares que determinan las prácticas individuales; los vínculos e interacciones, que refieren al encuentro de dos o más personas que ocupan diferentes posiciones y que se encuentran atravesadas por trayectorias y experiencias; y los contextos socio-institucionales, que hace referencia a las normas y a las instituciones (políticas, sociales y culturales) que condicionan o determinan las interacciones entre grupos o individuos en situaciones de riesgo.

Desde esta perspectiva, uno de los objetivos que persigue el abordaje integral de los consumos problemáticos es el desarrollo de prácticas de cuidado, que se presentan estrechamente ligadas a las vulnerabilidades. Éstas no se comprenden únicamente como prácticas ligadas a la atención de la salud, sino que en una visión más amplia integran diversas acciones, saberes, éticas, entre otras, donde se pone de relevancia las relaciones que lxs propixs sujetxs establecen con sus redes. Este trabajo en red supone el despliegue de

estrategias dirigidas no solo al individuo, sino también a aquellas personas, grupos o instituciones que deberían formar parte de la construcción de respuestas integrales, que comparten comunes intereses sobre alguna política en particular o que buscan intercambiar recursos en pos del logro de objetivos, deseos e intereses personales, y que por tal motivo toman relevancia en el escenario. Frente a la problemática del consumo, es necesario entonces pensar estrategias de prevención, cuidado y acompañamiento conjuntamente desde el Estado, las organizaciones sociales, políticas y eclesiales, las de la sociedad civil, las de madres y familiares, escuelas, sindicatos, centros culturales, clubes, en suma: todas las instituciones constituyentes de la comunidad.

Prevenir supone desde esta perspectiva, conocer el territorio, las causas de las problemáticas que tiene una comunidad, las representaciones sociales, culturales, económicas y políticas presentes y a la población a la que se apuesta acompañar para incentivar, favorecer, impulsar sus potencialidades con una participación activa. Por ello la importancia de pensar y construir en conjunto nuevas respuestas que permitan otras alternativas al consumo, pues se trata de elaborar tácticas y acciones de acompañamiento que construyan nuevos sentidos y motivaciones para desarrollar la vida con autonomía y libertad. Mencionan Camarotti y Kornblit (2015):

Desde esta perspectiva del cuidado se debe partir del trabajo territorial, es decir, se debe entender que son todos los actores sociales que forman parte del espacio comunitario quienes reciben y llevan a cabo prácticas de cuidado consigo mismos y con los otros. El cuidado no puede entenderse sino a partir de las relaciones que se establecen entre las personas. Por ello, es importante visibilizar el trabajo que se viene haciendo en este sentido. Los sujetos construyen y establecen prácticas de cuidado más allá de los centros de salud, lo que muchas veces se traduce en una mayor efectividad en las formas de cuidar y en los resultados alcanzados. Esto se explica por el hecho de que este tipo de prácticas generan una mayor sensibilidad, confianza, pertenencia y horizontalidad, lo que se traduce en un mayor bienestar de las personas. (p. 217)

Es así que la prevención en estos espacios implica generar estrategias de cuidado, como así también interpelar las prácticas de consumo y procurando una protección entre

todxs de manera colectiva. La misma se desarrolla en los distintos ámbitos y contextos que transitan las personas, pero al mismo tiempo, no podemos realizar la misma clase de intervención frente a cada situación. No existen recetas universales, por ejemplo, no es lo mismo lo que la escuela tiene para hacer y enseñar con relación a los consumos, que las estrategias para los contextos de encierro, o el trabajo preventivo en los ámbitos laborales.

En este sentido, las acciones apuntan al fortalecimiento de esas redes existentes para acompañar la promoción de proyectos personales y colectivos, el acceso a derechos y la inclusión social. Se concibe al usuarix como sujetx activo capaz de elegir y construir proyectos personales con otrxs, favoreciendo los vínculos y lazos sociales como así también a la autonomía y fortalecimiento personal con sus potencialidades en los diversos aspectos que integran la vida (salud, trabajo, educación, vivienda, entre otras). Por tal motivo, las maneras de comprender al sujetx en el territorio como así también la validez de lo que la comunidad tiene para decir, posee un peso relevante para propiciar la construcción de estrategias colectivas de prevención, cuidados y acompañamiento.

Profundizando en las estrategias de acompañamiento nos interesa plasmar lo que Planella (2016) propone acerca de su etimología, comprendiendo ésta como “diversas maneras de comprender y trabajar con personas “desde el nexo de la proximidad a estas” (p.42). El verbo acompañar remite a la idea de caminar al lado de alguien, seguirlo; y desde allí el autor plantea que existen tres posiciones desde las cuales mirar dicho acompañamiento: una posición política, que invita a dejar de lado las prácticas anestésicas y adormecedoras, y que al contrario tengan potencial de desencadenar en el sujetx sus pasiones, placeres y saberes; una segunda posición antropológica, que se liga con la idea de proyecto, comprendiendo que el mismo no existe sin sujetx y que éste es productor de acciones intencionadas para el logro de sus objetivos; y la tercera remite a una posición técnico-social, donde enfatiza la importancia del lugar y el espacio desde el cual actuamos, que tienen un peso fundamental en la configuración de las relaciones con el otro, condicionando especialmente a las intervenciones sociales.

Por su parte la Sedronar (2019) sostiene que éstas acciones de acompañamiento tienen como objetivo garantizar la accesibilidad y permanencia de las personas a los diferentes abordajes y dispositivos existentes que se adecúen a los casos particulares con una exigencia mínima para transitar los espacios, lo que se conoce como bajo umbral. Para el logro del objetivo planteado es necesario construir espacios diversos con alternativas, que sean capaces de alojar y contener a las personas envueltas por diferentes situaciones, con múltiples y variadas necesidades. Es decir, se apuesta desde la lógica de los acompañamientos que la

multiplicidad de subjetividades y vulnerabilidades se encuentren contempladas en las variadas formas de abordajes y dispositivos en pro de la reducción de situaciones de riesgo.

### **1.3.2 Estereotipos ligados al consumo de sustancias**

Si bien comprendemos que los fenómenos de consumo problemático son transversales a todos los sectores sociales y culturales y que se hacen presente en una diversidad de sujetos de diferentes edades; las representaciones sociales de aquel consumo no afecta a todos por igual. Entendemos que existe una asociación de las drogas, su uso, consumo y dependencia; con ciertos sectores sociales: aquellos en situación de vulnerabilidad.

Pawlowicz (2015) plantea que problematizar las imágenes y estereotipos de los consumidores de sustancias, nos permite ampliar la discusión y entender la complejidad del problema. La autora concibe a las representaciones sociales como “un conjunto de saberes del sentido común, imágenes, emociones y valoraciones morales, circulan socialmente en la construcción simbólica que colectivamente hacemos de los adictos” (p.23). Sostenemos entonces, que pertenecer a determinados grupos minoritarios, particulares sectores sociales, cumplir con específicas características físicas y culturales, habilita a la construcción y penalización con estigmas sobre unos y no sobre otros. Citamos:

[...] la estigmatización mencionada se refuerza y multiplica cuando las personas se encuentran en una posición social subalterna a las de mayor poder y estatus, ya sean pobres, mujeres, niños/as en situaciones de vulnerabilidad social. Personas en situaciones complejas para las que es más difícil y esporádico el acceso a las instituciones que podrían brindarles respuestas, y cuyos consumos problemáticos de drogas se asientan y articulan con problemas estructurales de integración social (Pawlowicz, 2015, p. 24).

De esta manera, comprendemos que existen representaciones que históricamente han ganado terreno en el pensamiento colectivo de esta sociedad que, no ingenuamente, se encuentran ligadas a connotaciones negativas y peligrosas. Aquellas ideas presentes sobre la popularidad de las drogas, la relación inmediata entre los sujetos que habitan barrios populares, villas o asentamientos, y la venta y consumo de drogas, permanece aferrada fuertemente a las representaciones sociales en la actualidad. Existe una serie de lugares comunes en los discursos sobre las drogas que muestran los estereotipos ligados al consumo.

Estos son construcciones hechas desde los discursos hegemónicos, insertos en una sociedad capitalista, heteronormativa e individualista; y reproducidos a través de mensajes que producen los medios masivos de comunicación:

Cuando se habla de *la droga* como causa de muchos de los males sociales se está concibiendo a una sustancia como protagonista de un proceso, sin advertir que el consumo de drogas es una consecuencia de una serie de influencias que llevan a que las personas incurran en esa práctica. Por otra parte, hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.

Cuando se habla del *flagelo* de la droga se establece una relación entre por un lado el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que *combatirlo* con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este *mal*.

A su vez, existen estereotipos vinculados al consumo de drogas pueden dar lugar a la discriminación de los usuarios, es decir, a su descalificación como sujetos de derechos. Una forma de la discriminación es la estigmatización, que implica las siguientes operaciones:

Generalización: *toman drogas para cometer delitos*

Impedir el ejercicio de los derechos: *la persona que consume termina siendo un discapacitado, esta situación lo deja vulnerable y sin capacidad para resolverlo.*

Negar la capacidad de elección de los usuarios: *los adictos no pueden elegir el tratamiento que consideren más apropiado a su estilo de vida porque han perdido la capacidad de discernir entre lo que está bien y lo que está mal.*

Consideramos importante destacar que estas proposiciones fueron enunciadas en un evento anual organizado por la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. En este evento nombrado 4to Congreso RAAC, se realizan salas de conferencias en simultáneo con disertantes provenientes de distintas disciplinas y que trabajan la problemática desde distintos abordajes. No consideramos casual que los dichos mencionados corresponden a profesionales de la medicina y la psiquiatría, quienes mantuvieron comentarios estigmatizantes y punitivistas desde el modelo ético-jurídico durante toda la jornada. Al mismo tiempo destacamos que no fue el único punto de vista del congreso ya que se presentaron profesionales y referentes barriales que apuestan a una mirada distinta en torno a la problemática. Estos espacios de debate, disputa y aprendizajes son un recordatorio de que aún estamos ante la coexistencia y convivencia de paradigmas, tal como planteamos al comienzo con los aportes De Lellis

(2015), donde mencionamos que la transición entre ellos no se da de manera sencilla y armónica, sino más bien lo contrario.

A dichos mecanismos se les acopla la representación social que gira en torno a la idea de que *drogarse es cosa de jóvenes*, donde se asocia el consumo de drogas a la juventud. Consideramos esta naturalización como un obstáculo, ya que se invisibiliza el consumo y uso de sustancias de adultxs y adultxs mayores, limitando como resultado los abordajes en instituciones que centran estrategias con y para jóvenes.

Para finalizar, nos interesa mencionar que estas ideas predominantes en la actualidad acerca tanto de las drogas como de lxs usuarixs de las mismas son la consecuencia de históricas definiciones del problema como delito o como enfermedad, por lo que consideramos necesario posicionarnos desde un paradigma de derechos humanos que mantenga como bandera al modelo de abordaje integral y comunitario, apostando a la creación y difusión de información de calidad y en cantidad suficiente con el horizonte puesto en combatir dichas representaciones sociales.



## **CAPÍTULO II**

# **Un Estado presente junto a una comunidad organizada: En defensa de un abordaje integral, territorial y comunitario**

Que violenta la calma  
con la que los empachados nos dicen  
que agradezcamos migajas.

-Nina Ferrari

## **CAPÍTULO II: Un Estado presente junto a una comunidad organizada: En defensa de un abordaje integral, territorial y comunitario**

### **2.1 El escenario actual del campo problemático: Articulación estatal, provincial y municipal**

En el capítulo anterior evidenciamos la existencia de la Ley N°23.737 de Tenencia y tráfico de estupefacientes y la Ley Nacional N°26.657 de salud mental (en adelante LNSM). Sin embargo, no hemos mencionado aún una ley fundamental para los consumos problemáticos: la ley 26.934, más conocida como Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), sancionada en 2014. Esta ley se corresponde con los lineamientos de la LNSM y se plantea como objetivos en primer lugar, prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; en segundo lugar, asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; y, por último, integrar y amparar socialmente a lxs mismxs. En cuanto a la asistencia integral de los consumos, el artículo 10 plantea que la misma debe ser brindada desde ciertas premisas, como el respeto a la autonomía y la singularidad de lxs sujetxs y la priorización de tratamiento ambulatorios ante la internación. Además, menciona al modelo de reducción de riesgos y daños y al trabajo transdisciplinar e interjurisdiccional como pilares para los abordajes integrales.

Ahora bien, para este apartado nos interesa abordar la estructura institucional existente para trabajar con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas a nivel nacional, provincial y municipal. Esto incluye cuestiones referidas a organigramas de ministerios y secretarías, y cuáles son las perspectivas o modelos retomados para las intervenciones estatales.

#### **2.1.1 La Red Federal: los lineamientos de la Sedronar**

A nivel nacional, el organismo encargado de abordar los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas es la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), anteriormente denominada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Actualmente, está a cargo de la Licenciada en Trabajo Social Gabriela Torres, y nos interesa destacar que aún siendo reconocida la problemática como cuestión de Salud Mental con la incorporación de la ley 26.657, este organismo se encuentra bajo la dirección de la Jefatura de Gabinete de Ministros tanto en sus funciones de planeamiento estratégico de políticas públicas, como también a

nivel presupuestario. Entre sus lineamientos políticos resaltan el concepto de integralidad respecto del consumo problemático de sustancias psicoactivas, la búsqueda por generar redes comunitarias en las distintas jurisdicciones con las que articula (municipales, provinciales y nacionales) y la formación constante que brinda, a través de la virtualidad, para profesionales o cualquier persona que trabaje o tenga interés por la temática. De todas maneras, los abordajes institucionales respecto de los consumos problemáticos de sustancias se dan de manera descentralizada, por lo que cada provincia genera la estructura que cree pertinente, basándose en los lineamientos generales de la Sedronar.

Entendemos que a la problemática de los consumos se la aborda en nuestro país a través de una Red Federal, siendo esta un conjunto de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que trabajan en la investigación, prevención, atención, acompañamiento y cuidado. Es una red mixta, lo que quiere decir que incluye a la Sedronar, a los Ministerios Nacionales y a lxs representantes de las 24 jurisdicciones del país nucleadas en el Consejo Federal de Drogas. Además, incluye a los gobiernos municipales, a las organizaciones sociales, políticas y eclesiales, a las organizaciones de la sociedad civil, a las organizaciones de madres y familiares, a las universidades, etc. Se cuenta con diferentes modalidades que se complementan según la complejidad de los casos. Está compuesta por espacios de primera escucha, espacios de promoción y prevención, dispositivos ambulatorios, de medio camino, Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT), Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (en adelante CAAC), Casas Comunitarias Convivenciales (CCC), centros preventivos locales para adicciones, centros provinciales de atención, comunidades terapéuticas, una red sanitaria para desintoxicación, emergencia en salud mental y casos de dualidad. Cada uno de estos dispositivos trabaja con múltiples modalidades, individuales, grupales, familiares, multifamiliares, etc. Se encuentran tanto en el ámbito público y privado como en organizaciones de la sociedad civil y comunitarias.

Los dispositivos como las CAAC, tal como pudimos observar a lo largo de nuestra práctica pre profesional, son espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad. Son espacios flexibles y de bajo umbral; esto remite a la idea de exigir menos para acceder a un tipo de acompañamiento, generando mayor accesibilidad para lxs usuarixs ya sea por la proximidad geográfica, la amplitud horaria, la documentación necesaria para acceder, las actividades propuestas y los requisitos para ingresar y permanecer en el espacio. El abordaje integral de los consumos problemáticos, como mencionamos en el capítulo anterior, incluye la promoción y restitución

de derechos humanos como procesos potencialmente terapéuticos, desarrollando estrategias integrales, lo que incluye el trabajo con diversas esferas de la vida como la salud, vivienda, documentación, alimentación, etc. Los equipos técnicos si bien dependen de cada espacio y de sus características locales, están integrados por psicólogos, trabajadorxs sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, talleristas, docentes, operadorxs territoriales, entre otrxs. Decimos entonces que los espacios comunitarios sintetizan en su estructura y abordaje la interacción entre el Estado Nacional y las organizaciones sociales, siendo estas últimas quienes, desde su experiencia territorial, demandas y características locales, responden a los lineamientos de la Sedronar.

En lo que respecta a un nivel mayor de complejidad, se encuentran modalidades ambulatorias como hospitales de medio día y de día, y modalidades residenciales como comunidades terapéuticas. Estas propuestas se caracterizan por tener requisitos de admisión más específicos y los tratamientos más pausados y estructurados. También existen en menor medida hospitales de noche y casas de medio camino para aquellas personas que luego de un tiempo de internación se encuentran en proceso de reinserción comunitaria. Ante situaciones de urgencia donde se requiera asistencia profesional de manera inmediata, se debe acudir a guardias de hospitales donde algunos de ellos cuentan con servicios de toxicología ya sea por consumo excesivo de sustancias, por la falta de éstas, o por la combinación con situaciones particulares de cada persona.

Por último, existe la línea 141 que es un dispositivo de escucha, contención, orientación, derivación y atención que funciona todos los días del año, las 24 horas del día. Es gratuita y de forma anónima atendida por profesionales y operadorxs preparadxs para la primera escucha.

### **2.1.2 Los abordajes en la Provincia**

Como ya mencionamos, los abordajes de los consumos problemáticos de sustancias se despliegan de manera descentralizada. Es así entonces, que en Córdoba las políticas públicas respecto a la temática se impulsan desde la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, actualmente a cargo del médico psiquiatra Darío Gigena Parker. Previamente, todo lo que era políticas de prevención de consumo de sustancias estuvo en órbita de otros Ministerios. Al comienzo fue parte del Ministerio de Gobierno, vinculado a lo que es la cuestión represiva con las políticas ligadas al comercio del narcotráfico, luego pasó por el Ministerio de Desarrollo Social, hasta que en el año 2015 cuando asume el gobernador Juan Schiaretti, se toma la decisión de transferir lo que refiere adicciones al Ministerio de Salud.

En el año 2016, se lanza el Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones, que pretendía ampliar las partidas presupuestarias para constituir redes comunitarias de prevención y asistencia de los consumos en todo el territorio provincial. A través de este plan se creó la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC) y se fortaleció el vínculo con organizaciones de la sociedad civil que garantizaban el acceso a espacios de primera escucha y tratamientos ambulatorios. La RAAC es un sistema de atención único, integral, preventivo/asistencial y público, su objetivo es establecer una asistencia acorde a los recursos que se disponen, considerando también aquellos con los que aún no se cuenta, en gestión conjunta con los gobiernos locales y otras organizaciones de la comunidad. Se compone por cuatro niveles:

El nivel 1, es la puesta en marcha de actividades sanitarias que apuntan a la promoción de la salud y a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Se encuentran divididas en seis zonas sanitarias que se corresponden a las zonas sanitarias municipales. Esta prevención se trabaja desde un punto de vista inespecífica. En una entrevista realizada al coordinador RAAC del interior de Córdoba, nos comenta que: “en nuestras actividades de prevención no vamos a hablar ni dar información de sustancias, sino que vamos a trabajar otro tipo de cuestiones: poner límites, valores, motivaciones, etc.” (E9). La línea de prevención que trabajan se llama fortalecimiento emocional para jóvenes y fortalecimiento familiar para adultos. Además, nos informa que estos talleres de prevención no se realizan en un espacio físico propio de la provincia, sino que son espacios que se articulan con organizaciones de la sociedad civil, con centros vecinales, clubes, merenderos, Centros de Atención Primaria de la Salud en algunos casos como en barrio Juan Pablo II y también en los polideportivos sociales.

El nivel 2, es la puesta en marcha de actividades sanitarias que contemplan el tratamiento ambulatorio especializado. Este nivel está constituido por los denominados Centros Asistenciales (CAS). En ellos se espera que los/as beneficiarios/as puedan acceder a las siguientes prestaciones según sus necesidades específicas: Terapia individual, Terapia familiar, Terapia grupal, Abordaje psicofarmacológico, Grupos de Ayuda Mutua (Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, etc.) Dosajes (reactivos para monitoreo del consumo). En la ciudad, este nivel funciona en el Hospital San Roque Viejo. En el interior, los centros asistenciales son articulados con municipios y comunas, siendo el caso de Río IV, Villa María, Bell Ville, Marcos Juárez, Cruz del Eje, Arroyito y otros. En la entrevista realizada a un coordinador provincial, se destacó que los municipios son quienes se encargan del recurso humano y de determinar los días de atención, y que desde la Secretaría se les brinda

acompañamiento clínico, capacitación permanente, supervisión de casos, y derivación a niveles de mayor complejidad.

El nivel 3, es un nivel correspondiente al Ministerio de Salud a través de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud Mental. Está representado por aquellos establecimientos que cuentan con todos los recursos de un hospital general de agudos o de un hospital especializado en psiquiatría, para realizar una desintoxicación breve. Desde la Secretaría de Prevención no se tiene jurisdicción en los hospitales generales, sino que a partir de la gestión diaria, se genera la articulación para que estos pacientes puedan ser desintoxicados, estabilizados y una vez que se logre esa estabilización, y se haga una evaluación pertinente de cada caso, analizar si requiere una internación de mayor complejidad o de menor. (E9)

Por último, el 4to nivel es el de máxima complejidad destinado a la rehabilitación y reinserción de las personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas. Está constituido por dos Comunidades Terapéuticas Públicas, una en Santa María de Punilla y una en San Francisco, y por las Comunidades Terapéuticas de ONG que cuentan con la correspondiente habilitación. Este nivel propone el tratamiento residencial, por un tiempo corto, de 3 meses como lo establece la LSM, con la posibilidad de extenderlo únicamente por 3 meses más.

Entre las comparaciones que podemos realizar con respecto a perspectivas entre el organismo nacional y el provincial, destacamos que el primero responde al modelo de reducción de riesgos y daños, mientras que en la provincia se postulan desde el abstencionismo, es decir, desde el consumo cero. Esto es mencionado por nuestro entrevistado cuando refiere:

No seguimos los lineamientos de SEDRONAR en el sentido que trabajamos con una perspectiva más de consumo cero, no tanto de reducción de daños. Sin embargo, últimamente y trabajando también articuladamente y aprendiendo de otras experiencias, hemos incorporado algunas cuestiones vinculadas a la reducción de daños. Por ejemplo, una de las campañas del verano, dónde está asociada a mucho alcohol por fiestas y festividades, lo que se propuso fue salir con una campaña no desde el punto de vista de no consumir, sino si vas a consumir alcohol, toma un vaso de agua. (E9)

En esta cita, vemos expuestos los posicionamientos respecto a las políticas que utilizan el enfoque de la reducción de daños, dejando ver una aceptación de este enfoque únicamente para campañas relacionadas con el consumo de una droga legal, con altos niveles de aceptación como es el alcohol. Con lo que respecta a esta convivencia de perspectivas y de modos de ver e intervenir en las problemáticas, damos cuenta de la coexistencia de paradigmas que aún están vigentes en nuestras políticas públicas sobre el consumo de sustancias.

### **2.1.3 El trabajo en red en la ciudad de Córdoba**

Actualmente, se viene desarrollando en la ciudad de Córdoba una articulación estratégica entre los tres niveles del Estado (nacional, provincial y municipal) y las organizaciones e instituciones de la sociedad civil en torno a la propuesta de un abordaje integral. Comienza a ser una política de Estado que va marcando un rumbo, materializada en distintos proyectos y convenios con las organizaciones sociales.

En el año 2020 se crea la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones<sup>4</sup>, la cual cuenta con un servicio de escucha y acompañamiento para personas con problemas de consumo. En la actualidad, la Dirección atiende en tres sedes, dos de ellas ubicadas en el predio Aldeas de Argüello Lourdes y en Villa Bustos, que funcionan como Centros Municipales de Acompañamiento Comunitario (E6). La tercera sede se encuentra en el centro de la ciudad y fue recientemente renombrada bajo el nombre de Lazos, donde además funciona la Dirección de Salud Mental dependiente de la Secretaría de Salud.

En marzo de 2021, la Municipalidad de Córdoba firmó un convenio marco de cooperación con la Sedronar para su incorporación al Programa Nacional de Acompañamiento Territorial en Materia de Drogas. Mediante este convenio se busca fortalecer el trabajo de los dispositivos territoriales conveniados con Sedronar en la ciudad de Córdoba y apoyar la creación de nuevos Centros de Acompañamiento Comunitario impulsados por la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones.

La sede ubicada en el Centro municipal de acompañamiento Las Aldeas está convenido con Sedronar, siendo un Dispositivo Territorial Comunitario (DTC), y como tal les exigen informes mensuales para su monitoreo. Este dispositivo está conformado por un equipo interdisciplinario de psicólogas, trabajadoras sociales y un psiquiatra. Allí se realiza un dispositivo de primera escucha y orientación a las personas hacia distintos dispositivos de tratamiento y acompañamiento. Además, se realizan cursos de oficio que ofrece la provincia

---

<sup>4</sup> Dependiente de la Secretaría de Prevención y Atención de la Salud Comunitaria

de Córdoba, dos unidades productivas de textil y talleres artísticos que surgen del espacio. (E6)

### **Concejo Municipal: el COIPRED**

El Concejo de Políticas Integrales para la Prevención del Consumo Problemático de Drogas en la Ciudad de Córdoba, fue impulsado por la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones en el año 2020, mediante la ordenanza 12.771. El mismo nace como un espacio de concertación entre distintos actores para la discusión e intercambio de políticas públicas integrales en materia de consumo problemático de sustancias. Busca profundizar las redes de prevención y asistencia mediante una comunicación directa entre todos los espacios involucrados, generando acuerdos amplios entre distintos actores y reconociendo tanto la complejidad de la problemática como la necesidad de un abordaje integral. Participan más de 30 instituciones y organizaciones destacadas por su trabajo y compromiso en la materia. Forman parte como consejeros distintos dispositivos de Sedronar, organizaciones sociales, comunidades terapéuticas, fundaciones referentes en la materia, secretarías provinciales, concejales, universidades, colegios de profesionales, investigadores, instituciones de salud, entre otras. Así, este consejo permite poner en palabras de los propios actores, sugerencias de políticas públicas en clave de tres ejes: capacitación, investigación y trabajo territorial.

La particularidad de este Consejo Municipal radica en que no solo aporta iniciativas y proyectos al poder ejecutivo, sino también, al Concejo Deliberante, principalmente a la comisión de Prevención de las Adicciones, recientemente creada. Tiene una mesa ejecutiva compuesta por un Coordinador General y dos vocales con la función de conducir las acciones del COIPRED para cumplir con el objetivo encomendado al mismo.

## **2.2 Lo territorial y comunitario como eje de transformación**

Nuestra intención en este apartado es desglosar el significado atribuido a lo territorial y comunitario para luego presentar el territorio donde realizamos nuestra intervención pre profesional. Para ello, comenzaremos definiendo qué entendemos por territorio, señalando que este no es sólo un espacio geográfico, sino, “un espacio socialmente construido que se construye a partir de la interacción de diversos actores sociales y de sus relaciones interpersonales, institucionales y simbólicas” (Carballeda, 2006, p.38). Siguiendo a este autor, consideramos al territorio como un espacio de relaciones, de interacción social y de construcción de identidades; un espacio de producción y reproducción de la vida social.

Esta concepción sigue los lineamientos de Bourdieu (1991), quien va a utilizar el concepto de espacio social para definir el espacio estructurado por las relaciones sociales entre los individuos y los grupos. Este espacio no solo se limita a las dimensiones físicas, sino que también incluye elementos culturales y simbólicos. Además, menciona que el espacio social es el lugar donde se sitúan las luchas simbólicas, es decir, las luchas por la imposición de la visión legítima del mundo social, siendo así un espacio de fuerzas y tensiones en constante movimiento (Bourdieu, 1991). Entonces, al hablar de territorio nos referimos a aquel lugar dinámico donde las personas viven, se construyen, se relacionan y se deconstruyen: cómo son esos cuerpos; qué historia de experiencias de cuidado tienen, cómo se incorporan esas prácticas de cuidados; qué violencias soportaron; qué acceso a la salud, a la educación, al trabajo tienen y tuvieron; cuáles son sus redes afectivas, etc. En definitiva, el territorio es producido por quienes lo habitamos y a su vez, lo construimos y nos construye.

Asimismo, Bourdieu (1991) aborda la relación entre territorio y comunidad, sosteniendo que estas dos dimensiones están estrechamente relacionadas en la construcción de la identidad social. Argumenta que la relación entre territorio y comunidad se basa en la territorialidad, que es una forma en que los grupos sociales construyen y defienden sus fronteras simbólicas y físicas. Según el autor, la territorialidad es un fenómeno social que se manifiesta a través de la relación entre los agentes y los espacios sociales que ocupan. Se basa en la construcción de lugares simbólicos que representan al grupo y en la defensa de fronteras que delimitan el espacio social del grupo. Entendemos que la construcción de fronteras simbólicas y físicas es esencial para la creación y reproducción de la identidad colectiva de la comunidad.

Por su parte, los aportes de Carballeda (2006) nos invitan a considerar al territorio como un elemento clave para el análisis y la intervención en lo social, destacando la importancia de trabajar en colaboración con las comunidades para identificar y abordar las necesidades y problemáticas específicas de cada territorio y para la definición de estrategias de intervención. Sostiene que:

El trabajo en territorio implica una aproximación a la realidad social que se aleja del enfoque asistencialista y que se centra en el desarrollo comunitario. La idea es fortalecer las capacidades y las potencialidades de las personas y de los grupos sociales para que puedan transformar su propia realidad. (Carballeda, 2006, p. 46)

En conclusión, el territorio es un ámbito fundamental para el desarrollo comunitario, ya que las relaciones sociales y la interacción entre los actores sociales son esenciales para la construcción de la comunidad y su desarrollo. Específicamente para el campo de la salud mental y el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, el territorio y la comunidad forman parte del nudo central de los desafíos para el Trabajo Social, y por ello es menester la necesaria formación en pos de la construcción de un campo de intervención legítimo y de acciones transformadoras con lxs sujetxs en su propio territorio.

### **2.2.1 La implicancia de la comunidad en la Salud Mental**

Para comenzar, reflexionaremos sobre qué significado le otorgamos, y desde donde nos posicionamos, al concepto de comunidad, el cual es esencial para los enfoques integrales y para el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria. El concepto de comunidad tiene sus orígenes en la sociología del siglo XIX, ligado a la añoranza de aquello que se estaba perdiendo por las transformaciones en los vínculos sociales producidas por la revolución industrial. Durkheim, uno de los padres de la sociología clásica, en su desarrollo de “Las reglas del método sociológico” toma como dimensión fundamental para analizar los hechos sociales a la vida en comunidad. Este autor sostiene que la vida social no es una simple suma de individuos, sino que se realiza en unidades especiales, que llamamos sociedades o grupos. Y cada uno de estos grupos tiene su propia estructura, su propia fisonomía, su carácter distintivo y una vida propia que no se reduce a la suma de las vidas individuales que lo componen. (Durkheim, 1895)

A su vez, el sociólogo remarca la importancia de no entender a las comunidades o grupos como suma de individuos sino como una categoría analítica en sí misma. Si bien luego complejiza su desarrollo a través de la distinción entre solidaridad orgánica y mecánica lo relevante en este caso es la interdependencia entre individuos de la comunidad, o sea, el funcionamiento de los lazos sociales en términos de Durkheim.

Por su parte, Ardila y Galende (2011) realizan una breve revisión histórica para examinar los diversos significados que se le han dado a este término en diferentes periodos. Para estxs autorxs, la comunidad, comprendida a comienzos del siglo XIX, hacía alusión a “las formas de relación que se estaban perdiendo con la entrada del liberalismo: aquellas caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo” (Ardila y Galende, 2011, p.41). Entendemos entonces, que el concepto está estrechamente ligado con los vínculos sociales; ya sean los vínculos familiares, entre vecinxs y/o amigxs.

Ardila y Galende (2011), entienden que las formas de vincularnos entre individuos redefinen al mismo tiempo la construcción de identidades sociales, y por ello, en una concepción tradicional de vida comunitaria la identidad social se basaba en dos pilares: la filiación y el territorio. En ese contexto se observa cómo los términos comunidad y territorio están estrechamente relacionados, ya que las personas tienen una subjetividad fuertemente vinculada al territorio.

Para el liberalismo, era entendida como una noción conservadora ya que eran aspectos de la tradición los que impedían el avance que buscaba instalar el modernismo. Defender la vida comunitaria hacía parte de aquello que se oponía al cambio y al progreso, es entonces que la contracara de la comunidad “implicaba un tipo especial de relación humana caracterizada por un alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, interés, racionalidad” (Ardila y Galende, 2011, p.42)

Las comunidades de hoy no pueden ser equiparadas a las que la sociología que aquel siglo anhelaba, ya que están influenciadas por los temas característicos de los tiempos actuales. La necesidad de comunidad resurge, pero se presenta con las contradicciones de la época actual, en la que se observa la desintegración y disolución de la soberanía estatal, lo que lleva a una pérdida de la identidad territorial y al mismo tiempo un movimiento para habitar un nuevo territorio no para la vida en común, sino para la defensa en común. Ardila y Galante (2011) afirman que:

El valor y la función reguladora de la mirada del otro sobre la conducta propia se atenúan o desaparecen, llevando a cada individuo, y en cada relación con el otro, a establecer por sí mismo los valores éticos de su comportamiento hacia sus semejantes de trato y sociedad. (p. 45)

En definitiva, en ausencia de relaciones cercanas de amistad, vecindad, pareja o familia, la noción de comunidad se relaciona cada vez más con la búsqueda de seguridad, lo cual conlleva un aumento de la desconfianza hacia los demás. La afirmación anterior es compartida por Castells (1999) quien plantea que aquello que organizaba a los grupos humanos en función de un proyecto (político, cultural, de cambio o transformación social) se ha desplazado a una forma de asociación marcada por la necesidad de defensa frente a un mundo y una sociedad que se percibe hostil.

En relación a la salud mental, los cuestionamientos sobre el tratamiento de las personas con padecimientos mentales que surgieron después de la Segunda Guerra Mundial y

que se reflejaron en los movimientos de reforma psiquiátrica, tienen un elemento común: la referencia a la comunidad o a lo comunitario. Todas las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica clásica comparten la ideología asilar, que defiende la separación, a menudo permanente, del paciente de su comunidad, alejando a la persona de la vida en sociedad.

Un ejemplo de ello son las comunidades terapéuticas surgidas en Inglaterra en los años cincuenta del siglo pasado, donde el término comunidad hacía referencia en términos generales a un tipo de funcionamiento dentro de la institución psiquiátrica proponiéndole suprimir el orden jerárquico propio del hospital psiquiátrico. Su resurgir en los últimos años, especialmente destinadas al tratamiento de individuos con consumo problemático de sustancias, muestra justamente su capacidad de transformarse en instituciones de encierro, alejadas de la vida comunitaria real del afuera.

Ardila y Galante (2011) postulan que salud mental y comunidad han superado los primeros tiempos en que ambos conceptos fueron vinculados. En la actualidad, el enfoque de la Salud Mental en la Comunidad pone énfasis en preservar o restaurar la capacidad de lxs sujetxs con padecimientos mentales para relacionarse con los demás miembros de su comunidad y participar en la vida social en la sociedad en la que viven. Vemos como hoy en día la construcción de vínculos comunitarios es un objetivo común en la mayoría de los procesos de atención. El enfoque comunitario en salud mental no puede ser simplemente un acto de compromiso o militancia social, sino que también requiere una comprensión y explicación racional de las condiciones actuales de la vida en sociedad y en interacción con los demás. Tal como proponen lxs autores, es en la comunidad donde “buscamos comprender los avatares del sufrimiento mental y donde queremos construir colectivamente, los profesionales junto a la comunidad, los procedimientos para cuidar y reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psíquica” (Ardila y Galende, 2011, p.50).

### **2.2.2 Caracterización del territorio: conociendo barrio Argüello**

Durante los meses de marzo a diciembre del año 2022, realizamos nuestras prácticas pre profesionales en el barrio Argüello Lourdes, un barrio residencial con 1.132 personas según el último censo realizado. Limita con Argüello Norte y Autódromo, teniendo en su cercanía barrios como El Cerrito, Villa Cornú, Villa 9 de Julio, U.O.C.R.A y Mercantil. (Ver Anexo 1). Es uno de los barrios que conforman la zona de Argüello, ubicado en el noroeste de la ciudad de Córdoba por fuera del anillo de circunvalación. (Ver Anexo 2).

Desde el año 1990, en toda la zona han sucedido modificaciones y reconfiguraciones del espacio, ya que se constituyó al comienzo como zona rural y semiurbana, dando lugar

más tarde a zonas urbanas precarias. Dicho crecimiento produjo de manera gradual la profundización de las identidades diferenciadas entre los distintos residentes del barrio, que comenzaron a pertenecer a sectores estigmatizados, pues se diferenciaron sub-barrios, muchos de ellos con disputas. Esto produjo una barrera simbólica que activa procesos de inclusión-exclusión entre sus residentes, con sectores del barrio más integrados y zonas de mayor segregación territorial. (Meritano, 2019).

Argüello se encuentra constituido por 6.000 hogares, en los cuales viven aproximadamente 25.000 habitantes<sup>5</sup> de los cuales constituyen el 23% viviendas precarias, conformando el 52% los asentamientos, o “villas”. Por otro lado, el 10% de los habitantes vive en condiciones de hacinamiento, el 15% tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y solo el 15% tiene estudios secundarios. Acerca de los servicios públicos, el 92% de la población reconoce una deficiencia de agua potable, gas y cloacas. Según datos del censo 2010 (el último disponible con datos por barrio), la mitad de ésta pertenece al grupo etario de entre 5 y 24 años de edad, y casi el 80% de las personas poseen una edad de 0 a 39 años, comprendiendo entonces que la población es constituida en gran mayoría por jóvenes.

Retomando la situación particular de la reorganización territorial del barrio Argüello, Meritano (2019) en su análisis propone que dicha subdivisión produjo una barrera simbólica de la que se desprenden procesos de inclusión-exclusión entre sus residentes, y una diversificación de la zona. No es casual que los sectores medio-altos hayan quedado ubicados en las cercanías de avenidas principales donde se instalan a demás barrios cerrados y countries, mientras que los sectores medios-bajos han sido desplazados en cercanías del canal maestro donde residen en cooperativas de viviendas, barrios sociales, asentamientos con escaso acceso a servicios públicos, calles sin mantenimiento, y escaso alumbrado público.

Esta situación desencadena a su vez una identificación del barrio como “zona roja” que se confirma tanto en los discursos de lxs vecinxs como así también en los índices de detenciones, que constituyen una parte importante de la inseguridad situada en el sector. Es así entonces, que el temor generalizado por pertenecer a una zona roja, se acrecienta en barrios populares, que por sus características de abandono y ausencia de servicios públicos sumado a los daños estructurales, son asociadas directamente con el peligro. Esta situación es reconocida por los vecinos y vecinas del barrio: “Argüello es grandísimo es muy grande por eso por ahí escuchas el gran Argüello, tiene muchos nombres el gran Argüello, el Argüello rojo porque bueno por ahí se estigmatiza cierto sectores de Argüello que vos tenés el

---

<sup>5</sup> Según datos obtenidos del Censo 2010

Argüello de la villa, El Argüello de los ITV y el Argüello de las quintas, las quintas de Argüello tenés la Ricardo rojas de Argüello, tenés casi Villa Allende... es enorme” (E1).

La operación de cambio de nombre y la fragmentación de la zona, según Meritano (2019), es decodificada por algunos vecinos como un modo de establecer una diferencia entre los sectores. Esta situación también se ha hecho presente particularmente en la casita Puentes, siendo uno de los motivos que impulsó al cambio de ubicación de la misma en 2018. La operadora territorial de la organización, en una entrevista nos informa que la primer casa Puentes se ubicó en el barrio UOCRA, donde, según palabras suyas “(..)las casas eran medianamente lindas, era un barrio con asfalto con todos los servicios básicos casi cubiertos es un barrio muy distinto de dónde vienen los pibes” (E1).

Esta diferencia, esta diversificación del barrio Arguello, ha intensificado entre lxs vecinxs las estigmatizaciones que recaen sobre lxs usuarixs de la red: “(...) nosotros cuando íbamos a UOCRA a la otra casita la gente te miraba por la ventana y vos te dabas cuenta viste, una mirada como muy... estigmatizante muy del asco, de la bronca, y los chicos que van ahí por ejemplo una vez.. nosotros entramos a las 10:00 por ejemplo y vos no llegabas a las 10:00 para abrir las puertas de la reja, teníamos reja, y una vez el Dani estaba esperando con otro chico y cayó la policía y se lo llevaron (...) venirse de UOCRA, caminarse todo esto te llevaban 30 veces en cana, y si venían dos pibes solos con gorra eran mal vistos”. (E1) Estas y otras situaciones se repiten entre vecinxs de los barrios, en donde se intensifica la rivalidad de territorio impidiendo una libre circulación de habitantes de barrios aledaños.

Ahora bien, al ser una zona con una gran población, encontramos diferentes instituciones y organizaciones de carácter público, privado, de organizaciones sociales y civiles que trabajan en diferentes áreas. Desde el el Equipo de Asistencia Comunitaria (EAC), dependiente de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba y ubicado en Argüello Lourdes, se realizó un mapeo territorial en donde se reconocieron alrededor de 30 organizaciones e instituciones de la zona. Los más destacados son organizaciones comunitarias como Casa Macuca, agrupación Evita, Juguemos Limpio y Red Puentes. Además, se encuentran centros de salud, escuelas, organizaciones religiosas y clubes (Anexo 3). Desde el EAC se reconoce que los vínculos con algunas de ellas van desde el reconocimiento de su existencia hasta el trabajo conjunto, y que estos vínculos establecidos con los agentes o referentes comunitarios e institucionales remiten a acuerdos profesionales y no institucionales de la Secretaría de Salud Mental provincial, de la que dependen. De esta

secretaría no existe a la fecha ninguna línea de acción de promoción prevención, y éstas responden a iniciativas de los trabajadores del EAC.

Por último, queremos destacar la existencia de una mesa de organizaciones territoriales, en donde quincenalmente hay reuniones entre instituciones/organizaciones de todo Arguello Lourdes, y algunos de Arguello Norte (E6). Esta mesa de la cual participa Red Puentes es fundamental para el desarrollo de estrategias para la realización de un acompañamiento integral del usuario. En la entrevista con la Trabajadora Social se menciona:

Nosotros como Red Puentes consideramos que los pilares fundamentales para que el pibe pueda sostener un tratamiento e ir reduciendo de a poco su consumo, es una cuestión individual del pibe pero también es una cuestión fundamental el laburo con el afuera. Como laburamos lo ambulatorio, después de que el pibe se va de la casita, ahí es donde se tienen que activar todas las estrategias para laburar con la familia o con sus vínculos más cercanos o pensar posibilidades que le permitan al pibe después de ahí tener alguna actividad extra, o el fin de semana o durante la mañana. Ahí entra la escuela, algún espacio comunitario desde talleres, oficios, todo lo que implique para el pibe un espacio que lo contenga y que fortalezca esas potencialidades ¿no? (E2)

Entendemos que estas intervenciones son parte de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad de los abordajes integrales que venimos mencionando y desde donde trabajamos nuestras estrategias de abordaje.

### **2.3 “Nadie se rescata solx”: La organización social Red Puentes**

La Red de Abordaje Comunitario de Consumos Problemáticos Puentes nace en el año 2012 como iniciativa del Movimiento Popular La Dignidad con el objetivo de ofrecer de manera libre y gratuita, tratamiento y prevención (específica e inespecífica) para jóvenes y adolescentes en situación de consumo problemático de sustancias. De esta manera, la Red Puentes se conforma por casas o centros de abordaje comunitario de consumos problemáticos, ubicados en diferentes puntos de las provincias tales como Entre Ríos, Santa Fe, Jujuy, Salta, Mendoza, Chaco y Buenos Aires.

A nivel nacional, por su parte, la Red Puentes integra el Consejo para el abordaje integral de políticas públicas de adicciones en contextos de alta vulnerabilidad de la SEDRONAR y el programa Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) de

la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones dependiente del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano de la Ciudad de Buenos Aires.

Para contextualizar el trabajo llevado adelante por los dispositivos pertenecientes a la Red Puentes, nos interesa revelar, según el documento del proyecto Red Puentes Zona Norte (2020), que las juventudes que habitan contextos más vulnerables y de marginalidad social conviven con mayor frecuencia con la vulneración del derecho de Salud y Salud Mental, pues las estrategias de prevención y tratamiento escasean en dichos sectores. Es así que, reconociendo dicha situación, se comienzan a crear dispositivos comunitarios de atención y prevención integrales y de bajo umbral, con vistas a abordar la problemática. El objetivo general de Red Puentes es:

Construir salud integral comunitaria/colectiva desde diferentes dimensiones: política, económica, laboral, educativa, psicológica, social, legal/jurídica, entre otras. El objetivo es la prevención, promoción y asistencia (abordaje o derivación) de consumos problemáticos con un enfoque de reducción de daños desde el paradigma de la salud comunitaria.

En relación a los objetivos más específicos, estos buscan tanto la creación de redes de contención para lxs usuarixs, así como también una articulación con otras instituciones de salud, escolares, estatales, comedores, refugios, organizaciones sociales, espacios de la comunidad (y todas aquellas que tengan relación con algún aspecto de la vida cotidiana de lxs usuarixs); en pro de un abordaje integral, conformada por acciones tendientes a la prevención y asistencia (o derivación) de consumos problemáticos. Dicho abordaje se establece y se comienza a desarrollar considerando que los consumos problemáticos de sustancias en poblaciones vulnerables se presentan como maneras de convivir y llevar adelante la precariedad de las diversas áreas que conforman la vida, y entonces se comprende que con el solo hecho de un cese en el consumo de la sustancia no es suficiente para el logro de una recuperación integral del sujetx. De esta manera las intervenciones se proponen desde la comprensión de la complejidad y la multidimensionalidad del tema abordado, ofreciendo alternativas de estrategias tanto a nivel subjetivo como grupal y colectivo, en vistas a potencializar en lxs usuarixs procesos de autoconstrucción de sujetxs políticos activos, de derechos; que posean pensamiento crítico en torno a sus padecimientos subjetivos y su relación con el consumo, y que apuesten a la creación de herramientas que posibiliten en lxs

usuarios superar continuas situaciones estigmatizantes a las que están sometidos (Documento Red Puentes, 2020).

En concordancia con lo anterior, se abordan desde la red los vínculos interpersonales desde una perspectiva de género, a la vez que se apuesta a trabajar sobre los proyectos de vida de lxs usuarixs, validando sus conocimientos y experiencias como parte fundamental del logro de los objetivos. A nivel local la Red Puentes cuenta con tres dispositivos comunitarios en la ciudad de Córdoba que abordan el consumo problemático de manera integral, territorial y comunitaria, integrando la Mesa territorial de adicciones de la provincia de Córdoba (M.T.A). El primero de ellos fue creado en el año 2017 y se ubica en la Zona Sur de la ciudad, en barrio San Vicente. Un año más tarde, en 2018, se instala el segundo dispositivo en Zona Norte, ubicado en el barrio Argüello, y finalmente en el año 2021 se inauguró un segundo dispositivo de zona norte, ubicado en barrio San Ignacio.

### **2.3.1 Nuestro dispositivo de intervención: la casita de Argüello**

Nuestra intervención pre-profesional se desarrolló específicamente en el dispositivo de Red Puentes ubicado en el Centro Municipal Las Aldeas en Argüello Lourdes, donde también funcionan otros organismos e instituciones del Estado -municipal, provincial, y nacional- y organizaciones del barrio, lo cual posibilita en la cotidianeidad del trabajo, generar redes que habilitan brindar respuestas más integrales, interdisciplinarias e intersectoriales, con mayor grado de accesibilidad a los servicios para la comunidad.

Las organizaciones presentes en el predio son: el ya mencionado EAC que depende de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba; la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, dependiente de la Municipalidad de Córdoba; la residencia Madres Adolescentes pertenecientes a la Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia (SENAF) y el Centro Comunitario "Lima Limón". Además, existen otras organizaciones que utilizan este predio como espacio de encuentro como el productivo textil del Movimiento Evita, y la unidad productiva de economía popular HILAS, un grupo de mujeres que reciclan lana de descarte.

Durante el desarrollo de nuestras prácticas, funcionó en el predio el Centro de Salud N° 33 perteneciente a la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Actualmente en el mes de marzo del corriente año, éste centro fue absorbido por el nuevo hospital "Cura Brochero", ya que el equipo técnico fue trasladado al mismo, generando un conflicto para lxs vecinxs del barrio quienes reclaman por su continuidad en el espacio.

Adentrándonos a la *casita* Puentes, nombrada de esta manera tanto por el equipo de trabajadorxs como por lxs usuarixs del dispositivo, reconocemos dentro de su estructura organizativa diferentes roles que posibilitan la existencia de la misma. Por un lado, el equipo técnico se encuentra conformado por dos psicólogos, y una trabajadora social. Por otro lado, el rol de operadorx territorial se lleva adelante por trabajadorxs que viven en el barrio, lo que se convierte en una estrategia pensada a partir de las posibilidades de la presencia de urgencias. También existen operadorxs convivenciales, que son aquellas personas que organizan y sostienen la convivencia de 10:00 a 16:00 hs de miércoles a viernes. El equipo de trabajo se completa con lxs talleristas, quienes sostienen los talleres culturales, de oficio, deportivos y recreativos en el espacio con días y horarios específicos.

Actualmente en el espacio se ofrecen talleres de teatro, de educación física y de serigrafía, como así también socio-productivos de carpintería y cocina vegana. El primero de estos está pensado para la asistencia abierta de lxs usuarixs interesadxs, mientras que el de cocina vegana solo se dispone para mujeres y disidencias. Lxs trabajadorxs de la Red desarrollan sus labores en equipos interdisciplinarios con el objetivo de brindar acompañamientos en diversas áreas según sea necesario: salud, educación, laboral, judicial, habitacional; así como también lograr un seguimiento y comprensión integral sobre los procesos de cada usuarix, brindando atención psicológica (individual y grupal), talleres (que apuntan a potenciar la creatividad, la capacidad de simbolizar y la producción), productivos laborales, entre otras, que complementan a la convivencia. Algunos de los talleres mencionados se ofrecen abiertamente a la comunidad, invitando a participar a cualquier persona interesada.

En nuestro paso por el dispositivo identificamos aproximadamente dieciocho trabajadorxs desempeñando sus tareas en las ya mencionadas actividades y espacios. La mitad de ellxs se constituye por talleristas quienes acuden a la *casita* en un día y horario asignado. El resto de trabajadorxs son operadores y equipo técnico, quienes llevan adelante el funcionamiento diario del espacio, tanto en convivencia como en el seguimiento y acompañamiento integral de la persona. Aún así, éstos tampoco comparten el espacio en los mismos días y horarios, sino que asisten a específicos turnos en la semana. Lxs usuarixs que asisten a convivencia son aproximadamente diez, siendo necesario mencionar que además asiste un número reducido de personas -al menos cinco reconocidos por nosotras- que sólo participan de actividades particulares que ofrece la Red, sin estar activamente bajo un acompañamiento.

Consideramos que el número de trabajadorxs frente a la reducida cantidad de personas que asisten activamente al espacio tiene correlación con la característica ambulatoria que representa a los dispositivos de Red Puentes. Lxs usuarixs poseen la plena autonomía de decidir sobre su participación, lo que entendemos como una fortaleza y a la vez advertimos como un desencadenante del abandono y la inconsistencia de la regularidad en su proceso. A su vez, destacamos que la existencia de un numeroso equipo de trabajo representa una virtud en tanto que aumenta las posibilidades de creación y afianzamiento de lazos indispensables para tal proceso.

En una dimensión simbólica reconocemos que la *casita* para lxs usuarixs es un espacio de contención que, según manifestado por la operadora territorial, es un espacio seguro (E1). Dicha afirmación se encuentra ligada al cambio de locación relatado anteriormente, el paso de barrio UOCRA a donde se ubican en la actualidad. Esto fue percibido de manera positiva tanto por lxs trabajadorxs como por lxs usuarios, ya que además de ser ediliciamente más funcional, espaciosa y cómoda, también el contexto se acopla a las particularidades de lxs usuarixs que asisten. (E1) Agregamos otro fragmento de la entrevista que enriquecen esta idea:

“(…)Este lugar es maravilloso porque ellos acá vienen y les encantan los árboles... dónde estábamos allá era la reja, el frente y la reja a la calle y todos mirando así como que hacen estos locos acá”

Al respecto, el documento de Red Puentes (2020) especifica que en estos dispositivos de abordaje comunitario se considera que lxs *pibes y pibas* que asisten diariamente a las casas son los protagonistas de su proceso y por ello es indispensable respetar las cargas de sentido de sus propias situaciones atravesadas y se apuesta a trabajar desde sus herramientas para potencializar las mismas, buscando “reconstruir los lazos comunitarios que el consumo primero horada y luego destruye”. (Documento Red Puentes, 2020). Desde allí la bandera que sostiene la red: *en cada pibe y en cada piba hay una historia*, se justifica el abordaje integral, confirmando que éste excede lo específico del consumo problemático de sustancias abarcando otras dimensiones que hacen a la salud integral de la persona.

En lo que respecta a la metodología del ingreso a la *casita*, el equipo de Puentes lleva adelante una serie de pasos. (E4). En primera instancia existe un espacio de recepción, que se trata del momento en donde el usuarix se acerca a conocer el espacio, que pueda habitarlo e

identificar cómo se siente allí, poniendo en juego sus expectativas del lugar y lo que determina como tratamiento deseable para sí. En esta instancia se conocen las reglas del lugar, las maneras generales de trabajo y la distribución de lugares y tareas, como así también lo que el espacio ofrece. Luego, un segundo momento se habilita cuando la persona ha accedido a volver a visitar la *casita*, allí se despliega la entrevista de admisión llevada adelante por uno de los psicólogos y la trabajadora social. En esta primera entrevista se apuesta a conocer al usuario, por lo que las informaciones a conocer son acerca de datos personales tales como nombres, número de documento, edad, etc.; datos básicos que sirven como elementos de seguridad. Allí también se habilita un posible espacio de conversaciones en caso que el usuario tenga ganas de compartir algo sobre su situación particular. Más adelante, esta misma entrevista que constituye una ficha de datos, se amplía y se comienza a rastrear informaciones que serán relevantes para el ofrecimiento de tratamiento. En esta instancia, los psicólogos se abocan a conocer acerca de particularidades psicológicas y la trabajadora social sobre “particularidades acerca de lo social.” (E4).

En función de aquello, se establece una reunión entre profesionales y también con el equipo técnico y operadoras, con el objetivo de estudiar y evaluar el caso particular para desplegar estrategias que se adapten a las circunstancias, pues los tratamientos en cada caso individual son muy distintos. En palabras del psicólogo:

Nosotros tenemos una oferta muy grande (...) en función de las necesidades de la persona nosotros vemos qué de todo eso vamos a ofrecer. Si vamos a ofrecer todo porque vemos que necesita todo o no. Muchas veces ese esquema va cambiando, por ejemplo viene un pibe y dice "sí, me gustó el lugar pero no quiero ir al psico" uno puede decir bueno yo evalúo que sí, estaría bueno pero dice “bueno quiero estar en los talleres y en la convivencia”, bueno empezá ahí, y se empieza por ahí. Y de golpe empieza a hablar, se encuentra con un operador, empieza a hablar y le dicen bueno mira te recomendaría que vayas al psico y al mes siguiente dice “bueno, empiezo, entro”. Y capaz que se va de los talleres. Pero no hay una imposición. Si se le recomienda mira, creemos que esto es lo mejor. (E4)

### **2.3.2 Calando hondo: dimensiones del abordaje integral**

En relación al modo de operar en el espacio, creemos que es relevante destacar que todas aquellas estrategias del modelo de abordaje integral en general se despliegan a partir de cinco articuladas dimensiones, recuperadas en el documento Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos de la Sedronar (2019). Dichas dimensiones son la asistencial, promocional, educativa, laboral y legal; que se condicen con los lineamientos específicos de la Red Puentes. Si bien éstas se explican y tienen sentido de forma conjunta, las desarrollamos por separado a los fines analíticos:

La dimensión asistencial es transversal a todas las acciones propuestas desde los dispositivos territoriales, considerando de esta manera al conjunto de acciones tales como la convivencia, los talleres y las propuestas promocionales como un encuadre potencialmente terapéutico. En dicha potencia terapéutica las experiencias y propuestas se conforman de manera estratégica, con el objetivo de aliviar los padecimientos y/o ampliar las oportunidades de acceso a tratamientos. Estas se condice con la idea del trabajo interdisciplinario que busca otorgar a cada diseño de propuesta y/o estrategia un estatuto de intervención que se logra al observar cambios o efectos ya sea individuales o colectivos.

Específicamente en el documento de Red Puentes aparecen los acompañamientos habitacionales como dimensión a ser atendida, pues refiere a que la situación habitacional de lxs usuarixs suele ser inestable y precaria -y en muchas ocasiones inexistente- siendo la calle un lugar de vivienda. En estos casos, desde Puentes se apuesta a realizar derivaciones a hogares o residencias.

A su vez, la atención psicológica es una dimensión importante en los dispositivos desarrollándose de manera tanto individual como grupal. La frecuencia de los encuentros individuales se pauta con cada usuarix, pues se adapta a las necesidades y particularidades demandadas, mientras que los encuentros grupales son pensados y llevados adelante por el/la terapeutx en conjunto con lxs operadorxs y tienen como objetivo producir y mantener unido al grupo y acrecentar sus habilidades sociales, relevantes para la reducción de dependencia a la sustancia. La estructura convivencial de Puentes además comprende el desarrollo de talleres que apuntan a potenciar la creatividad, la capacidad de simbolizar, la producción y la imaginación.

Con respecto a la dimensión promocional, dichas actividades se proponen en los dispositivos como experiencias colectivas particulares a cada barrio con la intención de particularizar las actividades y la efectiva apropiación de la comunidad. Bajo esta dimensión, las personas usuarias acceden a actividades en conjunto con equipos profesionales, pues están coordinadas por talleristas, equipo técnico y/o algunx operadorx territorial. Estos espacios

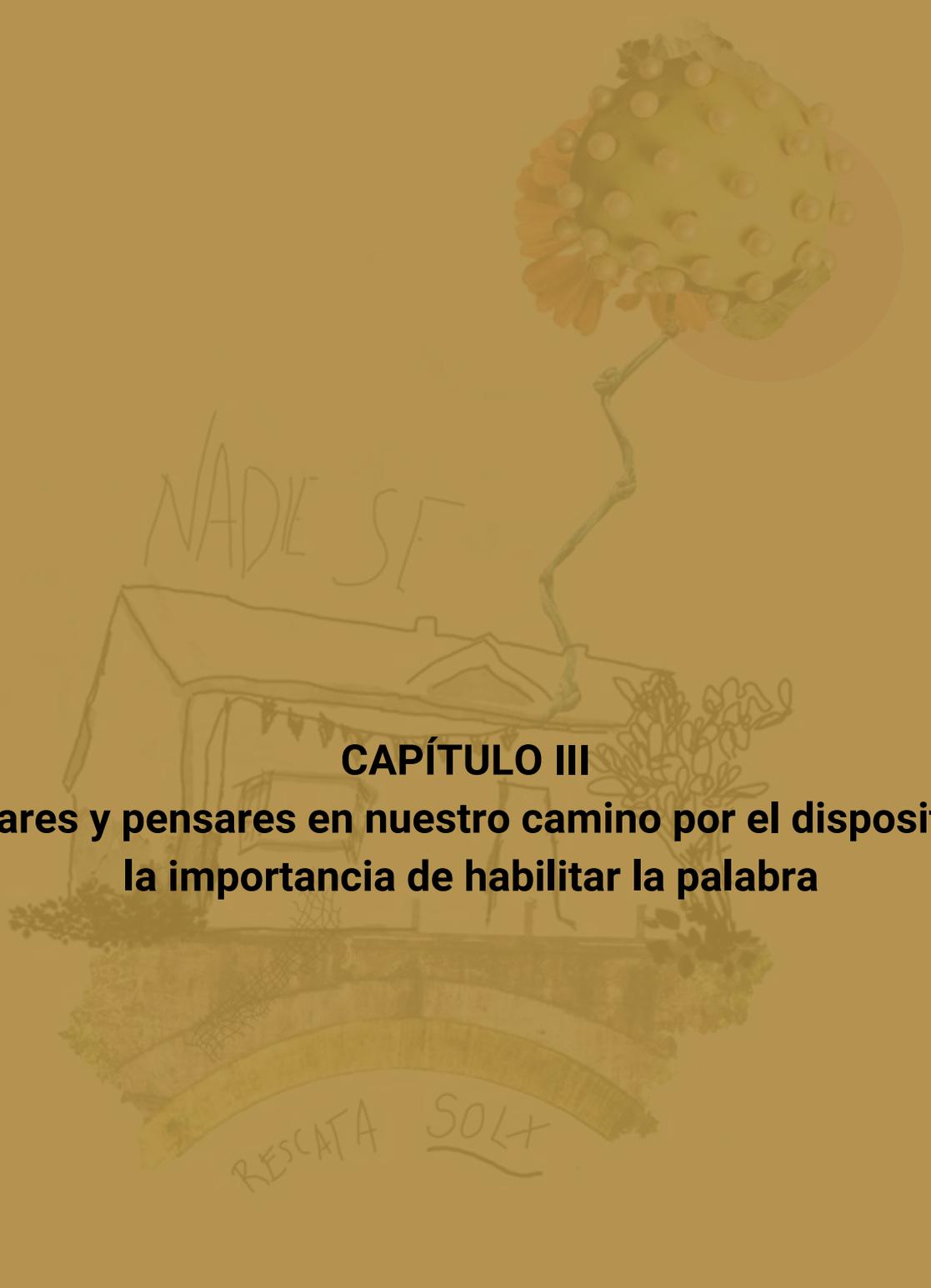
promocionales funcionan de maneras inspiradoras buscando potenciar tanto la creatividad como la salud de las personas. Desde Puentes se acompaña a quienes asisten a las casas a realizar controles de salud ya sea en hospitales y/o centros de salud con los que se crean lazos y articulaciones institucionales. La contención de lxs jóvenes se vuelve un acompañamiento indispensable, pues su situación de exclusión provoca continuas marginaciones del sistema de salud.

La dimensión educativa por su parte, tiene en vistas a la educación como un derecho generador de oportunidades. Esta dimensión se propone como propulsora de actividades orientadas a la construcción de espacios y condiciones para recuperar y fortalecer el deseo de aprender, poniendo en práctica lo aprendido y posibilitando nuevos aprendizajes relevantes y significativos, en donde la reflexión, el intercambio y la expresión ganan un peso prominente para fortalecer un proyecto de vida. De esta manera, se promueve un proceso de aprendizaje situado, que no desmerece lo incorporado hasta el momento por el sujeto, sino que pone de relevancia las particularidades del contexto personal, social y comunitario como parte constitutiva para el fortalecimiento educativo. Los acompañamientos en educación desde Red Puentes se propone con la posibilidad de que lxs usuarios no hayan podido finalizar sus estudios primarios o secundarios y en algunos casos no estén alfabetizados/as, y por ello se realizan lazos con diversas instituciones y programas educativos a fin de rearmar la red educativa de la persona.

Aparece también la dimensión legal, constituyéndose como parte fundamental para generar estrategias de inclusión comunitaria. Su objetivo es facilitar la decodificación de los vocabularios de los actores del sistema legal, a los efectos de generar mayores posibilidades de participación. Esta dimensión se constituye como un eje para incrementar un rol activo de las personas en el ejercicio y el cumplimiento de sus obligaciones, fortaleciendo estrategias protectoras integrales de derechos. Según el documento de Red Puentes, se comprenden a los acompañamientos judiciales parte insoslayable del abordaje integral, dado que muchxs de lxs usuarios que ingresan lo hacen con causas judiciales abiertas y no poseen información suficiente acerca del estado de las mismas, lo cual es indispensable para la recuperación de una vida saludable. Para tal fin, Puentes apuesta a acompañar a las personas en las distintas instancias, e incluso se presenta como un posible lugar donde la persona puede realizar una *probation* si así se requiriera. Además, se realiza allí el seguimiento de su causas (ya sea telefónicamente asistiendo a juzgados y defensorías) y en casos que las personas sean menores de edad, existe un contacto con centros de menores.

Por último, tenemos a la dimensión laboral. Ésta tiene en cuenta que las situaciones de consumo problemático pueden estar acompañadas por un impacto en las posibilidades de sostener un empleo, una ocupación o una actividad, y por tanto, el diseño de las estrategias debe incluir opciones que garanticen el contacto y pasaje o permanencia del sujeto con el ámbito de trabajo. Tiene como intención desarrollar herramientas de inserción sociolaboral y hábitos laborales solidarios a la construcción de proyectos ocupacionales perdurables en el tiempo. Los acompañamientos laborales en el documento de la Red aparecen por demandas vinculadas a éste y las intervenciones pensadas al respecto son múltiples: la elaboración de curriculum, el asesoramiento sobre entrevistas laborales, la inscripción en cursos de formación de oficios y en programas de acompañamiento laboral, forman parte de las estrategias desplegadas por los equipos de trabajo de Puentes.

Este último punto es clave para nuestra tesis final de grado, ya que nuestro desarrollo estuvo ligado a los socio-productivos vigentes, desde los cuales Red Puentes apuesta a la producción de bienes que permitan a los usuarios generar un ingreso para solventar algunos de sus gastos (Documento Red Puentes, 2020). En la sede Argüello funcionan para tal fin la carpintería La Tablada y la cocina vegana Burgers Puentes; mientras que en San Vicente funcionan socio-productivos de herrería y textil.



**CAPÍTULO III**  
**Andares y pensares en nuestro camino por el dispositivo:  
la importancia de habilitar la palabra**

Ocupar el espacio con la palabra es poder  
- Margarita Roncarolo

## **CAPÍTULO III: Andares y pensares en nuestro camino por el dispositivo: la importancia de habilitar la palabra**

### **3.1 ¿Quiénes son ellxs? La voz de lxs protagonistas**

En las Ciencias Sociales en general y en Trabajo Social en particular, nos encontramos ante una relación sujetx-objeto que requiere de una constante reflexión ética y política en cuanto a las formas de pensar, concebir y nominar tanto a lxs sujetxs como a las relaciones que establecemos con ellxs. Coincidimos con Cazzaniga (2020), cuando se refiere a dicha relación como intersubjetiva, es decir como una relación recíproca y compartida y asumimos el desafío de poder reconocer y posicionarnos desde ciertas concepciones “no sólo discursivamente sino y en particular a la hora de nuestras intervenciones” (Cazzaniga, 2020, p.49).

Desde los comienzos de nuestra práctica pre-profesional, antes y durante esta primera etapa de inserción, definimos que nuestrxs sujetxs de intervención serían las juventudes. Hoy en día luego de transitar Red Puentes, nos replanteamos sobre si es correcto abarcar esta categoría ya que quienes asisten al dispositivo no son en su totalidad jóvenes, sino que también asisten personas adultas. A pesar de que predominen las juventudes, consideramos que la noción de usarixs de la salud mental, como venimos referenciando, es más acertada a la hora de posicionarnos sobre quienes serán nuestros sujetxs de intervención, intentando de este modo abarcar la totalidad de asistidos y asistentes que posee Puentes.

#### **3.1.1 Un acercamiento al concepto usarix de la salud mental**

Definiremos el concepto usarix desde aportes de Yoma (2021) y Michalewicz y otrxs (2011); éstos nos permiten conocer rasgos distintivos de dicha manera de concebirlxs, y nos advierten sobre una temática que aún se construye con una necesaria disposición a cambios, rupturas y avances, con el fin último de posicionar a lxs propixs usarixs como partícipes plenos y efectivos en la sociedad, en igualdad de condiciones.

Desde el trabajo de investigación de Yoma (2021), advertimos sobre las transformaciones de las concepciones alrededor del sujetx, que a lo largo de la historia y los contextos han proliferado notablemente. Entre dichas concepciones se destacan algunas como *pacientes, consumidores/sobrevivientes, personas con discapacidad social, enfermos mentales, discapacitados*; éstas suelen utilizarse como sinónimos para referenciar a este grupo poblacional, provocando caracterizaciones negativas, estigmatizantes, inhabilitantes, invisibilizadas. En relación a ello, la autora afirma que “estas denominaciones se utilizan

habitualmente de manera indistinta, aun cuando cada término mantenga su particularidad, su contexto de significación y una potencialidad para formar grupos de identidad diferentes” (Yoma, 2021, p.4).

Comprendemos entonces, que al asumir una posición política sobre las maneras de referir a este -y cualquier otro- grupo poblacional, nos referimos al mismo tiempo a una cantidad de concepciones arraigadas al mismo. En dichas alusiones, nos posicionamos y a la vez posicionamos al sujetx, imprimiendo sobre ellx condiciones de posibilidad e imposibilidad, reconociendo o desconociendo capacidades y limitaciones, potencialidades, recursos, entre otras; donde el uso del poder a través del lenguaje se hace presente.

Es así que como equipo hemos asumido la responsabilidad de posicionarnos a lo largo de este trabajo final de grado refiriendo a lxs sujetxs de nuestra intervención como usarixs, pues creemos relevante que al respecto lxs integrantes de la APUSSAM (Asamblea permanente de usarixs de los servicios de salud mental)<sup>6</sup> se han autopercebido bajo dicha concepción, con el objetivo de diferenciarse y separarse de las connotaciones que conlleva la denominación *pacientes*, que remite a pasividad y espera, para reivindicar la de *usuarixs* que presenta una equivalencia con la actividad y capacidad de construcción (Stolkiner, 2022).

Desde la sanción de la Ley de Salud Mental ha habido un interés en potencializar el rol protagónico de lxs usarixs en la constitución tanto de espacios como prácticas que lxs compete acerca de su proceso de salud/enfermedad/cuidado, reforzando las posibilidades de participación y decisión. También dicho rol asumido apuesta a hacer frente a los procesos de discriminación y estigmatización impresos sobre ellxs, que han logrado la constitución de este grupo poblacional siendo eco del rechazo social, político e institucional. De este modo surge entonces el impulso del colectivo a unificarse buscando potenciar sus capacidades de ocupar roles activos en relación a su uso de los servicios de la salud mental, reivindicando sus papeles otorgados y adquiridos. Esta posibilidad de nuclearse como organización ha permitido a su vez una visibilidad como colectivo que hace frente a la discriminación, posibilita constituirse como actores protagónicos, conformar movilizaciones en reclamo de sus derechos y formar parte de debates acerca de cambios y reformas.

En relación a lo expuesto hasta el momento nos interesa acercarnos al texto de Michalewicz y otrxs (2011) donde se refuerza la idea de la deshabilitación, relegación e

---

<sup>6</sup> Es una organización constituida exclusivamente por usuarios y usuarias de servicios de salud mental, que fue apoyada y tuvo su sede inicial en un organismo de derechos humanos: el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales). Sostienen la necesidad de tener un espacio absolutamente propio, más allá de las redes que establezcan con otros organismos diversos, porque les permite hacer más visible la especificidad de sus voces y de las necesidades expresadas desde su lugar.

invalidez hacia la palabra de lxs usuarixs, profundizando dichas acciones en presencia de la experiencia de una internación psiquiátrica. Dicha experiencia, según lxs autorxs, puede constituirse en una marca permanente sobre la persona, desacreditando todas las demás condiciones del sujeto y posicionándolo frente a otrxs (pero también consigo mismo) en una situación de vulnerabilidad donde su integridad se encuentra confinada a un lugar de no racionalidad. El texto expone el rol y la relevante incidencia de la psiquiatría clásica sobre la construcción de la enfermedad mental como estigma, donde la misma se constituye como una identidad de “loco” y “enfermo” que absorbe y subsume todas las demás dimensiones del sujeto y lo deshabilita para hablar sobre sí mismo. Al respecto, Yoma (2021) afirma que la denominación de la persona “enferma mental” responde a concepciones biologicistas y estáticas que desconocen las subjetividades e individualidades como así también las condiciones sociales y contextuales del padecimiento.

Reconocemos y reivindicamos de esta manera, la importancia de la habilitación de la palabra y la participación de lxs sujetxs en la conformación de su identidad, recuperando la inexorable necesidad de una ruptura del estigma. Es así que el despliegue de prácticas que dejen de lado la concepción de *paciente* es condición de posibilidad para la reivindicación del rol activo de lxs usuarixs desde una perspectiva de derecho.

### **3.1.2 Presentando a lxs usuarixs de la casita Puentes**

En este apartado nos interesa presentar a lxs sujetxs de nuestra intervención: las personas usuarias que asisten a la Red Puentes Argüello. Ellas fueron protagonistas de nuestras prácticas pre profesionales y quienes asistieron al espacio en el período de mayo a diciembre del año 2022. A continuación, realizaremos una descripción de estxs sujetxs y un análisis en relación a tres categorías centrales en la construcción de subjetividad: el género, la edad y la clase social.

Para comenzar, mencionamos que participan de la Red Puentes alrededor de trece usuarixs de diferentes barrios de Córdoba. En relación a esta cantidad, observamos que fue fluctuando a lo largo del tiempo, no todxs participaron regularmente de la convivencia ni de los talleres que propone el espacio debido a las condiciones concretas de existencia de cada persona. Entre los principales motivos por los cuales se interrumpe la participación identificamos tres: las internaciones voluntarias e involuntarias por situaciones de crisis/riesgo, las obligaciones laborales y los cuidados familiares. A pesar de ello, con mayor o menor regularidad, participan de las diferentes propuestas ofrecidas por la organización:

hay quienes forman parte de los socio-productivos sin participar de la convivencia, y quienes sostienen un tratamiento con el psicólogo sin asistir a ningún otro espacio.

Otro factor a tener en cuenta para caracterizar a lxs sujetxs es dar cuenta cómo llegan a acceder a un acompañamiento de su consumo problemático. Algunxs llegan al espacio por derivación de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF), ya sea por ser menores de edad y tener una causa de delito menor o por conflictos vinculados a la tenencia y custodia de sus hijxs. Otrxs se acercan por voluntad propia y por difusión del espacio boca en boca.

Ahora bien, para iniciar un análisis más exhaustivo es importante entender a las personas desde una perspectiva interseccional, reconociendo que existen desigualdades sistémicas que se configuran a partir de diferentes roles sociales determinados por el género, la edad y la clase social.

En cuanto al género, destacamos la presencia mayoritaria de varones cis, siendo éstos quienes más frecuentan y participan en el espacio. De lxs trece usuarixs antes mencionados, únicamente tres son mujeres cis y uno de ellos varon trans. En ese sentido nos parece importante reconocer que las representaciones sociales en torno a las personas con consumos problemáticos no son idénticas entre varones y mujeres cis, varones y mujeres trans, no binarixs. Al estar inmersos en una sociedad patriarcal y heteronormativa las mujeres y disidencias son doblemente juzgadas por situaciones problemáticas vinculadas al consumo de sustancias, su venta o tenencia.

En este sentido, los aportes de Arce, Boccardi y Decca (2020) nos proponen un análisis acerca de los roles impresos por el patriarcado, que resaltamos al momento de intervenir en los territorios. Al respecto comentan

Vivimos en una sociedad profundamente patriarcal y capitalista donde los estigmas se van complejizando cuando se trata de mujeres o identidades sexo genéricas diversas y aún más cuando pertenecen a sectores empobrecidos. Cuando aparece el consumo en mujeres estos estigmas recrudecen, los acompañamientos se diluyen, las redes de contención se desvanecen justamente porque se considera que ninguno de los roles asignados por el patriarcado pueden ser cumplidos. (Arce et.al., 2020, p.315)

En este contexto identificamos que las representaciones y roles establecidos socialmente determinan que la violencia, la fuerza, lo público está asociado a lo masculino y por el contrario, lo femenino se caracteriza por la bondad, el cuidado, lo doméstico, la

tranquilidad y otras cualidades que remiten al espacio privado y familiar. Siguiendo a las autoras, es a partir de dicha determinación que las consecuencias en el caso de las mujeres se asocian directamente con sus roles asignados, pues presupone que “si consumen drogas no pueden hacerse cargo del *cuidado de les otras*; tampoco responden a las exigencias de sumisión, dulzura y cariño, y menos aún estarían en condiciones de gestar y criar hijes, rol *natural y obligatorio*” (Arce et. al., 2020, p.313). En el discurso público, aún con la vigencia de la Ley de Salud Mental, se criminaliza y estigmatiza a quienes consumen sustancias, sin embargo ser mujer y consumidora genera una doble estigmatización, ya que rompen con los roles de género asignados y naturalizados, siendo etiquetadas como *malas mujeres y malas madres*.

En cuanto a lo generacional, lxs usuarixs de Red Puentes se comprenden entre los 16 a 45 años, aunque once de ellxs tienen entre 16 y 25 años. Por tal motivo, aunque nos posicionamos desde la categoría de usuarixs en la salud mental, es necesario incorporar y caracterizar la categoría de juventudes, pues de ella comprendemos que se trata de diferentes manifestaciones sociales que oscilan entre los 15 y 29 años, con particularidades atravesadas tanto por mandatos sociales como culturales, lógicas de producción, connotaciones adultocéntricas, entre otras. (Duarte, 2000)

Las juventudes poseen diversas expresiones y significaciones, cuyas maneras son múltiples y plurales, nacen y se desarrollan con particularidades y especificidades en cada sociedad y cultura, con singulares rostros, voces, sueños, dolores, esperanzas. De esta manera, al incluir en la definición a dicho rango etario, no nos reducimos a la misma, pues desechamos la idea de que la edad construye realidad a priori, y por el contrario afirmamos desde el autor que dicha denominación no logra explicar las situaciones que se dan entre las diversas juventudes. Es por ello que *juventudes* es un concepto que exige dinamismo y flexibilidad en su uso para evitar la propagación y sedimentación de categorías totalizantes y universalizadoras. Citamos al respecto:

La juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente entre jóvenes y viejos (...) la edad es un dato manipulado y manipulable, muestra que el hecho de hablar de los jóvenes como una unidad social, de un grupo constituido, que posee intereses comunes, y referir estos intereses a una edad definida biológicamente, constituye en sí una manipulación evidente. (Bourdieu citado en Duarte, 2000, p.63)

Es menester entonces, mirar y conocer a las juventudes. Aprenderlas en tanto portadoras de diferencias y singularidades que conviven con exigencias tanto estéticas como aquellas ligadas al *deber ser*; mandatos de felicidad y objetivaciones creadas acerca de ellas como portadores de las esperanzas del cambio y la transformación de diversas esferas de la sociedad. De tal manera, son las semejanzas y diferencias entre lxs jóvenes aquello que les permite posicionarse en el espacio y atribuir sentidos de sus posiciones y situarse ante ellxs mismxs y ante lxs demás con una cierta identidad. Las elecciones sobre los espacios e insumos (tales como música, el fútbol, el graffiti, la ropa, el pelo, la vestimenta, entre otros) permiten materializar dichas opciones, que son a la vez generadoras de diferencias, pero también de desigualdades. Dichas elecciones permiten al sujetx agruparse y expresarse en el espacio y construir propios estilos de participación en sus comunidades. Al respecto, citamos:

Se trata de un momento de la vida, que es independiente de la edad, y que se encuentra fuertemente condicionado por la clase social de pertenencia, el género que se posee, la cultura en la que se inscribe cada joven y sus grupos. Esta tensión existencial plantea una cierta lucha entre la oferta que la sociedad le presenta a las y los jóvenes para que cumplan con la expectativa que se tiene de integración al mercado, al conjunto de normas sociales y al rol de futuro adulto que les aguarda como tarea, y las construcciones más propias que ellos y ellas realizan respecto de la identidad que quieren vivir. (Duarte, 2000, p. 74)

Entendemos que la población destinataria de la Red son las juventudes prioritariamente, sin embargo consideramos que no es un dato menor que hayan mayores de 40 años acercándose al espacio. Dentro del campo de intervención pudimos identificar que las juventudes son el grupo destinatario de las políticas públicas vinculadas a los consumos problemáticos, lo cual consideramos cuestionable en al menos en dos sentidos:

Por un lado, las voces de quienes ocupan los territorios indican que la edad de iniciación de consumo de sustancias es cada vez menor, entendiendo que el consumo en menores de edad siempre es problemático porque se encuentran en pleno desarrollo, creemos que las políticas e instituciones también tienen que estar vinculadas a la prevención específica e inespecífica en las niñeces.

Por otro lado, nos resulta importante reflexionar sobre por qué gran parte de las instituciones vinculadas al consumo problemático de sustancias están dirigidas a las

juventudes. ¿Qué es lo que esto reproduce en el imaginario social? ¿Qué pasa con los adultos o personas mayores? ¿Acaso no tienen situaciones problemáticas de consumo? Estas preguntas nos hacen pensar que es necesario generar formas de nombrar a lxs sujetxs que no reproduzcan los prejuicios y estereotipos sociales sobre las juventudes. Cotidianamente encontramos en los discursos públicos, políticos y mediáticos estigmatizaciones sobre lxs jóvenes vinculados a la violencia, la delincuencia, las drogas, la vagancia, como si fueran características intrínsecas a esta etapa de la vida. Esto no es inocente ya que desde la dictadura de la década del 70 se comienza a construir un sentido común que criminaliza a las juventudes, perpetuándose aún en democracia.

Siguiendo con el análisis desde una perspectiva intersectorial y en relación a la clase social de pertenencia de lxs sujetxs, destacamos que las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), en la resolución N° 266/2014, se remarca que las características que comprenden a este dispositivo es la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social. Se menciona en sus objetivos generales el “garantizar el acceso a la atención, asistencia e inclusión social de las personas con consumo problemático de sustancias y/o que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social y vital que pudiesen propiciar el mismo, en el ámbito de sus propias comunidades”.

Identificamos que quienes asisten a la Red Puentes tienen trabajos informales y/o trabajos autogestivos, entendiendo que estos últimos pertenecen a la categoría de economía popular. Según Grabois y Pérsico (2014) “la economía popular es el conjunto de actividades laborales/trabajos que el pueblo se inventó –y sigue inventando- para sobrevivir fuera del mercado formal” (p.31). La economía popular tiene una característica fundante: los medios de trabajo pertenecen a los territorios y están a disposición de lxs vecinxs y trabajadorxs, sin que exista sobre ellos unx únicx dueñx.

Lxs usuarios de la casita desarrollan los siguientes trabajos autogestivos: cuidado de autos, venta ambulante y peluquería a domicilio. Quienes tienen un trabajo no registrado están bajo condiciones precarizadas, con turnos nocturnos mal pagos, jornadas largas y malos tratos según lo establecido por ellxs en charlas informales. Para relacionar el factor laboral con las situaciones de vulnerabilidad, citamos a lxs autores Pérez Sosto y otrxs (2019) quienes plantean que “el determinante central de los procesos de vulnerabilidad y de los estados de pobreza y exclusión lo constituyen la precariedad laboral y la fragilización multiforme del trabajo asalariado” (p.16).

Además, lxs autores mencionan que para determinar la vulnerabilidad social se conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad. (p.75) Con respecto a ello, podemos mencionar que las personas que transitan Red Puentes han mencionado no tener vínculo con sus familias o tener una relación conflictiva por diversas causas que incluyen situaciones de consumo (que necesariamente no pueden reducirse a éstas), existiendo también diversas formas de violencia que atraviesan sus vínculos. Otra experiencia de vida compartida entre lxs usuarixs es el haber estado o estar actualmente en situación de calle, lo que expresa una forma concreta de vulnerabilidad y ruptura de lazos sociales.

Creemos importante destacar las implicancias de ser consumidrx en situación de pobreza, y en ese sentido recuperar las teorías propuestas por Epele (2007) y Meritano (2019) para justificar nuestro posicionamiento en pos de sumarnos a modo de lucha a sus planteos.

Históricamente se ha ido creando y sedimentando en el ideario de nuestras sociedades, imaginarios y estereotipos acerca de lxs usuarixs de drogas, que siempre han estado ligadas a connotaciones negativas, peyorativas, despectivas; pero también a representaciones ligadas al delito, la delincuencia y la criminalización, estrechamente vinculadas a la pobreza. Este vínculo potencia no solo las estigmatizaciones sancionadas socialmente, sino también las prácticas de discriminación y expulsión sobre dicho grupo poblacional. Al respecto, reconocemos que la opresión económica que acecha a estxs sujetxs en su vida cotidiana, transforma en moneda corriente la amenaza, persecución, condena y penalización por el hecho de ser doblemente sancionadxs: pobres y consumidores de drogas. La *lógica de la sospecha*, de la que habla Epele (2007) en su texto, nos propone:

Esta lógica supone procedimientos, inferencias, asociaciones y vínculos que no están legitimados desde la lógica normativa (sostenida desde el principio de la identidad y no contradicción), y que por esta razón, son considerados erróneos, forzados y distorsionados, lo que promueve la desautorización de las narrativas y de los actores que los enuncian. Por último, esta lógica integra también posiciones (rechazo, distancia, ocultamiento.), actitudes (sometimiento, hostilidad, etc.) y prácticas de cuidado auto-referenciales o de terceros, alternativas al sistema de salud. (Epele, 2007, p.158)

La atribución de peligrosidad a determinados grupos sociales produce formas discriminatorias de vincularse y circular por el tejido urbano, que como propone Meritano (2019), provoca percepciones que permanecen no solo en el plano de las ideas, sino que se hacen cuerpo, se representan en sujetos reales, se imprimen sobre representaciones seleccionadas como sujetos estigmatizados. Ésto, conduce a la profundización de la diferencia y la jerarquización entre sectores sociales y económicos, donde

La (in)seguridad como problema social deja al descubierto los efectos de la producción de determinadas poblaciones consideradas “dignas de protección” frente a otras sobre las que se aplican criterios de sospecha, culpabilidad, criminalidad. Vidas que no merecen ser protegidas, sino abandonadas a la muerte o simplemente asesinadas. (Meritano, 2019, p.63).

### **¿Qué dicen sobre ellxs mismxs?**

Para finalizar este apartado, reivindicamos la importancia de recuperar las voces de lxs sujetos en cuestión, en tanto reconocemos a éstxs con capacidad de agencia para la autodeterminación de su identidad. A modo de recuperación de voces, hemos registrado en conversaciones informales y observaciones participantes, las siguientes:<sup>7</sup>

Walter: “somos enfermos”

Diego: “Yo te entiendo, somos enfermos mentales, y la enfermedad me la generan los pensamientos” “es como la diabetes para toda la vida”

En el caso de Diego, cabe aclarar que el término *enfermo mental* surge como un modo explicativo haciendo una comparación con las enfermedades físicas.

Raúl: “El esfuerzo es mayor en las oportunidades de la vida para nosotros que somos adictos”

Raúl nos dice que piensa mucho en su tratamiento porque está “como internado” porque solo va de la casa de sus padres a la casita de Puentes. También nos cuenta que a diferencia del resto de sus compañerxs, él maneja su medicación en el día y aclara que tiene tres pastillas “si me agarran los nervios después tengo un pdf<sup>8</sup> que me dio la psicóloga y bueno tengo otras cosas como esta \*señala la banda elástica que tiene en la mano\*”. Entendemos que utiliza la banda elástica de manera consciente como objeto de descarga/liberación emocional.

---

<sup>7</sup> Es importante recordar que utilizaremos nombres ficticios para resguardar su identidad

<sup>8</sup> Las siglas PDF significan Portable Document Format (Formato Portátil de Documento), se refiere al uso de documentos en forma electrónica

Es importante dilucidar cómo el colonialismo imprime en el autorregistro esta forma de construir su identidad. ¿Por qué se nombran como adictos? ¿Qué posición y posicionamiento ocupan los adictos en el espacio social? Coincidimos con la autora Butler (2004) al plantear que “el habla no refleja simplemente una relación de dominación social, sino que el habla efectúa la dominación, convirtiéndose así en el vehículo a través del que esta estructura social se instaure una y otra vez” (Butler, 2004, p.40)

El lenguaje se constituye en un instrumento para la construcción de subjetividades e identidades, por lo tanto puede permitir que el paradigma hegemónico continúe vigente en los discursos y las experiencias de lxs sujetxs. En ese sentido podemos identificar en los relatos de lxs usuarixs representaciones vinculadas a la forma histórica de comprender e internalizar la problemática de consumo como una cuestión individual, donde el foco del problema no se centra en el vínculo con la sustancia sino con la persona en sí misma, nombrandolos bajo categorizaciones que construyen su identidad en torno a la problemática.

Sostenemos que estas frases y relatos sobre si mismxs están atravesados por las categorías teóricas y condicionantes contextuales que fuimos presentando a lo largo de este trabajo y que no buscamos concluir en un análisis cerrado de éstos, sino que al contrario, nos habilita a nuevos interrogantes para profundizar sobre sus procesos subjetivos ¿Que implica identificarse así? ¿De dónde surge? ¿Quién los ha nombrado así? ¿Qué cargas hay detrás? ¿Sentimientos de culpa? ¿Vergüenza? ¿Que implica identificarse como un “enfermo mental”? ¿Que implica pensar en que es “para toda la vida”? ¿Cómo se imprimen los estereotipos en la corporalidad? ¿Cómo condicionan estos estereotipos para establecer vínculos? ¿La presencia de los mismos invisibilizan otras potencialidades?

### **3.2 Nuestro objeto de intervención**

Nos propusimos en principio presentar las nociones y conceptualizaciones sobre las cuales nos posicionamos para pensar y construir nuestro objeto de intervención. Para ello retomamos a Aquin (s.f) quien plantea que el objeto del Trabajo Social tiene un locus específico en la lucha por las necesidades, y que esta lucha “no se reduce a los procesos de asignación de recursos, sino que este es el último eslabón de un proceso de lucha más complejo, que termina resolviéndose con la asignación de satisfactores, pero que comienza mucho antes. (p.5). Es por ello que creemos necesario inscribir nuestro campo problemático en las luchas y disputas que la atraviesan en la actualidad, para luego explicitar el objeto de intervención de nuestra práctica preprofesional.

Para enmarcar nuestro objeto, creemos pertinente conceptualizar el objeto de intervención de la profesión siguiendo el fundamental aporte de Nora Aquín:

El objeto de Trabajo Social se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción, y los procesos de distribución secundaria del ingreso. (Aquín, 1995, p.12)

A partir de allí construimos nuestro objeto de intervención como *los procesos de subjetivación y la construcción de lazos sociales para el fortalecimiento de la reproducción cotidiana de la existencia de lxs usuarixs de Red Puentes Argüello, que atraviesan situaciones problemáticas asociadas al consumo de sustancias.*

Comprendemos que nuestra intervención está orientada principalmente a la modificación de las condiciones no materiales, eligiendo los procesos de subjetivación y los lazos sociales a partir de una serie de indicadores identificados durante nuestra inserción en la organización y realizando un análisis situacional de la misma. En la primera etapa del año formamos parte de las actividades de convivencia, el espacio de escucha social formal y el socio-productivo la Tablada, lo que nos permitió identificar el rol fundamental que cumplen los lazos sociales en la reproducción cotidiana de la existencia en general, pero en los sectores subalternos en particular.

Acudimos a la definición de lazo social de Carballeda (2012) al entender que éste “construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos” (p.40). De esta manera, entiende que la intervención en lo social transcurre generando el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura, desde lo micro social, en cada circunstancia singular. Comprendemos entonces que en toda intervención, la construcción de lazos sociales y el fortalecimiento de los vínculos existentes son condición de posibilidad para la contención entre pares y el cuidado colectivo.

### **3.2.1 ¿Qué entendemos por subjetividad/ procesos de subjetivación?**

Ahora nos preguntamos, ¿Qué entendemos por subjetividad/ procesos de subjetivación? Existen numerososxs autorxs que han centrado sus estudios en conceptualizar las nociones de subjetividad y subjetivación. Para aproximarnos a una concepción de ellas, retomaremos a Deleuze (1995), quien entiende que “los procesos de producción de subjetividad son las diversas maneras que tienen los individuos y colectividades para

constituirse como sujetos: esos procesos solo valen la pena en la medida en que al realizarse, escapen a los poderes dominantes.” (p. 275).

Para Cabrera (2010) los procesos de conformación y transformación de la subjetividad “se producen cuando se modifican los principios de percepción, concepción y acción -o habitus-” (p.12) Para la autora, estos principios funcionan como modelos de interpretación y representación de la realidad y como modelos de información y guía para organizar la realidad. Acordamos también con la autora Faretta (2010) al plantear que “los procesos de conformación subjetiva abarcan dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, históricas, morales, institucionales, corporales, simbólicas, emocionales y psíquicas, y en este sentido, la subjetividad se constituye como configuración de múltiples inscripciones.” (p.115)

Creemos pertinente para nuestra intervención rescatar la dimensión emocional de la autora, que remarca que es donde las experiencias de los padecimientos tienen un sustrato que se expresa simultáneamente como emoción y como sensaciones ancladas a nivel del cuerpo. Es en esta dimensión donde “las sensaciones de padecimiento muchas veces se traducen en angustia, aflicción, miedo e incertidumbre que influyen en los procesos de conformación subjetiva y en las imágenes que las personas tienen de sí mismas” (Faretta, 2010, p. 120)

Decidimos abordar los procesos de subjetivación en un dispositivo de abordaje de los consumos problemáticos entendiendo que vivimos en una sociedad de consumo (Bauman, 2007)<sup>9</sup>, y que particularmente en el espacio de carpintería La Tablada se expresa una subjetividad dominante que atraviesa lxs usuarixs y repercute en su cotidianidad. Toda producción de subjetividad es corporal en el interior de una determinada organización histórica-social. En palabras de Carpintero (2004) “toda subjetividad da cuenta de la historia de un sujeto en el interior de un sistema de relaciones de producción” (p.3)

Ahora bien, **¿Cómo se expresa esta lógica dominante en un espacio socio-productivo y comunitario?** Ningún espacio escapa a la subjetividad patriarcal-capitalista-colonial puesto que nos encontramos inmersos en una sociedad constituida por dicha matriz que opera sobre nuestras formas de ver, ser y actuar, codificar y decodificar mensajes y situaciones. Entendemos que, en una dimensión laboral, se limita la mirada de lxs trabajadorxs en la relación a una tridimensión de

---

<sup>9</sup> Para este análisis retomamos el apartado 1.2.1 *Consumismo en la sociedad actual*, del primer capítulo

productividad-efectividad-eficacia, sin concebir su humanidad. En este sistema capitalista, el trabajo rara vez se involucra en lo afectivo, en las condiciones de vida, la trayectoria cultural, el tiempo necesario de ocio. La salud solo es tomada en cuenta en tanto afecte la salud física que es la única considerada capaz de impedir el cumplimiento en el trabajo. Es a partir de las visiones de los modelos médico-hegemónicos que se disponen una serie de reconocimientos (y no reconocimientos) a determinadas expresiones de afecciones de la salud, que determinan el estado del sujeto y se efectiviza la posibilidad o no de desarrollar su labor. Así, en términos generales, dicho posicionamiento hace foco en la asistencia y no en la prevención.

Entendemos que la construcción de subjetividades nunca es neutra, y es el resultado del encuentro entre nuestras subjetividades y las de las personas con las que intervenimos. Es por ello que la ética que ponemos en juego en la intervención es siempre situada y contextualizada (Soria et al, 2021). En nuestro espacio de prácticas, vemos cómo se atraviesa en las subjetividades las lógicas patriarcal-capitalista-colonial puesto que nos encontramos inmersos en una sociedad constituida por dicha matriz que opera sobre nuestras formas de ver, ser y actuar, codificar y decodificar mensajes y situaciones.

### **3.2.2 Estrategias de intervención**

Respecto a las líneas de acción que tomamos, se piensan y (re)construyen desde la intervención pre-profesional con el deber de articular las diferentes dimensiones que configuran nuestro accionar. En palabras de Cazzaniga (s/f), estas dimensiones son las teórico-epistemológica, técnico instrumental y política. Además, agrega que “todas estas dimensiones se encuentran atravesadas por la reflexividad ética” (s/n). Es decir, nuestras decisiones como futuras profesionales, tienen responsabilidades y consecuencias directas e indirectas sobre la vida cotidiana de sujetos y sus derechos que nos posicionan ante una necesaria reflexión sobre lo que nuestras intervenciones producen en otros y en nosotras mismas.

Comprendemos el término de estrategias como el “conjunto de prácticas a través de las cuales se espera lograr la resolución de necesidades reproductivas de los sujetos que demandan intervención profesional” (Nucci, 2010, p. 4). El término estrategia, que como señala Gaitan (2017) proviene del campo militar, ha sido resignificado por diferentes campos, entre ellos las ciencias sociales, conservando su dimensión de “construcción de una serie de pasos, en que se involucran actores y recursos a fin de resolver un asunto, según los objetivos e intereses puestos en juego” (Gaitan, 2017, p.3). En este sentido, las mismas operan como un conjunto de alternativas de acción y prácticas conscientemente definidas, que tienen el

objetivo de resolver situaciones problemáticas.

Para comenzar a hablar de nuestras estrategias de intervención en el espacio Red Puentes, presentamos nuestro recorrido que comenzó en el mes de mayo a partir de un encargo por parte de la institución que refería al acompañamiento y potencialización de los espacios socio productivos Burguers Puentes y carpintería La Tablada. El motivo del mismo apuesta a sentar incipientes bases para una posible conformación de una cooperativa de trabajo, apuntando a replicar la ya existente en la Provincia de Buenos Aires. Como respuesta a ello comenzamos a desarrollar nuestra intervención tanto en los espacios mencionados como en los momentos de convivencia, los cuales nos permitieron construir indicadores que fundamentan el despliegue de nuestras estrategias.

A continuación presentamos los objetivos específicos que guiaron nuestro accionar, donde nos resulta importante comentar que a lo largo de todos ellos utilizamos fuentes directas de información, tales como fueron las siete entrevistas a diversas personas trabajadoras y usuarias, y el registro de los cuadernos de campo. Los objetivos entonces fueron en primer lugar:

*Promover actividades asociativas y colaborativas entre los socio-productivos de Red Puentes Argüello y San Vicente para la conformación de una cooperativa.* Para abordarlo nos propusimos como línea de acción un ***ciclo de encuentros de formación en economía popular y cooperativismo***. De esta manera llevamos a cabo dos encuentros que tuvieron convocatoria tanto de lxs trabajadorxs de los socio-productivos que funcionan en Argüello y San Vicente: cocina vegana y carpintería en el primer espacio, y textil y herrería en el segundo.

En este ciclo centramos nuestra intención de trabajar sobre los ejes de identidad, trabajo y economía popular, a partir de actividades con diversos disparadores que habilitaron la palabra y el compartir saberes y experiencias, que en última instancia aportaron a la reflexión sobre las bases para comenzar a pensar en la construcción de una cooperativa. Incluimos en la participación de estos encuentros al operador encargado de los socio-productivos de San Vicente que colaboró con el aporte de saberes técnicos acerca del funcionamiento de una cooperativa y el trabajo en la economía popular.

En segundo lugar, *reflexionar sobre subjetividades para el autocuidado y el cuidado colectivo potenciando prácticas y vínculos sanos en el ámbito laboral/socio-productivo.* Para ello, nuestra línea de acción se desplegó en dos instancias donde trabajamos los ejes de cuidado colectivo, lazos sociales y salud mental mediante ***charlas-debates***. En ellas participaron lxs trabajadorxs de la carpintería La Tablada, junto al profesor y el operador encargados de la misma.

Como primera instancia desarrollamos una actividad de auto-registro denominada “¿Cómo me siento hoy?” en la cuál realizamos una encuesta apuntando a conocer las emociones y los sentimientos más recurrentes en el ámbito laboral/socio-productivo. Además, se puso a disposición en el espacio un “Buzón sensible” con la intención de identificar el sentir de cada trabajadorx al comienzo de cada jornada. Para nosotras, éste fue un recurso que facilitó el recuento de las emociones y sentimientos más reiterados dando lugar a la planificación de un segundo encuentro.

En esta segunda instancia propusimos dinámicas con la intención de reconocer modos de transitar y accionar ante diferentes situaciones grupales que acontecen en presencia de emociones como enojo, frustración y ansiedad en el ámbito laboral. La finalidad de esta dinámica sostuvo por un lado la socialización de herramientas de contención y acompañamiento, y por otro lado el establecimiento de acuerdos grupales para el autocuidado y el cuidado colectivo.

Nos parece relevante mencionar que los intercambios y las experiencias surgidas en ambas estrategias desplegadas fundamentaron el análisis reflexivo de nuestra tesis de grado. Es por ello que, para garantizar la facilidad y legibilidad de la lectura, decidimos dedicar en el siguiente apartado un desarrollo más exhaustivo acerca de las líneas de acción anteriormente mencionadas.

En tercer lugar nuestro objetivo fue *reconocer representaciones sociales en lxs usuarixs de Salud Mental para fortalecer la identidad colectiva del grupo Red Puentes*. Para este objetivo nos propusimos realizar una actividad con la dinámica “Soy quien soy” donde invitamos a reflexionar y problematizar acerca de estereotipos existentes mediante la lectura de situaciones estigmatizantes y criminalizantes hacia personas consumidoras de sustancias.

Esta actividad surge en el marco de la Jornada de la Salud Mental, del reconocimiento de ausencias de momentos, dinámicas y actividades relacionadas específicamente con el consumo de sustancias. Advertimos como equipo que existe por parte de lxs usuarixs una demanda, reconocida como necesidad, de la incorporación de nuevas estrategias que aborden la problemática desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños. Las mismas fueron inexistentes en el período asistido, por lo que nuestra dinámica apostó a fomentar la escucha de diversas perspectivas, a propiciar el debate y la reflexión, dando como resultado una positiva respuesta y participación de lxs usuarixs.

El cuarto y último de nuestros objetivos fué *fortalecer el rol del Trabajo Social mediante la co-construcción de un espacio de escucha social brindado a lxs usuarixs de la Red Puentes Argüello*. Este objetivo surge de la propuesta de la trabajadora social del

dispositivo con el fin de repensar el rol del Trabajo Social como acompañante de diversas situaciones que atraviesan lxs usuarixs. *El espacio de escucha social* es utilizado en las otras casitas de Red Puentes, y nuestra inserción como estudiantes tesistas fue detectada como oportunidad para su funcionamiento. El espacio se sostuvo por un tiempo acotado, pudiendo realizar tres espacios de escucha donde se abordaron temas de salud sexual y no reproductiva, gestiones en relación al certificado de discapacidad y problemas de convivencia. La idea principal fue reunir problemáticas comunes en los diferentes espacios y abordarlos de manera grupal con algún taller o dinámica particular de su interés, sin embargo por diversos motivos estos espacios no se sostuvieron en el tiempo.

En el capítulo IV dedicaremos especial atención a este punto donde reflexionaremos sobre el rol que cumple el Trabajo Social dentro de un dispositivo de Salud Mental. En este identificamos un relegamiento de la profesión a tareas de gestión y asistencia, desvalorizando los propios aportes del Trabajo Social a los tratamientos en los dispositivos de la salud mental en general, y en los consumos problemáticos en particular.

### **3.3 Experiencias en la construcción de subjetividades**

A partir de nuestra perspectiva, creemos relevante la posibilidad de no pensar a lxs sujetxs de forma aislada, pues entendemos que desde el primer momento comenzamos a involucrarnos con ellxs partiendo del intercambio de conocimientos, habilidades, discursos, concepciones y valores, comprendiendo y vinculando los mismos a sus problemas y necesidades que afectan su vida cotidiana.

Entendemos entonces, que co-construimos diferentes alternativas de respuestas a las demandas, desde una doble hermenéutica y desde un poder obedencial, que según las palabras de Peralta et.al (2016), es en el que se actúa como delegado, y no como autoreferenciado, donde se debe obrar a favor de la comunidad, escuchando sus deseos y necesidades, lo que nos lleva a resaltar el acto profesional en relación con el sujeto. Es decir, intervenimos desde una articulación que vamos desarrollando con lxs sujetxs que participan en este proceso, desde un poder que se construye democráticamente para contribuir a una ética transformadora, vinculada al ejercicio y reconocimiento de los derechos.

A continuación, expondremos algunos aspectos claves que refieren a experiencias y reflexiones que surgen de nuestro proceso de intervención. En una primera instancia, abordaremos la implicancia de ser trabajadorx de la economía popular, junto a los desafíos que esto conlleva y en segunda instancia, la implicancia de ser trabajadorx y usuarix de la

salud mental en un dispositivo de abordaje integral de los consumos problemáticos como lo es Red Puentes.

### **3.3.1 Ser trabajadorx de la economía popular**

Para responder al objetivo de promover actividades asociativas y colaborativas entre los socio-productivos de Red Puentes Argüello y San Vicente en pos de conformar una cooperativa, llevamos adelante dos encuentros donde se apostó a generar espacios de reflexión acerca del trabajo en los productivos, validando las voces de lxs sujetxs en torno a las motivaciones, deseos y sentido de pertenencia que otorgan a estos espacios. En dichos encuentros se compartieron experiencias significativas en torno al trabajo y las trayectorias laborales particulares. Al disponer la pregunta ¿Qué es el trabajo? rescatamos las siguientes ideas: aprendizaje, salud, algo que dignifica a la persona, camino hacia la libertad, encuentro, mejora del autoestima, independencia, relajarse, desconectarse, sentirse útil, labor-terapia, entre otras.

En cuanto a las condiciones laborales, invitamos a reflexionar sobre cuál sería para ellxs el peor trabajo y cuál el trabajo ideal. La habilitación del intercambio de experiencias invitó a Rita a relatar la suya, en relación a su trabajo en una rotisería, mencionando que recibía gritos e imposiciones, a partir de lo cual reconoció tener un problema al momento de responder a una directiva. También reconoció molestarle la idea de “trabajar para alguien más por dos pesos”, y que lo más gustoso para ella del espacio de carpintería es que “todos estamos arriba, todos estamos abajo, todos estamos en el medio” (Registro de actividad, 26 de septiembre, 2022).

Comprendiendo que dentro del grupo encontramos diferentes trayectorias y experiencias laborales, se hacen evidentes las diversas maneras de significar al trabajo cooperativo. Como mencionamos, en los encuentros compartidos sólo una usuaria con amplia experiencia laboral tanto formal como comunitaria, demostró interés en la conformación de una cooperativa, cuestión que no se replica en el resto de sus compañerxs.

Mientras que desde el equipo de la Red se pone gran valor a la idea de formar una cooperativa, entendemos que éste deseo no es compartido por la mayoría lxs usarixs, generando así una dificultad para la creación y sostenimiento de la misma, pues las motivaciones de los primeros no se condicen con la de lxs usarixs-trabajadorxs.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que esta incompatibilidad responde a diversos motivos que se relacionan con una base debilitada del equipo de trabajo, que abarca no sólo a lxs usarixs-trabajadorxs, sino también a lxs responsables técnico-administrativo.

Nuestra percepción al respecto tiene que ver con la relación existente entre la ausencia de personas enfáticamente dedicadas al espacio de carpintería y la desmotivación del grupo trabajador. Creemos relevante la necesidad de sostener espacios productivos que convoquen, contagien, motiven y conmuevan a formar parte del colectivo. Para ello, se vuelve fundamental contar con la presencia de referentes líderes, dispuestos a generar espacios que apuesten a la participación de todos con el fin último de fortalecer la identidad grupal y avivar el sentido de pertenencia.

En nuestra experiencia constatamos que, la existencia de asambleas mensuales de cada productivo permiten una participación del equipo a la hora de debatir temas que les compete, ponderando los mismos para su discusión. Aún así, advertimos que este momento desaprovecha la posibilidad de llevar adelante actividades de fortalecimiento grupal, que tengan que ver tanto con la atención de emocionalidades coexistentes, como así también cuestiones ligadas a la identidad grupal. En este punto, nos abocamos a proponer actividades tales como: la creación de un logo a partir de votaciones, elección de colores, tipografías, entre otras; como también la creación de un speech y un fanzine creado colectivamente a los fines de exponerse frente a una comunidad externa.

Creemos entonces que estas propuestas de conformación y fortalecimiento grupal se presentan como condición de posibilidad para avanzar hacia una nueva propuesta de trabajo, tal como lo es una cooperativa.

Otra cuestión apreciada por nosotras tiene que ver con las particularidades de los espacios socio-productivos al estar integrados por usuarios que atraviesan un tratamiento/acompañamiento de su consumo problemático. En relación a ello advertimos situaciones problemáticas que se desprenden de la remuneración obtenida por sus trabajos, preocupación que fue abordada en uno de los encuentros. La psicóloga de San Vicente comenzó la reflexión con la frase “es un tema tener plata, ¿no?” Refiriendo a la posibilidad de tentarse a hacer *mal uso* del dinero. Seguido de “¿Qué hago? ¿Me compro arroz o me voy con las tentaciones?”. En este momento el profesor de carpintería afirmó “Por eso está bueno que los chicos produzcan teniendo al lado a la casita para que los contenga... Me ha pasado de decirles que vengán a cobrar un lunes”. Reconocemos a esta última como una estrategia de reducción de riesgos y daños.

De esta manera reconocemos que una de las estrategias para abordar la situación por parte del equipo de carpintería se basa en pensar estratégicamente el día de pago, apostando a que el mismo se realice a comienzo de semana garantizando un acompañamiento para los días restantes. Comprendemos que esto prevé la posibilidad de llegar con dinero y

vulnerables al fin de semana. Otra estrategia al respecto fue propuesta por Rita, que compartió una experiencia por fuera de Red Puentes, que consistía en estar acompañada por un operador para, en sus palabras, “guiarlos” en el destino del dinero. A su vez reflexionó sobre la capacidad de ellxs mismxs para “ser alguien diferente”, capaces de manejar dinero con destinos necesarios.

Comprendemos que este tema es un pendiente a discutir para el equipo de Red Puentes Argüello, pues a lo largo del año vivenciamos situaciones que evidencian la falta de acuerdos acerca del mismo, generando discrepancias y disconformidades entre operadorxs y trabajadorxs. Aún así, sostenemos que la complejidad de las situaciones atravesadas por lxs usuarixs no es posible de ser abarcada por una única estrategia que responda conforme a cada singularidad.

### **3.3.2 Ser trabajadorx y usuarix de la Salud Mental**

Llegado este apartado, nuestra intención es revelar algunas reflexiones resultantes del trabajo realizado particularmente en el socio-productivo de carpintería, ya que allí tuvieron lugar nuestras estrategias de intervención, reflexiones que también son propicias de aplicar sobre el socio-productivo de comida vegana.

Es a partir de nuestra participación en dichos espacios que identificamos una falta de articulación con actividades tendientes a ligar al trabajo propiamente dicho con el acompañamiento y tratamiento del consumo, que deriva en el desdibujamiento del mismo como un espacio de salud. Desde allí es que reconocemos cómo se hacen cuerpo las representaciones acerca del trabajo, la jornada laboral, las tareas repartidas y los roles asignados, perdiendo el eje del trabajo como una estrategia dentro del tratamiento/acompañamiento.

Con respecto a ello, una de las situaciones abordadas en la asamblea mensual del mes de septiembre tuvo que ver con un período de tiempo donde, por diversas razones, no hubo actividad productiva en el espacio de carpintería. Esto desató opiniones entre lxs trabajadorxs como: “esto es perder el tiempo para mi, yo quiero laburar”, que demostraron la inconformidad con el espacio, evidenciando que el interés de su participación está ligado principalmente a la producción. Estas situaciones que veníamos advirtiendo nos permitió enmarcar nuestra actividad de autorregistro la cuál nombramos “¿Cómo me siento hoy?”, con el objetivo de abordar emociones y vivencias como usuarixs a la hora desarrollar su trabajo a través de preguntas como:

¿Qué te motiva de venir al espacio de carpintería? ¿Y qué te desmotiva?

¿Creés que las emociones te influyen al momento de trabajar?

Esta primera dinámica fue el puntapié para proponer la siguiente en base a las respuestas compartidas y la recurrencia de determinadas emocionalidades en el espacio de trabajo. Esta segunda intervención tuvo mayor convocatoria, lo que enriqueció aún más el intercambio de ideas. De ambas actividades revelamos dos reflexiones mutuamente incluyentes:

La primera es aquella que venimos referenciando respecto del objetivo personal de la participación en el espacio de carpintería. Para vislumbrarlo, en los dichos de Javier: “Ahora entiendo lo que me pasa (en referencia a su enojo), es porque me quedé sin trabajo y bueno yo necesito laburar necesito la plata y necesito solucionar esto ya”.

Entendemos que para algunxs trabajadorxs la carpintería representa su principal fuente de ingresos, mientras que para otrxs es un espacio de dispersión y aprendizaje del oficio. Esto es central a la hora de analizar los objetivos y motivaciones personales que persiguen, discrepancia que afecta a los niveles de responsabilidad de cada trabajadorx.

La segunda reflexión propone una explicación al primer planteo propuesto al inicio del apartado, y es que la interrelación del espacio socio-productivo con el dispositivo Red Puentes se encuentra desdibujado. En otras palabras, advertimos que no se tiene en cuenta al espacio socio-productivo como parte integral de un espacio de salud mental. La carpintería es una de las propuestas específicas que se ofrece en el marco de la atención y acompañamiento de lxs usuarixs, sin embargo de a momentos parece que se torna implícitamente en una carpintería con objetivos ligados a la remuneración y la subsistencia individual.

Con ello, reivindicamos que la incorporación de dinámicas de reflexión sobre la emocionalidad grupal son indispensables para generar espacios en los cuales se reemplace la subjetividad dominante individualista por una subjetividad contrahegemónica que reivindique una mirada comunitaria y revalorice la palabra como herramienta superadora de obstáculos en la vida cotidiana. Proponemos además, la inclusión de estrategias que aborden situaciones específicas de consumo problemático de sustancias, desde una relación consumo-trabajo.

### **3.3.3 Hallazgos: un análisis desde las subjetividades**

Retomando al objeto de intervención que nos compete en esta tesis de final de grado, nos conmueve plasmar a continuación algunos hallazgos resultantes del nuestro proceso.

Consideramos que la falta de trabajo se convierte en un obstáculo para la reproducción cotidiana de la existencia, ya que es la actividad fundamental por la cual se

logra dicha subsistencia. Sin embargo reconocemos que las respuestas válidas para ello se presentan vinculadas a una lógica de eficacia-eficiencia, donde prima el logro de una mayor producción en el menor tiempo posible, con el menor gasto; y por tanto, reproducimos y naturalizamos las representaciones que el sistema capitalista ha dejado impresa en nuestras subjetividades. De esta manera, la lógica deja por fuera otras posibilidades de resolver estos obstáculos, asociadas a lo colectivo, lo comunitario y territorial; forjando lazos sociales que solventen relaciones horizontales por y para la comunidad.

Nos preguntamos entonces, **¿Cómo transformar los procesos de subjetivación dentro de un espacio socio-productivo?** Desde los aportes de Soria et al (2021) reconocemos que necesitamos de una ética profesional que nos permita co-construir con lxs otrxs de nuestra intervención una realidad alternativa. Es por ello que apostamos a la construcción de una identidad colectiva, en tanto nuestrxs sujetxs logren identificarse como trabajadorxs-usuarixs de la Salud Mental. Es pertinente para ello generar espacios que inviten tanto a deconstruir las subjetividades dominantes, como así también a reflexionar sobre la implicancia de la salud mental en las prácticas en general, y en el productivo en particular; de manera tal de volver a enmarcar a éste último en un dispositivo de atención y acompañamiento de los consumos problemáticos.

Lo que a nuestro criterio nos compete como futuras profesionales, es la necesidad de deconstruir y reconstruir a la vez, nuevos y fuertes espacios de resistencia otorgando especial importancia a la detección de los discursos dominantes que emergen en nuestras prácticas y que dificultan, cuando no impiden, la incorporación de saberes y conocimientos sociales, locales y particulares.



**CAPÍTULO IV**  
**Desafíos del Trabajo Social en un campo emergente**

La lluvia  
siempre es la misma  
sólo que en cada techo  
suena diferente.

-Nina Ferrari

## **CAPÍTULO IV: Desafíos del Trabajo Social en un campo emergente**

### **4.1 El Trabajo Social en el campo de la salud mental**

Para comenzar a debatir sobre nuestras intervenciones como profesionales de Trabajo Social en el campo de la salud mental, es relevante considerar que se trata tanto de un área de conocimiento como de actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas en general, y las de salud mental en particular. Este último, como venimos mencionando a lo largo de este trabajo final de grado, se trata de un ámbito que compete a diferentes sectores y que se encuentra atravesada por una multiplicidad de saberes, lo que conocemos como intersectorialidad e interdisciplina, elementos claves para comprender la complejidad de la cuestión social.

Para comprender el lugar que ocupamos en este campo en particular, es necesario remontarnos a los inicios de la profesión, que ha impreso particularidades sobre la misma, que ha condicionado (y aún condiciona) sobre los quehaceres de la profesión, su campo de intervención y sus estrategias de abordaje. Siguiendo a Carballada (2002) entendemos que:

Desde una perspectiva histórica, la intervención en lo social surge marcada por una tradición normativa, relacionada con la problemática de la integración como forma de mantener el orden y la cohesión de la sociedad, a través de dispositivos de disciplinamiento que se aplican mediante prácticas e instituciones. (p.91)

En latinoamérica en general y en Argentina en particular, desde comienzos del siglo XX, el Trabajo Social se institucionaliza subordinado a la medicina y por lo tanto, el campo se ha desarrollado bajo la especificidad del saber psiquiátrico (De Dios, 2018). De esta manera, la interpretación de las problemáticas y la definición de los modos de intervención, surgen como consecuencia de nuestra historia como profesión, con el insoslayable ligamento a sus inicios, donde nos incorporamos a instituciones asistenciales y a equipos interdisciplinarios, disputando con otras profesiones como la psiquiatría y la psicología.

En los comienzos de nuestras intervenciones en la salud mental, que coinciden con la institucionalización de la profesión, la intención sobre la lectura de las problemáticas sociales

apuntaban a patologizar las relaciones socio-familiares de aquellas personas con *trastorno mental*. De esta manera, el problema individual se concebía ajeno a las condiciones estructurales de existencia, que provocaban el despliegue de una intervención patologizante, en pos de la corrección de disfuncionalidades, asegurando de este modo “el control social y el disciplinamiento moralizador de los sectores dominados ante la peligrosidad que representaban para las clases dominantes” (Amico, 2005, p.72). En este período de tecnificación y profesionalización, el Estado fue asumiendo funciones al crear y mantener condiciones básicas de orden social para garantizar las relaciones sociales de producción. Estas funciones asignadas al Trabajo Social, le dieron sentido a nuestro quehacer profesional, y se le asignó entre sus tareas evitar el presunto descontrol que pueda originarse por una práctica contrahegemónica surgida desde los sectores empobrecidos (Grassi, 1989). Dicho control social se convirtió en la estrategia legitimada para aquel entonces, donde la vigilancia directa sobre las clases empobrecidas convierte a la profesión en vehículo de normas, valores y significados.

A partir de dicha trayectoria nos posicionamos para considerar que la institucionalización de nuestra profesión impregna características que condicionan actualmente al desarrollo de nuestras intervenciones. Así, se presentan en los espacios de intervención una coexistencia de tensiones y conflictos relacionados con la noción de campo propuesta por Bourdieu (2007):

un espacio social estructurado y estructurante, un sistema de posiciones objetivas que están definidas por su situación en las relaciones de fuerza entre agentes o instituciones y que están dotadas de un conjunto de propiedades (capital) específicas, en el interior del cual se desarrolla una lucha por la conquista y el monopolio del poder. (p.102)

Entendemos y expresamos con mayor claridad, que es en este espacio donde confluyen las interacciones con los diferentes actores sociales y se despliegan nuestras estrategias de intervención social. El campo se constituye entonces en la arena para afrontar los diferentes conflictos propios de la asimetría de poder que reconocemos, por un lado, en el carácter simbólico de las instituciones y por el otro, en actores sociales que se posicionan según su capital económico, social, cultural y simbólico.

Reconocemos como desafío de nuestra profesión fortalecer una lectura del campo de la salud mental desde marcos conceptuales diversos y desde una praxis profesional que

rompa con los paradigmas patologizantes de la salud mental. Para ello, es necesario poner en pugna en el ámbito público cuáles son las necesidades de las personas que atraviesan situaciones problemáticas del consumo y cuáles los satisfactores disponibles y acorde a aquellos.

No parece problemático afirmar que el Estado debe implementar políticas públicas que garanticen el acceso a tratamientos para las personas atravesadas por estas problemáticas, pero sí percibimos que los conflictos y disputas al respecto se presentarán al momento de plantear los siguientes interrogantes: ¿Qué entendemos por Salud Mental? ¿Qué entendemos por consumos problemáticos? ¿Cuándo es problemático? ¿Cuándo no lo es? ¿Es una cuestión de salud o del campo jurídico? ¿Quiénes deciden sobre el tratamiento? ¿Quiénes acceden al mismo? ¿Son válidas las respuestas de las instituciones de encierro? ¿Y las comunitarias?

Es entonces en las respuestas de aquellas preguntas donde el Trabajo Social tiene un lugar ético-político, y en la concordante lucha por las necesidades. En un campo de actuación complejo, multidimensional e intersectorial, como es la salud mental y las situaciones problemáticas de consumo, es menester identificar quién interpreta las necesidades y a la luz de qué intereses, develando los discursos que conviven en los medios de comunicación, las instituciones y las organizaciones que se encuentran atravesadas por la moral y el sentido común. Por ello, los nuevos retos para el Trabajo Social se dirigen a visibilizar si nuestras intervenciones están orientadas al control social de los problemas o a la construcción social de abordajes de los problemas. Y este último camino nos ubica en el campo de las políticas públicas, en la redefinición de los problemas sociales y los modos de resolverlos. (De Dios, 2018)

#### **4.2 Nuestro rol en el dispositivo de salud Red Puentes**

En este apartado, nuestra intención es compartir algunas de las tensiones existentes en relación a nuestras tareas y nuestro rol como trabajadorxs sociales en un dispositivo de salud mental. Para ello, nos posicionamos a partir de nuestro recorrido en Red Puentes, donde vislumbramos algunas de estas y que consideramos fundamentales para un análisis ético-epistemológico de nuestro quehacer profesional.

Retomamos nuestra experiencia donde apostamos a reivindicar y reflexionar sobre el rol del TS mediante la co-construcción de un espacio de escucha social para acompañar las diversas situaciones por las que se ven atravesadas las personas que asisten a la *casita*. La propuesta surge tras identificar un relegamiento de la profesión a tareas de gestión y asistencia, desvalorizando los propios aportes del Trabajo Social a los tratamientos en los

dispositivos de la salud mental en general, y en los consumos problemáticos en particular. Este espacio de escucha no logró consolidarse a lo largo del año, y algunas de las razones que le otorgamos a este hecho tienen que ver, al menos, con dos cuestiones relevantes a considerar; Por un lado la deslegitimación de nuestra profesión, y por otro, el contexto laboral por el que se ven atravesadxs colegas de la profesión, de las que hablaremos a continuación.

En primer lugar, en relación a la deslegitimación del Trabajo Social, destacamos que el peso y la importancia de crear, visibilizar y sostener un espacio de escucha formal es percibido como una necesidad por parte de la Trabajadora Social, y por tanto impulsado por ella; sin el mismo reconocimiento por el resto de lxs trabajadorxs de Puentes. No debemos considerar esta situación como un hecho aislado o excepcional de este dispositivo en particular, sino que se relaciona con la división de tareas y la asignada al Trabajo Social.

A la profesión se le atribuye la gestión de recursos y la asistencia como principal tarea a desarrollar dentro de las organizaciones, mientras que lo subjetivo y lo simbólico queda delegado a las disciplinas de Psicología y Psiquiatría, reivindicando el aspecto terapéutico-individual. Tal como plantea De Dios (2018):

Esa función asignada, que enfatiza la dimensión material sobre la simbólica de nuestro objeto de intervención, minimiza y reduce las posibilidades de nuestro quehacer profesional, desconociendo las competencias y capacidades disciplinares que desde la dimensión simbólica de nuestro trabajo (correspondiente a los saberes, representaciones y relaciones entre los sujetos) contribuyen a la salud. (p.131)

Consideramos que, sostener un espacio formalizado de escucha de lo social, implicaría reconocer otras tareas no reconocidas en cuanto a la dimensión simbólica de las necesidades; una intervención sobre las representaciones sociales, los discursos, la construcción de sentido de pertenencia e identidad. Para ello, reivindicamos los planteos de Carballada (2008) al indicar que desde nuestra intervención es necesario “acceder a las significaciones e inscripciones que implican, en término de desazón y desesperanza, la vulneración de derechos sociales y ciudadanos, y su impacto en el desempeño de papeles sociales y en el desarrollo de la persona” (p.98). Nos invita a orientar la acción profesional hacia lugares que permitan reconstruir con unx otrx su propia trayectoria singular para acceder a las capacidades, habilidades y potencialidades de cada persona.

De esta manera, nuestra intención se condice con la del autor al plasmar la necesidad de pensar nuestras intervenciones en clave de reinscripción de la persona, lo que implicaría

deconstruir los procesos de estigmatización, a partir de un abordaje singular del padecimiento objetivo y subjetivo; una reconfiguración que recupere la condición sociohistórica del sujeto. Es por ello que reivindicamos que la gestión de recursos no es suficiente para restituir los derechos sociales vulnerados, sino que la intervención en lo social requiere de nuevos horizontes que marquen nuevas posibilidades que tiendan a un ejercicio real de derechos y co-contrucción de espacios de participación de recuperación de la palabra, el gesto y la afectividad en pos de transformar y/o modificar sus condiciones de existencia.

En segundo lugar, reconocemos que el contexto laboral en el que permanecen lxs profesionales de Trabajo Social inciden sobre el efectivo desarrollo del ejercicio, pues no se garantizan las condiciones laborales acordes a tal fin. Si bien reconocemos que las condiciones económicas, políticas y sociales de diferentes contextos afectan a la mayoría de las profesiones en el despliegue de su actividad, en este punto nos interesa concentrarnos en nuestras propias experiencias que desde el año 2016 compartimos con trabajadoras sociales, todas ellas signadas por las mismas particularidades, las que presentaremos a continuación.

El rasgo compartido en aquellas experiencias tiene que ver con el multiempleo al que se encuentran sometidxs lxs profesionales en cuestión. Esta particularidad se presenta en el sostenimiento de dos o más empleos simultáneos, que muchas veces no se desarrollan en las mismas áreas ni mucho menos en el mismo subsector (gubernamental, no gubernamental, entre otras). La precarización laboral como así también los sueldos desactualizados y siempre insuficientes, son algunos de los motivos que le atribuimos a esta primera particularidad.

También ligado a la precarización encontramos diversas formas de vinculación laboral que determinan la calidad de nuestras intervenciones, ya que a partir de cada una de ellas se desprenden desiguales grados de seguridad y estabilidad para la reproducción cotidiana. Entre las formas más recurrentes de vinculación subyacen contratos de trabajadorxs becarixs, pasantes, monotributistas, entre otras; que contraen una seguridad débil e intermitente de permanencia de ingresos, generando en lxs trabajadorxs estados de alerta constantes, de donde se desprenden recurrentes sentimientos como el temor a la pérdida de empleo. Como contraposición, destacamos que las formas seguras de vinculación laboral como el contrato y la planta permanente, generan mayores certezas de continuidad laboral y estabilidad emocional tanto en la reproducción cotidiana como en el desarrollo de las tareas ligadas al trabajo y al desarrollo profesional.

Por último, nos interesa destacar un hecho que persigue a la profesión desde su génesis y que perdura hasta la actualidad, y es la delimitación del objeto de estudio del Trabajo Social. Su variación e inespecificidad a lo largo del tiempo, como así también los

finés atribuidos a sus tareas adaptadas a las condiciones socio-históricas y culturales del momento, generaron una permanente confusión del objeto al que se aboca la profesión<sup>10</sup>. A nuestro criterio, este hecho tiene como consecuencia la transformación de la profesión en una disponible para todo aquello que no puede ser abordado por otras disciplinas que sí cuentan con una delimitación en su objeto de estudio, y que por ende son reconocidas por las organizaciones para la división del trabajo. Este efecto produce en la práctica, la sobrecarga de tareas que recaen sobre lxs profesionales de Trabajo Social, desdibujando su campo de actuación y su enfoque profesional, que como ejemplo de ello mencionamos las tareas de gestión como la renovación de un DNI o la actualización de documentos, que dejan de ser tareas complementarias a abordajes integrales y de derechos, para transformarse en habituales y principales. Esta atención sobre cuestiones diversas dentro de las organizaciones reproduce la existencia de la sobrecarga de tareas provocando una atención fragmentada sobre las mismas.

Consideramos que estas cuestiones del contexto laboral, junto a otras a profundizar, constituyen deudas pendientes de la profesión que serán saldadas en la medida que asumamos un compromiso activo como parte de un colectivo profesional en la lucha por garantizar y efectivizar nuestros derechos.

Para finalizar, nos interesa volver a retomar nuestra experiencia en el dispositivo, específicamente sobre el espacio de escucha social, para realizar algunas reflexiones al respecto. Consideramos que la escucha social, entendida como aquellos acompañamientos de diversas situaciones, sucede en Red Puentes mediante *conversaciones de pasillo* y encuentros informales de escucha. Es así que percibimos que el espacio de escucha formal que comenzó a gestarse, consolidaba y representaba en sí mismo una estructura y una formalidad al trabajo que cotidianamente realiza el Trabajo Social en la *casita*. En la informalidad pasa desapercibida la tarea, en cambio al instaurarlo como un espacio institucional del cual se encarga el trabajo social, se logran fundamentar las respuestas sobre nuestro abordaje en las necesidades simbólicas frente a las demás disciplinas, colocando nuestros puntos de vista en relación a otrxs actorxs que disputan sentidos en el ámbito institucional (Das Biaggio et. al, 2014).

Alertamos que si bien los nuevos espacios funcionan como instituyentes al generar conflictos y tensiones en las organizaciones, son esas mismas tensiones las que establecen una posibilidad de cambio y de legitimación profesional, anhelo compartido por el colectivo

---

<sup>10</sup> Algunos ejemplos de autoras que han abordado la especificidad de la profesión y el objeto de estudio del Trabajo Social son Fernández (2000), Yamamoto (2001) y Aquin (2013)

en la búsqueda del efectivo reconocimiento de su aporte en la transformación social. Al mismo tiempo, creemos relevante mencionar que, a pesar de que estos espacios instituyentes logran irrumpir en la historicidad de la institución, no es la suma de tareas lo que se vuelve indispensable, sino más bien hacer visible y promover el debate colectivo en torno al espacio de escucha social, poniendo en discusión particularidades acerca de su desarrollo, herramientas, objetivos, encuadre, tiempos y límites para el trabajo en este espacio.

#### **4.3 En defensa de las políticas públicas de los consumos problemáticos de sustancias**

Adentrándonos al final de esta tesis de grado, nuestro interés en este último apartado apuesta a reivindicar las políticas públicas actuales sobre los consumos problemáticos de sustancias, destacando los avances cosechados hasta el momento y lo que falta por cosechar. Nos proponemos presentar nuestro posicionamiento en contra de la manicomialización punitivista y nuestra consiguiente adhesión a la no criminalización mediante respuestas integrales, territoriales y comunitarias sobre la problemática en cuestión. Además nos interesa retomar algunos de los doce puntos pendientes para la plena implementación de la Ley de Salud Mental<sup>11</sup>, con el propósito de problematizar y sensibilizar acerca de las luchas de organizaciones y trabajadorxs del campo de la salud.

La existencia del hospital psiquiátrico como dispositivo hegemónico en la atención de la salud mental es un hecho que, como ya hemos hecho referencia, ha permanecido desde el siglo XIX en nuestro país (Amico, 2014), y ha sufrido modificaciones desde la implementación de la ley de salud mental. Entendiendo que la institucionalización de las personas con padecimientos subjetivos es contraproducente y afecta negativamente el proceso de asistencia de la problemática, se han propuesto como dispositivos adecuados las internaciones breves en hospitales generales y la atención y seguimiento comunitario.

Si bien la Sedronar como organismo logró desarrollar y garantizar mecanismos sociales, políticos y jurídicos que se hagan cargo de la problemática, su efectividad se encuentra limitada y muchas veces imposibilitada de aplicarse a causa de la vigencia de Ley de Estupefacientes 23.737. Dicha coexistencia, de la cual ya hemos hecho alusión, deja en evidencia tensiones y contradicciones al interior del aparato estatal y en la opinión pública sobre cómo enfrentar los consumos problemáticos de sustancias. Se contradicen en ellas las

---

<sup>11</sup> A 12 años de la sanción de la ley, el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos realiza un relevamiento de la situación de Córdoba. Esta información fue recopilada de las redes sociales de la Marcha por el Derecho a la Salud Mental.

concepciones sobre las personas usuarias de salud mental al ubicarlas al mismo tiempo como delincuentes, asumiendo en el primer caso a los fenómenos como un asunto de derechos humanos, y en el segundo como asunto de seguridad. Es así que la atribución de peligrosidad hacia determinados sectores sociales enfatizan la problemática del consumo y posicionan a estos dentro de los criterios de sospecha, culpabilidad y criminalidad.

Nos conmueve abordar este punto atravesadas por relatos de víctimas de esta realidad, donde las formas discriminatorias se hacen cuerpo y caracterizan las maneras de vincularse, de circular por el ejido urbano y de transitar los espacios institucionales. Estos grupos son los mismos que conforman el colectivo desprotegido del Estado, donde además del sufrimiento del abandono, son sometidos a persecuciones y detenciones arbitrarias, todas prácticas avaladas por la Ley de Drogas. Es posible percibir cómo estas personas sufren las consecuencias de una doble estigmatización, al quedar por fuera de los parámetros sociales de la normalidad ya sea por *criminales* o por *locxs*.

Alertamos entonces sobre estas ideas para comprender que la ley de salud mental no es un objetivo en sí misma, sino que se vuelve necesario comprenderla como un instrumento, útil y potente, pero instrumento al fin. Tal como plantea Gorbacz (2013):

El objetivo es modificar un sistema de salud mental que ha sido eficaz para excluir y encerrar personas pero absolutamente inútil para recuperar la salud y el bienestar de las personas con padecimientos mentales, especialmente de los sectores más vulnerados de la sociedad. Un sistema que, además, vulnera permanentemente derechos fundamentales. (p.40)

En conclusión, afirmamos que la Ley Nacional 26.657 como instrumento legal legitima el trabajo realizado en el campo, aunque defenderla también implica el alcance de otros derechos como el acceso a una vivienda digna, educación, alimentación; los cuales son pilares a garantizar para el cuidado integral de la salud mental y la inclusión social.

#### **4.3.1 Lo cosechado hasta el momento**

Nos es pertinente preguntarnos, cuáles son las alternativas viables desde lo institucional, lo judicial y lo social para un verdadero proceso de desmanicomialización no punitivista. Consideramos que los establecimientos ideales de salud mental deberían asemejarse a los establecimientos donde transcurre la vida cotidiana. Sostenemos que las

Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, son propuestas críticas a la lógica manicomial punitivista, donde los medios y soportes se encuentran en las comunidades.

Ahora bien, a pesar de que se han alcanzado derechos, entendemos que siguen existiendo sectores de la sociedad que ponen en tela de juicio la perspectiva de reducción de riesgos y daños y los procesos ambulatorios. Estas disputas y tensiones existentes acerca de la atención y acompañamiento para personas atravesadas por consumos problemáticos, se visualizan en los discursos de diversos medios de comunicación y de sectores más conservadores.<sup>12</sup> En relación a ello, valoramos la perspectiva de un operador territorial de Puentes al plantear:

El contexto en sí aporta dificultades. La poca presencia que ha habido durante tantos años del Estado hace que también hoy por hoy está todo esto y mucha gente piensa: bueno ¿Y para qué sirve? Porque al fin y al cabo no vemos el cambio. ¡Y no! El cambio no lo vamos a ver ahora, contar con tanta cuenta en negativo hacia atrás hace difícil que lo que quieres hacer hoy tenga un efecto más transformador.” (E3)

Lo expresado en este fragmento de entrevista, nos invita a reflexionar sobre los resultados e impactos de las políticas públicas, entendiendo que dispositivos como las CAAC no pueden -ni deben- medirse en términos cuantitativos, ya que su implicancia es cualitativa. Cuando el operador refiere a *cuenta en negativo* interpretamos que plantea la deuda que la democracia ha tenido y tiene con respecto a las instituciones de encierro y la violencia institucional, junto con los años de atraso en materia de prevención, teniendo en cuenta que históricamente el consumo fue entendido por el Estado como una problemática penal y no de salud mental.

Desde la perspectiva de riesgos y daños, a la cuál adherimos, entendemos que las personas que asisten a Red Puentes se encuentran en un proceso de atención y acompañamiento, que, a diferencia de las instituciones totales, poseen la característica de apertura; es decir, de allí no se “entra” y se “sale” sino más bien se transita, se habita y se comparte. Mirar la problemática desde la complejidad implica entonces que el abordaje no se piense enfocado únicamente en torno al consumo, sino que sean planteados los procesos en

---

<sup>12</sup> Como ejemplo mencionamos la operación antiderechos en los medios tradicionales y las redes sociales, a partir de la campaña de información en clave de reducción de daños de consumo en Morón. Para más información indagar en la nota de Mariana Carbajal para Página12. <https://www.pagina12.com.ar/417605-reduccion-de-danos-la-increible-polemica-por-recomendaciones>

términos cualitativos. Desde allí, es confortable reconocer que las dimensiones comunitarias y colectivas de acompañamiento se presentan en la Red Puentes confrontando los procesos lineales e individuales. En estos dispositivos se abordan las diversas áreas que conforman la vida cotidiana de lxs sujetos desde el encuentro con otrxs. Al compartir la cotidianidad como el desayuno o el almuerzo, y la realización de actividades concretas como el taller de teatro o los socio-productivos, la Red Puentes genera espacios propicios para problematizar las variadas formas de vincularse y los modos de construir aprendizajes. Apostamos a los dispositivos comunitarios y territoriales como vehículo efectivo para garantizar derechos como el acceso a la información y los espacios de esparcimiento, mediante el encuentro, la escucha y el disfrute.

#### **4.3.2 Lo que falta por cosechar**

En Córdoba desde el 2014 se realiza la Marcha por el Derecho a la Salud Mental como expresión popular y democrática, impulsada por un colectivo de organizaciones cordobesas, sociales, políticas y civiles, que se nuclean con el objetivo de defender la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental y por la transformación del sistema de atención. Éstas toman el espacio público para reclamar la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. A 12 años de la sanción de la ley, el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos realiza un relevamiento de la situación de Córdoba y define 12 puntos pendientes para la plena implementación de la Ley 26.657. A continuación, nuestro interés es retomar algunos puntos específicos que nos resultan urgentes para efectivizar derechos.

El primer punto se relaciona con el presupuesto asignado para la salud mental. En la ley con respecto a ello, se plantea: “En forma progresiva y en un plazo no mayor a 3 años, las partidas destinadas a salud mental deben alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total en salud” (Art. 32). En Córdoba, históricamente el presupuesto rondó el 6% y con subejecuciones presupuestarias. En el año 2021, la ejecución fue del 3.88% del total de salud. Comprendemos que si bien a nivel nacional se han dado avances de manera lenta, las dificultades se presentan mayormente en las provincias, que además es el nivel del Estado que tiene a su cargo la mayor proporción de instituciones, dispositivos y responsabilidad territorial en materia de salud. Es debido a la descentralización y al consecuente desfinanciamiento, que los gobiernos responsables de la implementación no tienen el presupuesto para realizar las inversiones necesarias para llevar adelante los desafíos planteados.

Otro de los puntos de nuestro interés se relaciona con la existencia de las instituciones monovalentes, que cumplieron su año límite para la sustitución definitiva en 2020. A pesar de la fecha límite estipulada para dicho reemplazo, reconocemos la actual existencia de hospitales que funcionan bajo esta lógica. Esto nos permite advertir que las responsabilidades de la efectivización difiere en las distintas jurisdicciones, y se relaciona tanto con los compromisos y las voluntades políticas, como también con la falta de inversiones necesarias para llevar adelante los desafíos.

En Córdoba los avances se dan muy lentamente. Se cierran monovalentes, tal como sucedió a fines de abril del año 2022 con el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicciones (IPAD) sin proponer soluciones alternativas, como serían los espacios de atención comunitaria, que integra no solo las casas de acompañamiento, sino también casas comunitarias convivenciales, dispositivos territoriales comunitarios y centros de asistencia inmediata. Debido a la inexistencia de estas, se acude a hospitales generales que no poseen ni equipos interdisciplinarios capacitados, ni recursos necesarios para hacer frente a las problemáticas que les llegan vinculadas a Salud Mental, ni mucho menos cuentan con el financiamiento correspondiente para ello.

En nuestra ciudad, hay pocos hospitales generales con camas destinadas a salud mental y no tienen guardias las 24hs para atender casos de salud mental. Los hospitales que sí cuentan con las denominadas *camas frías* para la atención de situaciones vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas son el Hospital Misericordia y el Hospital Tránsito Cáceres. Sin embargo, tanto las personas atravesadas por las situaciones de consumo, como profesionales que acompañan a las mismas, indican que la internación en situaciones de urgencia queda librada a voluntad del personal que se encuentre de guardia en ese momento y a su respectiva formación en salud mental. Este contexto genera una barrera de acceso a la salud en casos de crisis o de que sea necesaria una instancia de desintoxicación previa al inicio de un proceso de atención y acompañamiento.

Sostenemos que es urgente pensar y financiar políticas públicas en la provincia que apunten a la superación de esas barreras y obstáculos a través del fortalecimiento de los espacios ya existentes pero también generando nuevos espacios con objetivos vinculados a la atención específica tanto de la salud mental como de los consumos problemáticos.

Por último, nos compete abordar el problema de la formación de futurxs y actuales profesionales de la salud. La Ley Nacional 26.657, en su Art. 33, exige la existencia de una formación de los profesionales en las disciplinas involucradas, acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la ley. En Córdoba es escasa la

formación al respecto, pues en los niveles terciarios y universitarios los planes de estudio no contemplan la obligatoriedad de dichos contenidos, por lo que queda librado a decisión de cada estudiante el formarse en el campo. Por su parte, los equipos que ya están desarrollando profesionalmente su trabajo en el campo de la salud, tampoco acceden a capacitaciones obligatorias de actualización que involucren contenidos específicos de la ley de salud mental. Como consecuencia de ello, la atención y el acompañamiento queda librado a saberes y trayectorias personales de cada profesional y no a una línea de trabajo institucional.

Queremos finalizar enunciando nuestra postura: el problema no es la ley, sino su falta de implementación. La Ley 26.657 no garantiza ni promete, per se, ningún resultado. Somos nosotrxs, ya sea como futuras profesionales, como trabajadorxs de la salud mental y/o como ciudadanxs comprometidxs, quienes podemos hacer algo con ella para singularizarla en cada territorio. Marchamos por políticas públicas que defiendan a las personas usuarias de la ley y a las personas con problemáticas de consumo. Marchamos porque apostamos a una salud mental integral sin criminalización, sin estigmatización y con acompañamientos desde una perspectiva de derechos y en comunidad.

Ojalá seamos más lxs optimistas, lxs que, sin ignorar los desafíos y la complejidad de la realidad, nos comprometamos con las transformaciones tan necesarias como demoradas

## **Reflexiones finales**

Atravesadas por la felicidad que nos genera nuestra trayectoria y la sensibilidad que acarrearán los finales, nos conmueve llegar al final de este recorrido que, no sin pocas frustraciones, transitamos con tanto amor y convicción. Llegar hasta aquí nos permite pensar que esta instancia de final no tiene nada y de aperturas lo tiene todo, que personalmente nos comprometimos a abandonar el papel de estudiantes en esta querida institución, para explorar en nuevos escenarios los desafíos como profesionales.

En nuestro proceso optamos por generar reflexiones y saberes desde la intervención pre profesional, y en este punto destacamos que las contribuciones al espacio han estado pensadas en colaboraciones presentadas a través de charlas debate, espacios de escucha social, ciclo de encuentro para la formación en economía popular, entre otras. Sin embargo, y a pesar de esta elección, en nuestro transitar identificamos que es fundamental incentivar la investigación en el campo de la Salud Mental dado que pensar la problemática desde los aportes del Trabajo Social nos permitirá construir fundamentos sobre las características o particularidades del fenómeno en nuestros territorios e identificar las implicancias sociales que estructuran o delimitan esas características de la problemática.

Estamos convencidas que el Trabajo Social contribuye a la producción de conocimiento de lo social desde la intervención y la investigación. Es necesario incorporar aportes disciplinares si queremos disputar sentidos en los espacios institucionales y en las políticas públicas, considerando que es la producción de conocimiento lo que nos permite tanto legitimar nuestra especificidad en el campo, como formular estrategias de intervención que den respuestas certeras a las necesidades y demandas de las comunidades y los territorios.

Por otra parte, nos resulta necesario resaltar la emergente experiencia de trabajo en red que se está generando en Córdoba entre las diferentes organizaciones y el Estado. La existencia de espacios de participación genera un escenario de intercambio y debate entre los actores sociales que se encuentran trabajando en pos de dar respuesta a la problemática. En espacios participativos como COIPRED, se produce proximidad entre organizaciones que llevan a cabo acciones y programas enmarcadas en la ejecución de políticas públicas en materia de prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias coordinadas por la SEDRONAR. Celebramos que se asuma el desafío que conlleva el lograr que desde la multiplicidad de saberes, disciplinas y

experiencias se pueda contribuir al diseño de políticas públicas efectivas que integren adecuadamente las necesidades de la población.

A lo largo de nuestro trabajo, nos hemos posicionado a favor de las respuestas integrales, comunitarias y territoriales para acompañar a las personas que atraviesan un consumo problemático, en pos de defender estos dispositivos y los avances que se vienen construyendo a partir de la sanción de la Ley 26.657. Identificamos durante nuestro recorrido discursos que defienden lógicas punitivistas y medicalizantes que durante años se llevaron a cabo sin dar respuestas reales al problema del consumo. Hoy en día, se comprende que la problemática debe ser abordada teniendo como prioridad a las personas, considerando la compleja trama de precariedades e injusticias estructurales que viven cotianamente tales como las condiciones alienantes de trabajo, la falta del mismo, la imposibilidad de acceder a una vivienda digna, la experiencia de vida en la calle, la discriminación, la pobreza, entre otras. Esperamos que este trabajo final de grado contribuya a la discusión y permita comprender la importancia de abordar la problemática de consumo desde el enfoque de derechos.

En estas últimas palabras, queremos reivindicar la convicción que deriva de este proceso atravesado como equipo: una salud digna sólo puede ser construida colectivamente. Tal como el lema de Red Puentes lo anuncia: *nadie se rescata solx*. Pensar la problemática de consumo únicamente desde lo individual es una mirada limitada y errónea, es por ello que no solo debemos trabajar en relación a lo específico del consumo de sustancias sino también sobre la problematización de la identidad colectiva e individual que lxs atraviesa en el territorio. Apuntamos a la construcción de otra identidad que, sin desconocer o anular su historia previa, sume diversos elementos que inviten a pensarse desde otro modo de vida, construyendo en conjunto herramientas que logren hacer frente a las estigmatizaciones diarias, proponiendo un camino de lucha para la propia vida.

Anhelamos que nuestros aportes generen debates y nuevas preguntas, que incentiven la investigación sobre la problemática, para poder construir estrategias de intervención cada vez más elaboradas y certeras desde nuestra profesión. En ese sentido apostamos a continuar complejizando la mirada sobre los problemas vinculados al consumo de sustancias, en pos de construir respuestas colectivas desde las experiencias interdisciplinarias, intersectoriales y comunitarias que tengan como eje transversal los cuidados y la construcción de lazos afectivos que contengan, incluyan y abracen a cada persona que decida iniciar el proceso de, como dicen ellxs mismos, rescatarse.

## Bibliografía

- Aquín, N. (S/F). La relación sujeto-objeto en Trabajo Social: Una resignificación posible. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000139.pdf>
- Aquín, N. (2013), “Intervención Social, distribución y reconocimiento en el postneoliberalismo” en Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social. Año 3 Nro 5
- Aquín, N. (1995) Acerca del objeto del Trabajo Social. Revista Acto Social Nro. 10.
- Angelini, S y Larrieu, A (2016) Consideraciones sobre los conceptos de Peligrosidad y de Riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad. En V Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología
- Amico, L. (2005) La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. Espacio Editorial, Bs. As., 2005
- Ardila, S., Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. Revista Salud Mental y Comunidad.
- Arce, M; Boccardi, P y Decca, E. (2020) Perspectiva de géneros en abordajes por consumo problemático de sustancias. En ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social, Vol. 4, Nro. 8. Córdoba
- Bard Wigdor, Gabriela. (2015). Culturas políticas de mujeres de sectores populares cordobeses: Políticas desde lo cotidiano (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Córdoba-Centro de Estudios Avanzados, Córdoba.
- Bourdieu, P. (1991). El sentido práctico. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2007) El sentido práctico. Buenos Aires, Siglo XXI editores
- Bosque-Prous, M y Brugal, M (2016) Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. En Gac Sanit. 2016;30(S1):99–105
- Butler, J. (2004) Lenguaje, poder e identidad. Editorial Síntesis, Madrid, 2004.
- Cabrera, P ... [et al.] (2017) Antropología de la subjetividad. Compilado por Paula Cabrera. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Camarotti, A., Kornblit, A. (2015) Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Revista Salud Colectiva*, Vol. 11, 211-221
- Carballeda, A. (2002) La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Paidós, Bs. As., 2002.

- Carballeda, A. (2008) Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto. Paidós, Bs. As., 2008.
- Carballeda, A. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. En VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2012, Vol. XXIII: 38 - 45
- Carballeda, A. (2006). La intervención en lo social: experiencias y modelos. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carpintero, E (2004) La subjetividad del idiota plantea la pregunta ¿Como inventamos lo que nos mantiene unido? En Revista Topia Nro. 40. Buenos Aires
- Cazzaniga, S. (2020) Acerca del otro (otra, otre) en trabajo social. Concepciones y problematizaciones. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 10 - Nro. 19. Disponible en <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/revista-debate-publico-no-19/>
- Cazzaniga, S. (s/f). La ética como tema y como cuestión. A propósito de trabajo Social.
- Das Biaggio, N., Serra, F. et al. (2014). La construcción disciplinar como condición de posibilidad de la intervención profesional. Facultad de Trabajo Social UNER, Paraná, 2014. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fts-uner/20171107052019/pdf\\_467.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fts-uner/20171107052019/pdf_467.pdf)
- Deleuze, G. (1995) Conversaciones 1972-1990. Valencia: PreTextos.
- De Dios, S., Fuentes G., et. al. (2018). Lo singular de la cuestión social en el campo de la salud mental. ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 2. N° 3.
- De Iellis, M. (2015) Un nuevo paradigma en Salud Mental: Ejes de la transformación. En M. De Iellis, *Perspectivas en salud pública y salud mental*. (pp. 85-115). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Duarte Quapper, K (2000) ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. PP. 59-77
- Durkheim, E. (1895). Las Reglas del Método Sociológico. Fondo de Cultura Económica México.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. PP 151–168
- Fernández, A. M. (2000). Intervención social: aportes para el debate. Ediciones Novedades Educativas.
- Gaitán, P. (2017). Estrategias de Intervención en Trabajo Social Institucional en Rotondi, Gabriela (ed.) Programa la Universidad Escucha a la Escuela. Compartiendo quince años del Programa “La universidad escucha las escuelas”. Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional. Córdoba, Argentina.

- Goffman, E. (1972) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental.
- Grassi, E. (1989). La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana. Hvmánitas, Bs As., 1989
- Iamamoto, M. V. (2001). Renovación y conservación en el Trabajo Social. Cortez Editora.
- Meritano, S. (2019) Engorramiento popular: demostrar la propia inocencia produciendo culpables. Apuntes de una investigación en curso. Revista de Ciencias Sociales Multidisciplinaria, vol. 1, núm. 1, 2019.
- Michalewicz, A; Obiols, J; Ceriani, L y Stolkiner, Alicia (2011). Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Nucci, Nelly. (2010). La construcción de estrategias en la intervención de Trabajo Social. Córdoba, Argentina (Mimeo). ETS-UNC
- Pawlowicz, M. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Revista Voces en el Fénix*, Vol. 42, 20-27.
- Peralta et.al (2016). Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel. En Parisi Alberto, Peralta María Inés (comp.) Ed. UNC.
- Pérez Sosto, G; Romero, M. y Contrartese, D. (2019) Los jóvenes en el centro de la cuestión social. En Revista Cuestión Urbana. Año 3 Nro 6.
- Pérsico, E y Grabojs, J. (2014) Organización y economía popular : nuestra realidad- 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Planella, Jordi (2016) Acompañamiento social. En Editorial UOC.
- Soria, S; Scarpino, P; Bertona, L & Torres, E. (2021). ¿Necesitamos de una ética? Interrupciones feministas, decoloniales y sexo-disidentes. En P. Scarpino, O. Maritano & P. Bonavitta (Comps.) Escrituras anfibias: ensayos feministas desde los territorios de Nuestra América. Córdoba, En Evaluación.
- Stolkiner, A (2022). Nuevos actores del campo de la salud mental. En Revista Intersecciones Psi. Revista electrónica de la Facultad de Psicología.
- Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo.

Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.

Touzé, G., Goltzman, P., Amorin, E., Cymerman, P. y Pawlowicz, M. (2012). Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas. *Revista Debate público*, Año 2 (Nro. 4), 63-70.

Vegh Weis, V. (2015). La perspectiva de los Derechos Humanos: el nuevo paradigma en salud mental. *Revista institucional de la Defensa Pública*, Año 5 (Nro. 7).

Yoma, Solana M. (2021) Concepciones de sujeto y la participación como un derecho en salud mental y discapacidad. En *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. Vol. 5, No 1.

### **Fuentes documentales**

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: Una experiencia de política pública

Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.

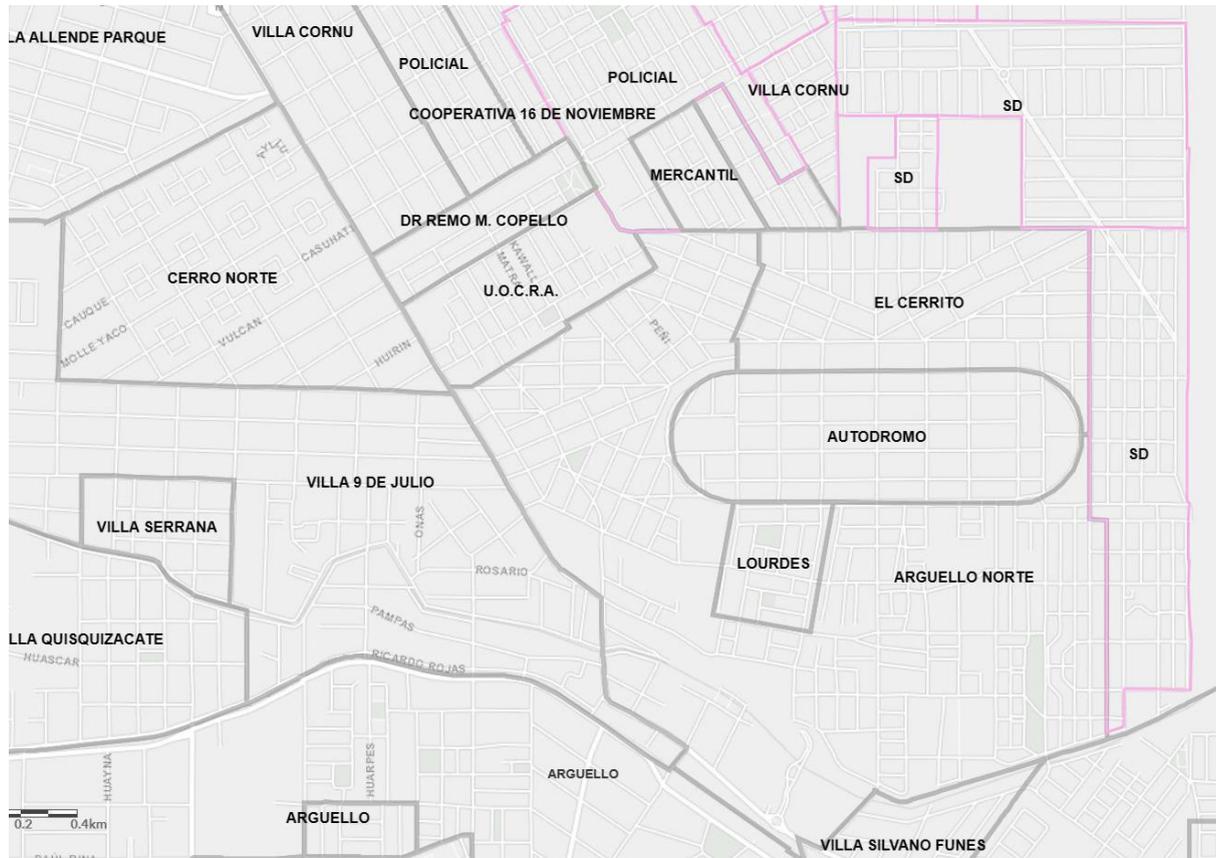
Documento Red Puentes: Abordaje comunitario de consumos problemáticos. (2020)

Documento Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos de la Sedronar (2019)

Alicia M., (s.f) Mapeo Territorial de la zona de Argüello

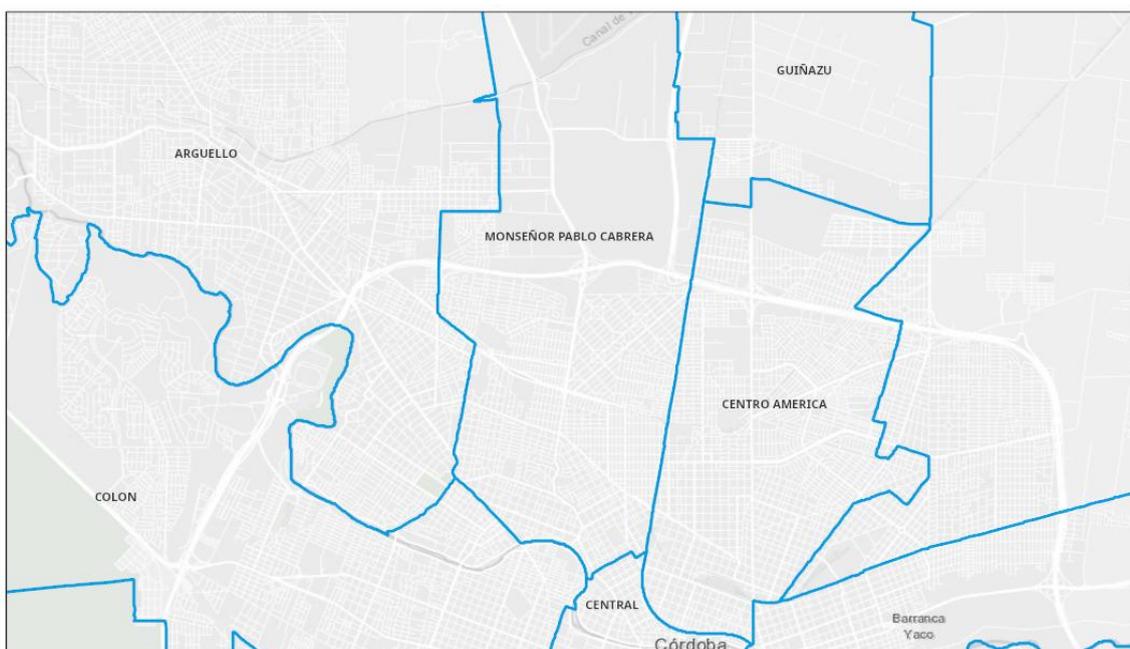
## Anexo 1

### Mapa de Argüello Lourdes



## Anexo 2

### Mapa de zona Argüello



### Anexo 3:

#### Mapeo Territorial de la zona de Arguello realizado por la Lic. Alicia Miranda

|   | Provincial   | Municipal   | Privada   | UTEP   | Org. Religiosa  | Club  | Org. Comunitaria   |
|---|--|---|---|--|---|---|--|
| <b>Salud</b>  | Neonatal Pediátrico Casa del Joven, Hosp. de Niños Hospital Clinicas.<br><br>Neonatal de Unquillo Equipo de profesionales de Polo de la Mujer y Centro de Varones. | Centro de Salud 57, 61, 67 Upas 2 Hospital Infantil.<br><br>Hosp. Josefina Priur.     | Clínica Arguello.<br><br>Centro Odontológico Kennedy. |  | Red. De Arguello con sede en Iglesia del Carmen y capilla Arguello Lourdes. | Arguello Junior Programa Obesidad Infantil. | Centro de Jubilados René Favaloro.   |
| <b>Educación</b>                                    | Escuela Lazcano Colodrero IPET 404 Sec. 325.<br><br>Escuela Primaria Villafaña.<br><br>Juana Manso V. Allende.   | Escuela Raúl Víctor Martínez Bo. Quintas de Arguello.                                 | Universidad Blas Pascal.                              |  | Bethel Instituto Inmaculada.  |   | Casa Macuca.<br><br>Talleres comunitarios, apoyo escolar.<br><br>Murga de la Blas Pascal.    |
| <b>Merenderos y roperos comunitarios</b>            |  |   |   | Cooperativa La Esperanza.<br><br>Los Angelitos Monja Hermana Sierra.<br><br>Corazoncitos, Organización Evita.<br><br>Encuentros de Organizaciones Blas Pascal. | Iglesia del Carmen.<br><br>Red Arguello Tomas Garzón esq. Donatto Alvarez.  |   | Casa Macuca.<br><br>Nuevo Progreso.<br><br>Cooperativa Arguello Lourdes.                     |
| <b>Atención Específica de Consumo de sustancias</b> | EAC 33<br><br>Casa del Joven, IPAD.<br><br>Secretaria de Adicciones Hospital San Roque Viejo.  | Políticas de Adicciones.<br><br>Miércoles con turnos programados.<br><br>Base Aldeas. | Por un mundo mejor.                                   | Organizaciones EO, actividades en Barrio Arguello Lourdes.   | Grupo Narcótico Iglesia del Carmen.   |   | Red Puentes.   |
| <b>Espacio de Niñez</b>                             | EAC 33.<br><br>Dispositivo Tiempo compartido.  | Juguemos Limpio en Centro de Salud 61.<br><br>SPD.                                    | Club Azteca.  |  | Talleres juveniles en Iglesia del Carmen.                                   |   | Casas Abiertas (SENAF) en Casa Macuca.<br><br>Talleres Casa Puentes.<br><br>Talleres Macuca. |

|                                |  |                  |  |                                       |  |  |
|--------------------------------|--|------------------|--|---------------------------------------|--|--|
|                                |  |                  |  |                                       |  | Agrupación la Dignidad, Evita. Escuelas de Fútbol.                             |
| <b>Dispositivos de cultura</b> |  | Talleres de CPC. |  |                                       | Iglesia San Miguel Arcángel.             | Biblioteca Tejada.<br><br>Jóvenes de Zona de Cuarentena y RAP.<br>Casa Puente. |
| <b>Deporte</b>                 |  |                  |  | Agrupación Evita, niños/as y mujeres. | Club Peñarol Escuela de fútbol y hockey. | Escuela de Rugby Universidad Siglo XXI.  |

