

2017

Acceso a dispositivos terapéuticos institucionales de abordajes sobre consumo problemático de sustancias en la ciudad de Mar del Plata : una mirada desde el trabajo social

Castelletti, Paola

Castelletti, Paola

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/542>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional
De Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Grado

**“Acceso a dispositivos terapéuticos institucionales
de abordajes sobre consumo problemático
de sustancias en la ciudad de Mar del Plata”.
Una mirada desde el Trabajo Social
Año 2017**

Alumnas:
Castelletti, Paola
Melo, Maria Emilia

Directora:
Lic. Vaccaroni Virginia

Co-Directora:
Lic. Brull, Diana



Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente a nuestra directora Virginia y nuestra co-directora Daiana , quienes nos acompañaron en este camino, donde se brindaron por enteras, no solo porque compartieron sus saberes y experiencias, sino porque , generosamente nos dieron su tiempo, para cumplir con nuestra meta, la de ser Trabajadoras Sociales. Gracias, estaremos eternamente agradecidas! También agradecemos a los profesionales de las instituciones a las cuales entrevistamos, ya que posibilitaron que este trabajo de investigación sea realizado. Gracias por recibirnos en sus instituciones y brindarse abiertamente!

A mis padres por su amor y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida; a mi familia por acompañarme y alentarme siempre; a mi gran amor Gastón, por sostenerme, creer en mí y hacer este camino juntos a la par; al amor de mi vida Abril, sin vos, sin tu apoyo y tu amor constante no hubiese llegado . Gracias a todos, por el camino recorrido, sin ustedes, no lo hubiese logrado. Gracias Dios por sostenernos! María Emilia.

Quiero agradecer a Juan Manuel por acompañarme en este largo camino, sin dudas sin su apoyo no lo hubiera logrado. A mi hijito, que sin saberlo, también formó parte de esto. A mi familia y amigos que siempre estuvieron ahí para ayudarme. Quiero dedicar este logro tan especial a mis papás, que son mis angelitos que me guían y me acompañan desde el cielo. Quiero agradecer especialmente a Emi, por ayudarme a finalizar esta etapa tan importante, sin vos no lo hubiera logrado. Gracias! Paola.

Introducción

La presente tesis de investigación surge con el objetivo de conocer los criterios de accesibilidad a dispositivos terapéuticos institucionales destinados a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas en la ciudad de Mar del Plata.

Diferentes intereses y cuestionamientos han motivado nuestra investigación entre los cuales tuvieron gran importancia nuestras Prácticas Institucionales Supervisadas y nuestra formación académica.

Abordar el acceso a los dispositivos terapéuticos destinados al consumo problemático de sustancias resulta un tema sumamente complejo debido a que está atravesado por diferentes elementos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de su estudio, los aspectos políticos, culturales, jurídicos y las políticas públicas e instituciones destinadas a abordar la problemática.

Para dar cuenta de esto desarrollamos en el capítulo I un breve recorrido histórico sobre la temática del consumo problemático de sustancias. Exponemos diversos conceptos, para entender más en profundidad la complejidad de la misma, así como también explicamos los diferentes modelos para comprender y caracterizar cada una de las acepciones existentes del consumo problemático de sustancias.

A lo largo del capítulo II expusimos el concepto de Política Social y realizamos un breve recorrido sobre las regulaciones relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de comprender la mirada que en cada época se hizo de la problemática y sus consecuencias. Por último se enunció el marco normativo vigente.

El capítulo III intentamos realizar una pequeña caracterización de la problemática del consumo de sustancias haciendo hincapié en la persona que atraviesa dicha dificultad, considerando posibles motivos y consecuencias.

También se hizo mención, a grandes rasgos, de una serie de dispositivos terapéuticos que en la actualidad son utilizados para abordar la problemática del consumo de sustancias.

En el capítulo IV desarrollamos el conjunto de los dispositivos terapéuticos que se sitúan en la ciudad de Mar del Plata en sus tres niveles nacional, provincial y municipal, así como también aquellos pertenecientes al sector privado y al tercer sector. Luego definimos la accesibilidad, concepto central de esta investigación.

En el capítulo V abordamos la intervención en lo social y el Trabajo Social en relación estrecha con el consumo de sustancias.

En el capítulo VI desarrollamos los aspectos metodológicos correspondientes a la presente investigación.

En el Capítulo VII se analizamos el acceso a los dispositivos terapéuticos institucionales destinados a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas en la ciudad de Mar del Plata.

Para finalizar en el capítulo VIII reflexionamos sobre los resultados obtenidos desde la perspectiva del Trabajo Social.

La problemática del consumo de sustancias fue un tema de interés a lo largo de toda la trayectoria universitaria de las tesoristas. Esto se profundizó, aún más, con las experiencias que ambas atravesaron en sus prácticas en el marco de la cátedra Supervisión realizadas en la escuela de Educación Secundaria N°22 y en “Proyecto Be”, un centro de Salud Mental.

Es así como surge la necesidad de investigar los criterios de accesibilidad a dispositivos terapéuticos institucionales destinados a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas en la ciudad de Mar del Plata, con el fin de visualizar y problematizar esta cuestión, que atraviesa a toda la sociedad en su conjunto.

A lo largo del proceso investigativo hemos encontrado diversos materiales que estudian la problemática del consumo de sustancia psicoactivas, específicamente, lo referente, al acceso a dichos dispositivos, que conforman en su conjunto el antecedente o Estado del arte de la actual investigación.

Para comenzar, mencionaremos el estudio denominado: “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud” elaborado por Diana Rossi, María Pía Pawlowicz y Dhan Zunino Singh, publicado en el año 2007, en la ciudad de Buenos Aires. Este documento de trabajo expone los resultados principales de un estudio sobre accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud de las ciudades de Buenos Aires y Rosario. Analiza la cuestión desde la perspectiva de los trabajadores de salud y se propone un diálogo con ellos como una herramienta para reflexionar sobre su práctica, descubrir deficiencias y plantear nuevas líneas de acción. El presente trabajo concluye que los trabajadores en el sistema público de salud del Municipio de Rosario demandan recurrentemente una capacitación y especialización para la atención a usuarios de droga, desde una perspectiva de múltiples disciplinas. Estos asocian

más el problema de consumo con el campo de la salud mental, poniendo de ese modo más énfasis en circunscribir las dificultades en el individuo y su familia. Concluyen que las dificultades de acceso aluden tanto a cuestiones propias de la institución con la que trabajan, como a deficiencias del sistema de salud en general. Muchas de las propuestas siguen la línea de especialización y diferenciación de los dispositivos y las instituciones de atención, convalidando la visión de la necesidad de separar a los usuarios de drogas de otros pacientes y formas de tratamiento. También apareció la necesidad de modificar el enfoque y la concepción de la atención, especialmente en las propuestas que aluden a la intervención comunitaria alejándose así de la interpretación del problema circunscrito al individuo y a su familia para acercarse a una visión que trabaje el tema en las redes de pares y los contextos de uso de drogas.

También se pudo acceder al material denominado “Estudio Local De Consumos Problemáticos y Accesibilidad”, perteneciente al Municipio de Berisso, año 2014. El estudio implementa un abordaje de tipo territorial y comunitario para efectuar un diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en diferentes barrios y/o municipios de nuestro país. Este estudio abre la posibilidad de efectuar un diagnóstico a nivel local y de ofrecer información a escala microsocial, una dimensión que no puede ser abordada desde los estudios y estadísticas nacionales. Su objetivo es construir abordajes desde la comunidad, desde la multiplicidad de realidades locales y de comprender el fenómeno de los consumos de sustancias psicoactivas desde la complejidad que lo caracteriza. Los datos obtenidos en este trabajo hablan de accesibilidad, en tanto están dando cuenta de la relación entre los sujetos y las instituciones. Muestran que este vínculo entre las representaciones de las personas y los discursos de las instituciones es muy complejo y está atravesado por un conjunto de elementos que vale la pena analizar junto con la población, para pensar las intervenciones más convenientes.

Otro documento que se utilizó fue el “Informe estadístico y geográfico sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR y otros organismos públicos y privados”. Publicado en el año 2016 por la SEDRONAR. El informe se

compone de dos apartados. En el primero se informa cuáles dispositivos funcionan en la provincia según las tres áreas de referencia: Prevención, Asistencia y Capacitación. En el segundo apartado, un anexo donde se compilan los listados de los dispositivos de prevención (CEPLA / PEC) y de asistencia (CET / CAAC) y un mapa de localización que destaca el Índice de Vulnerabilidad según zona de asentamiento de los mismos. El informe fue de gran utilidad ya que se pudo reflejar la relación espacial que se establece entre estos dispositivos y el Índice de Vulnerabilidad Social e identificar la presencia o no de la SEDRONAR en el territorio.

Otro aporte fue el documento “Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud. El caso de la ciudad de Buenos Aires” de Vázquez, Andrea Elizabeth, publicado en el año 2013. El objetivo del artículo es construir articulaciones entre los procesos de estigmatización social y la drogadependencia como un caso particular de exclusión en salud. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica y documental y se analizan resultados seleccionados de una investigación que indagó la relación entre los procesos de estigma social sobre la drogadependencia y sus efectos en la accesibilidad a la atención en salud de esta población. La conclusión a la que arribó este trabajo fue que se pudo constatar la prevalencia de una representación ligada a la desviación, la peligrosidad y la potencial relación con hechos delictivos y de inseguridad ciudadana, quedando evidenciada la reproducción por parte de profesionales de la salud de la estigmatización construida socialmente, lo que podría colaborar en la producción de barreras de accesibilidad específicas para esta población. A raíz de esto propone instalar una agenda amplia para investigar las implicancias de los procesos de estigma en el campo de la salud con el objetivo de generar políticas de inclusión desde una lógica de respeto por los derechos humanos.

Como se pudo observar todos los estudios encontrados fueron elaborados en la provincia de Buenos Aires y algunos municipios mencionados.

En lo referente a la ciudad de Mar del Plata, solo pudimos acceder al relevamiento realizado por la Mesa Intersectorial de Salud Mental Comunitaria¹, “Deliberadamente”, denominado “Dispositivos de Atención de Salud Mental y Adicciones en el partido de General Pueyrredón. Una herramienta de articulación para un abordaje integral.” En este se detallan todos los dispositivos de salud mental y adicciones que se encuentran en la ciudad. Su objetivo, es contribuir a mejorar los procesos de transformación normativa, institucional, cultural y social para la defensa de los derechos humanos de las personas usuarias y de los efectores. Este trabajo surge a partir de la dificultad del acceso a la información de dispositivos disponibles de salud mental y adicciones dentro del partido de General Pueyrredón. Sostiene que la claridad de la información, en un registro que converge el plano nacional, provincial y local, establece un puente de articulación entre las herramientas legítimas de intervenciones en materia de salud mental y adicciones. Este relevamiento fue de gran utilidad para el desarrollo de esta investigación ya que nos brindó información acerca de la localización de los dispositivos de salud mental y adicciones que se encuentran en la ciudad.

¹ La Mesa Intersectorial de Salud Mental Comunitaria del Partido de General Pueyrredón tiene como objetivo trabajar conjuntamente en la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657), desde una mirada que respete la integridad y subjetividad de los usuarios con un enfoque comunitario. http://www.mardelplata.gob.ar/documentos/derechos_humanos/relevamientosaludmental.pdf

² Primera Conferencia Internacional sobre Drogas realizada en Shanghái, China en 1909. Fue en respuesta al incremento

Breve Recorrido Histórico

La relación del hombre con las sustancias ha ido modificándose a lo largo de la historia, otorgándoles diversos sentidos. Como afirma Casella (2011), en los siglos XVII y XVIII no existía un término preciso para denominar lo que actualmente llamamos drogas, recién en el siglo XIX es que adquiere una connotación patológica.

Es en el siglo XX donde se construye la noción de toxicomanía para designar la problemática, cuya aparición es característica de las sociedades urbanos-industriales centrales y, por influencia y/o imposición, en el resto de las ciudades. Esta concepción supone un cambio radical en la forma en que el hombre usaba las sustancias, la relación que establece con ellas y el significado que adquieren para el conjunto social (Puentes, 2008).

En la antigüedad, en muchos grupos y tribus de cazadores y recolectores, y en diferentes lugares del planeta, existió algún tipo de sustancia psicoactiva acompañando cultos mágico-religiosos y actividades médico-terapéuticas. (Grigoravicius, 2006). Existía un uso moderado pero generalizado de dichas sustancias, y aunque se registraban casos de adicción aislados, su existencia no supone para la época un problema social, ni sanitario, ni jurídico, ni policial. La comercialización farmacéutica de casi todas las drogas conocidas hasta el momento, se producen durante el siglo XIX (Escohotado, 1995). Fue a partir de una serie de acontecimientos, producidos en el siglo XX, cuando comienza a producirse la prohibición en torno al consumo de algunas sustancias (Del Olmo, 1992). Estos están relacionados con la Conferencia de Shanghái² celebrada en Estados Unidos en el año 1909 , ya que luego de esta, se comienza con las

² Primera Conferencia Internacional sobre Drogas realizada en Shanghái, China en 1909. Fue en respuesta al incremento del comercio del opio. En la misma se acordó que los países firmantes deben hacer el mejor esfuerzo para controlar los lugares y personas que fabriquen, vendan, importen y distribuyan morfina y cocaína y sus derivados.

iniciativas para lograr que los estados, implementen respuestas penales ante la problemática de la multiplicación de sustancias psicoactivas.

Según González Zorrilla (1987), el modelo de respuesta penal al problema de la difusión de sustancias psicoactivas proviene de la internacionalización de la política norteamericana contra las drogas en un clima político signado por la doctrina de la Seguridad Nacional y la idea del enemigo político interno. La misma se inscribirá institucional y legalmente mediante la firma de la Convención Única de las Naciones Unidas³ de 1961, y el Convenio de Viena de 1971⁴.

En la década del 60/70, en un contexto de extranjerización de la economía, instauración de la dictadura cívico militar y persecución político – social, el consumo de drogas era visto como una actitud cuestionadora del orden establecido y moral. En 1974, con la Ley Nacional N° 20.771⁵, se penaliza la tenencia de droga para consumo personal. Paralelamente se sanciona la Ley Nacional 20.840⁶ que reglamenta la “lucha antisubversiva” como eslabón de la “Doctrina de la Seguridad Nacional”. Asimismo, se crea el primer organismo público de atención específica de las adicciones: el Centro Nacional de Reeducción Social –CENARESO-. En esta etapa, se gesta una respuesta puramente represiva y penal.

La década del 80, según Barrenengoa (2014) “estará signada por el retorno de la democracia, la apertura cultural y la crisis política desencadenada por un gobierno inconcluso y la hiperinflación”. Según al autor, el usuario de sustancias comienza a ser visto como un “enfermo” a partir de la mirada del saber médico que rápidamente introduce una discursividad en torno al consumo de sustancias que lo sitúa bajo el paradigma de las enfermedades infecciosas. Es decir que a la respuesta penal se le agrega la médica de tratamiento y reeducación. La Ley

³ Tratado internacional contra la manufactura y el tráfico ilícito de drogas estupefacientes que conforma el fundamento del régimen global de control de drogas. Fue enmendada por el Protocolo de 1971 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. (https://es.wikipedia.org/wiki/Convenci%C3%B3n_%C3%9Anica_sobre_Estupefacientes)

⁴ Convenio sobre sustancias psicotrópicas 1971. (https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf)

⁵ Ley Nacional de Estupefacientes N° 20771. Régimen penal. Sancionada el día 26 de agosto de 1974. Publicada en el boletín oficial el 10 de octubre del mismo año.

⁶ Penalidades para las actividades subversivas en todas sus manifestaciones. Sancionada el día 28 de septiembre de 1974 y Promulgada el día 30 de septiembre de 1974. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73268/norma.htm>

Penal N° 20.737 sancionada en 1989 corona esta etapa, donde comienzan a proliferar Centros de Recuperación de Toxicómanos encargados de implementar medidas de seguridad curativas y educativas alternativas a la cárcel para los consumidores de sustancias (Ministerio de Justicia y Seguridad, 1989).

Ya entrada la década del 90, en plena consolidación del neoliberalismo, reducción del estado, ruptura de los lazos comunitarios, privatización de los problemas y aumento exponencial de desocupación, pobreza y exclusión social, el usuario de sustancias empieza a ser visto como alguien peligroso para la salud pública y culpable de lo que le sucede, particularmente aquellos usuarios de drogas inyectables transmisores de HIV/ SIDA. Se desarrollan políticas punitivas para el control de la droga y el SIDA desde la mirada de la “defensa social” (S.A.D.A., 2011). Es en este período cuando se crea la Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) donde se unifican en un organismo la atención preventiva y la acción punitiva. Paralelamente a esta respuesta aparecen diversas organizaciones no gubernamentales (ONGs) con financiamiento mixto que comienzan a trabajar tanto con el tema del HIV como con los usuarios de sustancias.

Según Casella, la problemática del consumo de sustancias se constituye en la modernidad, como un síntoma propio, en una realidad histórica condicionada por una sociedad consumista, producto esta, del sistema capitalista. Es en este contexto donde las sustancias psicoactivas adquieren el estatus de mercancías. Para el modelo neoliberal el mercado es el único organizador, el cual impone su lógica en todo los órdenes de la vida, apareciendo el consumidor como nuevo sujeto que debe reconocer un objeto para su deseo asimilando a este como una necesidad. Todo bien se transforma en objeto de consumo, esta lógica de la necesidad, hace posible encontrar un objeto que pueda satisfacerla de manera inmediata. Existe una cultura cosificante, una cultura donde el “tener más” suple el “ser más”, la misma promueve la relación y el consumo de cosas, por lo tanto, en la modernidad ya no se habla de persona o comunidad sino de individuo versus

sociedad donde el hombre deja de ser el centro de la realidad girando todo alrededor del desarrollo del poder del individuo particular (Casella 2011). La transición al siglo XXI aparece fuertemente marcada por la crisis, el malestar que no solamente hunde sus raíces en el ámbito de la economía, y sus consecuencias a nivel de desempleo, pobreza, desigualdad, marginalidad, exclusión, factores todos que ponen de relieve lo profundo de los procesos de desintegración, desafiliación y la fractura y disolución del lazo social en una trama signada por la pérdida de sentido. Las caídas de las narrativas que lo organizaban conllevan a la pérdida de legitimidad de instituciones y prácticas, el estallido de las identidades individuales y colectivas (Casella, 2011, p. 111).

Como consecuencia de esta situación, dentro del sector de la salud, emergieron nuevas formas del padecimiento, relacionadas con expresiones de la injusticia y que fueron presentándose desde más y nuevos actores que comenzaban a recorrer las salas de los servicios estatales de salud.

Como afirma Carballada (2006): “Las nuevas víctimas del disciplinamiento del mercado, comenzaban a ver en las inscripciones de sus cuerpos, en sus enfermedades y estigmatizaciones, el recorte de sus ciudadanías. Pero también, pugnaban por acceder a servicios de salud públicos deteriorados por los ajustes, recortes y las políticas que se orientaban a seleccionar, y expulsar del sector a los nuevos indeseables del modelo neoliberal” (p.5). Es así como la accesibilidad al sistema de salud se transformó en un obstáculo centrado en la lógica de gestión donde primaba el menor uso de estos servicios. La accesibilidad fue cercenada y racionalizada desde las imposiciones del mercado. Frente a esta realidad, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, no era concebido como una enfermedad mental, trayendo como consecuencia que los derechos y garantías, en relación con los servicios de salud, eran vedados a las personas que transitaban por dicha problemática, quedando sumamente desprotegidas.

La progresiva recuperación de la centralidad del Estado en las Políticas Sociales desde el año 2003, es acompañada por una serie de cambios de paradigmas que en el sector salud impactan en forma positiva, como por ejemplo

la Nueva Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657⁷, la cual integra a las adicciones como parte de la salud mental, en su artículo cuarto, reconociendo la interdisciplinariedad en el abordaje de los tratamientos. Esta nueva Ley Nacional, marca un cambio en materia de política sanitaria con respecto a la posición del Estado, ya que toma la responsabilidad de articular políticas que respondan al abordaje del uso de drogas ilegales y se aparta de la prioridad en la penalización del consumo.

Por otra parte la Nueva Ley de Salud Mental y su reglamentación en el año 2013, hace posible la concreción del Plan Nacional de Salud Mental. A la par de la nueva legislación se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Estos cambios en la legislación son muestras del germen de un nuevo paradigma que, si bien no expulsa viejas prácticas, inaugura circuitos posibles de ser potenciados en tanto conquistas en el campo de la salud mental y la problemática del consumo de sustancias psicoactivas (Berengeno 2014).

Pablo Berengeno (2014), afirma que frente a estos cambios se opta por hablar de consumo problemático de sustancias psicoactivas en lugar de adicciones “en la medida en que se trata de determinar la compleja trama de determinaciones a partir de la cual alguien consume. No se tratará de saber tanto acerca de las drogas sino más bien por qué y para que cada persona elige alguna sustancia, en qué momento de su vida lo hace, en qué contexto y cuando se vuelve problemático e interfiere en su vida cotidiana y la de su familia”.

De todo lo expuesto, se desprende, que la accesibilidad a los servicios de salud no solo se relaciona con la oferta sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que de estas se desprenden. Es así como las políticas públicas, las leyes, la economía, los modelos médicos, los valores culturales y los problemas sociales, son fundamentales para entender esta cuestión y poder entrever sus complejidades.

⁷ Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la protección de la salud mental. Sancionada el 25 de noviembre del 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Teniendo en cuenta lo desarrollado hasta el momento y para seguir avanzando con el tema propuesto, es necesario, definir una serie de conceptos de diferentes organismos y autores especializados en la temática que nos permitirá comprender en profundidad la problemática del consumo de sustancia y el acceso a los diferentes dispositivos terapéuticos.

Algunos conceptos para entender la problemática

La OMS define a la *Droga* como una “sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones”. Esta definición puede ser aplicada tanto a las sustancias “lícitas” como a las “ilícitas”, según la clasificación del discurso jurídico. Cuando hablamos de sustancias lícitas podemos distinguir entre las permitidas pero de circulación regulada, que están en el mercado con fines terapéuticos, como los medicamentos y las permitidas y socialmente aceptadas como el alcohol y el tabaco.

De acuerdo al marco legal vigente, esta clasificación de sustancia lícita o prohibida no está relacionada con su nivel de prejuicio o peligrosidad. En nuestro país la Ley Nacional 23737/89, establece el régimen legal sobre estupefacientes, de acuerdo al artículo N° 77 del código penal, modificado por el artículo N° 40 de dicha ley, el concepto de “estupefacientes” comprende los, psicotrópicos y demás sustancias capaces de producir dependencia física o, psíquica, que se incluyan en los listados que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo Nacional.

Lapegna y Viotti (2001) afirman que la atención prestada al consumo de drogas como “problema de las drogas” aparece cuando su consumo comienza a representar un peligro y una fascinación. Peligro, en tanto se encuentra por fuera de las normas sociales de control. Fascinación, porque permite la incorporación de valores y estilos de vida alternativos a los que la sociedad propone. Es así como la emergencia del consumo de drogas como formas de experimentación fue simultáneo a la aparición de fuertes movimientos contraculturales: en el contexto

de anomia y crisis cultural del 1900; durante la revolución de las costumbres precipitada por los beatniks⁸ de la década del '50; o bien en forma masiva en la década de 1960, con los hippies⁹. En esta década se consolida un mercado de producción, circulación y consumo, que subsume a las sustancias psicoactivas dentro de la lógica de la mercancía en general. A partir de ese momento, el consumo se distancia de la búsqueda de “estilos de vida alternativos” para transformarse progresivamente en un consumo de sustancias que, como mercancías, se rigen por las reglas del mercado.

Romaní (1999) encuentra que en las sociedades urbano-industriales contemporáneas centrales se produjeron una serie de cambios sociales, culturales, tecnológicos, etc., que propiciaron la emergencia de un nuevo fenómeno, etiquetado como “droga-dependencia”. Esta es entendida como aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana en torno de este hecho. Las sustancias eje de la drogadependencia pueden ser tanto drogas no institucionalizadas o de uso ilegal (cocaína, marihuana, crack, éxtasis, pasta base) como institucionalizadas o de uso legal (alcohol, tabaco, psicofármacos).

Como se refirió con anterioridad, las drogas no institucionalizadas o ilegales son aquellas cuya producción, distribución y comercialización están jurídicamente tipificadas como delito; por tanto se obtienen en el circuito ilegal. Las institucionalizadas o de uso legal son aquellas cuya producción, distribución y comercialización se da dentro del circuito legal. En este grupo también se incluyen las llamadas sustancias legales reguladas, como son los medicamentos. Estas se consumen como parte de un tratamiento médico, y son comercializadas, gran parte de ellas, bajo prescripción médica.

⁸ Término utilizado con el fin de parodiar y referirse despectivamente a la generación de escritores estadounidenses de la década de los cincuenta y sus seguidores que desafiaban los valores estadounidenses clásicos, el uso de drogas, el amor libre y la libertad espiritual (Barry, Miles, 2006).

⁹ Movimiento contracultural, libertario y pacifista el cual surgió en el año 1960 en Estados Unidos. Describe la subcultura previa de los Beatniks (Miles Barry, 2006).

Existen distintos niveles de consumo de sustancias de acuerdo al vínculo que establece la persona con la misma. Mario Puente (2008) explica tres términos que hacen referencia a este vínculo:

- **Uso:** el consumo de las sustancias es esporádico y ocasional. El autor afirma “el uso está definido como la relación que establece el sujeto con una sustancia psicoactiva (drogas, alcohol) pero sin generar vínculo de necesidad, no se presenta ninguna sensación de angustia frente a la falta de la sustancia. No se la espera, ni se hacen esfuerzos desmesurados para conseguirla (Puentes 2008, p, 41).

- **Abuso:** Este tipo de vínculo con la sustancia se caracteriza por la intencionalidad del consumo. Se configura como hábito de consumo situado en un tiempo y lugar y persigue un fin justificado por el usuario. Se consume deliberadamente para inhibir o estimular la conciencia, generando el no consumo, la ansiedad. En estos casos la abstinencia (por ausencia de la sustancia) produce inevitablemente angustia (Puentes 2008, p 43).

- **Adicción:** está relacionada con la compulsión de la ingesta de determinada sustancia, cuando se vive para el consumo, cuando se crea con la misma una dependencia física y/o psíquica, siendo la misma un estado de necesidad indispensable para vivir o para evitar el padecimiento a la ausencia de la misma. El padecimiento de su ausencia tiene que ver con el síndrome de abstinencia, que son un conjunto de trastornos psíquicos y físicos que surgen en el sujeto adicto cuando se interrumpe la ingesta de determinada sustancia. En estos casos todas las áreas vitales del sujeto están afectadas: física, psíquica, familiar, laboral / profesional. (Ministerio de Educación, 2011).

En el desarrollo del presente trabajo hablaremos de Consumos Problemáticos. Esta es una construcción relativamente reciente, la cual, nos permite incorporar en las definiciones la dimensión particular del sujeto que consume. La palabra “consumos”, en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias, buscando identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular. Es así como el acto

de consumir de cada persona es de carácter particular y especial en cada contexto (Observatorios Argentino de Drogas, 2014).

El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP)¹⁰ define los consumos problemáticos como: “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Ley Nacional N° 26.394, artículo N° 2). Lo que supone el concepto de consumo problemático es que el consumo es cualitativamente distinto de un sujeto a otro, y que cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto. Estas diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos, como ser: su vida personal y relaciones sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc (SEDRONAR¹¹, 2014).

Así como también es necesario destacar que en el presente trabajo se entiende el consumo problemático de sustancias inserto en el campo de la salud mental, estando ello en sintonía con la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental sancionada en el año 2011.

¹⁰ El plan IACOP es un Plan Integral para el abordaje de los consumos Problemáticos sancionado con fuerza de ley el 30 de marzo del año 2014, y promulgada de Hecho el 28 de mayo del mismo año. (Ley Nacional 26934)

¹¹ SEDRONAR es la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas. Tiene rango de secretaría de Estado dependiente de la Presidencia de la Nación (Decreto 33/2017, publicado en Boletín Oficial el 13 de enero 2017).

Modelos sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas

Los términos “toxicómano”, “adicto”, “drogodependiente” o “drogadicto” responden a construcciones que varían a lo largo de la historia, se pueden diferenciar diversos tipos de modelos que ayudan a entender y caracterizar a cada una de las acepciones acerca del consumo problemático de sustancias.

Se hace necesario definir qué entendemos por modelos, estrategias y dispositivos. Para ello utilizaremos las definiciones otorgadas por la ex CE.NA.RE.SO¹² (2014), actualmente denominado Hospital en Red. La misma define a un *modelo* como “un esquema cuyos elementos conceptuales e ideológicos sistematizan una perspectiva determinada para categorizar un fenómeno o una realidad”, la *estrategia* como “un camino planificado y conducido por el modelo con acciones o actividades que conducen a objetivos delimitados” y a un *dispositivo* como el “modo de implementar la estrategia” (Hospital Nacional en Red 2014). Se puede observar que estos tres términos están estrechamente relacionados uno con otro.

Nowlis (1975), desarrolla cuatro modelos de prevención, el ético-jurídico tradicional, el médico o sanitario, el psicosocial y el sociocultural. Estos conceptualizan al consumo problemático de sustancias en relación a los tres elementos básicos que interactúan constantemente: sujeto, contexto y sustancia. El énfasis que se le otorgue a cada uno de los elementos es lo que permitirá conceptualizar al consumo problemático de una manera particular. Estos modelos que otorgan una mirada particular a la problemática serán los que marcarán las acciones de prevención, la implementación de políticas públicas, así como también el abordaje de los dispositivos terapéuticos utilizados para llevar adelante los tratamientos. De ello deriva la importancia de su desarrollo teórico.

¹² CE.NA.RE.SO Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones; especializado en el tratamiento de las patologías de consumo.

A) Modelo Ético-Jurídico

De los primeros controles sobre las drogas surge el modelo de prevención ético-jurídico. En el año 1909 EE.UU es el primer país que plantea el control de estupefacientes, este planteo recién tendrá resultados en el año 1961 cuando las Naciones Unidas realiza la 1ª Convención Internacional sobre Estupefacientes, seguida por la de 1971, de ambas surgen las "listas de sustancias prohibidas". Los Estados signatarios se comprometían a cumplir con los tratados internacionales en relación al control de las sustancias prohibidas, tráfico, elaboración, cultivo, etc.

Se establece una división de las sustancias en lícitas e ilícitas y la explicación de las adicciones se encuentra en las sustancias psicoactivas ilícitas. Las sustancias serán clasificadas en inocuas y peligrosas. Inocuas serán aquellas que social o legalmente no están proscritas y peligrosas serán las ilícitas. El agente causal de la adicción es la droga, es el agente activo, y el sujeto sería el elemento pasivo. La representación social de las drogas es vista como flagelo, entendido como una amenaza social frente a la cual la sociedad debe defenderse. En este modelo el sujeto que consume sustancias está infringiendo la ley y recibe un castigo penal. Quien consume sustancias es considerado un adicto (Hospital en Red Ex CE.NA.RE.SO 2014).

En nuestro país la Ley Nacional N° 23.737, Ley de Estupefacientes, sancionada el 21 de septiembre de 1989 y promulgada de Hecho el 10 de octubre del mismo año, penaliza la tenencia de sustancias psicoactivas ilícitas para consumo personal y como alternativa a la pena de prisión, mediante la medida de seguridad curativa, impone tratamiento psicológico obligatorio a los consumidores de drogas que están incriminados en la figura de tenencia para consumo personal. El consumidor es visto como drogadicto, desviado, peligroso, delincuente y también como un enfermo por lo que sería una contradicción. La estrategia del modelo ético-jurídico es reducir la oferta y la demanda de las sustancias a partir de esta penalización y criminalización.

Los dispositivos de prevención están centrados en informar los efectos nocivos y peligrosos de las sustancias ilícitas, las sanciones y penas asociadas y en los programas educativos de prevención donde la apelación se centra en la voluntad de decir que no. En este modelo la droga es considerada como la sustancia maligna y culpable de daños irreparables (Hospital en Red EX CE.NA.RE.SO 2014).

B) Modelo Médico Sanitario

Este modelo se consolida en la década de los 40, considera las adicciones como una enfermedad ya que la droga es vista como un agente que infecta a las personas. No se distinguen grados de consumo, no se analiza la relación del sujeto con la droga, está es el elemento significativo del fenómeno. La abstinencia es una condición para su tratamiento.

Como se lo considera una enfermedad infecciosa, el consumo de droga debe prevenirse como tal. La estrategia de reducción de demanda se realiza mediante la prevención específica de sustancias lícitas e ilícitas. Se difunde información sobre los efectos nocivos de las sustancias y se introducen los conceptos de riesgo y vulnerabilidad. Se realizan acciones de contención de los consumidores conocidos para impedir que “infecten” a otras personas. Debido a que se demoniza a los consumidores el resultado es el alejamiento de estos del sistema sanitario (Hospital en Red EX CE.NA.RE.SO 2014).

C) Modelo Psicosocial

Este enfoque surge en la década del 80. El sujeto adicto es visto como un enfermo, un trastorno psíquico sería la causa de la adicción. En la triada droga-sujeto – contexto el sujeto es un agente activo. Se cambia el eje del enfoque trasladándose desde las sustancias a las personas, priorizando el tipo de vínculo que se establece con la sustancia.

El uso de la droga tiene un significado y función, para resolver una necesidad o un conflicto. Se considera que la persona establece una relación con la sustancia, por lo que se distingue entre uso, abuso y dependencia; se considera adicción cuando hay abuso y/o dependencia.

Se da importancia al entorno, es decir, a la familia, amigos y allegados ya que estos generan tensiones y exigencias sobre el consumidor y pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones.

Prioriza los centros de asistencia y tratamiento y promueve las conductas de autocuidado de la salud y mejoramiento de las relaciones interpersonales con el entorno inmediato.

La prevención se implementa a través de programas educativos, que estimulan el desarrollo de habilidades para enfrentar el consumo de sustancias, también desarrollan programas de prevención dirigidos a familiares y allegados, pues dan importancia a la contención de estos actores (Hospital en Red Ex CE. NA.RE.SO, 2014).

D) Modelo Socio-Cultural

Este modelo sociocultural emerge a fines de los 80 en algunos países europeos, tiene en cuenta el contexto histórico social y cultural en el cual se produce el consumo de droga. El consumo de sustancias varía según la cultura, las condiciones socioeconómicas y ambientales Alain Ehrenberg (1990): Plantea que las drogas configuran un universo mal conocido, que se trata del reparto cultural de las sustancias donde algunas son aceptadas y legalizadas tales como alcoholes, medicamentos, tabaco y en cambio, otras son segregadas e ilegalizadas portando un imaginario de decadencia y degradación a las que la referencia social les otorga la exclusividad de la denominación de drogas (p.6).

En este modelo la dimensión subjetiva es leída como un reflejo de las problemáticas sociales, los conflictos psicológicos se ubican como emergentes de condiciones socioeconómicas y ambientales.

El modelo sociocultural sitúa el consumo de sustancias psicoactivas como un síntoma social contemporáneo. Producto de la hegemonía del mercado que dio como resultado a la sociedad de consumo desmesurado de objetos, productos y sustancias; es aquí donde las sustancias son una solución inmediata ante situaciones de desamparo social y subjetivo.

Detrás de la comercialización de las drogas ilegales se encuentra un negocio, y la penalización del consumo, estigmatiza a los usuarios y los lleva a la delincuencia y la segregación. Las estadísticas dan cuenta que el uso de sustancias psicoactivas -sean drogas ilícitas, alcoholes o psicofármacos- se distribuye en los diversos segmentos etarios y sociales poblacionales (Hospital Nacional en Red, ex CE.NA.RE.SO, 2014).

Su estrategia apunta a cuestionar las condiciones de producción social de los consumos problemáticos y las acciones se mediatizan a través de dispositivos de intervención social de desmitificación de los prejuicios sobre las drogas y los usuarios.

Miguel Casella (2011), en su libro, *¿La Droga es el Tóxico?*, agrega a estos modelo dos más el: Modelo Geopolítico Estructural, y el Ético Social. El primer modelo surge en la década del 1980 a partir de un organismo venezolano denominada Comisión Nacional Contra el Uso de ilícitos de Drogas (CONACUID). Tuvo su incidencia en el contexto de los países latinoamericanos, sobre todo en la institución de agencias gubernamentales específicas y de corte político más sanitario.

Estados Unidos a través de la generación de un discurso jurídico transnacional tiende a evitar que las drogas que no se produzcan en su país ingresen al mismo, dando paso con esto a la estrategia definida como “guerra contra las drogas”. A partir de este momento la amenaza proveniente del exterior debe combatirse en el exterior. Las víctimas y los victimarios dejan de ser los individuos para pasar a ser los países. El actor principal que deberá ser eliminado

será el narcotraficante y será la DEA¹³ la encargada de implementar cualquier estrategia necesaria, incluso de índole militar, para la reducción y erradicación de la oferta.

El Modelo Ético-Social es una propuesta llevada adelante por los trabajadores del Fondo de Ayuda Toxicológica de Buenos Aires derivada de su experiencia en la temática de alcance local. Busca integrar los modelos incluyendo una mirada existencial ya que considera esencial en los sujetos sociales la pregunta por el sentido. Toma aspectos de los modelos psicosocial y sociocultural, se basa en los aportes de la investigación acción y de la perspectiva de la sociología crítica.

Como afirma Calabrese (1976) este enfoque plantea para la prevención una intencionalidad transformadora al problematizar el significado social del consumo de drogas (p. 3). Son los propios protagonistas quienes encaran la comprensión y la solución de sus conflictos a través de la elaboración de diversas alternativas. Por este motivo se asume a la prevención como proyecto propio.

Los cuatro modelos desarrollados por Helen Nowlis (1973) constituyeron los antecedentes históricos de los modelos que se disputan en la actualidad estos son el modelo abstencionista-prohibicionista y el modelo de reducción de daños.

F) Modelo Abstencionista- Prohibicionista

Este modelo responde a los lineamientos del modelo ético – jurídico y del modelo médico - sanitario ya que considera a la droga como causa de la adicción, adhiere a la consigna de tolerancia cero, y mantiene la división de sustancias en lícitas e ilícitas sin distinción de consumos.

Los tratamientos son rígidos y específicos, al solicitar abstinencia para la realización de los mismos es difícil sostenerlos; tampoco se aceptan las “recaídas”

¹³ Administración para el Control de la Drogas, organismo de los Estados Unidos (EE.UU.) que se encarga de hacer cumplir las leyes y reglamentos sobre sustancias controladas concretamente, las drogas lícitas (<http://elcomercio.pe/politica/actualidad/que-dea-y-cual-su-vinculo-nuestro-pais-noticia-1901974>)

ni pacientes que solo consuman alcohol o patologías duales, como psicosis con uso de drogas, por lo que su alcance es muy reducido.

En este modelo la comunidad terapéutica será la respuesta sanitaria al problema de la llamada adicción, ésta aísla al enfermo, respondiendo a las medidas de seguridad curativas alternativas a la pena de prisión y lo obliga a eliminar totalmente el consumo para comenzar y mantener el tratamiento (tolerancia cero). No se considera el vínculo que el sujeto establece con la sustancia, este es pasivo y la sustancia el mal que lo enferma. (Hospital en Red, 2014). Cabe mencionar que las comunidades terapéuticas son ambientes residenciales libres de droga en los que en general se mantiene una estricta disciplina, apoyada en relaciones sociales jerárquicas, así como también comprende etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Como lo describe el documento del ex Ce. NA. RE.SO (2014) la comunidad terapéutica surge frente al fracaso de la medicina en el tratamiento de heroinómanos en EE.UU, estableciéndose en 1956 la primera comunidad terapéutica llamada Synanom, constituida por operadores no profesionales ex adictos. Su organización jerárquica y normativa, tenía por objetivo la modificación de actitudes conductuales mediante la reeducación. Los tratamientos eran sin el uso de fármacos ya que el objetivo era la eliminación definitiva de los mismos, considerando a las sustancias las causales de los problemas de los sujetos. Se proponía un tipo de tratamiento por evolución de etapas o pasos, universal para todos por igual, anulando las diferencias entre los sujetos, por ello, acudían a la prescripción de pautas de reeducación y adaptación generalizadas que desestimaron la posibilidad de un consumo moderado o regulado de sustancias (Hospital en RED, 2014). Las modalidades ambulatorias para este modelo pueden

ser también los grupos de autoayuda, con una importante impronta espiritual y religiosa.

Se puede observar que desde este modelo, la mayoría de los consumidores quedan excluidos del sistema sanitario. González Zorrilla (1987) sostiene que esta cuestión obedece en parte a la conceptualización que se tiene del problema, que se sustenta más en la necesidad de dar respuesta a la inseguridad ciudadana, que a una cuestión sanitaria.

Los dispositivos de prevención estigmatizan al consumidor y no le brindan información sobre cuidados ni riesgos; buscan evitar el consumo de drogas desde el miedo, brindando más información sobre los tipos de sustancias que sobre el cuidado de la salud, por lo que a veces su efecto es la promoción de la sustancia. Un ejemplo, es la restricción de la venta de alcohol a menores de 18 años o la venta de bebidas en ciertos horarios, como dispone actualmente la Ley de la provincia de Buenos Aires N° 11825¹⁴ : “Artículo 1°: Dispónese en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires la prohibición de venta, expendio o suministro a cualquier título, y la entrega a domicilio de bebidas alcohólicas, para ser consumidas fuera del establecimiento donde se realice la venta, expendio o suministro a cualquier título a partir de las veintiuna (21,00) horas y hasta las diez (10,00) horas.” Este tipo de control es directo sobre la sustancia intentando favorecer la abstinencia de la misma.

G) Modelo de Reducción de riesgos y daños

Junto con el modelo abstencionista – prohibicionista disputa el escenario de políticas públicas en materia de drogas. Este modelo tiene como antecedente el Comité Rollerston creado en Inglaterra en el año 1926, su particularidad consistía en la prescripción de heroína y cocaína como parte integrante de los tratamientos

¹⁴ Sancionada el 07 de abril del año 2005 y promulgada el 28 de abril del mismo año <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-11825.html>

para realizar una desintoxicación progresiva. Considera que la persona se encuentra en riesgo y existe la posibilidad de evitar que ocurra un daño.

Dos hechos históricos propician el surgimiento del modelo de reducción de riesgos y daños. Primero, en la década de los 80, la epidemia del SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas y segundo el fracaso de la política de tolerancia cero que tiene como resultado la marginalidad de los consumidores, el aumento del consumo y el delito.

En algunos países europeos se comienzan a implementar diferentes modelos pioneros, como es en Inglaterra, Escocia, en el condado de Merseyside, donde se desarrolla desde el año 1985 el “modelo de reducción de daños de Mersey”. Este es un modelo en el cual se suspende la medida penal a los consumidores detenidos por la policía y su derivación a un programa de salud, el intercambio de jeringas estériles por jeringas contaminadas y la creación de una clínica de drogodependencia para la prescripción y provisión de metadona como sustitutiva de la heroína (Hospital en Red, 1994).

Varios países han instrumentado acciones tendientes a reducir los impactos negativos en el área sanitaria, social y económica que el uso de la droga involucra. Desde 1985 las actividades que se han realizado para dicho fin son variadas, entre ellas se encuentran los programas de suministro de sustancias sustitutas de las drogas (metadona), que se llevan a cabo en Estados Unidos, Holanda, Inglaterra, Francia, Canadá, España, Alemania y Suiza; actividades de distribución o intercambio de jeringas o agujas, de elementos de limpieza y/o material educativo, que explican el modo de utilización de dichos elementos para evitar los riesgos asociados con su uso, como en Brasil, más específicamente en San Pablo; programas de prescripción de drogas, que vienen desarrollándose en la región de Mersey, Inglaterra, y Suiza, lugar en el que se prescriben estupefacientes para ser consumidos bajo la forma de cigarrillos con la idea de modificar el modo de uso; programas de asistencia en las calles tendientes no solamente a contactar a los usuarios sino a brindarles atención médica y distribuir materiales como en la ciudad de Rotterdam en Holanda, particularmente a las

prostitutas extranjeras ilegales que trabajan en el puerto de dicha ciudad. (Kornblit- Camarotti-Di Leo, 2014).

Como puede visualizarse estos programas garantizan el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitan el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud e intentan evitar los costos sociales e individuales que acompañan a la penalización de las drogas.

La diferencia sustancial de este modelo es que el consumidor es reconocido como un actor racional, el cual puede hacer opciones, incluyendo aspectos relacionados a su consumo, al responder activamente a la información y atención brindada por los servicios de salud (Casella 2011). Considera al sujeto como activo, quien, establece una relación con la sustancia, en un contexto histórico y cultural, articulando estas variables de forma equivalente considerando su interdependencia y complejidad. Diferencia el consumo simple del consumo problemático, considerando la singularidad de cada sujeto y sin descartar la abstinencia de sustancia, contempla la regulación de los consumos responsabilizando a los sujetos en la participación activa del tratamiento. Sus estrategias están orientadas a evitar la disminución de la edad de inicio en el consumo de sustancias, evitar el pasaje del uso a la adicción y alcanzar a un número mayor de consumidores que no accede al sistema de salud. Establecer dispositivos de prevención comunitarios, laborales, educativos. Brindar orientación para elevar la calidad de vida de los consumidores.

Políticas Sociales y Legislación

Según Estela Grassi (2003) en un estado democrático, una política de estado es “la dirección que se impone activamente en la acción estatal como expresión o en nombre de intereses generales. En ese sentido puede ser entendida como condensación de los procesos de hegemonización político-cultural que caracterizan un ciclo histórico en una sociedad determinada” (p. 23).

Las políticas sociales son un espacio crítico, como política de estado condensan la hegemonía y tienen la capacidad de normatizar y normalizar, en tanto el estado se constituye en un actor y en un ámbito en la reproducción de los problema sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y las condiciones para dicho merecimiento. Es la manera en que la cuestión social¹⁵ es constituida en cuestión de estado, por tanto, el resultado de la politización del ámbito de la reproducción. Expresan los principios y postulados que organizan la vida social, respecto de la igualdad, así como también la medida en que una sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos sus miembros y su capacidad de protección de los mismos (Grassi, E, 2003).

Es así como conceptualmente las políticas sociales pueden ser **mitigadoras** cuando su objetivo es disminuir los riesgos de una persona o familia y sus programas son focalizados, con selección de beneficiarios y clientes para ser objeto de su acción, por lo tanto, reduccionistas en su aplicación; **reparadoras** las cuales comprenden políticas sociales concretas de protección y reconstrucción; y las **constructoras**, las cuales construyen inclusión social, se ejecutan a través del trabajo y la educación; son preventivas, promotoras y de

¹⁵ El origen de la cuestión social, en tanto relación contradictoria entre capital / trabajo. Dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social.

construcción de ciudadanía. En las dos últimas se reconocen a las personas como titulares de derechos a diferencia de la primera que los individuos son beneficiarios o clientes (Alicia Kirchner, 2015).

Como afirma la Dra. Alicia Kirchner (2015) en el trabajo realizado por el Ministerio de Desarrollo Social “Políticas Sociales del Bicentenario”: Un modelo Nacional y Popular. Tomo I:

“Las políticas sociales en tanto, medidas que lleva a delante un gobierno y que tienen impacto en la calidad de vida de las personas, constituyen un factor clave para promover, proteger y garantizar los derechos de todos los ciudadanos, que a su vez se encuentran atravesados por la estructura social en la cual están inmersos. Hablar de derechos ciudadanos implica acceder a cuestiones como el acceso al trabajo, a la educación, a la salud y se vincula también con ingresos dignos, calidad de vida, representación política, participación y libertad para todos” (p. 13).

Teniendo en cuenta la caracterización de las políticas sociales, es que a continuación se hará un breve desarrollo de las regularizaciones relacionadas al consumo de sustancia, con el fin de poder comprender y reflexionar con mayor profundidad la mirada que en cada época se hizo de la problemática y sus consecuencias.

Las regularizaciones relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas se produjeron tras un proceso prolongado de transformación mundial y dinamismo social (Norma Belixán, Florencia María Miguens, 2014). En Argentina, en el año 1924 y 1926, mediante las Leyes N° 11.309 y N° 11.331 se crean las primeras leyes, que penalizan la venta de alcaloides sin receta médica y la tenencia no justificada. De esta manera se incorporan los términos narcóticos y alcaloides al Código Penal y se habilita la intervención del Estado en la esfera privada. Para entonces, la Policía porteña ya contaba con un Gabinete de Toxicomanía, dependiente de la División Moralidad, en un claro mensaje institucional acerca de la filosofía con la que la fuerza de seguridad encaraba la problemática. Se pretendía impedir la entrada o propagación en el territorio de una

epidemia: los traficantes fueron recategorizados como bacterias (Mauro Federico 2015, p. 47). El pensamiento de este período, nos remite al modelo médico sanitario, el cual consideraba el consumo de sustancias como una enfermedad infecciosa.

En el año 1961, se firma el Convenio Único de Estupefacientes de Naciones Unidas, el cual estableció pautas represivas dirigidas a eliminar el cultivo, la producción, el consumo y el comercio de drogas ilícitas. Se profundizaron más tarde con la sanción del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas en 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

En 1966 se creó el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) a expensas de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. El mismo daría origen a “la primer institución especializada en el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes”. El FAT sostenía su trabajo en el Modelo Ético Social, que apuntaba a: “permitir el nacimiento de un proyecto de felicidad común”. Dentro de las medidas profilácticas – terapéuticas para tratar el problema de la drogadicción se propone “el desenvolvimiento de un diálogo” y “la transformación del tiempo libre en tiempo creador” (Calabrese A, Carballeda A, Cotelo E; 1992).

En 1968 se sancionó la Ley Nacional N° 17.567¹⁶, que discrimino la tenencia para uso personal y penó al que, sin estar autorizado, tuviere estupefacientes es su poder “en cantidades que excedieran las que corresponden al uso personal”. Esta ley fue la única vez que la legislación penal argentina excluyó expresamente la punición de la tenencia para consumo. Esta norma solamente duró hasta 1973, cuando se la derogó por haber sido dictada por un gobierno de facto, y se retornó a la redacción de 1926 (Mauro Federico, 2015, p. 101).

En 1971 se fundó el Servicio de Toxicomanía del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda “ante el nuevo y grave problema que aqueja a la población”, tal

¹⁶ Sancionada el 6 de diciembre de 1967 .Publicada en el Boletín Oficial el 12 de enero de 1968.

como justifica la disposición ministerial que anunciaba su conformación. Allí, los pacientes adictos eran tratados con un tratamiento con electroshocks, eufemísticamente llamado terapia electroconvulsiva (TEC). Ese mismo año fue creado también el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOXI) de la Facultad de Medicina de la UBA (Mauro Federico 2015, p. 148).

En el año 1972, bajo el gobierno de facto del General Lanusse, tras el decreto 452, se creó la “Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos” (CONATON) dependiente del Ministerio de Bienestar Social. Los objetivos establecidos por la misma eran “la investigación, educación, prevención y asistencia, legislación, y represión de las toxicomanías”. La CONATON, si bien era coordinada desde el Ministerio de Bienestar Social respondía al paradigma de la seguridad y control social (Juan Carlos Mansilla, 2015).

Un año más tarde, mediante el decreto ley 20.332 de 1973, se conformó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), institución pública especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de estas sustancias. La creación de este organismo consolidó el reconocimiento del tema drogas como cuestión de política pública (Mauro Federico 2015, p. 148). En paralelo a las políticas de salud pública surgieron las primeras comunidades de recuperación de adictos, posteriormente conocidas como terapéuticas. Se trataba de grupos formados por ex adictos o usuarios de drogas, en su mayoría ligados estrechamente a las iglesias evangélicas, que nacieron a partir de ofrecer otro tratamiento residencial en forma alternativa a la internación pública. Los jóvenes adictos eran trasladados a granjas, donde la cura consistía en el cese de la ingesta. Una de las instituciones más reconocidas de este tipo es la fundada por Carlos Novelli en 1973, que años después sería bautizada como Programa Andrés (Mauro Federico; 2015; p 149).

El 3 de octubre de 1974 entró en vigencia la Ley N° 20.771¹⁷, esta consideraba el narcotráfico como contrario a la seguridad nacional. Tipificaba los

¹⁷ Sancionada el 26 de septiembre de 1974 .Promulgada el 3 de octubre del mismo año.

delitos vinculados al tráfico, incriminaba la tenencia, prescribía una medida de seguridad curativa y establecía la competencia federal para su juzgamiento (Mauro Federico 2015, p. 125). La política sobre estupefacientes privilegia la respuesta penal, ampliando paulatinamente la cantidad de conductas incriminadas y sus penas.

El 28 de marzo de 1978 la Corte Suprema de Justicia sentó jurisprudencia con el fallo Colavini, donde consideraba a los consumidores como traficantes. “si no existieran usuarios o consumidores, no habría interés económico en producir, elaborar y traficar con el producto, porque claro está que nada de eso se realiza gratuitamente. Lo cual, conduce a que si no hubiera interesados en drogarse, no había tráfico ilegítimo de drogas” La moralidad, la seguridad y la salud pública, aparecen como argumento para justificar la represión. El uso personal queda expresamente excluido de la órbita de la libertad individual y del derecho a la intimidad consagrado por la Constitución de la Nación Argentina.

En julio de 1985, por Decreto 1383, se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD), el primer organismo encargado de diseñar políticas preventivo-asistenciales que funcionaba en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social. El Estado comienza a reconocer la asociación entre drogas y problemas sociales y empieza a abordar la problemática desde una estrategia institucionalizadora que se traduce en la creación de centros especializados y la definición de políticas (Mauro Federico 2015, p. 148). De esta forma el estado se corre del control Social y se acerca al modelo de abordaje psicosocial.

En 1988 se realiza La Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, la principal consecuencia de la firma de este tratado fue que se alentó como solución al tema de las drogas la injerencia del sistema penal, instando a cada país a tipificar como delito la posesión de estupefacientes para consumo personal. De este modo, problemas de índole sanitaria y social fueron encarados como normas penales. En Argentina, las respuestas del Estado ante este panorama se sustentaron en dos líneas de

trabajo: por un lado se llevó a cabo la lucha contra el narcotráfico con la supervisión de las agencias norteamericanas, y por el otro se abordó la prevención y la reducción de las consecuencias negativas del consumo.

En 1989, asume al gobierno Carlos Saúl Menem, luego de una crisis política económica y social. En este año, se crea la Ley Nacional N° 23.737, sancionada por el Congreso nacional el 21 de septiembre de 1989 y promulgada por el Poder Ejecutivo el 10 de octubre del mismo año. Esta ley es un conjunto de normas penales, medidas de seguridad curativas y educativas, disposiciones de orden procesal, medidas de control sobre empresas dedicadas a determinadas actividades y medidas de acción educativa y sanitaria. También están contempladas medidas punitivas de cumplimiento obligatorio para aquellas personas que transitan por el consumo problemático de sustancias, adhiriendo de esta forma, al modelo Abstencionista- prohibicionista. Para estos casos se establecen internaciones en entidades terapéuticas con el propósito de lograr la desintoxicación, la deshabituación y la reinserción social de la persona que transita por la problemática del consumo.

De acuerdo al artículo N° 77 del Código Penal, estupefacientes comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluya en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Judicial. La ley tipifica entre otras conductas la tenencia simple, la tenencia para consumo personal, y la tenencia con fines de comercialización. En todos los casos la tenencia de estupefacientes se reprime con prisión. Por otra parte, se establecen medidas de seguridad y educativas, si un condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, además de la pena, se le impondrá, la realización de un tratamiento y rehabilitación correspondientes.

Este gobierno, crea, a través del decreto 671/89, la “Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico” SEDRONAR, dependiente de Presidencia de la Nación y por lo tanto de rango ministerial, este unificó el diseño de políticas de control del tráfico ilícito,

prevención y asistencia en materia de drogas. El decreto 649/91 definió sus objetivos, entre los que se encontraban: “elaborar políticas y planificar estrategias y acciones para la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas; intervenir en la elaboración de proyectos legislativos, en la promoción de estudios técnicos y sociales y en la formación de recursos humanos especializados, brindando asistencia técnica a otros poderes del estado; implementar el cumplimiento de los tratados internacionales vinculados con su cometido” (Casella, 2011, p. 24).

Para articular y coordinar políticas desarrolladas por el Poder Ejecutivo Nacional con las distintas jurisdicciones provinciales, se crea el Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control de Narcotráfico (COFEDRO). Su misión principal es la de consensuar las políticas públicas de para la prevención de las conductas adictivas, la asistencia de las personas que transitan por la problemática de consumo de sustancias y la lucha contra el narcotráfico, entre las diferentes jurisdicciones nacionales y el Estado Nacional, a fin de contribuir al abordaje integral tendiente a la formulación, ejecución y evaluación de un Plan Federal.

En el año 2005 se sanciona la Ley Nacional N° 26.052¹⁸, publicada el 31 de agosto del mismo año, denominada de narcomenudeo. Esta nueva normativa modifica la Ley Nacional de estupefacientes N° 27.737, es así como, el estado nacional, se desprende de su competencia para investigar y juzgar algunos hechos delictivos. La desfederalización parcial de la competencia penal en materia de estupefacientes para los delitos de menor cuantía, con lo cual se faculta a las provincias para perseguir, juzgar y reprimir ciertos delitos tipificados relacionados con el tráfico de drogas.

Es relevante mencionar el fallo que la Corte Suprema de Justicia, el 25 de agosto de 2009, fallo “ARRIOLA, Sebastián y otros”¹⁹, ya que incide fuertemente

¹⁸ Sancionada el 27 de julio del 2005. Promulgada de Hecho el 30 de agosto del mismo año.

¹⁹ Arriola, Sebastián y otros s/ RECURSO DE HECHO causa n° 9080.SENTENCIA 25 de Agosto de 2009 CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. CAPITAL FEDERAL, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. Magistrados: HIGHTON DE NOLASCO - MAQUEDA - LORENZETTI (según su voto) - FAYT (según su voto) - PETRACCHI (según su voto) - ZAFFARONI (según su voto) - ARGIBAY (según su voto).

en el tema de estupefacientes en la República Argentina. En esta sentencia la corte resolvió declarar la incompatibilidad del segundo párrafo del artículo N° 14 de la Ley Nacional N° 23.737²⁰ con el artículo N° 19 de la Constitución Nacional²¹, en cuanto la tenencia de estupefacientes para uso personal se realice en condiciones tales que no publiciten el consumo y no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros.

El 3 de diciembre de 2010 se sancionó en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, ley sumamente importante en el tema del consumo problemático de sustancias ya que introduce la temática de las adicciones dentro de la salud mental y garantiza el acceso a los servicios para su tratamiento. La provincia de Buenos Aires adhiere a dicha ley a través de la sanción de la ley provincial N° 14.580²², la cual contempla los derechos a la protección de la salud mental, políticas de salud y protección de los ciudadanos con problemas de uso de drogas legales e ilegales.

La Ley N°26.657 establece derechos y garantías a las personas con padecimientos mentales y la concreción de principios internacionales de derechos humanos, la dignidad humana se impone como eje central a partir del cual se construye un paradigma de derechos humanos para toda la comunidad en su conjunto. Propone garantizar el cuidado de la salud mental como un derecho social y como una obligación del estado. Amplía así, la definición de la Salud Mental como un concepto económico- social, cultural, biológico, psicológico e histórico, ampliando el concepto biologicista imperante en la materia (Art. 3), incluye las adicciones como parte del campo de la Salud Mental, aplicándose sobre las mismas todos y cada uno de los postulados de la ley (Art. 4), prohíbe la discriminación y la estigmatización como consecuencia de un diagnóstico (Art. 5), obliga en el plano institucional que la ley debe ser cumplida por efectores de salud

²⁰ El artículo 14 de la Ley de Estupefaciente dice: "Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, sugiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal".

²¹ El artículo 19 de la Constitución Nacional expresa: "Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe".

²² Fecha sanción: 27/11/2013 .Fecha de Promulgación: 10/01/2014 .Fecha publicación en el boletín oficial 06/02/2014

públicos y privados, y cualquiera sea la nomenclatura con la que se hallen registrados (Art. 6).

Privilegia la prevención y la promoción como las mejores estrategias para trabajar en pos de la salud mental, propone un abordaje interdisciplinario e intersectorial para responder a las distintas problemáticas que se presentan en este campo. Establece un proceso de desmanicomialización donde se prohíbe la apertura de nuevos manicomios priorizando el vínculo del paciente con la comunidad. Se deroga la Ley N° 22.914 (de internaciones y egresos de establecimientos de salud mental) las internaciones serán utilizadas como un recurso terapéutico sólo en los casos extremos, cuando el paciente presente un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

La nueva Ley de Salud Mental es innovadora en relación a los protocolos a seguir para proceder a la internación ya que quita a la psiquiatría la potestad de la misma; para hacerlo se deberá contar con "la firma de al menos dos profesionales del equipo del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra" (Art.16) siendo el consentimiento informado un derecho del paciente. Reconoce la injerencia del Trabajador Social dentro del campo de la salud mental, como lo expresa el Artículo N° 8, que afirma: "debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente".

Se produce un cambio importante en la política pública a partir del decreto 48/2014²³, el cual dispone que la SEDRONAR no tenga injerencia en la lucha contra el narcotráfico, área que quedará sólo bajo la órbita del secretario de Seguridad.

El eje fundamental de la SEDRONAR será la prevención, capacitación y asistencia contra las adicciones. Este nuevo paradigma ve al adicto como sujeto de derecho y considera a las adicciones como un problema de salud social que

²³ Publicada en el Boletín Oficial del 17 de enero de 2014

involucra a todos los actores sociales (la familia, escuela, barrio, la salud, el trabajo, el deporte y la iglesia).

A través del Programa Nacional Recuperar Inclusión dependiente de la SEDRONAR y del Ministerio de Planificación Federal Inversión Pública y Servicios. Se busca fortalecer el trabajo en el territorio a través de la coordinación con organismos nacionales, provinciales, municipales sumando a las ONG, organizaciones barriales e iglesia que trabajan con la temática de las adicciones.

A partir de la resolución 266/2014²⁴ la SEDRONAR, implementa el Programa Subsidios Individuales, destinado a personas de escasos recursos económicos y sin esquema de protección propia y a personas alcanzadas por medidas judiciales. Este programa tiene como objetivo concretar una atención y asistencia integral.

Tras el decreto 33/2017 la SEDRONAR pasa a denominarse Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, acrónimo “SEDRONAR” ya que de esta manera se identifica con facilidad. De esta manera se focalizará en el abordaje integral trabajando en conjunto con los ministerios nacionales, organismos provinciales, organizaciones civiles y actores en el territorio, poniendo al sujeto en el centro de la escena y trabajando desde una visión social y de salud pública para recuperar derechos y fomentar la integración.

En la resolución 124/2016²⁵ se pone en marcha el programa “Municipio en Acción”. Este tiene como fin la formación de redes preventivas comunitarias, cuyo objetivo principal es promover la inclusión del abordaje de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en las agendas públicas municipales a través del diseño e implementación de planes locales en articulación con los niveles provincial y nacional.

Actualmente nos encontramos en Emergencia Nacional en Materia de Adicciones, la misma fue decretada en diciembre de 2016 (Decreto 1249/2016²⁶) con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2018. Entre sus consideraciones se

²⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/233617/norma.htm>

²⁵ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/260989/norma.htm>

²⁶ <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/12/legislacion44565.pdf>

destaca que existen informes realizados en los últimos años por la SEDRONAR, que refieren al aumento del consumo de sustancias psicoactivas así como diversos estudios realizados por prestigiosas instituciones han dado cuenta del aumento en el consumo y la adicción a las drogas. A partir de este decreto se dispone lo necesario para atender al abordaje integral de las adicciones, teniendo como ejes su prevención y tratamiento, así como la inclusión social de aquellas personas que se encuentran afectadas por esta problemática.

En la Resolución 150-E/2017 se anuncia la creación del programa de dispositivos integrales de abordaje territorial (DIAT) con el objetivo de implementar dispositivos unificados que brinden un abordaje territorial uniforme e integral conjunto, en lo inherente tanto a estrategias como áreas de intervención, con equipos técnicos profesionalizados de composición interdisciplinaria, optimizando la disponibilidad de recursos presupuestarios y humanos. Dicho dispositivo se implementará en la totalidad de los espacios en los que oportunamente se previera la implementación de los dispositivos: *Casas Educativas Terapéuticas* (CET) y *Centros Preventivos Locales de Adicciones* (CePLA).

Marco normativo vigente

La Ley Nacional N° 23.737, hace referencia a los tratamientos que deben llevar adelante las personas que fueron penalizadas. El artículo N° 19, de dicha ley, establece, quién está sujeto al tratamiento, el lugar y quiénes lo llevaran adelante: “La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública. El tratamiento

podrá aplicarse preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás. El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso” (Ley Nacional N° 23.737, artículo N° 19, 1989).

En el año 2014, el poder ejecutivo Nacional sancionó un Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos, mediante la Ley Nacional N° 26.934²⁷ (IACOP). Sus objetivos se desarrollan en el Artículo N° 3: a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático. La aplicación del mismo articula las acciones de prevención, asistencia e integración entre los distintos ministerios y secretarías nacionales y con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En su Artículo N° 5 dispone la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos los cuales serán distribuidos en el territorio nacional, su objetivo será promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad. Las funciones de los Centros de Prevención de Consumos Problemáticos expresados en el Artículo N° 7 son: a) Recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos; b) Recorrer el territorio en el cual el centro se encuentra inmerso a fin de acercar a la comunidad la información mencionada en el inciso a); c) Promover la integración de personas vulnerables a los consumos problemáticos en eventos sociales, culturales o deportivos con el fin de prevenir consumos problemáticos, como así también

²⁷ Sancionada: abril 30 de 2014. Promulgada de Hecho el 28 de mayo del mismo año.

organizar esos eventos en el caso en que no los hubiera; d) Interactuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar al ámbito educativo y social charlas informativas sobre las herramientas preventivas y de inclusión del Plan IACOP; e) vincularse y armar estrategias con instituciones públicas y ONG's de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo; f) cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios (Ley 26.934, artículo N° 7°, 2014).

En cuanto a la asistencia el mismo establece que las prestaciones serán obligatorias, como lo manifiesta en su artículo N° 8 "Todos los establecimientos de salud públicos, las obras sociales enmarcadas en las Leyes Nacionales N° 23.660 y N° 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga conforme lo establecido en la Ley Nacional N° 26.682, las entidades que brinden atención al personal de las universidades y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deberán brindar gratuitamente las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO)".

Los consumos problemáticos, según la misma, deben ser abordados como parte integrante de las políticas de Salud Mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley N° 26.657 de Salud Mental (Artículo N° 9). En su Artículo N° 10 afirma que: "la asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas: a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales evitando la estigmatización; b) priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona,

y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley N° 26.657; c) promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley N° 26.657; d) incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes; e) Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral”.

Los efectores de la misma serán personas capacitadas en diagnóstico deshabitación, desintoxicación, y rehabilitación de los consumos problemáticos, debidamente habilitados para funcionar en las provincias y la ciudad autónoma de buenos aires. Estos se deberán inscribir en un registro para efectuar esta función. Por último es necesario destacar que los hospitales generales del sistema de salud pública de las provincias deberán garantizar la disponibilidad de camas para los casos extremos que requieran la internación del sujeto que padezca algún consumo problemático, como afirma su Artículo N° 14.

En julio del año 2016, a través del Ministerio de Salud de la Nación se deroga la resolución N° 1.484 que establece que antes del 10 de septiembre de ese año debía fijarse el “límite máximo de camas”, con la finalidad de reducir las internaciones en los hospitales monovalentes y psiquiátricos públicos y privados en el marco de la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. Se puede observar que considerar a las comunidades terapéuticas como dispositivos exclusivamente monovalentes los afecta dentro de lo reglamentado en el artículo

27 de la ley de salud mental, que impone no sólo la prohibición de habilitar nuevas comunidades, sino que obliga a adecuar las existentes antes del año 2020.

Consumo Problemático y Tratamiento

El consumo problemático de sustancias es tanto problema global, surge como una consecuencia posible en una sociedad en la cual existen disfuncionamientos que generan condiciones de enfermedad en el sujeto particular. Con el desarrollo del capitalismo, se produce un cambio en los valores sociales donde se busca el incremento de bienes personales en detrimento de los bienes comunitarios, sin importar el perjuicio que se realice al medio y al hombre. Es una sociedad que no promueve vínculos humanos sino el consumo de cosas (Puentes, 2008, p.35).

El mercado disciplina, y se entromete en la vida cotidiana otorgándole un sentido a las relaciones sociales generando así una mayor necesidad de saciar vacíos, dando momentáneamente una sensación de identidad, de pertenencia, que se hace “real” cuando se adquiere un objeto de consumo. En este contexto, el consumo problemático de sustancias, puede ser una forma de expresión del desencanto, de un malestar que separa al sujeto de los otros de su cultura, de los elementos constitutivos de la identidad (Carballeda, 2008, p.56).

Mario Puentes (2008) piensa al problema de la droga como “un fenómeno bipolar, pues la droga incluye a la persona en un espacio social al mismo tiempo que lo excluye de otro. La droga denuncia la crisis social al mismo tiempo que la silencia en la clandestinidad. El capitalismo refuerza con sus mensajes al “consumo hedónico²⁸” y al mismo tiempo lo penaliza” (p. 102).

Este autor describe tres etapas por la que transita una persona que consume, y afirma, que en este proceso, el sujeto va perdiendo paulatinamente su subjetividad, su capacidad de sostener lo que desea. Define a la subjetividad

²⁸ El consumo hedónico es aquel que se basa en la búsqueda del placer y la supresión del dolor haciendo que el consumidor se sienta satisfecho y autorrealizado con la compra del mismo.

como “la cualidad de ser sujeto, de ser persona”. En la medida que el objeto droga se va apoderando del hombre, este va perdiendo la capacidad de elegir su propio destino, su propio deseo, su libertad. Se va codificando, cada vez es más (objeto) droga y menos (sujeto) sujetador de sus convicciones y decisiones (p.103). A estas etapas las denomina: etapa de enamoramiento del grupo y de la droga; etapa de resquebrajamiento, camino a la enfermedad y etapa de aislamiento.

En la primera etapa la droga es un medio para la socialización e independencia familiar. La tendencia a consumir es en grupo, a través de la búsqueda de aventuras, de nuevas experiencias, encontrando en él un lugar de autoconocimiento y reconocimiento de los demás. Generalmente se agrupan para pasar el tiempo y estar juntos en un intento de escapar del aburrimiento y la soledad. Se hace uso de drogas ya que aporta desinhibición, seguridad, un eje temático que compartir y principalmente mucho placer. Así se logra ser parte de algo. El autor habla que en esta etapa se pueden detectar los “experimentadores”. Con esta denominación hace referencia a aquellas personas que probaron una o varias drogas y que tanto ellos como gran parte de su grupo abandonan esta etapa por más que la experiencia haya sido placentera (Puentes 2008, p. 104). La clave en esta etapa es la prevención destinada a toda la población en general y en particular en los ámbitos donde los jóvenes se desenvuelven.

La segunda etapa, se caracteriza porque en ella se produce el abuso, el cual genera conflictos vinculares y en determinadas personas agresividad y comportamientos desconocidos. La persona puede pasar de la indiferencia hacia su familia, docentes o compañeros de trabajo, a exacerbados enojos si se lo contraria. Escapa al diálogo, comúnmente con los padres o la autoridad. Se tornan frecuentes las peleas en el hogar y su falla en el ámbito escolar o laboral; por un lado está más impulsivo y, por otros sus reflejos y atención disminuidos. Comienza a tomar más importancia la droga que el grupo, en el cual se produce una fractura ya que hay quienes critican el exceso. La resaca (repercusión residual neuroquímica y psicológica) es cada vez mayor; paradójicamente no se disfruta

como antes de la sustancia, pero no se duda ante la oferta de volver a consumir nuevamente (Mario Puentes, 2008, p.106).

En la tercera etapa, se produce el consumo en soledad. Cada uno con el “objeto droga” puede estar aislado, en grupo o solo. La vivencia de grupo en esta etapa es de compañía y hasta solidaridad cuando consiguen droga y la comparten entre todos. Hay una pseudovivencia de unión, la cual se desmorona en el momento que la persona quiere dejar de consumir. Todo está bien mientras se mantenga el supuesto de drogarse. La droga es un fin en sí mismo y no se la disfruta, se la padece. El sujeto, que vive las consecuencia del enajenamiento, quisiera poder no drogarse más, pero el consumo se lo impone a su propia voluntad. La angustia que le genera la abstinencia²⁹, psicológica y/o física, se le vuelve insoportable y solo le da un breve respiro una nueva ingesta (Mario Puentes, 2008, p.107).

Es necesario destacar que retomamos los términos uso, abuso y dependencia a los cuales Puentes hace referencia para poder entender la dinámica que se produce en el proceso de esta problemática. Recordamos que adherimos al concepto de consumos problemáticos, ya que el mismo incorpora la dimensión particular del sujeto que consume, recupera la multiplicidad de sus experiencias e identifica el impacto del consumo en la vida cotidiana de este.

En los consumos problemáticos pueden intervenir factores genéticos, psicológicos, familiares y sociales. Como explica Mayer (2011) “la vulnerabilidad biológica se explica porque en algunas personas ciertas sustancias les despierta un efecto de recompensa de altos niveles, a esto hay que sumarle características particulares de personalidad que lleva a ciertas personas a consumir determinada sustancia” (p. 35).

En lo relativo a lo familiar el autor explica: el “aislamiento, el vacío, la incomunicación afectiva en el grupo familiar, las tempranas exigencias y responsabilidades, pero, sobre todo la falta de ella y de una motivación que les dé

²⁹ Es la falta de la sustancia que se depende, lo cual produce un desajuste bioquímico y psíquico expresado en una desadaptación aguda (Hugo Mayer, 2001, Droga Hijos en peligro, p, 34).

sentido a sus actividades, son un cóctel explosivo para los niños que crecen” (p.38). Estos desarrollan su personalidad en forma social, y las relaciones familiares son la primera y principal sociedad que conocen. Esta conformará la estructura de su carácter tomado los modelos de esos primeros vínculos. Muchas veces el consumo de sustancias emerge como expresión y denuncia de un trastocamiento familiar que reclama un cambio sustancial, como actuación desesperada que convoca a una intervención rectificadora. La adicción puede considerarse, más que un síntoma individual, un equivalente de este en el grupo familiar. Algo nos comunica sobre él, sobre su disfuncionalidad, y descifrarlo debe ser una parte esencial de nuestra tarea (Mayer, 2011, p.38).

Como se mencionó con anterioridad las personas con consumos problemáticos son consecuencias de una dinámica social y familiar conflictiva que ellos desafían e interpelan tomando sus modelos con exageración. Mayer afirma, que en los consumidores de sustancias se reflejan grandes rasgos de las orientaciones de la sociedad actual. Estos son:

- La alienación de un ser que huye de su subjetividad y recurre con desesperación a una sustancia, un objeto, una relación o una actividad que le procura una imagen engrandecida de sí, de la que terminará siendo cada día más esclavo.
- La intolerancia a la espera y la anulación de la esperanza, al quedar tapado el deseo por una tensa demanda que exige una cancelación inmediata. En efecto, los jóvenes contemporáneos, rodeados de incertidumbre, sin un territorio propio sino cada vez más diluido en un espacio universal, apresurados por un tiempo cuya aceleración crece a cada instante, caminan inseguros de una oferta a otra, de un consumo a otro. Se vuelcan al presente, a la imagen, a la intensidad de las sensaciones, al placer inmediato.
- La soledad en grupo, donde el otro no cuenta como otro sino como mero proveedor de algo que se necesita.
- Consumismo sintomático y compulsivo que se introduce como identificación con ricos, bellos y famosos. Se alimenta la ilusión de la equiparación con ellos a través

del acto de consumo, en el que abundan las sustancias psicoactivas (Mayer, 2010, p. 47).

Debido a la influencia de todos estos factores, es esencial comprender el fenómeno del consumo problemático de sustancias, en su complejidad, y utilizar para su abordaje, caminos que lleven a entender sus motivos, su sentido.

Dispositivos de Abordaje del consumo problemático de sustancias

Luis García Fanlo (2008) retoma a Foucault para desarrollar el concepto de dispositivo como una red, un conjunto heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho, el dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. Sitúa en el dispositivo la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Un dispositivo, en tanto red de relaciones existe situado históricamente y su emergencia responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer (García Fanlo, 2008, p. 2).

Según la OMS (2007) el término tratamiento se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”. En un sentido estricto, el tratamiento puede definirse como “un enfoque integral destinado a la identificación, asistencia y atención de la salud de las personas que presentan problemas provocados por el uso de cualquier sustancia psicoactiva”. En realidad, al proporcionar a esas personas una variedad de servicios de tratamiento y de oportunidades para potenciar su capacidad física, mental y social, se les puede ayudar a cumplir el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y de lograr su plena readaptación social. Por otra parte, el tratamiento tiene por objeto

reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y las consecuencias sanitarias y sociales negativas que tiene el consumo de esas sustancias o que se relacionan con él (p.15).

Para poder realizar un abordaje de la problemática en cuestión, es necesario en primera instancia, una correlación lógica entre diagnóstico y los posibles tratamientos. Es necesario arribar a un claro y profundo diagnóstico que tenga en cuenta todas las variables y recursos posibles. En palabras de Mario Puentes (2008): “no solo tener en cuenta el primer diagnóstico, es decir ¿Cuál es la relación tangible del sujeto para con la droga en la búsqueda del manejo de la angustia?, sino también cómo ese sujeto cruza el resto de las variables del fenómeno y con qué recursos cuenta. Si tiene contención familiar, de la primaria (padres) y/o de la secundaria (esposa e hijos). Si se percibe cual tóxica es la familia; si tiene contención social, porque estudia, trabaja o es miembro de un club o simplemente vive en la calle; si es sostenido por alguna “concepción del mundo espiritual” para optar por un tratamiento con sesgo religioso; si es portador de VIH o hepatitis B o C y evidentemente si cuando está en abstinencia lo vemos conectado con la realidad o alucina. Es por esto que el diagnóstico es todo un proceso” (p. 94). Dentro del diagnóstico, es relevante considerar la demanda. Se entiende como el pedido explícito e implícito que lleva a una persona (padre, consumidor, etc.) a solicitar ayuda para solucionar dolorosas consecuencias que para ellos trae el consumo abusivo de drogas psicoactivas (Mario Puentes, 2009). El autor distingue dos tipos de demanda la Tóxica o Explícita, que es el pedido de querer dejar de consumir drogas y la aceptación de ayuda; y por otro lado la demanda Terapéutica o Implícita, la cual implica el deseo de cura, de lograr un cambio en la “significación” de la droga y un nuevo sentido a la vida (Mario Puentes, 2009, p. 35).

Hugo Mayer (2009) da una serie de requisitos que considera esenciales para desarrollar un tratamiento eficaz: a) La convicción familiar de poner un límite firme e impostergable a la situación autodestructiva en la que se sumerge cada día más el adicto, y la disposición a un compromiso con los agentes terapéuticos

convocados, que supone la necesidad de asumir responsabilidades y cambiar ciertas actitudes en todos los integrantes del grupo familiar; b) que, en forma paralela, haya un cierto grado de toma de conciencia de parte del adicto de una innegable realidad: que el consumo ha escapado a su control, ocasionándole pérdidas incesantes que amenazan perdurar mientras dure su vida como drogodependiente; c) una evaluación diagnóstica adecuada, caso por caso y, de ser necesario, una derivación apropiada; d) que la institución tratante posea la idoneidad suficiente para llevar adelante un tratamiento integral del adicto y de su entorno.; e) y que, una vez conseguidas ciertas metas a nivel individual, familiar y de rehabilitación social, la institución tenga la capacidad para correrse de lugar, quedando, cada vez más, como respaldo implícito de la psicoterapia individual y de las realizaciones sociales que han de continuarla (p.222).

La drogadicción trasciende la psicopatología. Es un fenómeno complejo y policausal, que cruza variables de las cuales se debe dar cuenta en el tratamiento. (Puentes, 2009, p. 75). La interdisciplina se perfila como una respuesta posible a tal complejidad, se trata de una operatoria conjunta, si bien no siempre simultánea de los profesionales intervinientes. (Marta H.Ventre, 2001, p. 92) Cada profesional conoce el todo y realiza su parte dentro del tratamiento.

Mario Puentes (2008) explica una serie de tratamientos, así como también su consistencia y detalla en qué casos o diagnósticos es adecuado aplicarlos, según su criterio. Estos son:

Psicoterapia en Consultorios Externos: *(cualquiera sea la corriente teórica, modalidad y frecuencia):* Lo más frecuente para este tratamiento es la modalidad individual. Este abordaje se utiliza para aquellos casos de usuarios o abusadores sintomáticos, para los que la droga no es un problema principal o uno diagnóstico de priorizar.

Sistema ambulatorio especializado o propiamente dicho: *Consiste en un* tratamiento complejo en etapas y herramientas. Este articula grupos más individuales, 2 o 3 veces por semana. Se utiliza este tipo de tratamientos, en

personas diagnosticadas como abusadores leves y medianos. Preferentemente con contención familiar e inserción social; agrupables.

Centro de Día (Hospital de Día de media jornada): Tratamiento complejo de 4 horas diarias aproximadamente para pacientes con expectativas de estudio o trabajo. Este, tratamiento intensifica las herramientas de contención, así como también, incorpora el trabajo vincular. Se aplica a personas diagnosticadas como abusadores medios y graves, con o sin contención familiar e inserción social; agrupable.

Centro de Noche: Consiste en una convivencia en donde se pernocta y se organiza la actividad diurna terapéuticamente. Se aplica en personas que son diagnosticadas como abusadores medios y graves, con o sin contención familiar e inserción social. Pueden ser agrupables.

Hospital de Día: Este tratamiento es igual que el centro de día pero de 8 horas, destinados para pacientes sin expectativa de estudio o trabajo durante el tratamiento. Destinado a personas diagnosticadas como abusadores medios y graves. Con o sin contención familiar e inserción social.

Internación Domiciliaria: Este tratamiento consiste básicamente en la permanencia de la persona en su casa pudiendo realizar salidas controladas por el equipo tratante. Puede colaborar un acompañante terapéutico. Es una estrategia para abusadores leves y graves que posteriormente realicen Centro u Hospital de Día.

Internación en Comunidad Terapéutica: Hay una gran variedad, pueden ser cerrada o abierta, profesionalizada o no, con contención psiquiátrica, religiosa, para judiciales, etc. Está destinada a pacientes dependientes, con patológica poca o contención familiar e inserción social.

Internación en Institución Psiquiátrica: Tratamientos generalmente cerrados centrados básicamente en medicación psicofarmacológica. Estos están destinados para pacientes duales con riesgo para consigo mismos o terceros.

Grupos de autoayuda (Alcohólicos -Narcóticos Anónimos - ALANON - NARANON, etc.): Estos consisten en grupos no profesionalizados, de libre

asistencia, generalmente de tres veces por semana por grupo. Para abusadores medios, graves y dependientes. Son una alternativa para el trabajo del primer diagnóstico y un interesante complemento con la psicoterapia individual (p.96).

En relación a las psicoterapias individuales Hugo Mayer (2010) afirma que estas “podrán tener su potencial terapéutico, sostenerse y profundizarse si se las complementa con entrevistas familiares o con un tratamiento específico para adicciones, sea en consultorios externos, en un centro de día o, en situaciones extremas, en una intervención comunitaria” (p. 220). De esta manera ambos tratamientos se dan apoyo recíproco, permitiendo penetrar en la realidad del sujeto, con su familia, amigos y allegados.

Siguiendo al autor, el tratamiento ambulatorio para los cuadros adictivos en una institución especializada, se intenta cuando el adicto ha fracasado reiteradamente en psicoterapias individuales o cuando reconoce que no puede abandonar por sus propios medios el consumo tóxico, o cuando puede hacerlo pero no logra sostener la abstinencia. Hay diversos abordajes terapéuticos que pueden ser muy valiosos como eslabones de un programa de recuperación de adictos, pero que son claramente insuficientes cuando todo el tratamiento se reduce a uno de ellos, sin considerar la importancia de su encadenamiento con otros momentos del proceso terapéutico (Mayer, 2010).

La comunidad terapéutica surge en un contexto social en el que urgía la necesidad de establecer un orden solidario. En su comienzo, las adicciones no tenían lugar alguno en el imaginario social. Ni la medicina ni la psiquiatría clásica ni la psicología contaban con un dispositivo que ofreciera algún tipo de asistencia. Las comunidades terapéuticas crean un nuevo espacio de atención para esa gente (Marta H. Ventre, 2001, p.13).

El primer antecedente de lo que sería la comunidad terapéutica es Alcohólicos Anónimos, surge en Estados Unidos en el año 1935 bajo la consigna de “Problema compartido, problema diluido”. Es una organización mundial basada en un programa de 12 pasos, estos guían a la sobriedad, y permiten que las estructuras del programa en todos los países sean iguales. A partir de la

contribución de sus miembros, garantizan su independencia de organismos ya sean públicos o privados.

La denominación de Comunidad Terapéutica fue utilizada por primera vez por el psiquiatra inglés Maxwell Jones. Luego de trabajar con los sobrevivientes de la Segunda Guerra Mundial quienes se refugiaron en las Instituciones Psiquiátricas. Él introdujo la Asamblea General como un espacio donde todos los integrantes del hospital podían participar de forma igualitaria en la planificación y organización de actividades. Jones planteaba que toda persona y actividad realizada debía hacerlo terapéuticamente.

En el año 1958, en Estados Unidos, nace Synanon, la primera comunidad terapéutica, surge como un desprendimiento de Alcohólicos Anónimos. Su premisa básica era obedecer, la autoridad no se cuestionaba, los que ingresaban se regían por las pautas de vida de la comunidad. Su organización era jerárquica, los roles y funciones jerarquizadas las ejercían los más viejos. La confrontación se utilizaba cuando alguien cometía una transgresión, la misma se llevaba al grupo y en este se buscaba quebrar a la persona para que tomara contacto con sus sentimientos. Esta fue una comunidad cerrada, con escaso contacto con el mundo exterior y sin profesionales.

La primera comunidad terapéutica que ingresa profesionales a su equipo de trabajo es DAY TOP. Fundada en 1963, New York por Daniel Casriel, realizaba un abordaje con la familia estableciendo con esta un trabajo en red para contener a la persona afectada por el consumo de sustancias. Actualmente funciona como una consultora de la OEA (Organización de Estados Americanos) en la elaboración de programas destinados para pacientes adictos.

El Proyecto Uomo (Proyecto Hombre) se inicia en Roma, en el año 1979. Surge del Centro Italiano de Solidaridad (CHEIS) el cual brindaba asistencia a gente carenciada. Cuando comenzaron a acercarse jóvenes adictos solicitando ayuda se inaugura este programa terapéutico que hoy posee áreas diferenciadas de trabajo asistencial y proyectos internacionales localizados por toda España e Italia.

Entre los años 1982 y 1984 aparecen las primeras instituciones de rehabilitación de adictos en la Argentina, las ONG: Fundación Viaje de Vuelta, Programa Andrés, ACIAR, El Reparó, Fundación Gradiva, CT Vicente López, Centro Juvenil Esperanza, surgen las primeras respuestas estratégicas de asistencia al drogadependiente y sus familias. Estos programas, intercambian experiencias con Estados Unidos e Italia, con los Centros DAYTOP y Proyecto UOMO (CeIS) son los principales referentes y Argentina incorpora sus experiencias nacionales a la WFTC (Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas). Desde esta Federación Mundial se sugiere a los líderes argentinos, la asociación para fortalecer el movimiento, así se forma la Federación Argentina de Comunidades Terapéuticas (FACT) hacia mediados de 1985 y se comienzan variadas actividades de intercambio, capacitación y desarrollo constituyendo la red no gubernamental de asistencia al adicto más importante de Argentina.

En sus orígenes, las comunidades terapéuticas centraban su labor en los aspectos normativos, tenían un perfil coercitivo, en el que prevalecía un modelo de regulación de la conducta. Paulatinamente se fue modificando esta visión conductista, centrada en el control sintomático y fueron incorporando recursos profesionales que introducían un nuevo modelo psicoterapéutico. Así se fue gestando lentamente un modelo mixto, profesional - no profesional, en prácticamente todas las instituciones (Marta H. Ventre, 2001, p. 22).

En Mar del Plata la primera Comunidad Terapéutica surge a partir del programa municipal denominado "Por Amor a la Vida", el cual contaba con un dispositivo de internación y de reinserción social. Por iniciativa de Roberto Vetere, quien acompañado por un grupo de personas que habían transitado por la problemática del consumo, viaja a conocer el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS), específicamente la modalidad de trabajo del proyecto HUOMO. A partir de esta experiencia se forma el programa por "Amor a la Vida" creándose en 1990 un centro de admisión y luego una comunidad terapéutica, más tarde una casa de

reinserción social. Cabe destacar que este programa dependía directamente de la Secretaría de Salud Mental.

En 1997 incluyen al programa “Por Amor a la Vida” en el organigrama municipal y comienza a depender del departamento de Salud Mental de la municipalidad, es en este momento donde se profesionaliza y cambia su denominación a SEMDA “Sistema Municipal de Atención a las Adicciones”. Por estos años, la municipalidad empieza a cuestionar el trabajo de por “Amor a la vida” ya que el mismo, afirmaban, se encontraba fuera de los parámetros de la Atención Primaria, el cual debía seguir la municipalidad. Con este discurso se desligó de las responsabilidades del servicio. Con el tiempo se perdió la casa de reinserción, y la casa de comunidad terapéutica, por razones presupuestarias y decisiones políticas.³⁰

Actualmente funciona el Sistema Municipal de Atención a las Adicciones, SEMDA, el cual ofrece un dispositivo de carácter ambulatorio. Este será desarrollado en capítulos posteriores.

Otro dispositivo que se encuentra en la ciudad de Mar del Plata es el Centro Provincial de Atención³¹. Su historia se remonta al año 1993, cuando fue creada como la primer Secretaria de Adicciones de la provincia de Buenos Aires.

Para ese entonces y a los fines de formar a las personas que iban a trabajar con la problemática, se articuló con la Universidad del Salvador una capacitación para los futuros operadores terapéuticos de calle. La misma, se denominó “Diez mil líderes para el cambio” y duró aproximadamente dos años. Fueron convocados, docentes, líderes comunitarios, agentes de salud y adolescentes que estaban interesados en trabajar con la problemática. Se realizó formación en políticas sociales, operadores terapéuticos y los profesionales se capacitaron en temas de adicciones a nivel nacional e internacional. La idea era

³⁰ Información obtenida en la entrevista realizada a la Licenciada Mercedes Chaubel , trabajadora social que se desempeñó como Operadora en el marco del Programa Por amor a la vida y actualmente se desempeña como Trabajadora Social del SEMDA.

³¹ <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/adicciones/adicciones-y-salud-mental/>

presentar proyectos, que se sumarían a las propuestas de trabajo de los Centros Preventivos Asistenciales (CPA) creados en el año 1995.

En el año 2000, dejó de ser Secretaria de Estado para pasar a ser parte de una Subsecretaría³², dentro de la cartera del sistema de salud, perdiendo así autonomía. Además cambia su denominación a Centro Provincial de Atención, manteniendo la misma sigla ya que la misma era convocante en la sociedad. Es en este periodo donde se pierde no solo la autonomía sino que también el sustento económico específico.³³

En el año 1993 se crea el Programa El Faro - Asociación Civil Arco Baleno; se presenta como una alternativa para todas aquellas personas que transitan por la problemática del consumo de sustancias. Es así como en el año 1998 abre en su sede, una comunidad terapéutica, la misma funcionó hasta el año 2006. Ya que decidieron optar por brindar un dispositivo de atención ambulatoria considerando a éste como el más pertinente para abordar la mayoría de los casos³⁴.

Posada del Inti es otra de las primeras comunidades terapéuticas de la ciudad de Mar del Plata. La misma fue gestada en el año 2001 a partir de la convocatoria realizada por su fundador a profesionales, amigos, familiares, y ciudadanos. Es así como se realizó la “Campaña de Prevención de Drogodependencia Verano 2002 “Tenés opciones. Vos elegís”, en la misma se repartieron afiches y se brindaron conferencias. Paralelamente se fue logrando la Personería Jurídica, se convocó a miembros de la Iglesia Católica, Evangélica, políticos de Derecha, izquierda, comerciantes y funcionarios. La institución se focalizó básicamente en el tratamiento de atención a las adicciones. Durante el año 2009 comienzan a incluir nuevas problemáticas, ampliando el campo de intervención desde nuevos programas, proyectos y dispositivos. Es así como el

³² actualmente se denomina Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones

³³ Información obtenida en la entrevista realizada a Licenciada Carla Lorea, actual directora del Centro Provincial de Atención.

³⁴ Información obtenida en la entrevista realizada a la Licenciada Grisel Pasares que actualmente se desempeña como trabajadora social del Programa el Faro.

centro de Prevención y Asistencia Integral en Dependencias, se transforma en el, “Centro de Asistencia y Prevención de Trastornos Psicofísicos y Sociales”³⁵.

El conjunto de estrategias terapéuticas implementadas en el dominio de las adicciones, se compone por un universo complejo en el que confluyen diferentes perspectivas teóricas e ideológicas. Se puede observar la prevalencia de diversos dispositivos con diferentes modalidades de tratamiento, que como ya se explicó, deben ser acordes a la demanda y al diagnóstico.

En Mar del Plata existen instituciones privadas, estatales y provinciales de atención a las adicciones. En cuanto al abordaje de la problemática, no todos los tratamientos implican una internación, existen diferentes mecanismos de asistencia. Se encuentran instituciones que realizan tratamientos ambulatorios, consultorio externo, centros de día, internación domiciliaria, internación en comunidad terapéutica. Estos dispositivos serán desarrollados en el próximo capítulo.

³⁵ Información extraída de <http://www.posadadelinti.org/>

Dispositivos Terapéuticos de la ciudad de Mar del Plata

Como mencionamos en capítulos anteriores, la SEDRONAR es una secretaria de Estado dependiente de la presidencia de la Nación, dedicada a la prevención y asistencia de las personas que transitan por el consumo problemático de sustancias. Es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las adicciones, sus áreas programáticas tienen como objetivo asegurar la presencia del Estado en las regiones más vulnerables de nuestro país, garantizando el desarrollo de redes preventivo-asistenciales integrales articuladas intergubernamentalmente.

Dentro de la ciudad de Mar del Plata se emplazan distintos dispositivos terapéuticos dependientes de esta secretaria. Entre ellos se encuentran:

Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA) son espacios de encuentro, contención, recreación, formación y capacitación, que impulsan la creatividad, el desarrollo cultural, deportivo y artístico que busca promover la inclusión y participación de la comunidad en general, y los adolescentes y jóvenes en particular. Se proponen generar distintas herramientas acordes a cada persona, con el fin de potenciar el proyecto de vida de cada participante. Estos nuevos espacios están distribuidos en todo el país, emplazados estratégicamente en las zonas de mayor vulnerabilidad social. En ellos se impulsará la interacción con actores territoriales, fomentando la participación y una integración más dinámica y cotidiana en las actividades. La ciudad de Mar del Plata cuenta con una sede en el barrio Malvinas Argentinas, denominado Casa Caracol.

Centro de Evaluación y Derivación (CEDECOR) brindan contención, atención y asesoramiento a toda persona que lo necesite, ya sea familiar o amigo. Un equipo interdisciplinario atiende, diagnostica y conecta a la persona con la red de ayuda adecuada para brindarle un tratamiento conforme a su situación

particular. Además de las personas que concurren por decisión propia, CEDECOR también recibe consultas derivadas del sistema judicial (juzgados de distintos fueros: federales, penales, civiles, de familia, entre otros), del sistema de salud (hospitales, centros de salud, salitas sanitarias y organismos específicos sobre adicciones, etc.), de organismos no gubernamentales. La provincia de Buenos Aires cuenta con un CEDECOR Local en Mar del Plata ubicado en el barrio el Martillo.

Casas Educativas Terapéuticas (CET) su objetivo es mitigar el consumo problemático de sustancias y/o alcohol en contextos de alta vulnerabilidad social. En estos centros de día, se promueve el acceso a la salud, la educación y el trabajo. Tiene cinco ejes fundamentales: la contención, la educación, la recreación, la terapia y la capacitación de agentes. Estos nuevos espacios se encuentran distribuidos en todo el país, emplazados estratégicamente en las zonas de mayor vulnerabilidad social. En ellos se impulsa la interacción con actores territoriales, fomentando la participación y una integración más dinámica y cotidiana en las actividades. En la ciudad de Mar del Plata se encuentra ubicada en el CIC del barrio el Martillo.

Cómo se desarrolló en el capítulo II estos dispositivos se unificaron en el año 2017 con la creación del programa de dispositivos integrales de abordaje territorial (DIAT) con el objetivo de brindar un abordaje territorial uniforme e integral conjunto, en lo inherente tanto a estrategias como áreas de intervención.

Por su parte, a nivel provincial se encuentra el **Centro Provincial de Atención** (CPA), dispositivo de carácter grupal, integrado por espacios de recepción, asesoramiento, y derivación. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios que atienden a personas afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias, o que requieren asesoramiento en relación a la temática y asistencia en el ámbito de la Salud Mental. Con presencia en cada uno de los municipios de la provincia, los CPA trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario a fin de brindar respuestas integrales a las demandas específicas de

las personas en su entorno social. En Mar del plata se encuentra ubicado en el barrio Primera Junta.

A nivel Municipal se encuentra el **Sistema Municipal de Atención a las Adicciones** (SEMDA). Ofrece un abordaje integral, centrado en la persona. Está compuesto por Dispositivos Barriales, los cuales a su vez se integran por dispositivos grupales específicos de orientación y atención de adicciones en diferentes sedes, barrios coordinados por Operadores Socioterapéuticos en Adicciones y psicólogos que se integrarán a los equipos de salud y salud mental del CAP´S (Centros de Atención Primaria de la Salud). El SEMDA trabaja directamente en tareas de orientación y contención familiar y también, en atención directa a jóvenes y adultos con problemas relacionados al abuso y experimentación de sustancias psicoactivas. Estos dispositivos funcionan a través del programa Envión en diferentes barrios de la ciudad como son: Puerto, Belgrano, Libertad, Las Heras.

Dentro de la estructura de SEMDA también se encuentran los Centro de Atención Ambulatoria, que funcionan con dispositivos grupales de atención tanto a personas con problemas en el consumo problemático de drogas como así también a sus familias. Los pacientes concurren a consultorio externo, ajustando el tratamiento a sus necesidades singulares y haciendo una oferta educativa, deportiva y/o de formación profesional en cada caso según se considere oportuno.

Hasta aquí hemos desarrollado los dispositivos terapéuticos en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal que funcionan en la ciudad de Mar del plata. Estos no son los únicos, también hay pertenecientes al sector privado y del tercer sector, este último se define como el conjunto de instituciones cuya característica principal es ser “privadas pero no lucrativas” y desenvolverse en el espacio público, como organizaciones no gubernamentales, fundaciones, etc. A continuación desarrollaremos algunos de ellos:

Posada del Inti: Centro de Asistencia y Prevención de Trastornos Psicofísicos y Sociales, perteneciente al tercer sector, único centro conveniado

con el SEDRONAR que pertenece a la ciudad de Mar del Plata. El objetivo de esta institución es generar un espacio donde cada individuo pueda aceptarse como una persona con posibilidades y aptitudes para afrontar dificultades creativamente, estimulando nuevos canales de comunicación para el logro del bienestar individual – social y familiar. Tiende a generar un Proceso que apunta a elevar la posición del sujeto como ser autónomo, a través de un abordaje personalizado e incorporación a la persona al sistema laboral, de capacitación o estudio. Posada del Inti es una Asociación Civil; que posee convenios e inscripciones con el Estado provincial y nacional. Cuenta con un convenio de la Subsecretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires y con el Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires. A nivel nacional, posee convenio con la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

Proyecto Vida Digna es un Centro de Día e Internación para Rehabilitación en Adicciones. Esta Organización no gubernamental (ONG) se conformó a los fines de crear conciencia, cerrar brechas con clases sociales enfrentadas y distantes por el actuar y pensar del individuo, y lograr por este medio la inclusión social, la aceptación, comprensión y ayuda, derribando rotulamientos impuestos que impiden el cambio y el progreso. Promueve el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. Tiene como objetivo formar parte en los lugares de toma de decisiones, articulando con los mismos para gestionar políticas de cambio de inclusión social real conformando así una vida digna. Su modalidad de trabajo es a través del abordaje de la subjetividad de cada caso, entendiendo que todos son distintos pero están atravesados por la misma problemática. Está situado en el barrio Villa Primera.

Huellas de Vida es una organización no gubernamental (ONG). Su misión es la prevención, rehabilitación y la reinserción social del adulto junto a su familia. Es un centro terapéutico formado por profesionales y operadores consta de diferentes modalidades de tratamiento; ambulatorio el cual posee de un grupo de

autoayuda y de terapias familiares e individuales semanales. Además posee casa de día como modalidad en la que el paciente puede seguir su vida cotidiana con media jornada de tratamiento, donde tendrá asistencia terapéutica, grupos de autoayuda, deportes y la contención necesaria. Está conformado por un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras, técnicos y trabajadores sociales. Está situada en el barrio Pompeya.

Proyecto Be Adicciones Salud Mental está constituido por un equipo interdisciplinario de la salud, el cual ofrece un tratamiento interdisciplinario en consultorio externo. En cuanto a este consta de un plan de tratamiento personalizado, según las características del paciente, de su entorno socio-laboral y de su problema. El tratamiento es dinámico y se evalúa cuatrimestralmente entre el paciente, la familia y el equipo para fijar los objetivos que permitan progresar en la recuperación de la salud hasta el alta definitiva. Se encuentra ubicado en el barrio San José, en las calles San Luis y Juan B. Justo.

Fundación Chance organización especializada en la prevención, atención y reinserción social de personas que hacen uso indebido de drogas. La organización no sólo busca que sus residentes dejen de utilizar drogas sino que éstos puedan realizar en su persona un cambio fundamental: una nueva visión de ellos y el mundo que los rodea, consiguiendo con esto mejorar su calidad de vida. La metodología consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. De esta manera se ayuda a que la persona que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su capacidad para tomar decisiones. Sus modalidades de tratamientos son hospital de día, hospital de mediodía y hospital de noche. Barrio "Primera Junta".

Los notables Tratamiento Ambulatorio al Drogodependiente, es una Asociación Civil sin fines de lucro, especializada en Prevención y Asistencia de las Adicciones. Es un modelo de reinserción social para personas que presenten situaciones de consumo de drogas problemático o que tienen riesgo de llegar a ser excluidos socialmente. Está ubicada en el barrio Santa Mónica.

Programa el Faro Asociación civil Arcobaleno. Posee Hospital de día, medio día, grupos, y ambulatorio. El primer objetivo es la abstinencia de la droga y la evaluación de las necesidades reales, la motivación intrínseca y la inserción en el grupo de pares el contacto con la familia y de la red social. La atención es especializada en adicciones, se trabaja con grupos terapéuticos, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, teatro, expresión, formación profesional, seminarios, talleres, pasantías, música. Funcionan grupos en los cuales se utilizan las expresiones emotivas como nuevo proceso de liberación psicológica. Se encuentra en el barrio Primera Junta.

Remar es una ONG sin fines de lucro, son personas dedicadas íntegramente a la ayuda humanitaria, que en su mayoría han sido primeramente ayudados a salir de situaciones precarias y que deciden amparar a otros que se encuentran en situación de emergencia. Cuentan con centros de rehabilitación tanto para hombres y mujeres, donde realizan un trabajo de desintoxicación. Su objetivo es la resocialización a través de algún oficio o tarea para llevar al individuo a una nueva etapa de su vida donde se sienta útil para la sociedad. Se encuentra ubicado en el barrio Peralta Ramos Oeste.

Canción 91 es una institución sin Fines de lucro, conformada por docentes de escuelas públicas y con profesionales psicólogos, además de personas amigas que suman su voluntad. Unidos en la concepción de ver en el adicto a una persona que por distintos motivos, si hoy está consumiendo drogas o alcohol, es una persona que sufre y que necesita ayuda. Ofrece tratamientos ambulatorios y de Consejería. Se encuentra ubicado en el barrio Don Bosco.

Acceso a los diversos dispositivos terapéuticos destinados al consumo problemático de sustancias psicoactivas

En la Argentina la aplicación del modelo de corte neoliberal desde mediados de los años setenta hasta la crisis del año 2001, en lo social, llevó

paulatinamente a una distribución de la riqueza cada vez más injusta, ampliándose de manera sustantiva la brecha entre ricos y pobres, así como también nuevos sectores sociales empobrecieron, generando un clima de época donde lentamente comenzaban a emerger la incertidumbre y la desprotección social. Como consecuencia de esta situación, dentro del sector de la salud, emergieron nuevas formas del padecimiento, relacionadas con expresiones de la injusticia y que fueron presentándose desde más y nuevos actores que comenzaban a recorrer las salas de los servicios estatales de salud. (Carballeda, 2006).

En palabras del autor: (Carballeda, 2006) “las nuevas víctimas del disciplinamiento del mercado, comenzaban a ver en las inscripciones de sus cuerpos, en sus enfermedades y estigmatizaciones, el recorte de sus ciudadanías. Pero también, pugnaban por acceder a servicios de salud públicos deteriorados por los ajustes, recortes y las políticas que se orientaban a seleccionar, y expulsar del sector a los nuevos indeseables del modelo neoliberal (p.5).

Es así como la accesibilidad al sistema de salud se transformó en un obstáculo centrado en la lógica de gestión, donde primaba el menor uso de estos servicios; se trataba de ahorrar en el llamado “gasto público”. La accesibilidad fue cercenada y racionalizada desde las imposiciones del mercado (Carballeda, 2006).

Se puede definir el acceso a la salud como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y otros, en Comes, 2003, p. 04).

De esto deviene que la accesibilidad a los servicios de salud no sólo se relaciona con su oferta sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población (Ferrara, 1985). En este sentido, los servicios de salud están condicionados por fuerzas mayores, como las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales. Estas

condiciones estructurales se expresan en las relaciones personales entre profesionales de la salud y usuarios del sistema (Diana Rossi, 2007, p.11).

Carballeda (2006) afirma que “la accesibilidad, se cimienta como una vinculación, es decir como un lazo social entre el sistema de salud o de acción social y los usuarios de éste. De este modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad” (p. 6.)

La accesibilidad puede ser abordada de múltiples maneras. Entre ellas podemos observar la noción de accesibilidad como un vínculo “que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los Servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los Servicios” (Barcala 2000, p. 4). Así, para acceder a un recurso no alcanza con que éste se encuentre cerca geográficamente de quien lo necesita, ya que existen mecanismos invisibles que hacen que quienes consultan o piden algún tipo de ayuda o asesoramiento respecto a la problemática del consumo de sustancias, propio o de algún allegado no tengan respuestas .

Floreal Ferrara (2014), distingue diferentes dimensiones de accesibilidad:

- Accesibilidad geográfica: toma de medida clásica sobre la distancia (metros, kilómetros) o tiempo (minutos, horas) de distancia entre la persona y el efector. Se asume que a menor complejidad, menor distancia.
- Accesibilidad económica: referida al acceso gratuito o pago de los servicios de salud, o de otros servicios como medicamentos, análisis, prácticas, instrumentos.
- Accesibilidad cultural: en relación al vínculo médico-paciente, y referida a las representaciones, ideas, creencias y valores, así como los hábitos, prácticas y actitudes de profesionales de la salud y usuarios.
- Accesibilidad jurídica: en relación a la cobertura de los pacientes.
- Accesibilidad administrativa: referida a las características burocráticas de entrada a los servicios (pedido de turno previo, requerimiento de identificación, tiempo de espera, etc.) (p.15).

Se hace necesario para comprender a la salud y a la enfermedad como un proceso, aceptar que este se constituye como fruto de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir en los órdenes; político, económico, demográfico, sociocultural. La enfermedad, de esta manera, no es un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones poli o unicasales, sino, que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada, o la sumatoria de estudios de fenómenos comprensivo explicativo (Carballeda 2006).

Eduardo Menéndez (1994) entiende a éste proceso de salud/enfermedad como un proceso universal que opera estructuralmente y constituye un hecho social que se desarrolla en un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención específicas y los sistemas ideológicos respecto de los mismos. Es así como la enfermedad, se entrecruza de manera compleja con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo y las nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos asociados.

Adhiriendo al pensamiento de Carballeda es que creemos que estudiar la accesibilidad en salud, implica repensar las políticas en este ámbito, tanto desde el diseño de estas como las implicancias relacionales e histórico sociales. La accesibilidad es, en definitiva, una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población (Carballeda 2006).

Sostenemos que es necesario estudiar el acceso a los diversos dispositivos terapéuticos destinados al consumo de sustancias en el proceso de admisión, ya que este es la puerta de entrada a los tratamientos. Destacamos la importancia que adquiere el proceso de admisión en cuanto establece los criterios que cada institución en particular requiere a la hora de permitir el ingreso de las personas a realizar los tratamientos. Así como también entendemos que los mismos son el resultado de la relación entre el sistema de salud y las políticas públicas.

Es por esto que el presente trabajo tiene como fin recabar información acerca de cuatro dimensiones de la accesibilidad que define Floreal: la accesibilidad geográfica, económica, jurídica y administrativa de un conjunto seleccionado de dispositivos terapéuticos destinados a personas que transitan por la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Mar del Plata en el mes septiembre del año 2017. Se seleccionaron estas cuatro dimensiones ya que son de suma importancia para estudiar el acceso a los dispositivos terapéuticos en el proceso de admisión.

Trabajo Social e Intervención

Con frecuencia se piensa en los problemas sociales como desviación a las normas, utilizando la noción de riesgo y peligrosidad para aquellos que lo experimentan. Al igual que Carballeda (2013), sostenemos que un “problema social se padece, ya que genera diferentes formas de dolor y malestar, tanto a nivel singular como colectivo”, por lo que pensar de esta forma a los problemas sociales, implica construirlos desde otra perspectiva, donde lo macro y lo micro se conjugan frente a la subjetividad del sujeto que lo padece. El consumo problemático de sustancias, se fue transformando en un problema social que actualmente padece nuestra sociedad, lo que da como resultado que nos encontremos en “Emergencia Nacional en Materia de Adicciones³⁶”. En este contexto, el consumo de sustancias, se convierte en lo que Carballeda define como problemáticas sociales complejas como “serie de expresiones complejas de la cuestión social³⁷ que abarcan características objetivas y subjetivas de los problemas sociales, su construcción discursiva y nuevas formas de padecimiento” (p.88). Se caracterizan por no ser estáticas, ya que forman parte de la diversidad de la sociedad, transversales, ya que abarcan una serie de problemas que se expresan de manera singular en la esfera del sujeto. Son el resultado de las tensiones entre necesidades y derechos. Es la expresión de cómo la pérdida de derechos sociales implica un deterioro de los derechos civiles (Carballeda, 2013).

Las expresiones actuales de la cuestión social, se caracterizan por vulnerabilidad social, falta de oportunidades, inequidad, inestabilidad, incertidumbre y fragmentación social, emergieron como formas novedosas de padecimiento que abarcan cambios en la esfera de la cultura, en la comprensión y explicación de la trama macro social y la vida cotidiana (Carballeda, 2012).

³⁶ Decreto 1249/2016 con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2018.

³⁷ Ídem 14.

Surgiendo el consumo problemático de sustancias como uno de los padecimientos actuales, trayendo como consecuencia a nivel singular, en la persona que lo padece, la pérdida de subjetividad, de autodeterminación, de elección, su deseo, su libertad, produciéndose un deterioro en su condiciones físicas y sociales, generando un debilitamiento o pérdida de lazos sociales.

El autor define al padecimiento subjetivo como “la bisagra que muestra lo social incorporado, hecho cuerpo, hecho huella. Dicha categoría articula la trayectoria individual y el contexto histórico-social. Muestran la forma en que las personas transitan-transitamos- las privaciones materiales, las injusticias y al mismo tiempo pone en evidencia la particularidad en las maneras de decodificar las situaciones y modificar su propia vida” (Carballeda, 2009, p. 10).

Carballeda piensa la intervención social como dispositivo, es decir desde su constitución y movilidad como una red o trama, conformada por discursos, disposiciones, reglamentos, leyes, enunciados, proposiciones filosóficas y morales (Foucault, 1991). Las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red y sus interacciones, definen la singularidad de la intervención social en cada circunstancia. En la práctica concreta lo macrosocial se entreteje con lo micro, construyendo series singulares de inscripción en los sujetos, en los entornos. Pensar la intervención social como dispositivo, supone un diálogo que abarque diferentes perspectivas de visibilidad, enunciación, marcas de poder y especialmente de las formas de construcción de subjetividad de los sectores que participan en el proceso (Carballeda 2013). Es un espacio de interlocución entre el Estado y la sociedad. En este espacio las políticas sociales en diálogo con la intervención, implican una estrategia de recuperación de capacidades, habilidades y básicamente de formas constitutivas de la identidad (Carballeda, 2011).

Siguiendo al autor, el Trabajo Social tiene, una labor definida, y una serie de marcos conceptuales que conforman un espacio de saber propio dentro de las ciencias sociales, así considera a lo social en términos de intervención en tres órdenes: la protección social, el lazo social y los problemas sociales. Entiende el

término de orden como una serie o sucesión que se relacionan entre sí, se articulan a partir de su singularidad. Por lo tanto, no hay una organización jerárquica de estos, la propia práctica va construyendo diferentes secuencias y formas de relación de manera compleja y variable. La protección social es entendida como el sistema de protección que posee una sociedad como son las instituciones, las políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión. A partir de nuestra investigación podremos analizar la protección social relacionada con el acceso y las políticas implementadas en relación a los dispositivos terapéuticos de abordaje sobre consumo problemático de sustancias.

En cuanto al lazo social, se vincula con la intervención en las tramas sociales, como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. Este construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. La intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura en cada circunstancia singular. En el caso particular del consumo problemático de sustancias, estos lazos sociales, se encuentran debilitados o totalmente fragmentados como consecuencia de la trayectoria de consumo. Es por este motivo que el trabajo social, deberá a través de su intervención, trabajar en conjunto con la persona, para restaurar y fortalecer estos lazos. En cuanto al tercer orden, remite a la relación gestada entre la noción de necesidad social y problema social, en este último, lo macro y lo micro se conjugan frente a la subjetividad del sujeto que lo padece, como se mencionó en el primer apartado de este capítulo, el consumo problemático de sustancias en los últimos años se ha convertido en un problema social, que afecta a la salud no solo a quien lo padece, sino a la sociedad en su conjunto, constituyéndose en un fenómeno complejo y dinámico.

Como afirma Silvana Rodríguez (2007), es preciso destacar, la importancia de la Investigación en Trabajo Social como una herramienta privilegiada de poder, de visibilización, de conocimiento, como elemento de legitimación pública, como

herramienta de denuncia, como elemento privilegiado para dar cuenta de las necesidades sociales, en tanto su jerarquización en cuanto a la atención y distribución de recursos. Así como también la participación del trabajo social, en la elaboración e implementación de Políticas Sociales entendiendo a éstas como herramienta del Estado, considerando este espacio sumamente estratégico ya que poder participar en su elaboración e implementación, garantiza que el objeto de la misma sea efectivamente el problema y no la representación que de éste se tenga; que se aborde desde un saber especializado, idóneo, desde fundamentos teóricos, empíricos, reales. De este modo desarrollar la capacidad propositiva de la que debería apropiarse el Trabajador Social, tomando en cuenta el papel privilegiado que tiene en el escenario de intervención, accediendo a la vida cotidiana de los sujetos, al espacio microsocioal, en donde se manifiestan concretamente la desigualdad, inequidad, cuestión social.

Por lo tanto consideramos que a partir de esta investigación, desde el trabajo social, podemos realizar una lectura y reflexionar acerca de las políticas sociales, sobre el acceso a los dispositivos terapéuticos institucionales de abordaje sobre consumo problemático de sustancias en la ciudad de Mar del Plata.

Aspectos Metodológicos...

“La ciencia como la cultura son constructoras y construidas por procesos sociales. Por lo tanto, el sostén de un cuerpo de conocimientos no depende exclusivamente de la validez empírica sino, además, de procesos sociales como la comunicación, la negociación y el conflicto, de manera tal que la ciencia, los procesos culturales y la subjetividad humana están socialmente construidos” (Saint Bonnet, 1996, p. 1).

Considerando el objetivo general...

- Indagar los diferentes criterios de accesibilidad a dispositivos terapéuticos institucionales destinados a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Mar del Plata en el año 2017.

Y los objetivos específicos...

- Conocer los diferentes dispositivos terapéuticos institucionales de consumo problemático de sustancias psicoactivas en la ciudad de Mar del Plata.
- Indagar sobre los criterios de admisión necesarios para el ingreso de pacientes a los tratamientos terapéuticos para el consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Conocer a qué sector pertenecen las instituciones a investigar: sector privado, público o tercer sector y describir a qué población están dirigidos los tratamientos terapéuticos.
- Indagar sobre la composición de los equipos terapéuticos de las instituciones relevadas y conocer la intervención específica del Trabajo Social en el mismo.

En cuanto a la metodología...

Abordamos la temática, desde un enfoque metodológico cualitativo con un diseño exploratorio – descriptivo de sucesivas aproximaciones que nos permitan avanzar en la comprensión de la misma.

Al buscar la información propicia para responder a la pregunta inicial se pudo constatar que no existe en la ciudad de Mar del Plata ninguna investigación puntual sobre las condiciones de acceso a los tratamientos terapéuticos para aquellas personas que transitan por la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, así como tampoco ningún material informativo específico.

Por este motivo el estudio es de carácter exploratorio-descriptivo. El estudio exploratorio “tiene como objeto principal familiarizarnos con un tema novedoso, desconocido o escasamente estudiado. Son el punto de partida para estudios posteriores de mayor profundidad” (Ander-Egg. 1995, p.35).

Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables (Dankhe, 1989).

Vasilachis de Gialdino (1992), afirma que “la investigación cualitativa constituye una tradición particular en las ciencias sociales que depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos. Implica un compromiso con el trabajo de campo y constituye un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido positivamente por su propia historia y no negativamente por la carencia de cifras” (p. 32).

Mendicoa (2003), en su libro *Sobre Tesis y Tesistas*, define el método cualitativo como “el conjunto de operaciones, estrategias y tácticas que el investigador realiza ante y con el fenómeno en estudio en relación a las operaciones que le otorga el mismo. Es la interacción en el conjunto social” (p. 72).

En el desarrollo de la investigación se hará uso de fuentes primarias y secundarias de información. Las fuentes primarias “son las referencias que se obtienen forma directa a través de entrevistas realizadas en el trabajo de campo, testimonios de expertos que se complementa con documentación formal que abarca libros, artículos de revistas, tesis, informes de investigaciones, estos últimos editados o no”. Las fuentes secundarias “son aquellas que resultan del trabajo de recolección y procesamiento, de las de primera mano, para su divulgación, a través de guías, directorios, index, documentos especiales, etc. Material que se ubica en los centros de documentación tales como bibliotecas, centros de datos que ponen al servicio del usuario información para su posterior tratamiento” (Mendicoa, G. E 2003, p. 91).

Las técnicas que se utilizarán para llevar adelante nuestra tesis de grado serán la investigación documental y entrevistas a los diferentes establecimientos de la ciudad de Mar del Plata que brinden tratamientos terapéuticos a personas que transitan por el consumo problemático de sustancias psicoactivas, y en el caso que pertenezcan al tercer sector, o sector privado, que posean en sus equipos de trabajo, un Trabajador Social.

Según Baena (1988) “la investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información” (p.72).

La entrevista es definida por Grawitz (1984) como: “la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad. Es una relación

diádica canalizada por la discursividad, propia de la cotidianidad, bajo la condición de encuentros regidos por reglas que marcan márgenes apropiados de relación interpersonal en cada circunstancia. Ésta permite acceder al universo de significaciones de los actores, haciendo referencia a acciones pasadas o presentes, de sí o de terceros, generando una relación social, que sostiene las diferencias existentes en el universo cognitivo y simbólico del entrevistador y el entrevistado” (p.3).

La entrevista que utilizaremos en la tesis de grado será con preguntas abiertas ya que nuestro objetivo es recolectar información acerca de la accesibilidad a los tratamientos terapéuticos destinados a personas que transitan por problemas de consumo de sustancia. En la misma se hacen preguntas precisas redactadas previamente y se sigue un orden previsto. El entrevistado, por su parte, es libre de responder como desee, pero dentro del marco de la pregunta realizada (López Estrada, R; Deslauriers, J P, 2011).

En nuestro caso, el universo de la investigación, está dado por los establecimientos que ofrecen tratamientos para personas que transitan por el consumo problemático de sustancias en la ciudad de Mar del Plata. Estos son:

- DIAT
- Centros Provinciales de Atención (C.P.A).
- Sistema Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA).
- Posada del Inti.
- Proyecto Vida Digna.
- Huellas de Vida.
- Proyecto Be Adicciones Salud Mental.
- Fundación Chance.
- Los notables.
- Programa el Faro.
- Remar.
- Canción 91.

La muestra, es de suma importancia para la investigación, la misma “concierno al tipo de individuos (edad, sexo, estatus socioeconómico, profesión, entre otros) que se entrevistaron y a su número. Indudablemente la decisión sobre la elección de las personas estará determinada por el problema de investigación. La muestra entonces, consiste en la obtención de un número de casos suficientes para informarnos sobre el conjunto” (López Estrada, R; Deslauriers, JP, 2011, p. 98). Se recurrirá al muestreo no probabilístico que no reposa sobre el azar, sino que es intencional. El muestreo intencional también “busca producir el máximo de información y poco importa si la muestra es grande o pequeña; lo esencial es producir nuevo conocimiento” (Estrada, R; Deslauriers, J P, 2011).

Los criterios utilizados para la selección de la muestra se establecieron, en primera medida a partir del sector al que pertenece particularmente el dispositivo terapéutico, es decir si se desenvuelven en el ámbito público, en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal, en el ámbito privado, o en el tercer sector. A su vez en relación a los dispositivos que pertenecen al ámbito privado y el tercer sector, el criterio de selección estuvo determinado por aquellos que en sus equipos de trabajo formen parte un Trabajador Social.

De esta manera nuestra muestra ha quedado seleccionada por los siguientes dispositivos: SEMDA representando el ámbito Municipal, C.P.A representando el ámbito provincial y DIAT en el ámbito Nacional. En relación a los dispositivos que pertenecen al ámbito privado y tercer sector Posada del Inti, Proyecto B y Programa el Faro ya que estas instituciones poseen Trabajador Social dentro de sus dispositivos de abordaje. El resto de estas instituciones cuando fueron contactadas, informaron que no poseían Trabajador Social dentro del dispositivo de abordaje. En el caso del dispositivo Huellas de vida, no se pudo establecer contacto.

Procesamiento de los datos

Tal como mencionamos anteriormente, la técnica básica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista. Las mismas fueron llevadas a cabo en los espacios institucionales, habiéndose pautado los encuentros previamente, solicitando la misma, a través de una carta formal de presentación. Antes de comenzar las entrevistas, se informó a los entrevistados el motivo de los encuentros, la temática a investigar, obteniendo el consentimiento para la grabación de las mismas.

Luego de desgravadas las entrevistas, con el material recolectado, se confeccionó una matriz de datos para buscar las respuestas a los objetivos establecidos en esta investigación.

Análisis del acceso a los dispositivos terapéuticos institucionales de abordaje sobre consumo problemático de sustancias

En este capítulo se analizan las características del acceso a los dispositivos terapéuticos institucionales de abordaje sobre consumo problemático de sustancias en las instituciones seleccionadas.

Estos hallazgos corresponden al análisis de las entrevistas realizadas a los trabajadores sociales, integrantes de los equipos terapéuticos. Cabe destacar que dada la cantidad de dispositivos pertenecientes al tercer sector, el requisito de la muestra de esta investigación, estuvo establecida por la presencia de un Trabajador Social dentro de los equipos de trabajo. En el caso de los dispositivos del sector público, se decidió constituir la muestra, por todos los dispositivos existentes considerando la importancia de los mismos para el análisis de las políticas públicas. Para ello se desarrollaron dos bloques, el primero corresponde a la información recabada de las entrevistas y en el segundo al análisis de la misma.

Dispositivos terapéuticos pertenecientes al sector público

Instituciones Entrevistadas:

Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA):

Sector al cual pertenece: depende de Secretaría de Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.

Sede: cuenta con una sola sede, ubicada en la Avenida Jara N° 1661 de la ciudad.

Zona de influencia: Partido de General Pueyrredón.

Costo del tratamiento: gratuito.

Obras sociales o instituciones conveniadas: no trabajan con obras sociales ni convenian con ninguna institución.

Población: atienden a toda persona que se acerca a la institución y cumple con los criterios que permiten el acceso.

Capacidad de usuario: no posee límite en el cupo de usuarios establecido.

Criterios que permiten el acceso:

- La persona que consume debe manifestar la intención de participar del dispositivo.
- Que la persona pueda realizar un tratamiento de carácter ambulatorio, es decir se encuentre en situación de abuso más que dependencia.
- La persona debe poseer contención familiar y social, aunque no es excluyente para que acceda al tratamiento.

Tipo de tratamiento: el dispositivo de abordaje es de carácter ambulatorio por consultorio externo. En este se trabaja con la persona y con su familia, a través de terapia individual. También realizan trabajos de prevención en las instituciones que lo requieran, como por ejemplo escuelas o en Centros Atención Primaria de la Salud (CAP´S). Cabe destacar que posee psicólogos que descentralizan su función en tres Centros de Atención Primaria de la Salud (CAP´S): en el Martillo, Coelho de Meyrelles y Serena, así como también en los Dispositivos de abordaje territorial (DIAT) ubicados en el barrio “El Martillo” y en el barrio “Malvinas Argentinas”.

Instituciones con las que articula: en el caso de ser necesaria la internación en comunidad terapéutica, el SEMDA deriva al Centro Provincial de Atención (CPA) o a la SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina). Además articula con Instituciones Educativas, Juzgados de Familia, Defensorías, Patronato de Liberados, Servicio Zonal, La Dirección Municipal de Niñez, Adolescencia y Familia, Centros de protección de derechos de la niñez (Cepeden), y con el área de deporte y cultura de la municipalidad de General Pueyrredón.

Equipo terapéutico: su equipo terapéutico está conformado por cuatro psicólogos, una trabajadora social, dos operadores terapéuticos, un profesor de educación física que depende del Ente Municipal de Deportes y Recreación (EMDER) y una terapeuta ocupacional.

Intervención específica del Trabajador Social: la intervención del Trabajador Social consiste en participar de la evaluación para analizar los criterios de admisión, que como se explicó con anterioridad, consiste en evaluar si la persona está en condiciones de transitar por un tratamiento de carácter ambulatorio por consultorio externo. También realiza evaluaciones familiares y sociales, hace un seguimiento de las redes sociales de la persona en tratamiento. Y cuando es necesario, gestiona recursos materiales, médicos, alimentarios y habitacionales.

Centro provincial de Atención (CPA):

Sector al cual pertenece: depende de la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires.

Sede: cuenta con una sede para el dispositivo ambulatorio, ubicada en el barrio “Primera Junta”, calle Buenos Aires N° 2855 y otra, para el dispositivo de internación en comunidad terapéutica, ubicada en Estación Chapadmalal ruta 11 km 18.

Zona de influencia: todo el partido de General Pueyrredón.

Costo del tratamiento: tanto el dispositivo ambulatorio como la comunidad terapéutica son gratuitos.

Obras sociales o instituciones conveniadas: atiende con o sin obra social.

Población: no está dirigido a una población determinada, toda aquella persona o familiar que se acerca, es orientado para comenzar un tratamiento o derivado a la institución que corresponda según la demanda de este.

Capacidad de usuarios: actualmente posee 328 pacientes estables. En el caso de la comunidad terapéutica, cuando se encuentra en normal funcionamiento, posee 11 plazas para mujeres y 11 para varones.

Criterios que permiten el acceso:

- Con el objetivo de brindar mejor calidad de atención en la prestación decidieron estandarizar las derivaciones recibidas, por lo que cuando reciben una derivación de otra institución, se solicita un informe detallado de los motivos por los cuales se considera que puede recibir este tratamiento.
- Se solicita la participación en el tratamiento de un referente.
- Se evalúa cuál dispositivo es pertinente para la situación de consumo que atraviesa la persona.

Tipo de tratamiento: el dispositivo ambulatorio es de carácter grupal, posee un espacio de admisión, que prepara para formar parte de los grupos terapéuticos. La casa de día, es el espacio intermedio entre lo ambulatorio y la comunidad terapéutica donde se desarrollan talleres, de tipo literario, artístico, de huerta, pileta, de comunicación. También poseen un espacio de autoayuda y un grupo de sostén de logros. Por último se encuentra el grupo de motivación donde se trabaja la inserción laboral y si es necesario, la revinculación con familiares.

El dispositivo de internación en comunidad terapéutica, actualmente por cuestiones edilicias, no se admite nuevos ingresos, solo se encuentran los pacientes que no han podido ser reubicados en otra comunidad o no disponen de un referente que los contenga.

Instituciones con las que articula: articula con los DIAT (Dispositivo de Abordaje Territorial) para internación dentro de la ciudad. También con el SEMDA, Juzgados de Familia, Servicio Zonal, Centro Cerrado y Recepción de Mar del Plata, los Centros de Atención Primaria de la Salud, las Escuelas, las Sociedades de Fomento. Participan del programa nacional “El Estado en tu Barrio”³⁸. Posee un convenio con el Ministerio de Educación para capacitaciones. En el CEMA (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias) realizan capacitaciones a líderes comunitarios que están insertos en los barrios. Cuentan con un proyecto de

³⁸ Idem 35.

extensión con la facultad de psicología, donde a través de un seminario especializado, los alumnos realizan pasantías.

Equipo terapéutico: el equipo terapéutico se encuentra formado por una trabajadora social, directora del CPA, un psiquiatra, un profesor de educación física, tres operadores terapéuticos y tres personas que trabajan en lo administrativo.

Intervención específica del Trabajador Social: la trabajadora social manifiesta que lo específico de su función es estar en los equipos, saber lo que el paciente necesita, con objetivos generales, específicos y particulares. El general vinculado a la institución, los específicos y los particulares tienen que ver con procurar que los pacientes que concurren al CPA alcancen niveles de empleabilidad, para esto es necesario pensar en estrategias y conocer las instituciones que trabajan directa o indirectamente con esta problemática, y trabajar en conjunto, lo específico del trabajador social es construir trabajo social colectivo. En cuanto a la función del trabajo social manifiesta que se va construyendo en el espacio, teniendo en cuenta que estamos inmersos en esa coyuntura del medio entre el Estado y los pacientes. Es una función que se construye en equipo, e intenta quebrar modelos hegemónicos de intervención; esta cuestión de construir la función del trabajo social teniendo una conciencia colectiva del trabajo en equipo.

Dispositivo de Abordaje territorial (DIAT):

Sector al cual pertenece: pertenece al Nivel Nacional, depende de la Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).

Sede: posee dos sedes, una ubicada en el barrio “El Martillo” Coronel Vidal N° 2665 y otra en el barrio “Malvinas Argentinas” (Casa Caracol), Ituzaingó N° 8000.

Zona de influencia: Partido de General Pueyrredón

Costo del tratamiento: el dispositivo es gratuito

Obras sociales o instituciones conveniadas: no trabaja con obras sociales. En el caso de ser necesaria una internación posee convenio con la comunidad terapéutica Posada del Inti, perteneciente al sector privado, a través del

otorgamiento de Subsidios Personales. Para acceder este subsidio es necesario no poseer obra social. En el caso que esta comunidad terapéutica no posea cupo se trabaja con comunidades terapéuticas, distribuidas por toda la provincia de Buenos Aires.

Población: no está destinado a una población específica, todas las personas que lo soliciten son atendidas para una “primera escucha” (sic).

Capacidad de usuarios: no hay cupos de atención establecidos.

Criterios que permiten el acceso:

- En cuanto a los requisitos no hay cuestiones formales, se evalúa si las características del dispositivo encuadran con la situación de la persona.
- Si bien se solicita referente, no es necesario que lo haya para acceder al tratamiento.

Tipo de tratamiento: es un dispositivo de carácter ambulatorio. Cuenta con una instancia de primera escucha para quien se acerca con la problemática, también para familiares y allegados, además de recibir derivaciones de diversas instituciones de la ciudad. La forma de tratamiento puede ser ambulatorio, en algunos casos con terapia individual o consulta con el psiquiatra en caso de ser necesario. También puede participar de las actividades grupales como los talleres educativos, de yoga, huerta, cocina y boxeo.

Instituciones con las que articula: articula con el SEMDA, Instituciones Educativas, Juzgados de Familia, Defensorías, Patronato de Liberados, Servicio Zonal, La Dirección Municipal de Niñez, Adolescencia y Familia, Centros de protección de derechos de la niñez (Cepeden), Posada del Inti, y además participa de la Mesa Intersectorial de Salud Mental.

Equipo terapéutico: el equipo está conformado por dos trabajadoras sociales, cinco psicólogos, un psiquiatra, una terapeuta ocupacional, una psicopedagoga, acompañantes terapéuticos y talleristas.

Intervención específica del Trabajador Social: en lo referente a la intervención del trabajador social, este realiza la primer entrevista, junto con otro integrante del equipo, que puede ser un psicólogo, o un psiquiatra. Participa de talleres, en

distintas duplas, coordinando algunos de estos espacios. En ocasiones participa en gestiones, como trámite de alguna documentación referida a certificación de estudios, DNI. La función del Trabajador social, tiene que ver con que la persona pueda acceder al tratamiento y garantizar el acceso a otros derechos de manera interdisciplinaria.

Dispositivos terapéuticos pertenecientes al tercer sector

Instituciones Entrevistadas:

Proyecto Be Salud Mental:

Sector al cual pertenece: es una Asociación Civil sin fines de lucro denominada “Las Nornas”

Sede: posee una sola sede ubicada en la calle San Luis 4580, Piso 2.

Zona de influencia: actualmente los pacientes son de la ciudad de Mar del Plata, Necochea y Balcarce.

Costo el tratamiento: el tratamiento posee costo económico.

Obras sociales o instituciones conveniadas: realizan algunos convenios específicos con obras sociales, por ejemplo Suma, Medifé, algunas presentan resistencia para la cobertura, por lo que en general, cada familia costea el tratamiento, y en ocasiones, estas reciben el reintegro de sus obras sociales. Se contempla algún sistema de becas, pero tiene que ver con el criterio que determina la dirección del dispositivo

Población: la población a la que se dirige el dispositivo es sumamente heterogénea, incluye jóvenes, adultos, profesionales y estudiantes, no solo relacionado con consumo problemático de sustancias sino también con patología asociada.

Capacidad de usuarios: cuenta con un cupo máximo de 30 usuarios.

Criterios que permiten el acceso:

- El criterio de la institución que permite el ingreso de las personas a realizar el tratamiento se relaciona en primera medida con la pertinencia, es decir que el dispositivo que ofrece pueda atender a la demanda solicitada.
- Otro criterio es la solicitud, por parte del dispositivo, de que la persona se acerque con un referente para que participe de la entrevista, este puede ser padre, amigo, hermano.
- Es necesario que las familias puedan costear el tratamiento o poseer alguna obra social que dé cobertura el mismo.

Tipo de tratamiento: Proyecto Be, es un dispositivo de abordaje interdisciplinario por consultorio externo. Es personalizado y se adapta a cada paciente. Posee un espacio de psicoterapia individual, un espacio grupal y otro espacio de psiquiatría, el cual funciona si el paciente lo requiere, de lo contrario se realizan evaluaciones en el transcurso del tratamiento. Por último el espacio de abordaje social familiar donde se trabaja con las familias. El dispositivo no solo trabaja con consumo problemático de sustancias psicoactivas, sino también con casos duales, es decir, situación de consumo y algún tipo de patología de base, además patologías relacionadas al juego y trastornos alimentarios.

En casos particulares se realizan ateneos para analizar casos y cada cuatro meses, se evalúa el desarrollo de cada tratamiento. Además se realizan reuniones de equipo semanales donde solo participan los profesionales, de esta manera tienen conocimiento de lo trabajado por los distintos espacios del dispositivo.

Instituciones con las que articula: no articulan con ninguna institución, sólo ante situaciones graves de consumo, en el caso de ser necesaria la internación, se deriva al sistema público de salud o a la institución en la que brinde cobertura su obra social.

Equipo terapéutico: el equipo terapéutico está conformado por tres trabajadores sociales, tres psiquiatras y tres psicólogos.

Intervención específica del Trabajador Social: el trabajador social está abocado exclusivamente al abordaje familiar. El mismo se hace a través de entrevistas en

profundidad. También participa de entrevistas vinculares, en las cuales se encuentra la familia y el paciente. En casos particulares, interviene con el paciente en cuestiones relacionadas con la vida cotidiana, organización de lo económico, preparación para una entrevista laboral, situaciones que pueden aparecer como escollos concretos para alguien. El trabajador social afirma que la demanda profesional, en este dispositivo, es interesante, innovadora, distinta. Invita a desarrollar herramientas escasamente abordadas en la formación.

Posada del Inti:

Sector al cual pertenece: es una Asociación Civil sin fines de lucro.

Sede: posee varias sedes, una casa donde funciona la administración, ubicada en la calle España N° 4343, otra donde funciona el centro de día y el tratamiento ambulatorio en la calle Córdoba N°1397, además de las comunidades terapéuticas, “Antu Ruka” ubicada en la Calle 485 N° 3232, “Paraje San Francisco de Asís”, en ruta 88 Km 10 exclusivas para hombres y Comunidad Terapéutica “Inti Huasi”, en Los Arrayanes N° 6462 para hombres y mujeres.

Zona de influencia: la zona de influencia abarca todo el Partido de La Costa, y General Pueyrredón, también han tenido casos de otras provincias y de la ciudad de Buenos Aires.

Costo del tratamiento: el tratamiento es con costo económico.

Obras sociales o instituciones conveniadas: trabajan con todas las obras sociales. Realizan convenios con la Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) y la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires y con el Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires.

Población: los tratamientos no están dirigidos a una población determinada.

Capacidad de usuarios: no cuenta con cupos establecidos para los dispositivos ambulatorios. En relación a los dispositivos de internación en comunidad

terapéutica, en la actualidad cuenta con lista de espera. Cada una de sus sedes de internación en comunidad terapéutica cuenta con un cupo determinado, a saber: “Antu Ruka” con 66/67 plazas, solo para masculinos, “Paraje San Francisco de Asís” en la actualidad cuenta con 22 plazas para masculinos con la posibilidad de ampliarse a 60 y por último “Inti Huasi” con 35 plazas mixtas.

Criterios que permiten el acceso:

- Si bien los criterios para el acceso son flexibles, se considera la cuestión psiquiátrica, ya que no trabajan con patología dual.
- Se solicita que la persona concurra con un referente afectivo, aunque este criterio no es excluyente.
- Es necesario que las familias puedan costear el tratamiento, poseer alguna obra social que tenga convenio con la institución o ser beneficiario de un Subsidio Personal o beca al que acceden en caso de no poseer cobertura social y es costeado por el estado.

Tipo de tratamiento: Posada del Inti cuenta con el dispositivo de internación en comunidad terapéutica, el dispositivo ambulatorio, el centro de día y medio día. Es un dispositivo integral, flexible y singular ya que se evalúa cual es el más apropiado para cada persona. En el dispositivo de centro día, de medio día y de tratamiento ambulatorio funciona lo que se denomina integración social, esta es la segunda etapa del tratamiento, para los que ya pasaron por una comunidad terapéutica, se realizan diversos talleres y se trabaja sobre la inserción laboral y social, como es el armado de curriculum, proyecto de vida, entre otros. En otra sede funciona el área social y familiar. La comunidad terapéutica es de puertas abiertas, lo que implica que la persona tiene la posibilidad de irse cuando lo desee, en estos casos hay un diálogo donde se intenta motivar la permanencia, pero jamás se lo obliga a hacerlo. Tienen permitido retirarse de la comunidad para concurrir a trabajar, realizar cursos, hacer trámites, visitar algún familiar enfermo; hay mucha circulación. Tienen apertura a lo comunitario, ya que se realizan actividades con el centro de salud del barrio y con la sociedad de fomento.

Instituciones con las que articula: articula con la oficina de trabajo y con el sector de microemprendimientos del municipio, con el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA). También se desarrolla dentro de las comunidades terapéuticas un plan fines y estudiantes de la facultad de psicología y estudiantes de acompañante terapéutico realizan sus pasantías.

Equipo terapéutico: el equipo terapéutico está conformado por dos trabajadores sociales, once psicólogos, psiquiatra, médico clínico, talleristas, profesores de teatro, de canto, de percusión y de educación física.

Intervención específica del Trabajador Social: el Trabajador social realiza entrevistas de ingresos donde conoce a la persona, su trayectoria laboral, familiar y social, entre otros. Realiza programas a partir de los cuales se desarrollan talleres en los diversos espacios, y constantemente realiza investigaciones relacionadas con distintos emergentes de la problemática. Además articula con el área familia, trabaja desde lo comunitario con el paciente, lo cotidiano, a través del vínculo día a día. Poseen una reunión de equipo semanal, en las diversas comunidades terapéuticas donde se dialogan los casos y cómo van a trabajar con estos. Las Trabajadoras Sociales se turnan para ir, poseen un referente en cada dispositivo para facilitar la comunicación con el equipo.

Programa El Faro:

Sector al cual pertenece: es una asociación civil, denominada Arco Baleno

Sede: posee una sede en la calle Garay N° 2073.

Zona de influencia: no poseen zona de influencia determinada.

Costo del tratamiento: es con costo económico.

Obras sociales o instituciones conveniadas: trabajan solo con algunas obras sociales. La entrevistada no precisó cuáles.

Población: la misma es variada.

Capacidad de usuarios: no hay un cupo de atención determinado.

Criterios que permiten el ingreso:

- Que el dispositivo que ofrece pueda atender a la demanda solicitada.

- Que la persona se acerque con un referente que lo acompañe.
- Que las familias puedan costear el tratamiento o posean alguna obra social que tenga convenio con la institución.

Tipo de tratamiento: el dispositivo terapéutico de Programa el Faro posee Hospital de día, medio día y grupos ambulatorios. El abordaje es grupal, de frecuencia semanal, alternada por entrevistas individuales, grupo de padres, hermanos, parejas y ambulatorio. La terapia individual está destinada a las personas que por elección personal o decisión del equipo interdisciplinario, no puedan concurrir a otra alternativa institucional. Realizan grupos NIP (Proceso de Nueva Identidad) son jornadas de dos o tres días, a partir de las cuales se busca adquirir conciencia de las propias emociones y el redescubrimiento de la propia identidad. De los mismos participan quienes se encuentran dentro del tratamiento, sus familiares, quienes han sido dados de alta o cualquier persona interesada en participar.

Instituciones con las que articula: Programa el Faro no articula con otras instituciones, en el caso de ser necesaria la derivación pueden realizar alguna sugerencia.

Equipo terapéutico: el equipo terapéutico está formado por cinco psicólogos, cinco operadores terapéuticos, un psiquiatra, un médico y un trabajador social.

Intervención específica del Trabajador Social: la Trabajadora Social del Programa el Faro realiza la entrevista de admisión, con el paciente y su familia. Dentro del dispositivo participa del grupo de padres. Además realiza intervenciones sistémicas en domicilio ya sea que estén dentro del tratamiento o dados de alta, en este último caso se produce cuando surge una conflictiva, toman contacto con el referente del faro y este deriva la intervención en el caso que sea necesario.

Análisis del acceso a los dispositivos terapéuticos

Considerando el concepto de accesibilidad geográfica de Floreal Ferrara (2014), podríamos concluir, que existe una desigualdad para el acceso geográfico entre los dispositivos públicos y los del tercer sector ya que, realizando la comparación entre los mismos, se podría observar que el tercer sector posee varias sedes distribuidas en la ciudad, lo que facilitaría su acceso en términos geográficos. En cambio los dispositivos del sector público, serían escasos, y se encontrarían distribuidos de forma tal que no todos los medios de transporte públicos pasarían por dicha zona. Teniendo en cuenta la extensión territorial del partido de General Pueyrredón, podríamos observar que quien necesita acceder al tratamiento debería contar con recursos suficientes para abonar un medio de transporte o desplazarse recorriendo largas distancias.

En cuanto a la accesibilidad económica, podemos concluir que las personas que poseen obras sociales o recursos para solventar los tratamientos, disponen de una mayor oferta, ya que accederían a todos los dispositivos. Quienes no disponen de estos recursos económicos, recurren a los dispositivos públicos, que en el caso de internación en comunidad terapéutica, se ven limitados a la disponibilidad de cupos o becas.

En referencia a la población a la cual están dirigidos los tratamientos podemos concluir, que en el caso de las mujeres, la disponibilidad de acceso al dispositivo de internación en comunidad terapéutica se encuentra reducida ya que como observamos en las entrevistas, poseen cupos más limitados que los hombres. También se puede observar en el caso de los niños, niñas y adolescentes, la falta de dispositivos exclusivos para su abordaje ya que los mismos no estarían ajenos a esta problemática.

Cabe destacar que en el desarrollo de las entrevistas se pudo percibir que el dispositivo de internación en comunidad terapéutica, es pensado como último recurso, ya que todos los dispositivos adhieren a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y al Plan Iacop, que en su artículo diez inciso b afirma la necesidad de:

“Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que solo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la Ley N° 26.657”. Nos ha resultado significativo que en todos los dispositivos, se manifestó la demanda de acceso a los dispositivos de internación en comunidad terapéutica.

En todos los abordajes, se considera la singularidad de cada persona, su historia de vida, la situación de consumo que esté atravesando y la red de contención que disponga.

Podemos observar que los dispositivos del sector público articulan entre sí, además de trabajar con otras instituciones, por lo que su abordaje es interinstitucional.

Los equipos de los dispositivos del sector público y los del tercer sector coinciden en ser interdisciplinarios, ya que están compuestos por diversas disciplinas que aportan sus conocimientos, sus miradas específicas, persiguiendo un objetivo en común y participando de esta manera, en las decisiones que conciernen al tratamiento.

Podemos decir que los dispositivos entrevistados en los niveles públicos y del tercer sector se encuentran profesionalizados y realizan un trabajo interdisciplinario. Pudiendo concluir que los Trabajadores Sociales intervienen de distintas formas dentro de los mismos, ya que en algunos dispositivos solo trabajan con la familia y en otros tienen más contacto con la persona que consume, intervienen en cuestiones relacionadas con la vida cotidiana, como socio laborales y educativas, en caso de ser necesario gestionan recursos y trabajan para restablecer derechos vulnerados. Resulta importante destacar que la inclusión en este campo del trabajador social, es un espacio de intervención en expansión.

En cuanto al acceso a dispositivos de internación en comunidad terapéutica, podemos observar, que en el sector público, a nivel nacional no

existen dispositivos de estas características y en el nivel provincial, los cupos son escasos y actualmente el dispositivo no se encuentra en funcionamiento.

Conclusiones

En el desarrollo de nuestro trabajo, pudimos visualizar, que la accesibilidad a los servicios de salud no sólo se relaciona con su oferta, sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población.

Por esto sostenemos que la presente tesis cumplió el objetivo que se planteó; conocer el acceso a los dispositivos terapéuticos institucionales de abordaje sobre consumo problemático de sustancias en la ciudad de Mar del Plata, precisamente los criterios que cada institución en particular requiere a la hora de ingresar a los mismos.

A partir de esto, observamos que existe disponibilidad de acceso a los dispositivos ambulatorios, ya que ninguno de estos se encuentran con cupos completos. Por lo que podemos inferir que existe una escasa disponibilidad de dispositivos de internación en comunidad terapéutica en la ciudad de Mar del Plata. Esto se observa en la elevada demanda de acceso, referida en las entrevistas, así como también por la lista de espera expresadas por los profesionales entrevistados en Posada del Inti. A esto se le suma que en la actualidad no se pueden crear nuevos dispositivos de internación, ya que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, considera a las comunidades terapéuticas como dispositivos exclusivamente monovalentes, por lo que las coloca dentro de lo reglamentado en el artículo N° 27, que impone no sólo la prohibición de habilitar nuevas comunidades, sino que obliga a adecuar las existentes antes del año 2020. De esta forma, a los dispositivos de internación en comunidad terapéutica, se los iguala a lugares de internación crónica.

De esta manera podemos concluir que es una organización de la sociedad civil la que se ocupa de los dispositivos de internación en comunidad terapéutica, cubriendo de esta manera las funciones que debe realizar el Estado. Entendiendo que es el Estado, quien debe instrumentar políticas públicas en salud

sustentables, tendientes a favorecer el acceso a la atención desde una perspectiva de salud integral, estableciendo como eje central a la persona, su singularidad y el ejercicio de sus derechos, generando estrategias que en definitiva den respuesta a los problemas en tiempo y en forma, proporcionando tratamientos y servicios acorde a las necesidades de la población.

Para ello se hace necesario, que podamos reflexionar acerca de las distintas concepciones y miradas que se tenga del dispositivo de comunidad terapéutica. Redefiniendo la misma, dejando de lado parcialidades y contemplando a la persona, su singularidad, situación y contexto en que está inserto, el cual hace necesario la disponibilidad y existencia de este tipo de dispositivo.

Recordando que el consumo problemático de sustancias es una problemática social compleja, las cuales “son el resultado de las tensiones entre necesidades y derechos” (Carballeda, 2013) es aquí donde consideramos que el Trabajador Social, a través de su intervención, puede construir una ciudadanía activa, en relación a la efectivización y toma de conciencia de derechos.

Se pudo visualizar en el transcurso de las entrevistas que el Trabajo Social en este campo resulta novedoso.

Por lo tanto, consideramos que como profesionales de lo social es indispensable ejercitar una permanente problematización de la situación de consumo que atraviesa a la sociedad en su conjunto y reflexionar sobre nuestro ejercicio profesional por lo que las nociones que tengamos sobre estas problemáticas determinan el modo de actuar ante las mismas.

Para finalizar, como afirma Matus (2002) consideramos que “La primera tarea para lograr un cambio es que el Trabajo Social mismo se asuma como forma de trabajo reflexivo y crítico, es decir, que se constituya en una actividad creadora y no en una mera necesidad productiva” (p,71). Logrando “que se restaure la política, la acción y el pensamiento como instrumento posibilitador de un Trabajo Social que responda a un proyecto ético y político” (Malacalza; 2007, p.21).

Al hablar de reflexión lo hacemos desde la idea de entender tal acción como “deliberadamente crítica y lucidamente abierta a lo nuevo” (Castoriadis; 1997 p. 148).

Para pensar...

Luego de finalizadas nuestras conclusiones, nos parece relevante dejar abierto un conjunto de interrogantes para continuar investigando esta problemática.

Suponemos que el análisis realizado servirá de referencia para profundizar la temática en futuros estudios por diversos motivos. El primero de estos, radica en las dificultades encontradas, en el momento de búsqueda de información sobre la problemática del consumo de sustancias en la ciudad de Mar del Plata, no pudiendo, pese a los esfuerzos realizados, acceder a ningún material específico. Este estudio puede servir como punto de partida de estudios que indaguen cuestiones relacionadas con las conclusiones obtenidas de este trabajo.

Tampoco accedimos a trabajos generados por profesionales de trabajo social, que desempeñan su labor en la ciudad de Mar del Plata, por lo que consideramos la importancia de sistematizar las experiencias que los trabajadores sociales tienen en la ciudad, fruto de sus intervenciones en los diferentes campos. Esto fortalecería la mirada más crítica de la realidad en la cual intervenimos y generaría intervenciones más innovadoras y creativas desde el Trabajo Social.

Por último sostenemos que sería sumamente rico estudiar la accesibilidad en la ciudad de Mar del Plata como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y otros, en Comes, 2003, p. 04). A los fines de adentrarnos más profundamente en esta problemática ya que como profesionales de lo social aportaría grandes beneficios para futuras intervenciones y permitiría conocer las

falencias, que tienen actualmente los dispositivos a la hora de establecer el vínculo con quien demanda su servicio.

Guion de la Entrevista

- ¿A qué sector pertenece la institución?
- ¿Poseen más de una sede? ¿tienen zona de influencia determinada?
- ¿Tiene algún costo el tratamiento?
- ¿Trabajan con obras sociales o instituciones conveniadas?
- ¿A qué población están dirigidos los tratamientos terapéuticos? (sexo, edad)
- ¿Qué capacidad de usuarios posee? (cupos)
- ¿Cuáles son los criterios de la institución que permiten el acceso de las personas a realizar el tratamiento?
- ¿Qué tipo de tratamiento realizan? ¿Articulan con otras instituciones?
- ¿Cómo está conformado el equipo terapéutico?
- ¿Cuál es la intervención específica del Trabajador Social dentro del tratamiento?

Bibliografía

- Apuntes del curso virtual " Modelos de intervención preventivo asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas". Buenos Aires. Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) 2014.
- Argentina. Presidencia de la Nación (2004) .Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. Estudio Local de Consumo Problemático y Accesibilidad. Municipio de Berisso. Recuperado de:
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55084>.
- Baena, G. (1988), Manual para elaborar trabajos de Investigación documental. México: Editorial Editores Unidos Mexicanos.
- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000.) Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología UBA.
- Carballeda, A. J. M. (2006) La accesibilidad y las políticas de salud. Revista Margen.
- Carballeda, A. J. M. (2008). Drogadicción y sociedad. Colección. Cuadernos Margen. Espacio. Buenos Aires.
- Carballeda, A. J. M. (2008). Trabajo Social y Padecimiento Subjetivo. Colección Cuadernos Margen. Espacio. Buenos Aires.
- Carballeda, A. J. M. (2008). Política Social como Intervención en lo social. Colección Cuadernos Margen. Espacio. Buenos Aires.
- Carballeda, A. J. M. (2013) La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica. Buenos Aires: Espacio.
- Carballeda, A. J. M. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista Margen N° 65 Edición julio 2012.
- Carballeda, A. (2006) La accesibilidad y las políticas de salud. Revista Margen. Buenos Aires.

- Castoriadis C (1997) El avance de la insignificancia. Buenos Aires. Eudeba.
- Casella Miguel (2011) ¿La droga es el tóxico? Prevención de adicciones. Lugar. Buenos Aires.
- Dankhe. Diferentes diseños. Tipos de investigación. Colombia: McGraw-Hill. (1986). Recuperado en. 1996 de:
<http://www.revistaespacios.com/volumen17>.
- De Jong, E. (2000) Cuestión Social, Familia y Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social de Entre Ríos.
- Fernández, C, Collado y G.L. (1989). Investigación y comunicación. México: McGraw
- Ferrara, Floreal (1987). Teoría Social y Salud. Ed. Catálogos. Buenos Aires.
- Ferrara, F (1985) .Teoría Social y Salud. Buenos Aires: Catálogos.
- Fernández, A. y Rozas, M. (1988) Políticas Sociales y Trabajo Social. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Grawitz, M. (1984). Métodos y técnicas de las ciencias sociales. México: Editorial Mexicana. Vasilachis de Gialdino, I (1992). Los problemas teóricos metodológicos. Argentina: Centro Editor de América Latina S.A.
- Ley 26.934. (2014).Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. IACOP.
- Ley 26.657 (2010) Salud Mental.
- López, E. y Deslauriers, J.P. (20011).La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social”. Revista Margen N° 61.
- Mayer Hugo (2010) Drogas. Hijos en peligro. Caminos que acercan y alejan de la adicción. El Ateneo. Buenos Aires.
- Mario Puentes (2009). Detrás de la Droga. Raíces espirituales, culturales, sociales, familiares, psicológicas y orgánicas de la problemática de la drogadicción. Lugar.Buenos Aires.
- Mario Puentes (2008). Tu Droga Mi Droga Nuestra Droga. Cómo entender y que hacer frente a la problemática de la drogadicción. Lugar. Buenos Aires.

- Mendicoa, G. E (2003). Sobre Tesis y Tesistas. Lecciones de Enseñanza aprendizaje. Buenos Aires. Argentina: Espacio.
- Matus Sepúlveda, T. (2002). Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Naciones Unidas. (2003). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Oficina contra la droga y el delito. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- OMS (2007). Informe del Comité de Expertos en Farmacodependencia. Serie de Informes Técnicos. N° 30. Recuperado de: www.who.int/medicinedocs/documents/s14097s/s14097s.pdf
- Puentes, M. (2009). Estrategia Terapéutica en Drogadicción. Buenos Aires: Lugar.
- Revista Margen N° 61."La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social". Junio de 2011.
- Touzé Graciela (2010), Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación. Troquel. Buenos Aires.
- Rossi, D; Pawlowicz, M.P; Zunino D.S. (2007).Accesibilidad de los usuarios de drogas a los Servicios Públicos de Salud en la Ciudad de Buenos Aires y Rosario. Perspectiva de los Trabajadores de Salud. Argentina: Naciones Unidas.
- Ruth, S. (2005).Todo es Teoría. Objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires. Argentina: Lumiere.
- Revista Margen (2007).*Drogas en el siglo XXI: mercado, consumo e identidad de clases*. Edición digital N° 45.Buenos Aires.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006).Estrategias de Metodología Cualitativa. Barcelona: Gedisa.
- Weissmann Patricia (2005) Toxicomanías. Mar del Plata. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Bibliografía Web

- <http://www.intercanvis.es/pdf/13/13-09.pdf>
- (<http://www.planetaius.com.ar/fallos/jurisprudencia-c/caso-Colavini-Ariel-O.htm>).
- (http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/Main/AboutCICAD/History/History_spa.asp)
- <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000016.pdf>
- <http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Entrevista.pdf>
- http://www.colombiaaprende.edu.co/html/investigadores/1609/articles-322806_recurso_1.pdf
- <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/fanlo74.pdf>
- <http://www.mardelplata.gob.ar/MardelPlata>
- <http://www.redalyc.org/html/747/74711357008/>

Agradecimientos	2
Introducción	3
Estado del Arte	5
Capítulo I	
Breve Recorrido Histórico.....	9
Algunos conceptos para entender la problemática	14
Modelos sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas.....	18
A) Modelo Ético-Jurídico.....	19
B) Modelo Médico Sanitario.....	20
C) Modelo Psicosocial.....	20
D) Modelo Socio-Cultural.....	21
E) Modelo Abstencionista- Prohibicionista.....	23
F) Modelo de Reducción de riesgos y daños.....	25
Capítulo II	
Políticas Sociales y Legislación.....	28
Marco normativo vigente.....	38
Capítulo III	
Consumo Problemático y Tratamiento.....	43
Diversos abordajes sobre el consumo problemático de sustancias.....	47

Capítulo IV

Dispositivos Terapéuticos de la ciudad de Mar del Plata.....	57
Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA).....	57
Centro de Evaluación y Derivación (CEDECOR).....	57
Casas Educativas Terapéuticas (CET).....	58
Centro Provincial de Atención (CPA).....	58
Sistema Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA).....	59
Posada del Inti.....	59
Proyecto Vida Digna.....	60
Huellas de Vida.....	60
Proyecto Be Adicciones Salud Mental.....	61
Fundación Chance.....	61
Los notables.....	61
Programa el Faro.....	62
Remar.....	62
Canción 91.....	62
Acceso a los diversos dispositivos terapéuticos destinados al consumo problemático de sustancias psicoactivas.....	62
Accesibilidad geográfica.....	64
Accesibilidad económica.....	64
Accesibilidad cultural.....	64
Accesibilidad jurídica.....	64
Accesibilidad administrativa.....	64

Capítulo V

Trabajo Social e Intervención.....	67
------------------------------------	----

Capítulo VI

Aspectos Metodológicos.....	71
Objetivo general.....	71
Objetivos específicos.....	71
Metodología.....	72
Procesamiento de los datos.....	76

Capítulo VII

Análisis del acceso a los dispositivos terapéuticos institucionales de abordaje sobre consumo problemático de sustancias.....	77
Dispositivos terapéuticos pertenecientes al sector público.....	77
Instituciones Entrevistadas	
Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA)....	77
Centro provincial de atención (CPA).....	79
Dispositivo de Abordaje Territorial (DIAT).....	81
Dispositivos terapéuticos pertenecientes al tercer sector.....	83
Proyecto Be y Salud Mental.....	83
Posada del Inti	85
Programa el Faro.....	87
Análisis del acceso a los dispositivos terapéuticos.....	89
Conclusiones.....	92
Para pensar	94
Anexo.....	96
Bibliografía.....	97