



Tipo de documento: Tesis de Maestría

Título del documento: Los tratamientos no siempre son iguales: experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesis y directores):

Romina Ramírez

Ana Clara Camarotti, dir.

Pablo Di Leo, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2016

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





**Maestría en Políticas Sociales
Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales**

“Los tratamientos no siempre son iguales”
Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes
ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento del
área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires

(Un volumen)

**Tesis final para optar por el título de
Magister en Políticas Sociales**

Autora: Lic. Romina Ramírez

Directores: Dra. Ana Clara Camarotti y Dr. Pablo Di Leo

Buenos Aires, septiembre de 2016

A los y las jóvenes que intentan
recuperarse -una
y otra vez- sin perder la esperanza.

*A Loli, Catalina, Yesica, Hernán y
Cristian* por su apoyo y amor incondicional.

A Carlos, mi amado
compañero de vida,
por quererme y cuidarme siempre.

Índice

Agradecimientos	7
Resumen	9
Introducción	13
Contexto General	13
Las cifras del consumo: una mirada panorámica.....	15
Las cocaínas fumables: orígenes y expansión del consumo en América latina	16
Debates en torno al abordaje de las drogas	18
Fundamentación del objeto de investigación	20
Metodología	21
Consideraciones éticas	27
Estructura de la tesis	27
Parte I. Construcción del objeto de investigación	30
Capítulo 1: El consumo de PB/paco en Argentina	30
1.1 Surgimiento de una nueva sustancia. 1990-2000.....	32
1.2 El consumo de PB/paco 2001-2010	32
1.2.1 El consumo de drogas y de PB/paco en Argentina.....	36
1.2.2 Respuestas frente al consumo de drogas en Argentina. Un breve recorrido histórico	42
1.3 ¿Incluidos?	46
2.4 Síntesis.....	52
Capítulo 2. Abordajes y esquemas de tratamiento	54
2.1 Un recorrido por el sistema de salud Argentino	54
2.2 Una ley muy esperada	62
2.3 Barreras que dificultan la aplicación de la ley	71
2.4 Tratamientos y protocolos recomendados para los ex usuarios de PB/paco ...	75
2.5 Reducción de daños: ¿una alternativa para el tratamiento?.....	79
2.6 Respuestas comunitarias al consumo de Pasta Base/paco.....	81
2.7 El rol de los acompañantes en los proyectos comunitarios	85
2.8 Síntesis.....	86
Parte II. Resultados	89
Capítulo 3. Vulnerabilidades, cuidados y autocuidados. Una mirada desde los itinerarios terapéuticos	90

3.1 Vulnerabilidades	90
3.2 Trayectorias de los jóvenes ex consumidores de PB/Paco.....	93
3.2.1 Contexto familiar	94
3.2.2 Autocuidado durante el período de consumo	98
3.2.3 ¿Cuándo y por qué abandonaron el consumo?	104
3.3 Cuidados institucionales e itinerarios terapéuticos: hospitales y centros barriales	106
3.3.1 Experiencias de atención en instituciones de salud	110
3.3.2. Tratos y destratos en las respuestas brindadas.....	111
3.4 Síntesis.....	116
Capítulo 4. “Me quedé mirándome y me dio lástima”: experiencias que guiaron al tratamiento	118
4.1 Acercamiento a los espacios de tratamiento: algunas experiencias que aclaran la decisión.....	118
4.2 Itinerarios en torno al cuidado	126
4.2.1 ¿A qué tipo de tratamientos se acercaron?	132
4.3 Síntesis.....	135
Capítulo 5. “Si aguantás quedate”. Prácticas profesionales que alejan a los jóvenes de los tratamientos	137
5.1 Conceptualizando la experiencia: vínculos iatrogénicos.....	137
5.2 Características de las instituciones que se consideraron negativas	141
5.3 El ingreso y la entrevista como prueba de fuego	144
5.4 De amores y odios: el confronto	152
5.5 “Gracias, no me puedo quedar”	156
5.6 Prácticas de los responsables de los tratamientos	158
5.7 El escape	160
5.8 Síntesis.....	165
Capítulo 6. “Ningún tratamiento fue en vano” Recuperando elementos que ayudaron a los jóvenes a culminar el proceso	166
6.1 Aspectos positivos de las instituciones de tratamiento: amor, derecho y solidaridad	166
6.1.1 La importancia de los proyectos barriales o comunitarios en las experiencias de recuperación de los jóvenes	171
6.2 Potencialidades de los ámbitos comunitarios	178
6.3 La reconstrucción de los vínculos: el apoyo social.....	180
6.4 Formación de un proyecto de vida	182
6.5 Ventajas de los tratamientos comunitarios	184

6.6 Síntesis.....	186
Conclusiones: Aportes para el debate	189
Bibliografía.....	205
Anexo.....	223

Índice de Tablas

Tabla N°1: Modelos para abordar la problemática de las drogas	34
Tabla N° 2: % de estudiantes que declararon haber consumido durante el último año por tipo de sustancia psicoactiva, según grupo de edad. Población escolar nivel medio. Total país, 2014.....	37
Tabla N° 3: % de estudiantes que declararon haber consumido por primera vez durante el último año por tipo de sustancia, según sexo. Población escolar nivel medio. Total país, 2014.....	38
Tabla N° 4: % de estudiantes que declararon haber consumido por primera vez durante el último año por tipo de sustancia, según grupos de edad. Población escolar nivel medio. Total país, 2014	38
Tabla N° 5: Etapas del tratamiento en comunidades terapéuticas	59
Tabla N° 6: Funciones de los Ministerios	69
Tabla N° 7: Perfil de los jóvenes entrevistados.....	223
Tabla N° 8: Distribución de pacientes según configuración de consumo y configuración socio-demográfica	225

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Gráfico N°1. Frecuencia de consumo de drogas según precariedad residencial, sexo y edad; y sexo y nivel educativo.....	39
Gráfico N° 2: Frecuencia de consumo según sustancias.....	40
Gráfico N° 3: Consumo de sustancias ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.....	41
Gráfico N° 4: Prevalencia del consumo de PB/paco según sustancias.....	42
Gráfico N° 5: Instituciones que brindan tratamientos para usuarios de Drogas...74	
Gráfico N° 6: Vulnerabilidades	93
Gráfico N° 7: Matriz de recursos.....	127
Gráfico N°8: Complejidad de la iatrogenia.....	140
Gráfico N°9: iatrogenia verbal	144
Gráfico N° 10: Red de recursos	169
Gráfico N°11: Modelo barrial comunitario	171
Gráfico N 12: Modelo de trabajo comunitario	175

Agradecimientos

Esta tesis se pudo concretar gracias al esfuerzo de muchas personas. Escribirla no fue fácil. Hubo razones personales y profesionales que hicieron que más de una vez piense en quedarme en el camino. Las primeras me las reservo. Pero las segundas merecen ser compartidas.

A medida que iba avanzando en el trabajo de campo, llegaban noticias de que muchos de los jóvenes que había entrevistado morían. Unos por neumonía, otros por VIH/SIDA o tuberculosis y algunos a manos de la policía. Allí todo lo que habían dicho en las entrevistas cobraba un sentido diferente. Todas estas situaciones eran cimbronazos que me obligaban a plantearme qué era lo que debía escribir.

Carlitos -uno de los jóvenes fallecidos-, me dijo cuando terminamos la entrevista con una enorme sonrisa:- Usted escriba todo. No se guarde nada. Los pibes vamos a esperar que le den bola. En ese momento, lo miré y le dije:- Quédate tranquilo, te prometo que digo todo. Pero no puedo prometer que me den bola. Ambos nos reímos.

El no pudo esperar a que termine. Se fue antes y con él una parte de mí. Espero que desde donde esté sepa que cumplí con mi promesa. Con este recuerdo, les doy las gracias a todos los jóvenes que hicieron esfuerzos enormes para contarme sus experiencias. A ellos mi afecto y agradecimiento eterno.

También quiero darle las gracias a mis admirados directores: Ana Clara Camarotti y Pablo Francisco Di Leo. Ellos eligieron creer y confiar en mí, mucho más que yo misma. Sus lecturas atentas, profesionales y afectuosas me ayudaron a repensar el escrito una y otra vez.

A Ana Clara le agradezco que me haya brindado su dulzura, paciencia y enorme sabiduría. Sin su compañía jamás me hubiera atrevido a pensar en este tema. El aliento proporcionado en nuestras maratónicas charlas telefónicas (post día de entrevistas) facilitaron el trabajo y me ayudaron a enfocarme. Su contención fue mi oasis.

A Pablo le agradezco su generosidad y sus recomendaciones teóricas. Su compañía, humana y académica, me abrió las puertas un mundo conceptual que jaqueaban, para mi desazón, y enriquecían una y otra vez mis argumentos. Él ha desarrollado conmigo una paciencia cariñosa que le agradezco infinitamente.

Ambos son seres extraordinarios con los que espero seguir contando en mi recorrido académico porque son mis pilares fundamentales.

Quiero decirles gracias también a los equipos de investigación de los cuales formo parte, por los debates y los intercambios disciplinares que aportaron durante este proceso.

A mis amigos de la vida, Anabela De Feudis por su compañía constante, a Martín y Fernando Ramón Owsiak, Alejandra Pagotto, Carla Laguzzi y Franco Caruso y María Pía Venturiello. Ellos fueron los encargados de sacar a pasear mis miedos con su presencia.

A mi querido y enorme maestro Rubén Dri por dejarme, generosamente, compartir sus experiencias de vida y otorgarme el honor de ser parte de sus equipos y de sus afectos.

A Ezequiel Oria, por los debates, la compañía y la amistad.

A Ana Rita Díaz Muñoz y Valeria Lliubaroff por hacerme un lugarcito en su corazón y por compartir conmigo experiencias que me enriquecieron enormemente.

A Marcos Liberatore y al Padre Charly Olivero por la generosidad que han tenido siempre que los necesité. Ellos me abrieron las puertas de varios espacios y me ofrecieron, generosamente, sus experiencias.

A todos los profesionales que facilitaron contactos para que este trabajo pudiera realizarse.

A mi familia por el acompañamiento incondicional.

Finalmente, quiero agradecerle a la Universidad de Buenos Aires por financiar proyectos como este que contribuyen a visibilizar de un modo diferente a los jóvenes y a sus problemáticas.

En Argentina durante los últimos quince años se incrementó la visibilidad del consumo de drogas como la pasta base (PB)/paco¹ debido a la enorme difusión mediática de la situación que atraviesan los jóvenes durante el período de consumo. De este modo se entrevieron las dificultades económicas, sociales y culturales atravesadas por este sector de la población. Por esta razón, aunque los usuarios de esta sustancia representan aproximadamente el 1% del total de los consumidores de drogas, el impacto social y sanitario es enorme.

Considerando la cantidad de intentos de tratamientos realizados por los jóvenes de la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) para abandonar el consumo de PB/paco se observa la necesidad de analizar cómo describen ellos el funcionamiento de los diversos espacios de tratamiento/rehabilitación. El número creciente de intentos por culminar el proceso de recuperación oscila entre un mínimo de dos tratamientos hasta un máximo de nueve en la población con consumo intensivo de esta sustancia (SEDRONAR/OAD, 2011).

Por otro lado, al mismo tiempo que se incrementó la cantidad de usuarios con consumo intensivo de esta droga, aumentaron las barreras de acceso a espacios que pudieran considerar las necesidades y las particularidades histórico-contextuales de los jóvenes. Esos problemas dificultan la atención oportuna y generan la pérdida de oportunidades.

El número creciente de poli-tratamientos realizados por los jóvenes que residen en la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) para abandonar el consumo de pasta base PB/paco revela la necesidad de analizar cómo los jóvenes describen el funcionamiento de los centros de tratamiento/rehabilitación.

Por lo expuesto, esta tesis relata que las experiencias de los jóvenes ex consumidores PB/paco indican que, a pesar de que se encuentran expuestos a diversas vulnerabilidades, ellos realizaron varios intentos por recuperarse y que concurrieron a diversos centros de tratamiento de la zona sur del AMBA.

¹ En el presente trabajo se utilizarán ambos términos como sinónimos, entendiendo que en algunos barrios no significan lo mismo.

Objetivo general

Analizar las experiencias de los jóvenes ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento (públicos, privados, religiosos o laicos) destinados a resolver los consumos intensivos de drogas de la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Objetivos específicos

1. Caracterizar la situación, las necesidades y las demandas de los jóvenes que asistieron a los centros ubicados en la zona sur del AMBA por consumo de PB/paco.
2. Analizar los cuidados recibidos en los servicios de salud y centros de tratamiento/rehabilitación.
3. Describir las limitaciones y las potencialidades de los tratamientos.

Metodología

El estudio cualitativo se desarrolló en los años 2012, 2013 y parte de 2014. Se utilizó la teoría fundamentada para analizar las experiencias de los jóvenes. También se realizaron observaciones no participantes. Se efectuaron 30 entrevistas a 15 varones y 15 mujeres de entre 18 y 30 años de edad. La muestra incluyó a jóvenes ex usuarios de PB/paco que concurrieron durante 2001-2013 a organizaciones de la sociedad civil, tales como centros de día, centros ambulatorios con modalidad de internación parcial, centros barriales, comunitarios o comunidades terapéuticas. Para analizar los datos se utilizó el programa Atlas. ti.

Resultados

Los jóvenes relataron sus experiencias, sus itinerarios terapéuticos en búsqueda de cuidado. En ese sentido, recordaron que hubo momentos clave -relacionados a la metamorfosis física, los miedos y las enfermedades crónicas- que los llevaron a interrumpir el consumo intensivo. Las mencionadas situaciones, fueron momentos clave para tomar la decisión de abandonar el consumo.

La decisión de recuperarse se explica por varios motivos: 1- la percepción del deterioro físico durante el consumo, la posibilidad de alejarse de los hijos o de ir presos, el miedo a perder la vida a manos de algún vecino o de la policía y la pérdida de seres queridos producto del consumo intensivo de drogas.

Una vez que decidieron afrontar el proceso de recuperación, ellos circularon por diversas instituciones antes de tomar la decisión de permanecer en alguna puntual. De ese modo, tuvieron diversos itinerarios en busca de cuidado.

La búsqueda de recursos inició, generalmente, en hospitales y centros de salud barriales. Pero destacaron que, si el grupo de profesionales y administrativos no se mostraba receptivo, ellos preferían no concurrir a los espacios.

Según sus experiencias, ellos caracterizaron algunas instituciones en las que se sintieron destrutados. En esos ámbitos, desde el ingreso se manifestaron dificultades en la comunicación y las técnicas que se utilizaron para alejarlos del consumo implicaban castigos y enfrentamientos con los jóvenes que se encontraban más avanzados en el proceso de recuperación/reinserción. A pesar de esta situación, destacaron que los profesionales o responsables de la institución adoptaban conductas poco amorosas en nombre de la buena voluntad.

Los espacios barriales o comunitarios fueron descritos como los más significativos porque recuperaron las características contextuales y sociales de los jóvenes. Por lo tanto, los indicaron como los espacios en los cuales ellos pudieron alejarse del consumo y sostener la decisión en el tiempo fueron los que incorporaron la figura de un apoyo que los ayudó a conectarse con el exterior. Esta persona los acompañó en el proceso de recuperación y los ligó a instituciones que propiciarían el bienestar y la planificación de actividades a futuro. La figura del apoyo, generalmente, estuvo presente en las respuestas denominadas comunitarias.

Conclusiones

Contrariamente a la visión estigmatizante hegemónica que sostiene que los consumidores de PB/paco no piden ayuda, se observa que ellos buscaron contención en diversas instituciones o personas para afrontar el proceso de tratamiento y rehabilitación. En función de los acercamientos iniciales armaron redes para conseguir comida, medicamentos o atención médica. Aunque las conexiones relatadas fueron endeble y efímeras, la mayoría de los entrevistados relató que recurrió a hospitales y centros de salud para ser atendido por alguna dolencia concreta en períodos de consumo intensivo. También refirieron que hubo situaciones que los llevaron a adoptar medidas de autoprotección durante esta etapa. Los ex usuarios de PB/paco señalaron dos tipos instituciones de tratamiento: 1-las que les brindaron apoyo social, que en su mayoría fueron instituciones barriales y

con base comunitaria, caracterizadas por el buen trato y 2- las poco flexibles o expulsivas, en las que los profesionales demostraron interés por ayudarlos, pero que esta ayuda se vio obstruida por las conductas iatrogénicas adoptadas intra-institución.

Palabras clave

Tratamiento - PB/paco -Experiencia - Cuidado -Iatrogenia - Apoyo social.

Contexto General

Durante el Siglo XIX, la mayoría de los gobiernos occidentales prohibió la relación de los individuos con ciertas sustancias consideradas nocivas para la salud humana. Así, se estigmatizó a los consumidores y se los catalogó como “enfermos”, “desviados”, “delincuentes” o “peligrosos” (Kornblit, 2004; Kornblit *et al.*, 2010). Sin embargo, a pesar de las estigmatizaciones muchos individuos utilizaron las sustancias para encontrar alivio a la incertidumbre generada por la modernidad (Escohotado, 1990).

En este período se comenzó a pensar a las drogas como una cuestión que afectaba a quienes las consumían a la vez que al contexto social. A finales del XIX, con una notable expansión en el siglo XX, el uso de sustancias se percibió como un tema de incumbencia social y se transformó en problemático porque se temía que el sujeto organice su vida en función de ellas.²

Ese temor escondía la verdadera preocupación por parte de los estados ya que temían que se pongan en riesgo los sistemas de producción. Si el individuo desarrollaba dependencias de las sustancias no se incorporaría plenamente al modelo productivo- industrial incipiente. Esta fue una de las más poderosas razones por las cuales se comenzó a pensar la relación del individuo y la sustancia. Sin embargo, a pesar del vínculo conflictivo entre sustancia y sujeto, las drogas se convirtieron en una mercancía que adquirió un alto valor en el mercado (Escohotado, 2008).

El consumo pasó de ser una práctica privada a una muestra de debilidad moral de ciertos grupos que posteriormente serían considerados peligrosos. De esta manera, las prácticas rituales quedaron relegadas a un segundo plano.

En el siglo XIX se les otorgó a las drogas un valor económico y se las transformó en un problema que debió ser atendido socialmente en el mundo occidental. Se convirtió en un fenómeno plural, porque “se presenta en una variedad de tiempos,

²La cruzada contra las drogas comenzó en el siglo pasado en Estados Unidos que consideró que debía iniciar una “guerra moral” contra los fármacos, que el alcohol, considerado impuro, debía ser demonizado porque llevaba a que los sujetos desvíen sus conductas (Touzé, 2006).

lugares y a través de diversas sustancias” (Touzé, 2010:19). En concordancia con las observaciones anteriores, Oriol Romaní señala que:

[...] los usos de drogas han sido convertidos en un fenómeno universal, mientras que la existencia de la drogadependencia, como temática social, es una característica de las sociedades modernas o urbano - industriales [...] (1992: 261).

A partir del siglo XX la *drogadependencia* fue construida como un problema social del cual los Estados occidentales debían ocuparse, a pesar de que el conocimiento científico sobre la temática era escaso y equívoco (Corda, 2014; Kornblit *et al.*, 2010; Touzé, 2010; 2006). Esta construcción posibilitó la creación de diversos estereotipos sociales en torno a los consumidores de drogas³ y facilitó la aplicación de convenios que condenaban el tráfico.

En este contexto, durante el siglo XX se relacionó a las sustancias con el delito y la enfermedad. En función problemáticas se adoptaron medidas drásticas como el *prohibicionismo*.

Según Oriol Romaní (1992), este paradigma ligado al control social, se basó en la fiscalización de ciertas sustancias, asociadas al consumo descontrolado y, por tanto, fueron equiparadas a las drogas. Para proteger a los individuos se optó por la prohibición del cultivo, la comercialización y el consumo.

La asociación y construcción hegemónica del concepto droga como algo estigmatizante se origina alrededor de 1900 en los Estados Unidos y también durante los años de la Primera Gran Guerra en Europa. Bajo el lema que predicaba la protección moral a los más débiles (los “salvajes”, los trabajadores metropolitanos, las mujeres y los niños) esta visión obtuvo consenso y legitimidad social.

De este modo, la “lucha contra la droga”, fue justificada de diversos modos con lenguaje científico, que remarcaba los peligros del consumo para salud y argumentaban la necesidad de librar aquella lucha.

Con el objetivo de controlar el problema también desde la esfera política, durante el año 1909 se reunieron en Shanghái trece naciones con el objetivo de regular el

³ A largo del trabajo se referirá a este término desde su carácter práctico. En este sentido es un constructor de pensamiento social. Cuando se define el término se alude a las creencias compartidas por los miembros de una cultura, relacionados a grupos a los que se les adjudica un conjunto de atributos (Kornblit *et al.*, 2005: 5)

tráfico de opio para uso médico.⁴ Posteriormente, en Ginebra se celebraron acuerdos tendientes al control de estupefacientes. A partir de 1925 se empezó a correr la mirada del tráfico para centrarse en el consumo del opio. Esa fecha constituye un hito que inspiró la creación de las sucesivas políticas de drogas y ocasionó que en 1964, mediante Convención Única sobre estupefacientes, se les otorgue tratamiento médico y se rehabilite a los individuos que abusaban de las sustancias tóxicas. En ese contexto, la prohibición del uso de las “drogas peligrosas” se basó en la protección tanto a las personas como a la sociedad (Kornblit *et al.*, 2010).

Las cifras del consumo: un recorrido panorámico

Según el Informe Mundial sobre las Drogas se calcula que entre el 3,4% y el 7,0% de la población adulta del mundo consumió alguna droga ilícita al menos una vez en 2013 (UNODC, 2014).

Los datos respecto al impacto del consumo de las sustancias en la población general revelan que 0,6% de los adultos en el mundo son consumidores problemáticos de alguna sustancia que afecta negativamente varios aspectos su vida,⁵ y que presentan algún trastorno ligado al consumo de drogas. Por lo tanto, requieren atención especial del Estado a través de las políticas de salud (CICAD, 2013).

En general, la problemática reviste mayor visibilidad en la población masculina. De ese modo, las estadísticas, generalmente, no logran revelar la importancia del consumo en la población femenina porque este adquiere un carácter privado (SEDRONAR/OAD, 2014).

Como se afirmó anteriormente, la temática se aborda, en la mayoría de las ocasiones, desde la perspectiva de la lucha contra el narcotráfico. Por ese motivo en los últimos años, los recursos se orientaron a prevenir delitos relacionados con esa cuestión. Pero, al mismo tiempo que es relativamente sencillo identificar los recursos destinados a la “guerra contra las drogas”, no existe un cálculo preciso

⁴ La Comisión Internacional del Opio, impulsada por Estado Unidos, se reunió en Shanghái (China) en 1909. La idea de este encuentro fue firmar un convenio que reglamente el comercio de opio en el mundo. El tratado fue firmado por Alemania, Estados Unidos, China, Francia, Reino Unido, Italia, Japón, Holanda, Persia, Portugal, Rusia y Siam. Años más tarde, se incorporaría Honduras.

⁵ Se considera consumo problemático si la frecuencia del mismo afecta la salud física o mental de la persona o sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), secundarias (trabajo o estudio) o con la ley (El Abrojo, 2007).

respecto a la inversión realizada para la atención de los usuarios de drogas dentro sistema de atención de salud a nivel global. Sólo existen datos aislados. No obstante, se estima que un consumidor de drogas requiere recursos sanitarios que duplican los necesarios para tratar a un individuo sin consumo de drogas (UNODC, 2014).

Las cocaínas fumables: orígenes y expansión del consumo en América latina

La pasta base (PB) o paco es una de las formas de las cocaínas. Ana Laura Candil (2012) refiere que estas sustancias deben pensarse en plural debido al proceso que se realiza desde la hoja de coca hasta llegar al clorohidrato de cocaína (o cocaína). Generalmente se utiliza de modo inhalable, pero debido al proceso de producción surgen varias sustancias intermedias.

El debate existente en torno a la composición de las drogas variantes de la cocaína “para pobres”, “de bajo costo o baratas”, evidencia posturas encontradas respecto a si estas sustancias (pasta base y paco) son o no las mismas. La primera posición sostiene que la pasta base es un producto intermedio entre la hoja de coca y el clorohidrato de cocaína. Paralelamente, otra postura define al paco como un desecho del refinamiento del clorohidrato de cocaína. Finalmente, se observa una opinión que asevera que son la misma sustancia pero que se denominan, según el contexto, de manera diferente (SEDRONAR/ OAD, 2007).

El único consenso que podría destacarse es el que asevera que estas sustancias son de menor calidad, por lo tanto dentro del mercado presentan un menor precio al fraccionarse y son muy nocivas por su toxicidad. Esta característica, ligada al contexto político, económico y sociocultural dan cuenta de la relevancia socio-sanitaria de la temática que se pretende abordar (Bourgois, 2005).

Esta sustancia recibe diversos nombres: crack en Brasil y EEUU; bazuco en Colombia, lata en Chile, pasta base (PB)/ paco en Argentina, (pero según los barrios a los que se asista puede denominarse tumba, chasquis, angustia o marciano (mezclado con marihuana), mono (con tabaco) petardo o pitillo.

Pero independientemente del bautismo que reciba, es significativa la escasez de respuestas socio- sanitarias que se piensan para afrontar el problema desde la salud pública (Milanese, 2013).

En la década de 1970 en el área Andina (comprendida por Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador) comienzan a utilizarse las denominadas cocaínas fumables y se instalan

laboratorios de producción de clorohidrato de cocaína (Ranguini *et al.*, 2006).⁶ Como se ha mencionado, el residuo de cocaína se denomina de diversas maneras según la región⁷. Según Guillermo Castaño

[...] las “cocaínas fumables” derivan del procesamiento de la hoja de coca y tienen un muy bajo punto de fusión, lo que les permite ser volatilizadas fácilmente lo que les da un mayor poder adictivo, produciendo en los consumidores una rápida dependencia y un grave deterioro bio-psico-social (Castaño, 2000: 542).

A mediados de la década de 1990 estas sustancias comienzan a expandirse, con mayor velocidad, al resto de América latina. En estos años, el empleo de cocaína base fue menos frecuente en América Central y América del Norte. Sin embargo, en esas regiones se registra con mayor frecuencia el uso de crack, una sustancia que no se emplea ampliamente en los países de América del Sur.

Si bien la *prevalencia*⁸ del consumo en la región es estadísticamente baja, el impacto social y sanitario es muy alto (Castaño, 2000; Candil, 2012). Generalmente, las investigaciones de los organismos internacionales tales como la Organización de Estados Americanos (OEA), la Organización de Naciones Unidas (ONU) o la Comisión interamericana para el control y el abuso de drogas (CICAD) ponen en el centro de los debates al tráfico de las sustancias y dejan de lado las implicancias que el consumo tiene para la salud de los consumidores. Los intentos de establecer protocolos de atención para los usuarios de las cocaínas fumables han sido, por lo menos, insuficientes (Zaffaroni, 2011). Los tratamientos para matizar o eliminar el consumo de Pasta Base o paco (en adelante, PB/paco) en la región, en la mayoría de los casos, no han sido satisfactorios porque se abordan a través de esquemas unificados que no consideran la diversidad de contextos de quienes intentan recuperarse. Por esa razón, la retención de los jóvenes en los procesos de rehabilitación es escasa y las recaídas frecuentes. Esta situación justificó el pedido de algunas organizaciones de la sociedad civil para que se incluya, dentro de las

⁶ Paralelamente, en Estados Unidos se reportan los primeros casos de consumo de lo que en ese momento se denominó base libre (Touzé, 2006).

⁷ Aunque son sustancias distintas en los barrios de Buenos Aires se denominan Pasta Base o paco de modo indistinto. Para los fines de este trabajo los términos serán utilizados como sinónimos (Camarotti y Touris, 2010)

⁸ La prevalencia refiere al número total personas afectadas por una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país (Tapia Granados, 1995).

respuestas terapéuticas, la aplicación de estrategias de *reducción de daños*.⁹ Algunas experiencias en este sentido han sido desarrolladas en países como Colombia, Bolivia y Brasil (CICAD, 2013; SEDRONAR/OAD, 2011).

Como el consumo de las cocaínas fumables se ha incrementado en la región es menester considerarlo un problema de salud pública. En países como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay el tema ya se aborda (al menos desde las intenciones) desde este paradigma. Ese tipo de abordaje, se torna primordial si se considera que quienes han consumido este tipo de sustancias son grupos que presentan diversas vulnerabilidades y marginalidad.

Durante los años 2003-2013 el PB/paco, formó parte de las agendas de salud, como un tema prioritario, en Argentina, Chile y Uruguay (CICAD, 2014). Aunque numéricamente los usuarios de la mencionada sustancia sean una minoría, se calcula que son alrededor del 1%, comparados con los de otras drogas ilícitas, una alta proporción de ellos requieren tratamientos específicos por las características que posee la sustancia: toxicidad y adicción.¹⁰

Debates en torno al abordaje de las drogas

En la actualidad, el debate político sobre las drogas gira en torno a la prohibición o la despenalización. Pero casi no se discuten en las agendas políticas las alternativas de tratamiento. Las respuestas estatales frente al consumo de drogas dan cuenta del modelo prohibicionista-abstencionista. En su mayoría, los esfuerzos estuvieron destinados a que los usuarios de drogas dejen de consumir o a que el público en general no se tiente con el consumo de ningún tipo de sustancia. Esta decisión, tuvo como consecuencia que desde las agendas gubernamentales, no se piense cómo reducir los efectos negativos que las sustancias les generaban a quienes deciden consumirlas.

⁹En 1990 surge en Argentina el modelo de Reducción de daños que propone el reemplazo del uso de sustancias nocivas por otras que tengan un menor impacto. Este abordaje, apunta a la prevención por medio de la difusión de información sobre los efectos dañinos que causa la sustancia. El objetivo es que los consumidores de drogas consulten a los servicios de salud. El objetivo es minimizar el riesgo que genera el consumo intensivo (Camarotti, 2006).

¹⁰ En el capítulo 1 se presentarán datos estadísticos recientes en torno al consumo de PB/paco.

La falta de una política dirigida a los tratamientos de recuperación-reinserción de drogas da cuenta de la vulnerabilidad a que son expuestos los consumidores y sus familias.

Durante la última década América latina ha realizado esfuerzos tendientes a sortear las exigencias prohibicionistas planteadas desde Estados Unidos. En la región se están incorporando otras perspectivas para el abordaje de los consumos/ usos de drogas que no necesariamente se ligan a la prohibición de las sustancias. La tendencia generalizada se relaciona con la búsqueda de nuevos enfoques y alternativas a las políticas anti-drogas y la represión a los consumidores está perdiendo cada vez más su hegemonía.

Según la CICAD (2014) el enfoque más adecuado es considerar, como se ha expresado anteriormente, que el consumo constituye un problema de salud pública. Este abordaje permite poner en el centro de la escena el rol de los efectores sanitarios en su totalidad, empezando por los profesionales de salud -médicos, enfermeros, agentes sanitarios, personal administrativo- y todos los empleados que componen el sistema. Al mismo tiempo, permite incorporar el entorno de las personas, la escuela, la iglesia y la comunidad en su conjunto (Ramírez, 2013b).

Si a esta perspectiva se le sumará una definición integral respecto a las adicciones, el abordaje podría ser tematizado desde otra mirada. En este sentido, el término comprende:

un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas, en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, el entorno social y las experiencias personales (Romaní, 1999).

Pero para complejizar la mirada, habría que establecer la diferencia que existe entre adicciones y *consumos problemáticos*, que son aquellos que modifican las rutinas de las personas y sus relaciones con el entorno (Plan Integral de Consumos Problemáticos, 2014). A diferencia de la adicción, se pueden manifestar en el consumo de sustancias, legales o ilegales, como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc., o en conductas compulsivas hacia otras modalidades, como el juego, la tecnología o la alimentación. En este sentido, resultan un marco un poco más abarcativo para pensar la temática.

Sin embargo, cuando se alude a los jóvenes que consumen PB/paco estos términos se entremezclan y se suelen utilizar otros como consumo abusivo o intensivo, porque en general esta sustancia casi no se utiliza de modo controlado.

Fundamentación del objeto de la investigación

Los programas de tratamiento para los usuarios de drogas constituyen una preocupación central para la salud pública en Argentina. Abordar el tema desde esta perspectiva, implica la utilización de marcos regulatorios para que estos puedan desarrollarse en sintonía con los Derechos Humanos de las personas que los realizan.

Como la temática del tratamiento por consumo de drogas se aborda desde una perspectiva general, pocas veces incluye las experiencias de los jóvenes en los diversos ámbitos y los recorridos previos a la llegada a los espacios de recuperación/reinserción. Esta omisión puede constituir una de las explicaciones posibles para comprender la reincidencia en los tratamientos (SEDRONAR/ OAD, 2011). Por las razones expuestas anteriormente, en este trabajo se recurrirá a la experiencia de los jóvenes para analizar el acercamiento que realizaron a los diversos espacios, como así también, los recorridos en busca de cuidado en momentos previos al comienzo del tratamiento. La riqueza de esta perspectiva, radica en que podría dar origen a novedosas explicaciones sobre el funcionamiento de los espacios dedicados a la rehabilitación/ reinserción social de los jóvenes con consumos de PB/paco. A la vez, que podría contribuir a realizar intervenciones concretas.

Al mismo tiempo, el relato de las experiencias permite visibilizar no sólo a quien las relata, sino también su contexto. Así, por medio de las narraciones de los sujetos se visibiliza la existencia de instituciones que aparecen y desaparecen de su cotidianeidad. De este modo, se obtiene una imagen clara que ayuda a evitar presupuestos y que, al mismo tiempo, tensiona las diferencias poniendo de relieve la lógica interna de funcionamiento intra-institucional que acerca o aleja a los jóvenes de los espacios de tratamiento.

Por lo tanto, recuperar el punto de vista de usuarios de PB/paco y sus experiencias sobre el proceso mediante el cual tomaron la decisión de comenzar el tratamiento, permite también obtener información valiosa sobre el primer contacto con el/los espacios a los que acudieron. A la vez, ayudará a comprender que a partir de las experiencias se van modificando las conductas y se produce el proceso de toma de decisión de recuperarse.

El trabajo aquí expuesto, permite contextualizar los intentos de los jóvenes ex usuarios de PB/paco de acercarse a los espacios que los pudieron ayudar a alejarse del consumo intensivo, también permite reconstruir los itinerarios en busca de cuidado en las instituciones de salud como hospitales y centros de atención primaria. A la vez que aporta elementos para analizar la llegada, la primera entrevista, las relaciones con los compañeros, las pertinencia de las técnicas utilizadas desde una perspectiva crítica y el trato con los profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, u otros miembros del sistema de salud).

En este trabajo se retomará cómo se constituyeron las prácticas tendientes a reconocer a los jóvenes como individuos que necesitan de otros para lograr alivio en sus consumos de PB/paco. A partir de esta consideración, se describirán las lógicas de los espacios que los jóvenes ponderaron como expulsivos o como positivos/beneficiosos.

Objetivo general

El objetivo general de la presente tesis es analizar las experiencias de los jóvenes ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento (públicos y privados) para los consumos problemáticos de drogas de la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Objetivos específicos

1. Caracterizar la situación, las necesidades y las demandas de los jóvenes que asistieron a los centros ubicados en la zona sur del AMBA por consumo de PB/paco.
2. Analizar los cuidados recibidos en los servicios de salud y centros de tratamiento/rehabilitación.
3. Describir las limitaciones y las potencialidades de los tratamientos.

Metodología

El abordaje metodológico utilizado fue cualitativo. Se realizaron entrevistas en profundidad y observaciones no participantes, que se sistematizaron por medio de notas de campo. También se utilizaron materiales que la tesista produjo en el Informe Técnico *Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de pasta base. Límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona sur del AMBA*, financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga dependiente del Ministerio de

Salud de la Nación y los proyectos UBACyT 20020090100376 (2010-2012) *Jóvenes, espacios de sociabilidad, consumos/usos de drogas y violencias: un análisis de sus vinculaciones con los procesos de individuación en el sur del AMBA* y UBACyT 20020120200171 (2013-2016) *Procesos de vulnerabilidad y cuidados en las experiencias biográficas de jóvenes en barrios marginalizados del Área Metropolitana de Buenos Aires*, dirigidos por el Dr. Pablo Francisco Di Leo y codirigidos por la Dra. Ana Clara Camarotti.

La presente investigación se ubica dentro del paradigma interpretativo de las ciencias sociales, cuyo núcleo central consiste en la búsqueda de la comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los sujetos (Habermas, 1999; Vasilachis de Gialdino, 2007). De este modo, la estrategia metodológica adoptada buscó la comprensión de las experiencias de los jóvenes que asistieron a centros de tratamiento en la zona sur del AMBA. Al mismo tiempo, se consideraron las percepciones respecto de los tratamientos, la utilidad que presentan en sus contextos y los cuidados recibidos durante los mismos (Denzin y Lincoln, 2003, Sautú *et al.*, 2005). Así, se buscó indagar en la cotidianeidad de los jóvenes y en las vivencias atravesadas durante el transcurso del tratamiento con el fin de interpretar los sentidos que les otorgaron a sus experiencias terapéuticas.

En términos de Pierre Bourdieu (2007) se trata de *comprender*, ya que el sentido de la labor realizada por los sociólogos consiste en entender y explicar las perspectivas del *otro* sin anular las diferencias existentes y enriqueciendo cada uno de los puntos de vista de la población participante del estudio y el propio. Para lograr este intercambio, el autor sostiene que se requieren dos requisitos fundamentales: primero un conocimiento exhaustivo previo y luego una apertura que facilite la comprensión de las expresiones y los puntos de vista para contextualizarlos temporal y espacialmente. Mediante este ejercicio es posible entender las trayectorias particulares de los sujetos.

La muestra estuvo dividida en dos etapas. La primera fue la localización y el contacto preliminar con informantes clave que trabajaran en algún dispositivo terapéutico, en la zona sur del AMBA. Con ellos se mantuvieron conversaciones informales que se enfocaron en seis ejes: líneas terapéuticas de trabajo, opiniones sobre la legislación vigente en materia de tratamiento y adicciones, opiniones sobre los consumidores de PB/paco, posibilidades de las respuestas socio-sanitarias para

afrontar a las problemáticas de los jóvenes, fortalezas y debilidades de las instituciones en las que trabajan y cambios necesarios para mejorar la calidad de los tratamientos.

Las conversaciones duraron entre veinticinco minutos y una hora. Se realizaron, generalmente en sus lugares de trabajo, en bares o salas de reuniones de instituciones públicas o privadas de la CABA y el Gran Buenos Aires. Se contactó a once informantes, pero las charlas no fueron grabadas por pedido expreso de la mayoría. De esta etapa participaron cuatro psicólogos, dos directores de centros comunitarios, dos sacerdotes y tres operadores socio-terapéuticos que trabajan en diversos lugares tales como hospitales públicos, centros de día, comunidades terapéuticas o centros comunitarios/barriales. Ellos facilitaron los listados de jóvenes que finalizaron el tratamiento en 2011, 2012 o 2013 para que la tesista pudiera contactarlos. Por lo tanto, fueron los encargados de proporcionar los teléfonos o las direcciones de los jóvenes.

La mayoría de los contactos se realizaron por intermedio de conocidos en común. Casi todos mostraron disponibilidad a compartir sus experiencias de trabajo. Al mismo tiempo, manifestaron la necesidad de que los tratamientos puedan dirigirse específicamente a los consumidores de PB/paco. Para esta etapa de la investigación, también se tomaron resguardos éticos tales como no grabar las entrevistas y no tomar fotografías de los espacios de trabajo. Además, antes de la realización de cualquier conversación se les comentó cuáles eran los objetivos de la investigación y se les aseguró estricta confidencialidad.

El criterio de inclusión para la participación de los profesionales en esta etapa estuvo guiado por la experiencia efectiva de trabajo en lugares que trabajaran con jóvenes con consumo de PB/paco. La meta de las conversaciones fue lograr una primera aproximación a la temática que incluyera el punto de vista de los encargados de brindarles atención y contención a los jóvenes. El contacto con ellos se mantuvo durante todo el trabajo de campo con los jóvenes porque eran la carta de presentación para que ellos accedieran a la entrevista.

La segunda etapa de trabajo realizado entre mayo de 2012 y marzo de 2014 con jóvenes ex usuarios de PB/paco que habían concurrido a organizaciones de la sociedad civil en la ciudad de Buenos Aires (Barracas, Retiro) y a diversos espacios del sur del conurbano bonaerense (Monte Grande, Lomas de Zamora, Lanús y Florencio Varela) durante 2001-2012. Se entrevistó a 30 jóvenes (15 varones y 15

mujeres) de entre 18 y 31 años de edad que habían terminado su tratamiento al menos un año antes y que en ese momento no estaban transitando el proceso de recuperación, tras haber asistido de manera temporal o permanente a centros de día, comunidades terapéuticas o espacios de recuperación y tratamiento de personas con consumos problemáticos de drogas. La selección se efectuó mediante un listado obtenido con la ayuda de los informantes clave. Con cada joven que accedió a formar parte del estudio se realizó al menos un encuentro, y en los casos necesarios, otros adicionales para profundizar. En dos de los casos se realizaron cinco encuentros con cada entrevistado porque la trayectoria institucional era demasiado extensa; estos encuentros fueron necesarios para entender cómo cada una de las instituciones había modificado o no las experiencias de los jóvenes intervinientes en el estudio. La razón que fundamentó esta decisión fue que los entrevistados realizaron entre dos y once tratamientos. Los primeros jóvenes fueron contactados telefónicamente. Asimismo, se utilizó el método denominado bola de nieve. Los jóvenes entrevistados nos facilitaron contactos de otros jóvenes que habían transitado el mismo proceso y con quienes aún mantenían contacto.

Se realizaron observaciones no participantes (sistematizadas a través de las notas de campo) y conversaciones informales con los jóvenes en diferentes organizaciones de la sociedad civil, tales como centros de día, comunidades terapéuticas o espacios de recuperación y tratamiento de personas con consumos problemáticos. En la mayoría de los casos, pese a la culminación del tratamiento, los jóvenes no habían perdido el vínculo con las instituciones y concurrían de manera esporádica para algún evento especial. A todos los entrevistados se les proporcionó un consentimiento informado, que fue leído y explicado considerando las características de la población.

La información se sistematizó, codificó y evaluó mediante el software Atlas. ti, especialmente diseñado para el análisis cualitativo.

El proyecto de este trabajo fue avalado en noviembre de 2011 por el comité de ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.

La muestra se definió utilizando el criterio de *saturación teórica*. Este concepto refiere al momento en que, después de la realización de un número determinado de entrevistas el material cualitativo deja de aportar datos nuevos. Por esa razón, el investigador/a deja de recoger información (Sautúet *al.*, 2005).

La investigación se basó en la “grounded theory” o teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). Este método, fundado en un desarrollo inductivo, se cimienta en comparaciones permanentes para generar teoría partiendo de datos empíricos, intentando encontrar puntos en común para generar una nueva propuesta. Su importancia radica en que permite construir teorías, conceptos e hipótesis desde los datos (y no de supuestos a priori producto de otros estudios o de marcos teóricos preexistentes).

La estrategia seleccionada dentro de este paradigma fue el *método comparativo constante* que involucra la codificación y el análisis simultáneo de datos con el objetivo de desarrollar conceptos. A través de la comparación constante se logra mayor precisión de los mismos, el reconocimiento de sus propiedades, el conocimiento de sus interrelaciones y finalmente la integración en una teoría congruente.

El supuesto básico de este método es leer e interpretar una base de datos textual y dilucidar o marcar categorías, conceptos y propiedades así como sus relaciones. La posibilidad de identificación de estas categorías se denomina *sensibilidad teórica*, la cual se encuentra condicionada, por lo general, por la lectura de textos teóricos y/o empíricos, y el manejo de técnicas orientadas a intensificar dicha sensibilidad. Como el estudio buscó indagar los cuidados, el contexto de consumo y las prácticas de riesgo este esquema metodológico resultó central. Al mismo tiempo, se buceó sobre los mecanismos de autocuidado durante la etapa de consumo; los cuidados recibidos por familiares y amigos y la ruptura de los lazos familiares.

El estudio también abordó la percepción de los jóvenes sobre sus propias trayectorias institucionales.¹¹ Se indagaron las visiones sobre la institución, si son positivas o negativas, si la institución resultó expulsiva o contenedora. Asimismo se observó el significado atribuido a la institución.

En el trabajo también se consideraron las siguientes dimensiones: vida familiar, relación con el afuera (parientes, amigos, escuela), orígenes del consumo de PB/paco, construcción de la identidad usuario de PB/paco, tratamiento, reintegración social, paso por los hospitales y centros de salud, percepción sobre los límites y las potencialidades de los centros de rehabilitación, proceso de adaptación al centro de rehabilitación, evaluación de la cobertura de los centros de

¹¹Institucionalizarse es adoptar las formas y las normas instituidas con el fin de existir dentro de la institución

rehabilitación, trato recibido de los directivos, profesionales o acompañantes terapéuticos, situaciones expulsivas, reconocimiento de los profesionales y los pares, espacios amigables, situaciones que facilitaron la permanencia y demandas emergentes.

El análisis de la información secundaria se basó en estudios sobre cuidados, vulnerabilidades e itinerarios terapéuticos, en datos estadísticos proporcionados en el Estudio de Pacientes en Centros de Tratamiento Argentina 2010 (SEDRONAR/OAD, 2011a) y en el Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR (SEDRONAR/OAD, 2011b). También se revisó y analizó literatura sobre políticas públicas y teoría sobre consumos problemáticos y centros de rehabilitación.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas y desgrabadas en su totalidad por la tesista, y contó con el consentimiento informado de los entrevistados. Se trabajó identificando los ejes predominantes en el discurso de los entrevistados. A través de ellas, se analizó la población afectada, el impacto, prejuicios, procedimientos, recursos, apoyos políticos y sociales y marco legal.

Las entrevistas en profundidad fueron semi-estructuradas y respondieron a referentes temáticos definidos a partir de las conceptualizaciones y criterios de operacionalización, de modo de asegurar la obtención de información comparable. Esto no significó dejar de lado prioridades, ritmos y lógicas y especificidades de los entrevistados.

La reconstrucción posterior de las entrevistas, su categorización y organización en función de las preguntas-guía permitió encontrar segmentos del texto considerados relevantes para responder a los interrogantes del estudio.

El análisis implicó la reconstrucción de las categorías conceptuales con las que los entrevistados dieron cuenta de su perspectiva para acceder a su comprensión en el marco de los objetivos planteados.

Consideraciones éticas

Se estableció el procedimiento de consentimiento y confidencialidad que consideró los resguardos éticos de rigor para preservar el anonimato, la identidad y la integridad moral, social, psicológica y cultural de los sujetos que participaron en las entrevistas, de manera informada y voluntaria. En este sentido, al requerirles su colaboración a los jóvenes se leyó y entregó a los sujetos un consentimiento

informado donde se explicó brevemente el marco institucional, los objetivos principales del proyecto de investigación, el carácter voluntario de la participación y las condiciones de anonimato y confidencialidad en el manejo de los datos recogidos.

Asimismo, en la exposición de los resultados, se tomaron los resguardos necesarios para preservar la identidad de los sujetos y las instituciones que participaron de la investigación, reemplazando los nombres propios por pseudónimos.

Estructura de la tesis

En el *Capítulo 1* se indagan los diversos abordajes en torno a los consumos de drogas y las políticas que se aplicaron en función de los mismos en Argentina. Todas estas cuestiones, oficiaron como antecedentes que ayudaron a comprender el surgimiento de la PB/paco como un problema en nuestro país. Finalmente, se realiza un recorrido histórico que analiza las consecuencias que esta sustancia generó en la sociedad argentina desde el 2001 hasta la actualidad.

El *Capítulo 2* hace un sintético recorrido de las características particulares del sistema de salud argentino. Luego, desarrolla las diversas experiencias legislativas e institucionales que ayudaron a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Una normativa central para comprender las prácticas existentes en los espacios de tratamiento porque facilita la detección de protocolos para la atención de los jóvenes disponibles en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires. Por último, se analiza el concepto reducción de daños y se lo presenta como alternativa existente para el abordaje de las personas que han consumido PB/paco, tarea necesaria para comprender los esquemas de tratamiento basados en los enfoques comunitarios, presentes en algunos barrios y la centralidad del rol de acompañantes de los miembros de la comunidad.

El *Capítulo 3* indaga respecto a la vulnerabilidad que experimentan los usuarios de PB/ paco. Aquí se destaca que al tiempo que los jóvenes deben hacerle frente a situaciones complejas, pueden salir de estas gracias a que toman medidas tendientes a evitarlas a través del *autocuidado*. Para comprender los recorridos realizados durante el período de consumo intensivo, se describen las trayectorias familiares complejas y los motivos por los cuales los jóvenes tomaron la decisión de abandonar el consumo. Finalmente, se abordan los cuidados institucionales recibidos y los itinerarios terapéuticos en hospitales y centros de atención primaria.

El *Capítulo 4* describe el recorrido realizado por los jóvenes hasta que pudieron tomar la decisión de acudir a los diversos tratamientos. En primer lugar, se describe que motivó los jóvenes a acercarse a los espacios de tratamiento. Más adelante, se observa cuáles fueron los *itinerarios terapéuticos* transitados en búsqueda de cuidado. Pone especial énfasis en los recorridos realizados en los momentos previos a la decisión de recuperarse, considera las redes que armaron para buscar ayuda y las opciones que tuvieron al momento de acercarse a los espacios en los cuales no pudieron concluir el tratamiento.

El *Capítulo 5* analiza las situaciones institucionales consideradas expulsivas por los jóvenes, considerando sus perspectivas y experiencias, las prácticas que podrían alterar el proceso de recuperación/reinserción. Para realizar dicho análisis, se recurre al término *iatrogenia* que refiere a las acciones, conscientes o inconscientes que realizan los profesionales para lograr la mejoría de los jóvenes. Sin embargo, a pesar de la buena voluntad que pueden llegar a tener los referentes institucionales, muchas veces atentan contra el proceso de recuperación retrasándolo o interrumpiéndolo. En algunas ocasiones, según los jóvenes, en lugar de transmitir tranquilidad, los responsables de ayudarlos a mejorar los inquietan tanto que deciden abandonar el proceso iniciado. Paralelamente, se describen las pruebas que los jóvenes intentan sortear para permanecer en los espacios, la entrevista de admisión, el confronto, las prácticas que se consideraron abusivas y la necesidad de escapar del tratamiento.

El *Capítulo 6* recupera las nociones de *reconocimiento*, *autovalimiento* y *apoyo social* para describir a las instituciones que los jóvenes identificaron como positivas. En general, según las apreciaciones de los jóvenes, los tratamientos con impronta barrial o comunitaria ayudaron al restablecimiento de los lazos con el contexto, la familia, las parejas y las instituciones. La posibilidad de reconstrucción de los vínculos les otorgó la confianza necesaria para acercarse a situaciones o personas de las que se habían alejado durante el consumo. Al mismo tiempo, en este apartado se interroga sobre la utilización de la estrategia de reducción de daños como nexos para lograr un acercamiento a los espacios.

En las *conclusiones* se retoman y articulan las herramientas conceptuales, los contextos y los datos empíricos construidos en la tesis con el objetivo de aportar elementos para el debate.

Parte I

Construcción del objeto de investigación

[...] ¿No favorece el tráfico ilegal la libre circulación de mercancías y capitales? ¿No es el negocio de la droga la más perfecta puesta en práctica de la doctrina Neoliberal? ¿Acaso no cumplen los narcotraficantes con la ley de oro del mercado, según la cual no hay demanda que no encuentre su oferta?

¿Por qué las drogas de mayor consumo son, hoy por hoy, las drogas de la productividad? ¿Las que enmascaran el cansancio y el miedo, las que mienten omnipotencia, las que ayudan a rendir más y a ganar más? ¿No se puede leer, en eso, un signo de los tiempos? ¿Será por pura casualidad que hoy parecen cosa de la prehistoria las alucinaciones improductivas del ácido lisérgico, que fue la droga de los años sesenta? ¿Eran otros los desesperados? ¿Eran otras las desesperaciones?

[...] Eduardo Galeano

Capítulo 1: El consumo de PB/ paco en Argentina

1.1 Contexto de aparición de una nueva sustancia. 1990-2000

En las últimas tres décadas Argentina fue escenario de profundas transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales (Kessler y Di Virgilio; 2008; Salvia, 2008; Castel *et al.*, 2013; Danani y Grassi, 2013, Auyero, 2013). En ese lapso de tiempo se generó una fuerte preocupación por el consumo de drogas en general y por el PB/paco en particular.

Según María Epele (2008) la irrupción del PB/paco a finales de la década de 1990 y principios del 2000 inicia una relación novedosa entre la sociedad argentina y las drogas.¹² En ese contexto, las sustancias se asociaron a los sectores más vulnerabilizados de la sociedad. Según la autora, se observó la insuficiencia de los paradigmas epidemiológicos tradicionales, basados en la noción de riesgo, para abordar la temática. Con el correr del tiempo, y gracias a diversos estudios, se comenzó a pensar la problemática incluyendo los procesos económicos y políticos resultantes del modelo neoliberal.

A finales de la década de 1990 y comienzos de 2000 se comenzó a clasificar a los consumidores de drogas según la sustancia que consumían y la clase social de pertenencia. Se realizó una división conceptual: por un lado se identificó a los incluidos en la sociedad (los que a pesar de su consumo problemático podían sostener vínculos familiares, sociales y laborales) y por el otro a los excluidos (los que por su condición de expulsados sociales, sufren una nueva separación de los lazos familiares y afectivos). Este esquema se sostuvo mediante la distinción de las sustancias, en el caso de los psicotrópicos operaron como integradoras sociales y en el caso de la PB/paco oficiaron como expulsoras o marginales (Arizaga, 2007b). Sin embargo, pensar en sustancias inclusivas o expulsoras sin dar cuenta del contexto resulta un análisis incompleto. En este sentido Philippe Bourgois (2005) sostiene que las cualidades farmacológicas de las drogas son virtualmente insignificantes fuera de sus contextos políticos económicos y socioculturales. Por

¹² Sin embargo, este fenómeno no es sólo local. La literatura especializada (Donzelot, 1999; Hopenhayn, 2002; Saín, 2009) sostiene que durante la década de 1990 América latina fue la región con mayor crecimiento urbano en el mundo, con altos grados de desigualdad, que se expresaron fundamentalmente en la población joven que estuvo excluida de la política, el empleo y la movilidad social. Durante toda esa etapa el Cono Sur fue considerado por los organismos internacionales el ícono de la inseguridad y la violencia urbana.

esa razón, se considera importante dar cuenta de las modificaciones que se produjeron en la región y en el país en las últimas tres décadas.

La literatura especializada (Saín, 2009; Hopenhayn, 2002; Donzelot, 1999) sostiene que durante la década de 1990 América latina fue la región con mayor crecimiento urbano en el mundo, con altos grados de desigualdad, que se expresaron fundamentalmente en la población joven que estuvo excluida de la política, el empleo y la movilidad social. Durante toda esa etapa, el Cono Sur fue considerado por los organismos internacionales el ícono de la inseguridad y la violencia urbana. Durante este período, el consumo de PB/paco cobró visibilidad en los barrios pobres del sur del AMBA. En 2002, de la mano de la crisis económica, social y política, esta temática formó parte de la agenda de la salud y fue objeto de diversos proyectos para políticas sociales.¹³

1.2 El consumo de PB/paco 2001-2010

El informe “Consumo de Sustancias en Población General de la Ciudad de Buenos Aires” (2006) indicó que el consumo de PB/paco es mayor a medida que aumenta el nivel de pobreza, afirmación que será problematizada en el transcurso del trabajo. Según los datos SEDRONAR (2011),¹⁴ el consumo de la sustancia creció durante el período 2001-2010 y se extendió a los sectores medios.

De lo expuesto, se entiende que la construcción social del problema del consumo de PB/paco puso el acento en la sustancia, sin reparar, la mayoría de las veces, en el contexto social del usuario y su historia previa. Muchos análisis recurren a la denominada *cultura de la fisura*¹⁵ para abordar la problemática. Estos estudios, en ocasiones, dejan entrever que el usuario, como individuo moderno, es quien decide consumir hasta que pierde la razón. De este modo, se enfatiza la culpabilidad del sujeto consumidor (y se lo etiqueta como un criminal-peligroso) dejando de lado el tema de la recuperación/reinserción (Folgar 2006; Arizaga, 2007b).

Llegada esta instancia, es necesario recordar el perfil de los jóvenes consumidores de la PB/paco. Según los estudios desarrollados por la SEDRONAR los usuarios de

¹³ Por políticas sociales nos referimos a “las distintas intervenciones específicas que realiza el Estado y que se orientan (en el sentido que producen y moldean) directamente a las condiciones de vida y de reproducción de vida de distintos sectores y grupos sociales” (Danani, 2005: 18).

¹⁴ Las estadísticas más actuales refieren a estos años.

La fisura refiere a una persona que no cuenta con redes sociales, es decir, refiere a personas que han sufrido una ruptura o quiebre de las relaciones sociales, o en el peor de los casos personas que nunca han contado con anclajes sociales personales o institucionales.

PB/paco son en su mayoría varones (un 82%) que no han tenido un trabajo o una ocupación estable durante los últimos años. Por otro lado, remarcan que la edad de inicio del consumo es a los 13 años (SEDRONAR/OAD, 2011). Pero, la situación en las villas de emergencia es diferente, allí el consumo comienza a los ocho o nueve años de edad (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007). A su vez, algunos autores hacen hincapié en que esta situación es similar en el AMBA (Folgar, 2006; Arizaga, 2007a; Epele 2010, Camarotti, 2013).

Durante los siglos XIX y XX la mayoría de los Estados nacionales se avocaron a la tarea de resolver el problema por medio de diversos modelos tendientes a enfrentar o combatir el tema de las drogas. Los modelos más destacados son seis: el ético jurídico, el médico sanitario, el psico-social, el socio cultural, el ético social y el multidimensional. En todos estos abordajes se pensó de distinto modo la figura del consumidor y la manera de regular y controlar las conductas de los individuos. Cada uno de estos modelos, presenta una visión del consumidor y, por tanto, un modo de accionar concreto que se reflejó en los diversos modos de caracterizar a los consumidores de drogas.

Tabla N°1: Modelos para abordar la problemática de las drogas

Modelos para abordar la problemática de las drogas

Modelo	Características / ejes	Acciones que sustentan el modelo	Visión del consumidor	Riesgos
Ético Jurídico	Sustancia ilegal: eje del problema. Primacia de la sustancia sobre el sujeto. Demonización de la sustancia. Sujeto consumidor: transgresor/delincente	Control de las drogas. Separar entre lo normal y lo patológico. Se observa una delimitación entre lo bueno y lo malo, de ahí su carácter ético. Declarar el uso de drogas moralmente inaceptable e ilegal. Prevenir mediante el control	Desviado. Delincuente (viola las normas establecidas socialmente).	Consumidor = delincuente. Culpabiliza al consumidor.
Médico Sanitario	Sustancias Nocivas-generadoras de enfermedad. Sujeto consumidor = enfermo. Demonización de la sustancia. Modelo de las enfermedades infecto contagiosas: agente, huésped y contexto.	Identificar sectores vulnerables Establecer factores de riesgo Delimitar poblaciones de riesgo (en general jóvenes) Lograr la abstención del usuario.	Enfermo.	Sobredimensiona los efectos de la sustancia.
Psico-Social	Realiza un análisis Microsocial. Prioriza el vínculo que la persona establece con la sustancia: uso, abuso, adicción. Describe los tipos de consumo: esporádico, ocasional, reiterado o compulsivo (problemático) Consumo leído como un síntoma anterior.	Prevención inespecífica que incluye acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y al mejoramiento de las relaciones interpersonales. La prevención deja de apuntar únicamente al tema drogas para inscribirse en un marco más amplio, en el campo de la salud mental.	Enfermo / esclavo de la sustancia (en la medida presente consumo abusivo, considerado problemático).	No relaciona la enfermedad con el contexto macrosocial. Énfasis en lo micro.
Socio-Cultural	Sustancia ligada a la pobreza. Disfunción del sistema/ síntoma social. Acento en el contexto que origina el consumo. El sujeto busca evadirse de la realidad (económica, social, política y cultural).	Esta perspectiva remite la prevención al campo de la acción social, reivindicando el mejoramiento de las condiciones de vida.	Inadaptado (la sociedad no le permite adaptarse plenamente).	Estigmatiza a los pobres. No se puede aplicar a pequeños grupos, sólo apunta a cuestiones estructurales.
Ético Social	Síntesis superadora de los modelos anteriores. Considera la triada sustancia-persona y contexto y además se preocupa por el sentido de la vida. Intenta construir una ética social.	Enseñanza para la prevención y el armado de un proyecto de vida. Proyectos grupales tendientes a la construcción de una ética social.	Enfermo/ esclavo de la sustancia e inadaptado.	Sólo considera a los consumidores institucionalizados.
Multidimensional	Interconexión entre la sustancia (elemento material), los procesos individuales del sujeto (su posición en relación con la sustancia) y la organización social en que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Factores de riesgo y protección son condicionantes que no necesariamente inciden en el consumo.	Considera las características individuales del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial. Problematisa el consumo desde diferentes perspectivas. Realizar acciones interdisciplinarias e intersectoriales. Eje en el sujeto. Educación preventiva.	Víctima social.	No siempre los actores están dispuestos a trabajar en conjunto.

Fuente: Elaboración propia. En base a Ministerio de Educación, 2010; Touzé, 2010 y Camarotti, 2006

Los modelos sintetizados en la tabla N° 1 describen los marcos teóricos que orientaron las políticas sobre el tema de las drogas. Cabe destacar que en general fueron netamente prohibicionistas y apuntaron a la criminalización del consumo. Como tuvieron un intenso anclaje en la sociedad, hubo pocos sectores de la población que opusieran resistencia. Casi nadie cuestionó la primacía y la experticia del Estado para llevar a cabo las políticas de lucha contra la droga. Sin embargo, en la actualidad esta mirada intenta ser revertida y se pone énfasis en el consumo como un problema social del cual la *política social* debería ocuparse porque, retomando la definición de Estela Grassi (2003), es una intervención de la sociedad sobre sí misma y está orientada a la esfera de la reproducción social que puede involucrar a diversos actores. En este sentido, constituye el conjunto de orientaciones y de acciones que tienen por finalidad dirigir el producto del esfuerzo social hacia la satisfacción y realización de las necesidades. Por su origen histórico, aparece como respuesta a una falla estructural del capitalismo en el siglo XIX y marca el fin de los modelos filantrópicos. Así, las demandas sociales se transformaron como señala Grassi en

[...] Una cuestión de Estado y con la consecuente, estatización paulatina de las intervenciones sociales a cargo, hasta entonces, de las instituciones de la caridad y las sociedades filantrópicas [...] (Grassi, 2003:21).

La política social es producto de una sistematización de los conflictos, Grassi sostiene que el Estado como organización política de las relaciones sociales expresa su perfil y propiedades en las políticas estatales que no derivan de una voluntad autónoma, sino que “son la dirección que se impone activamente a la acción estatal como expresión o en nombre de intereses generales” (Grassi, 2003: 21).

Los Estados capitalistas -regidos por un principio de acumulación- se imponen como interés general. El Estado es el ámbito de referencia para la reproducción social, entendida como la “recreación del reconocimiento de las pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad elemental de las prácticas sociales” (Grassi, 2003:25) pero también para la reproducción de la vida. En este punto adquiere relevancia la construcción del contexto histórico-social que ayuda a comprender la preocupación de los diversos actores políticos en torno a la temática de las drogas.

El escenario anteriormente descrito merece ser complejizado a través de una explicación pormenorizada de la situación económica, política y social de los últimos diez años, ya que en este período, la escena social mejoró considerablemente. Sin embargo, muchas de esas modificaciones no lograron mejorar la situación de las poblaciones que consumen PB/paco (Auyero, 2013; Castel *et al.*, 2013).

Los procesos macro estructurales, económicos, políticos y sociales inciden de modo directo en la hegemonía del consumo de una sustancia o de otra en un período determinado. Pero, al mismo tiempo que se reconoce esta afirmación, se debe poner de relieve que las características de la población varían de acuerdo a las políticas sociales, adoptadas para mejorar la salud (Epele, 2008). Por lo expuesto, resulta imprescindible realizar una contextualización que evidencie las modificaciones ocurridas durante la última década, y ayude a encuadrar el consumo problemático de PB/ paco en los sectores vulnerabilizados, pero también las estrategias de cuidado estatales, familiares e individuales.

1.2.1 El consumo de drogas y de PB/paco en Argentina

Debido a que el consumo de PB/paco, como el resto de las drogas, es una práctica ilegal que genera, en muchas ocasiones, rechazo social es difícil acceder exactamente a la cantidad de consumidores existentes.

Por esa razón, se realizaron escasos estudios epidemiológicos que describan con exactitud la cantidad de usuarios que consumen esta sustancia. Por lo tanto, debido a la imposibilidad mencionada, no hay una medición certera porque quienes se encuentran bajo consumo, difícilmente accedan a participar en estudios de tipo censal. Para intentar sistematizar los datos existentes, se han consultado diversas fuentes que contribuirán a la realización de un contexto panorámico. En primer lugar, cabe destacar el “Sexto estudio nacional en estudiantes de enseñanza media” realizado por la SEDRONAR/OAD (2014) que ofrece una visión global de la problemática porque aporta datos a nivel país. Según este trabajo, el 1,6% de los estudiantes relató haber consumido PB/paco y el 0,7% crack. Los datos consignados, demuestran que la edad de inicio en el consumo de drogas aumenta a partir de los 17 años, y en el caso de la PB/paco el consumo comienza a los 13,7 años.

Tabla N° 2: % de estudiantes que declararon haber consumido durante el último año por tipo de sustancia psicoactiva, según grupo de edad. Población escolar nivel medio. Total país, 2014

Sustancias psicoactivas	Tramos de edad			Total
	14 o menos	15 - 16	17 o más	
Tabaco	11,8	26,3	34,0	22,5
Alcohol	42,0	71,7	80,7	62,2
Psicofármacos sin pm	2,1	3,9	4,3	3,3
Tranquilizantes sin pm	1,6	2,9	3,2	2,5
Estimulantes sin pm	0,9	1,5	1,7	1,3
Solventes/inhalantes	1,4	2,4	2,7	2,1
Marihuana	4,1	13,6	21,1	11,8
Pasta base-paco	0,7	0,9	0,7	0,8
Cocaína	1,0	2,1	3,2	2,0
Extasis	0,8	1,6	2,2	1,4
Bebidas energizantes	34,7	52,1	57,7	46,3
Alguna droga ilícita	5,2	15,1	22,3	13,1

Fuente: SEDRONAR/OAD (2014) Sexto estudio nacional en estudiantes de enseñanza media

Otro dato significativo que arroja este trabajo es la distribución de los consumos según el sexo. Llamativamente, en lo que respecta al primer consumo (o la primera vez) las mujeres en edad escolar fueron quienes más probaron esta sustancia. Los datos dan cuenta de la importancia creciente del consumo de las mujeres.

Tabla N° 3: %de estudiantes de nivel medio que declararon haber consumido por primera vez durante el último año alguna sustancia, según sexo

Sustancias psicoactivas	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
Tabaco	8,4	10,6	9,5
Alcohol	37,1	38,9	37,9
Tranquilizantes sin pm	1,3	1,8	1,6
Estimulantes sin pm	0,7	0,8	0,7
Solventes/inhalantes	1,7	1,2	1,4
Marihuana	7,3	5,8	6,5
Pasta base-paco	0,4	0,5	0,5
Cocaína	1,4	0,8	1,1
Éxtasis	1,0	0,7	0,8

Fuente: SEDRONAR/OAD (2014) Sexto estudio nacional en estudiantes de enseñanza media

A diferencia del resto de las sustancias (alcohol, marihuana tabaco o solventes) cuyo consumo crece a medida que aumenta la edad, el consumo de PB/paco decrece en los grupos escolarizados de mayor edad.

Tabla N° 4: % de estudiantes de nivel medio que declararon haber consumido por primera vez durante el último año alguna sustancia, según grupo de edad

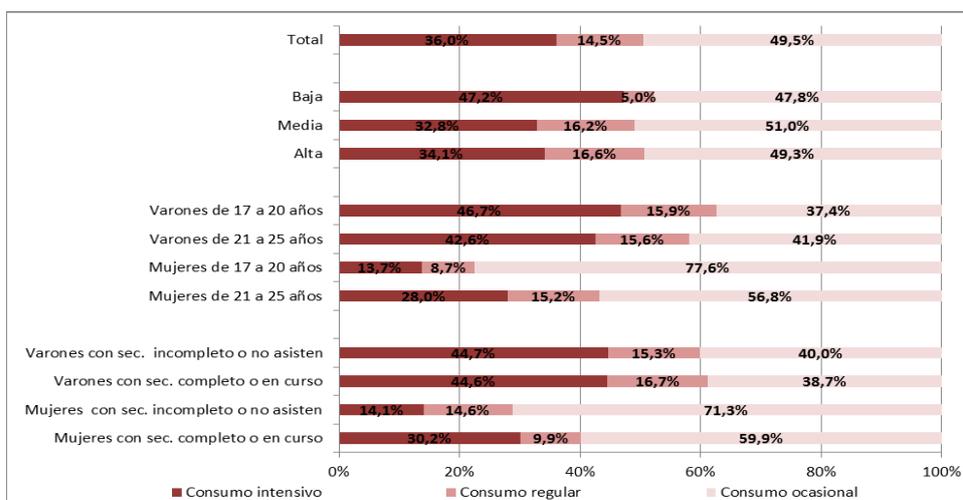
Sustancias psicoactivas	Tramos de edad			Total
	14 o menos	15 - 16	17 o más	
Tabaco	6,6	12,3	12,0	9,5
Alcohol	26,6	50,2	54,1	37,9
Tranquilizantes sin pm	1,1	1,9	1,9	1,6
Estimulantes sin pm	0,6	0,9	0,8	0,7
Solventes/inhalantes	1,0	1,6	1,8	1,4
Marihuana	2,7	8,0	11,3	6,5
Pasta base-paco	0,5	0,5	0,3	0,5
Cocaína	0,6	1,3	1,6	1,1
Éxtasis	0,5	0,9	1,3	0,8

Fuente: SEDRONAR/OAD (2014). Sexto estudio nacional en estudiantes de enseñanza media

Para concluir esta descripción se destaca que la incidencia anual de la PB/paco es de 0,5%, lo que implica que 10.294 estudiantes consumieron por primera vez esta sustancia durante el último año. El dato más significativo es que la proporción de mujeres que consumieron (51,7%) supera los varones y la mayoría tienen hasta 16 años (38,4% tienen hasta 14 años y 38,3% 15 y 16 años). Cabe destacar que la limitación de este informe radica en que no contempla a los jóvenes que se encuentran fuera de las instituciones educativas.

Para completar esta descripción, se consultaron los datos del Observatorio de la Deuda Social Argentina (2016) que relevan aproximaciones en torno a la cantidad de consumidores de drogas en el Conurbano Bonaerense. Según el “Estudio diagnóstico sobre las condiciones de vida, consumos problemáticos y seguridad ciudadana de jóvenes en villas y asentamientos del Conurbano bonaerense”, el 43.7% de los jóvenes encuestados consumió alguna droga ilegal alguna vez en su vida, el 27.3% lo hizo durante el último año, y el 22.1% durante el último mes. Según el citado trabajo, los varones presentan mayor prevalencia que las mujeres, para todas las categorías y períodos. Otro dato importante que se puede extraer para completar este trabajo del informe es que en las poblaciones más jóvenes se observa la mayor frecuencia de consumo y que este varía según el nivel de instrucción, la precariedad residencial, el sexo y el nivel educativo.

Gráfico N°1. Frecuencia de consumo de drogas según precariedad residencial, sexo y edad; y sexo y nivel educativo

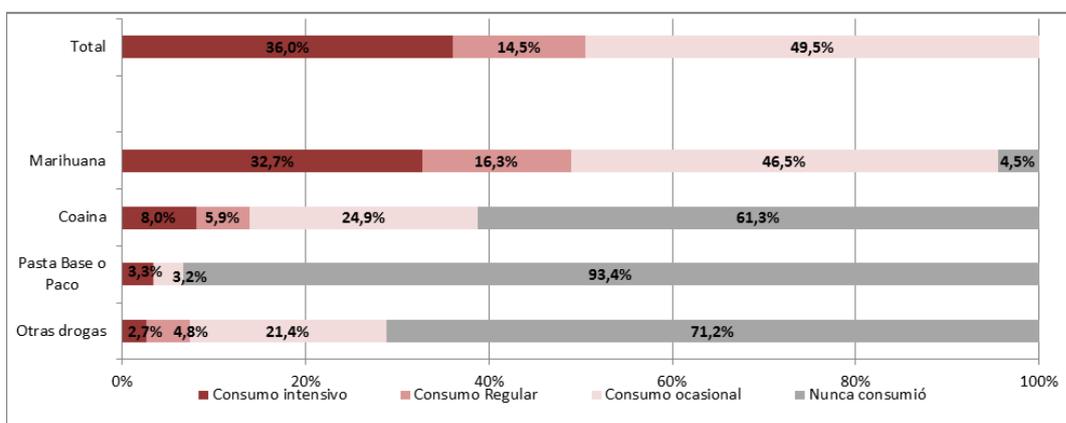


Fuente: Encuesta a Jóvenes de Asentamientos Informales del Conurbano Bonaerense. Observatorio de la Deuda Social Argentina /UCA/BID, 2015

En lo que respecta a la edad promedio de inicio de consumo en general, según el mencionado trabajo, es de 15.5 años, pero este promedio excluye a los jóvenes que consumieron PB/paco quienes, según revela la misma fuente, comienzan, en promedio a los 14.1 años. Los datos permiten concluir que el consumo de las sustancias de mayor nocividad comienza a edades cada vez menores¹⁶.

Las prácticas de consumo pueden variar. De los consumidores encuestados, el 49.5% tuvo un consumo ocasional (es decir que consumieron en un año un número reducido de veces), el 14.5% lo hace de forma regular (al menos una vez por mes), y el 36.0% realiza un consumo intensivo (consume varias veces en la semana o todos los días).

Gráfico N° 2: Frecuencia de consumo según sustancias



Fuente: Encuesta a Jóvenes de Asentamientos Informales del Conurbano Bonaerense. Observatorio de la Deuda Social Argentina/UCA/BID, 2015

El consumo intensivo se observó mayoritariamente en los varones de 17 a 20 años. En cambio, según el informe, el consumo de las mujeres que fue esporádico u ocasional, sólo se observó una intensificación en la medida que la edad se incrementaba. Este último dato, quizá pueda relacionarse con que el consumo de las mujeres se encuentra invisibilizado en los barrios porque adquiere un carácter privado (Camarotti, 2013). Aunque hay que destacar que en el último tiempo se incluyó la variable de género en las encuestas.

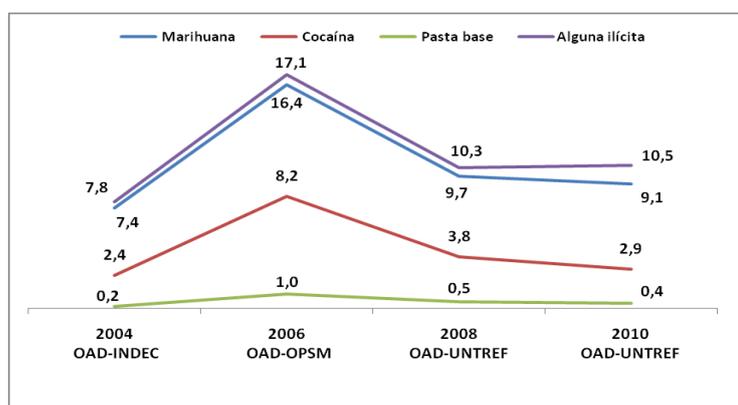
A partir de esta caracterización, se puede comenzar a pensar en las particularidades del consumo de PB/paco en Argentina.

¹⁶ En barrios marginalizados, varias organizaciones no gubernamentales que dependen de la Iglesia católica indican que la edad promedio del consumo se redujo a los 11 años.

A comienzos del siglo XXI, Argentina se transformó en un nuevo ámbito para el eslabón final de la cadena de producción de clorhidrato de cocaína. En consecuencia, se incrementó la disponibilidad y el consumo de la PB/paco (Rangugni *et al.*, 2006).

Esta razón, podría explicar el incremento de la proporción de consumo esta droga en particular. Pero a pesar de la creencia generalizada de que el consumo es estadísticamente exorbitante, el uso de la PB/paco se mantuvo en el tiempo menor al 1% (SEDRONAR/OAD, 2014).

Gráfico N°3: Consumo de sustancias ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010

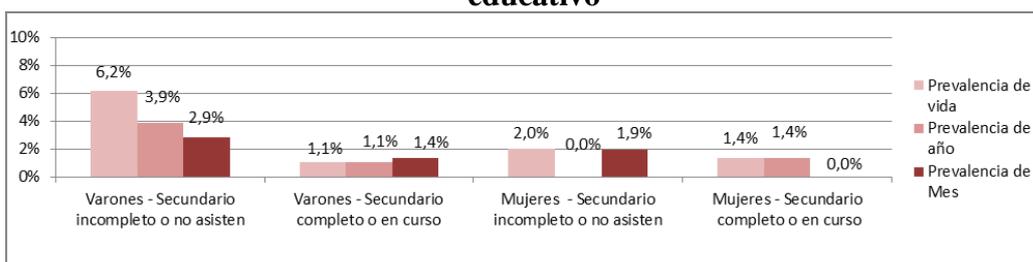


Fuente: SEDRONAR/OAD, 2011c.

En lo que respecta al consumo de PB/paco en el Gran Buenos Aires, según los datos del Observatorio de la Deuda social (2016) que trabajó con jóvenes que residen en asentamientos, el 2.9% declaró haber probado PB/paco alguna vez en la vida, el 1.7% consumió en el último año, y el 1.5% en los últimos 30 días.

Según esta investigación se observa que los varones consumen más PB/paco que las mujeres, información que puede contraponerse con el Sexto estudio de estudiantes secundarios que advirtió que las mujeres en edad escolar consumieron más que sus pares varones. Esta situación se observa especialmente entre aquellos que no estudian y no trabajan, y entre quienes no terminaron el secundario o no asisten

Gráfico N°4: Prevalencia de consumo de PB/paco según sexo y nivel educativo



Fuente: Encuesta a Jóvenes de Asentamientos Informales del Conurbano Bonaerense. Observatorio de la Deuda Social Argentina/UCA/BID, 2015

Entre quienes consumieron droga alguna vez, el 3.2% realizó un consumo ocasional de PB/paco, mientras que el 3.3% realizan un consumo intensivo. Del 93.4% de los jóvenes que probaron alguna droga ilegal en su vida, ninguno había consumido PB/paco.

Esta situación requiere que los esfuerzos estatales se orienten a la contención de quienes están consumiendo de manera intensiva, para que quienes soliciten un tratamiento puedan acceder a espacios que respeten sus trayectorias y sus contextos. Con el objetivo de analizar las diversas respuestas socio-sanitarias, se realizará un recorrido por las diversas políticas de drogas tendientes a abordar la temática de las drogas en el país.

1.2.2 Respuestas frente al consumo de drogas en Argentina. Un breve recorrido histórico

En nuestro país, la creación de los primeros centros de atención para usuarios de drogas se realizó mediante la aplicación del modelo *psiquiátrico-toxicológico* y el control de las instituciones fue confiado a profesionales médicos. Con el correr del tiempo y habiendo adoptado el modelo psico-social para la recuperación de los individuos, se empezó a requerir de la colaboración de otros profesionales y también de los “ex adictos” que contaban sus experiencias de vida y eran modelos para los recién llegados. Bajo este paradigma, el usuario de drogas fue concebido como un “enfermo” y la causa era la debilidad del sujeto frente a la sustancia. Por lo tanto, “la cura” podría llegar si se evitaba todo contacto con la sustancia dañina. En la mayor parte de las organizaciones de tratamiento, la condición de ingreso fue la suspensión del consumo, lo cual remite a una situación paradójica: aquellos que concurrían a un servicio con el objetivo de dejar de consumir, debían hacerlo antes

de comenzar el tratamiento. Las modalidades de atención incluían una variedad de combinaciones de disciplinas y técnicas que incorporan desde enfoques psiquiátricos hasta propuestas con fuerte contenido religioso.

Más tarde, las prácticas psicoanalíticas y las comunidades terapéuticas considerados los dos recursos más habituales.¹⁷ Si bien en ambas modalidades pueden reconocerse antecedentes teóricos y modelos explicativos dispares, las intervenciones apuntan a un mismo objetivo: la abstinencia (Touzé *et al.*, 1997). Aquí resulta imprescindible repasar las políticas que se desarrollaron en nuestro país.

Para Alejandro Corda (2012) en Argentina las respuestas estatales respecto al tema de las drogas son producto de las diversas visiones ideológicas antes descritas. La mayoría de los abordajes coincidieron en que el usuario de drogas debía ser reprimido penalmente o asistido médicamente.

A principios del siglo XX se reguló el expendio de sustancias con multas. En 1905 toda farmacia que importara o vendiera sustancias sin los permisos correspondientes sería sancionada. Esta legislación se fortaleció en 1919 porque el departamento de Higiene Pública determinó la construcción de un registro que reguló la importación, producción y distribución de sustancias como el opio y la morfina. Para 1923 el consumo de drogas prohibidas era un privilegio del que sólo gozaban determinadas clases sociales acomodadas y ciertos personajes de la noche. En este período, la policía, algunos grupos de médicos y la prensa exigían el agravamiento de las sanciones para los consumidores de drogas que eran vistos como potenciales traficantes (Galante *et al.*, 2010).

A partir del año 1926 comenzó a perseguirse la portación de drogas abiertamente. En esta época se sancionaron las primeras legislaciones que castigaban a los individuos que tuvieran drogas en su poder porque eran “potenciales traficantes”. Esta normativa estuvo impulsada por la Policía Federal Argentina, que se ocupó de la temática desde su gabinete de toxicomanía fundado en el año 1921. En un principio no quedaba claro si la persecución era para quienes negociaban con las drogas o también para los consumidores.

Con el paso del tiempo, esta política se transformó en una mirada ligada a la enfermedad, a la dependencia y a la adicción que requería la atención no sólo

¹⁷ De las distintas respuestas socio- sanitarias nos ocuparemos en el capítulo 2.

punitiva, sino médica. Si bien se reprimió cualquier tipo de consumo, también había que considerar que los sujetos debían recibir asistencia terapéutica.

Esta perspectiva se reforzó mediante la firma de la Convención Única sobre Estupefacientes (1961) a nivel mundial. Sin embargo, en el país durante la década del 1960 el consumo de drogas no se había convertido en un problema social prioritario en la agenda pública. Por lo tanto, se lo consideró como una cuestión individual que debía ser tratada por la psiquiatría (Kornbilt *et al.*, 2010).

Dos años más tarde, en el año 1963, la Argentina ratificó la Convención Única sobre Estupefacientes. Por esa época cobró fuerza la denominación *estupefaciente* para referirse a las drogas.¹⁸

En el año 1968, la Ley 19.567 (considerada la primera Ley de estupefacientes) reconoció como un delito el tráfico de drogas, pero no la tenencia para consumo personal. Durante este período comenzó a perfeccionarse la policía y para tal fin se conforma una red nacional que luchará contra el narcotráfico en el país. Muchos de los miembros de estos nuevos equipos se trasladaron a Estados Unidos para recibir formación. Paralelamente, se produjo una reforma del Código Civil que permitió considerar a los usuarios de drogas como sujetos que no pueden valerse por sí mismos. Por lo tanto, se recomendó la internación compulsiva de quienes consumían drogas porque presentaban actitudes que atentaban contra ellos y sus familias. Así, en 1966 se creó la primera institución especializada en tratamiento y rehabilitación: el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) que dependía de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Esa fue la institución pionera en el tratamiento y rehabilitación de usuarios considerados “adictos”.

El transcurso del tiempo habilitó a otras instituciones especialistas que ayudaron a la construcción de los estereotipos más conocidos en nuestros días. El primero se relacionó con la idea de que todo aquel que consume drogas está enfrentado a la sociedad, y el segundo fue restringir el término droga solo a la marihuana y los alucinógenos. Del resto de las sustancias no había que preocuparse.

En 1971 se creó el Servicio de Toxicomanía en el Hospital Borda y el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOXI) de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y en 1973 el Centro

¹⁸ Las sustancias denominadas de esta manera serán las derivadas de tres plantas: adormidera, cannabis y coca

Nacional de Reeducción Social (CENARESO) que ofreció un tratamiento residencial para los usuarios de drogas basadas en el saber científico. Esta institución fue la primera con estas características del país.¹⁹

En 1972 se creó la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) que dependía del Ministerio de Desarrollo Social y contó con la colaboración de distintos ministerios, organismos de seguridad y por miembros de la comunidad académica. La misión de este organismo fue diseñar políticas públicas tendientes a mejorar la atención de los individuos con consumos problemáticos de drogas.

En la década de 1980 el usuario de drogas fue considerado un ser autodestructivo. En esta época hubo un auge del consumo de sustancias de producción farmacéutica (ansiolíticos, antitusivos, entre otros.) El problema se hizo visible y con la llegada de la democracia la tensión entre el autoritarismo y la democracia se saldó en favor de la última. Para el año 1985, se fundó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD) dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, que contó con la cooperación de distintos ministerios. De este espacio participaron también las fuerzas de seguridad, académicos de renombre y representantes de organizaciones civiles. Sin embargo, la mirada sobre los consumidores no cambiaba y se los seguía criminalizando.

En 1989 se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). En ese mismo año se sancionó una nueva Ley especial de estupefacientes (N°23.737) que estableció la prisión para quienes portaran drogas para consumo personal. Como el espíritu de esta Ley sostiene que el consumidor de drogas es un enfermo también contempló la posibilidad de optar por una medida curativa para quienes tuvieran consumos problemáticos.

A través de la descripción de los abordajes sobre drogas en nuestro país, se puede notar que la problemática constituye una construcción histórica, social y cultural propia de la modernidad. Al analizar los debates regionales sobre el tema drogas se observa que el discurso que prevalece en ciertos sectores es el de la prohibición o el de la abstención para lograr la recuperación. Al mismo tiempo, sigue operando la dicotomía normal-anormal para abordar los tratamientos de rehabilitación. La calificación del uso de drogas como delito y enfermedad ha dado lugar a una serie

¹⁹ Paralelamente, y con modalidades diversas, surgen las comunidades formadas por usuarios de drogas y ligadas a Iglesias Evangélicas.

de dispositivos, representaciones y prácticas sociales que impactan en los sujetos calificados de adictos (Galante *et al.*, 2010; Touzé, 2006).

Para complejizar la mirada hay que entender el origen del problema de la droga ya que nos indica los procesos de fractura social representados en las grandes ciudades contemporáneas.

Durante el siglo XX, la problemática del consumo de drogas comenzó a ser objeto de preocupación de las políticas, porque adquirió una importancia social, simbólica y cultural que modificó el modo de comprender, percibir y analizar las drogas (Kornblit *et al.*, 2010; Arizaga; 2007a; Touzé, 2006).

Según Alain Ehrenberg (2004) su uso modificó la sensibilidad colectiva de los sujetos y se convirtió en un elemento contracultural por excelencia. En este sentido, en la década de 1960 el consumo de sustancias expresó la idea de la rebeldía juvenil, pero a finales de 1980, y con más fuerza a principios de 1990, puso de relieve la efervescencia de los sectores medios de la sociedad.

1.3 ¿Incluidos?

La mayoría de los trabajos que aborda el consumo problemático de PB/ Paco no dan cuenta de las modificaciones del país durante la última década y explican la temática desde la exclusión que se generó durante el final de la década de 1990 y el comienzo del 2000.

Si bien esta perspectiva resulta imprescindible para abordar la cuestión, deja afuera la complejidad actual de problemática. Por esa razón, resulta necesario realizar un contrapunto entre los hechos percibidos en los barrios vulnerabilizados y el discurso de inclusión al cual asistimos en la actualidad.

Desde el 2003 hasta el 2015 se llevaron a cabo políticas que modificaron la posición del Estado Argentino en la redistribución de la riqueza. El Estado asumió un rol protagónico e inclinó la balanza hacia los sectores más desprotegidos en lo que respecta a los temas de salud. Durante el transcurso del tiempo, lejos de ampliarse la brecha entre los que menos y los que más tienen, se adoptaron medidas tendientes a incluir a sectores históricamente postergados. En este nuevo contexto, ganó espacio la pretensión de universalidad de los sistemas de protección y seguridad social²⁰ (Danani y Grassi, 2013).

²⁰ Esta decisión forma parte de política regional que incluye a casi toda América latina.

Pero hay que advertir que las características particulares que tomaron las políticas sociales durante este período no estuvieron exentas de contradicciones. Por lo tanto, existe la necesidad de analizar la capacidad de protección de todo un conjunto de políticas para indagar las condiciones de vida de los sectores más vulnerabilizados de la población. Si bien este objetivo excede el presente trabajo, resulta un ejercicio útil para entender las modificaciones históricas y cómo estas afectan a los habitantes de los barrios marginalizados. Por lo tanto, repasar las mejoras en condiciones de trabajo, educación y salud será central para entender las condiciones de vida de los sectores populares.

En las sociedades modernas, el trabajo opera como un factor de cohesión social, ya que reduce el riesgo y ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas (Kessler y Merklen, 2013; Danani y Grassi, 2013).

El índice de desempleo que en el año 2002 llegó al 25%, en el año 2011 se redujo a un dígito (Salvia, 2008). Sin embargo, a pesar de las mejoras, el problema consiste en que, las condiciones de empleo que se le ofrecen a los sujetos está ligada a la desprotección y las ofertas se reducen al trabajo no registrado (Kessler y Merklen, 2013; Auyero, 2013; Salvia, 2008). Los más afectados por esta situación fueron los sectores populares que accedían a formas precarias de contrato, amenazados por el desempleo crónico que se impone sobre casi el 10% de la población activa (Kessler y Merklen, 2013). En este sentido, no acceden a trabajos de calidad y establecen relaciones laborales ligadas a la precariedad y a la ilegalidad.

Los autores que analizaron esta temática (Auyero, 2013; Kessler y Merklen, 2013; Danani, 2013; Salvia, 2008) dan cuenta de las mejoras que se experimentaron en el ámbito de trabajo en dicho período y caracterizan que las estrategias están destinadas en forma casi exclusiva a los asalariados formales. En este sentido, se tomaron medidas tales como la implementación de las negociaciones colectivas de trabajo, el incremento del salario real y la derogación de las leyes de flexibilidad laboral de los 90'.

De este modo, la estrategia social de la Argentina pos-neoliberal combinó regulación de relaciones laborales con la extensión de transferencias condicionadas, como la Asignación Universal por Hijo (creada en 2009), la Asignación Universal

por Embarazo (2011) y el Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina PROG.R.ES.AR (2013).²¹

Al mismo tiempo, en el sector de salud, se llevaron adelante reformas que incluyeron a gran parte de la población, una vez concluida la crisis de 2001. Argentina logró modificar su perfil epidemiológico. Se puede hablar de un esquema dual. Por un lado, se observan problemas de salud propios de países en desarrollo, tales como altas tasas de mortalidad infantil y materna, enfermedades transmisibles como la tuberculosis y las lesiones por accidentes de tránsito. Pero, por otro lado, hay situaciones de salud características de países desarrollados, como la prevalencia de cánceres, las enfermedades cardiovasculares y otras no transmisibles.

En esta última década, se han implementado diversas políticas sociales, en materia de salud, que tendieron a modificar la vida de los sectores populares. Entre el 2004 y el 2007 se implementó el Plan Federal de Salud, cuyo eje central fue la atención primaria de la salud (APS).²² En este sentido, se pusieron en marcha políticas que respondieron a las necesidades del sector. Así, se integró el sector público, las obras sociales y el sector privado. Sin embargo, los sectores más vulnerabilizados de la sociedad sólo pueden acceder al sector público, con varios obstáculos de índole burocrático. Aunque el Estado adquirió una presencia mucho mayor y afianzó su rol de actor clave, las interacciones cotidianas con las personas que acceden a los servicios de salud y a las políticas presentan barreras que dificultan las relaciones cotidianas. Muchas veces, los trámites engorrosos obstaculizan el acceso de los usuarios a los trámites o los disuaden de la intención de realizarlos.

El estudio realizado por Javier Auyero demuestra que el poder del Estado se visibiliza haciendo esperar a los sujetos para cualquier trámite: “Todos los días se generan pacientes del Estado en los intercambios cotidianos entre los agentes del bienestar social y los pobres” (Auyero, 2013: 35). Así, la espera recrea la subordinación pero a la vez pone de relieve la contradicción existente entre el nuevo rol que el Estado pretende asumir -la reparación de las injusticias y la redistribución de la riqueza- y lo que efectivamente sucede. Si bien existen políticas tendientes a

²¹ También se tomaron medidas tendientes a mejorar la situación habitacional de las clases medias, a través del programa Pro.Cre.Ar.

²² En el sector salud, se aplicaron programas que promovieron la atención primaria. Un ejemplo es el Plan Nacer (2006) que para el 2007 logró la disminución en un 20% de la tasa de mortalidad infantil en todo el país mediante la inclusión de más de 1.157.407 millones personas menores de 6 años y mujeres embarazadas. En el marco de este programa, que fue ampliado, se creó la asignación universal por hijo (2009) y la asignación universal por embarazo (2011).

incluir, la falta de consideración hacia la gente que espera, fundamentalmente de los sectores más humildes, sigue siendo un obstáculo para el acceso y pone al sujeto que espera en una posición de extrema vulnerabilidad. Esta situación se profundiza si el sujeto es consumidor de PB/paco, porque es objeto de gran parte de las estigmatizaciones sociales ya que cumple con la condición de joven, pobre y violento.

En lo que refiere a educación, hay que reconocer que también se avanzó sobre esta área. Según Agustín Salvia (2008) en los últimos tiempos los jóvenes cuentan con más años de educación que los de las generación anteriores, lo que no asegura, según el autor, que estén mejor educados.

Si bien desde el Estado se construyeron centenares de escuelas en todo el país, se aplicó el plan Conectar Igualdad (que otorga a cada chico que concurre a una escuela pública una computadora), se aumentó el presupuesto general de la educación, que llegó a representar el 6% del total del PBI, la educación continuó siendo un

[...] mecanismo eficiente de reproducción y desigualdad. Los hogares pobres envían a sus hijos a escuelas para pobres y, por lo mismo, los jóvenes tienen como destino trayectorias laborales y de vida empobrecedoras [...] (Salvia, 2008:15).

En este sentido, no sólo la democracia no pudo revertir esta situación, sino que durante este período la desigualdad en el sistema escolar se ha agudizado notablemente.

Paralelamente, en los barrios populares creció la inseguridad real y percibida. Por un lado, los sectores populares son víctimas de la inseguridad representada por el Estado que los criminaliza por ser pobres y por el otro de la sociedad que les endilga todos los males sociales y los rotula como vagos (Auyero, 2013).

Como se planteó anteriormente, la desaparición del trabajo industrial, trajo como consecuencia el crecimiento del trabajo informal y también la informalidad de los lugares de residencia.

Según Javier Auyero (2013) el problema de las viviendas en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires expresa la desigualdad social en el contexto de crecimiento:

Para 2006 había 819 asentamientos informales -363 villas, 429 asentamientos ilegales y 27 modelos urbanos no especificados- donde habitan aproximadamente un millón de personas. Esto representa el 10,1% de la

población total del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Esta cifra duplica el porcentaje de 1991 (5,2%) y es mucho más alta que el porcentaje de 1981 (4,3%). Entre 1981 y 2006 la población del conurbano bonaerense creció un 35% y las villas y asentamientos ilegales un 220%. 60 de cada 100 nuevos habitantes viven en asentamientos informales (Auyero, 2013: 57).

Ante esta situación, la respuesta estatal en la Ciudad de Buenos Aires fue el desalojo y la expulsión. Por un lado, por medio de las promesas de otorgar ayudas económicas que jamás serán cobradas. Por el otro, se expulsó a las personas por la fuerza mediante la Unidad de Control del Espacio Público (UCEP).²³

En el Gran Buenos Aires se recurre a la Gendarmería para realizar dos tareas centrales: ocupar el territorio y coexistir con los habitantes para disminuir los delitos, enfrentamientos entre vecinos y prevenir la venta de drogas ilegales (fundamentalmente de PB/paco) y si es necesario realizan los desalojos de los terrenos ocupados

Si bien, como ya expresamos, los niveles de desocupación disminuyeron durante el período analizado, la disparidad urbana resulta ser un indicador muy claro del trabajo que todavía falta por hacer (Auyero, 2013; Cravino, 2009).²⁴

Otro factor importante para entender el contexto es la violencia policial que se padece en los barrios, que está presente en los abusos físicos, el uso de la fuerza sin justificación, las ejecuciones extrajudiciales de sospechosos (situación que se expresa comúnmente como *gatillo fácil*), las detenciones arbitrarias y la tortura. Estos son fenómenos extendidos en Argentina y particularmente en los barrios más vulnerabilizados del AMBA (Auyero, 2013; Daroqui, 2009). Al tiempo que, se multiplican estos casos, la población carcelaria aumentó exponencialmente por el pedido de “mano dura” de los ciudadanos.

Todas estas situaciones descritas ayudan a entender la situación social de extrema vulnerabilidad y violencia en la que se encuentran los jóvenes de los barrios populares en general y los consumidores de PB/ paco en particular.

En un contexto en donde la ilegalidad forma parte de lo cotidiano, se experimentan sensaciones encontradas respecto al lugar que cada uno ocupa en la sociedad. En este sentido, muchos jóvenes consideran que delinquir una vez no es un camino sin retorno (Kessler y Merklen, 2013). Ellos expresan miedo, no sólo a delinquir, sino

²³ El porcentaje de desalojos creció en un 300% en 2007 y siguió aumentando silenciosamente en Ciudad de Buenos Aires y la UCEP fue desarticulada. Sin embargo, al momento de la escritura de este trabajo, los camiones de basura con la leyenda “jugá limpio” seguían vaciando las plazas de las pertenencias las personas que viven en los espacios públicos.

²⁴ Al mismo tiempo que crecieron los barrios de emergencia, también crecieron los barrios cerrados.

también a salir del barrio. La preocupación y el sentimiento de inseguridad se tornan visibles ante alguna de estas posibilidades.

En la sociedad argentina actual, las seguridades sociales que se adquirieron, como consecuencia de las políticas adoptadas, en los sectores medios, producto de la reactivación económica, hicieron que la noción de riesgo a perderlo todo aumente cada vez más. Por lo tanto, el sentimiento de inseguridad creciente ayuda a legitimar las políticas represivas contra los pobres y a estigmatizar a grupos poblacionales como los usuarios de PB/paco.

Todas las medidas descritas influyen en la realidad de estos jóvenes ya que en general los jóvenes que participaron de este estudio relataron que provienen de familias de inmigrantes que vinieron al país en la búsqueda de un futuro mejor y se alojaron en los diversos asentamientos o barrios vulnerabilizados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o del Gran Buenos Aires. Estas familias por lo general poseen trabajos precarios, ligados a la venta ambulante, la construcción o el servicio doméstico. En general, las familias están a cargo de mujeres que trabajan en negro. Para ellas el cobro de la Asignación Universal por Hijo constituye un alivio que les permite complementar su salario. Sin embargo, la influencia que ellas ejercen sobre sus hijos se limita a la adolescencia. En la mayoría de los casos, ellos tienen vidas independientes desde edades muy tempranas, formando nuevas familias precozmente o saliendo del núcleo familiar para buscar un complemento económico para la subsistencia. Las medidas implementadas colaboran con la educación de los jóvenes que consumieron PB/paco porque la mayoría llegó a la secundaria, primer o segundo año. En este período muchos relataron que comenzó el consumo problemático y decidieron abandonar la escuela porque no la sentían como un lugar que los acogía, un espacio donde incorporarse. Pero, muchos jóvenes recordaron en las entrevistas que la escuela citó a sus padres cuando ellos dejaron de concurrir y este fue el primer contacto de la familia con la noticia de que sus hijos consumían PB/paco (Ramírez, 2013).

Quienes participaron de este trabajo recordaron que en sus barrios el consumo de PB/paco es algo cotidiano y que los consumidores se podían visualizar fácilmente. Por lo tanto, los transeúntes no perciben que algunos tienen problemas respiratorios, que otros están lastimados o que dentro del grupo hay alguna joven embarazada. Esta situación es recordada por ellos como la primera violencia que reciben por ser consumidores.

La segunda violencia refiere a la que ejercen sobre ellos los miembros de la policía cuando entran a los barrios o se los cruzan por algún lugar. Muchos de los entrevistados recordaron que fueron golpeados por la policía o llevados para averiguación de antecedentes a comisarias para que se les pase. En otras ocasiones, los jóvenes recordaron que al momento de tomarles declaración les relataban delitos que ellos no podrían haber cometido porque no contaban ni con los elementos necesarios para perpetrarlos, ni con las fuerzas suficientes.

La tercera forma de violencia que identificaron refiere al abandono que sintieron en situaciones de enfermedad. En general, las ambulancias no entran a los barrios para nadie. Sean consumidores o no. Por esa razón, ellos se dirigen a las guardias de los hospitales y se quedan allí hasta que alguien se decida a atenderlos.

1.4 Síntesis

En este capítulo se ha abordado la temática de las drogas como una construcción social que se desarrolla en la sociedad moderna que incorpora a algunos individuos y marginaliza a otros de modo deliberado. En este tipo de sociedades, la droga ha sido considerada como un demonio que debía ser combatido porque sometía a los individuos y los dejaba indefensos frente a las sustancias. Sin embargo, a pesar de que la lucha era contra las sustancias, se implementaron mecanismos de exclusión para los consumidores y se los etiquetó como enfermos, desviados o delincuentes. Al mismo tiempo, el proceso de subjetivación ubica al ser humano en el centro de la escena y lo obliga a responsabilizarse de sus actos. Por lo tanto, ser un sujeto pleno implica reconocer que existen conductas que son peligrosas y que atentan contra el orden establecido. El caso del consumo de drogas es un ejemplo paradigmático.

Para reforzar la responsabilidad de los hombres los gobiernos dictaron leyes que regulaban la relación aceptable que se debían tener con las sustancias. Si se transgredían esas normas el sujeto era considerado un amoral que no puede manejar sus impulsos. Por lo tanto, debe recibir una sanción y también una solución a su debilidad. Así, la respuesta al tema de las drogas fue represiva y sanitaria al mismo tiempo y se expresó a lo largo de los siglos XIX y XX de distintas maneras: el modelo ético jurídico; el médico sanitario y el psico-social. Mientras que en los modelos socio cultural; el ético social y la perspectiva multidimensional, se

incorporan miradas que exceden estas lógicas. A pesar de los diversos intentos, la mayoría de los modelos se basaron en la prohibición.

En Argentina, a lo largo de la historia se promulgaron diversas leyes que atacaban al tráfico. Con el correr del tiempo esas políticas también penaron a los consumidores. La relación entre la normativa y los consumidores se hizo cada vez más distante.

Durante mediados de los 1990 se empieza a conocer en el país una nueva sustancia: el PB/paco, consumida mayoritariamente por los sectores más empobrecidos de la población que terminó de erosionar la relación recreativa del sujeto y sustancia y la salida que se encontró fue represiva. La nocividad de la sustancia demandó por parte de los ciudadanos que el Estado tome medidas urgentes porque, la nocividad de la sustancia lo requiere y porque genera enormes daños a quienes la consumen. Lejos de tomar medidas sanitarias, la respuesta frente el consumo de PB/paco fue represiva y en pocas ocasiones se consideraron propuestas de tratamiento que contemplen las necesidades de esta población. En general, sólo se los calificó como pobres, violentos o delincuentes y no se tomó en cuenta la situación socio-sanitaria en la que se encontraban.

Abordajes y esquemas de tratamiento

En este capítulo se describirán las particularidades del sistema de salud argentino y se subrayarán dos características fundamentales: la universalidad y la descentralización. Luego, se desarrollarán los antecedentes a la Ley Nacional de Salud Mental para establecer si existen limitaciones en su aplicación en lo referente a la situación de las personas que experimentan consumos abusivos de PB/paco. Para realizar esta tarea, se describirá la existencia de protocolos para la atención de los jóvenes.

Finalmente, se planteará la reducción de daños como una alternativa viable para el abordaje de las personas que han consumido PB/paco. En este sentido, se revisarán las respuestas comunitarias frente al consumo de esta sustancia y el rol de acompañantes que desempeñan los miembros de la comunidad.

2.1 Un recorrido por el sistema de salud Argentino

En Argentina hubo diversas respuestas socio-sanitarias para abordar la temática de las drogas. Para comprenderlas, primero hay que explicar cuáles son las características y particularidades del sistema de salud. Por lo tanto, resulta fundamental describir su composición. Argentina es un país federal que está dividido en 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por lo tanto las atribuciones de la Nación y de las provincias son diferentes. La primera desempeña un rol de rectoría, es decir que su función es conducir y coordinar el sistema de salud. Las provincias, en cambio, se centran en la gestión y son las responsables de la conducción y la gestión sanitaria. El sistema de salud se sustenta en dos ejes centrales: la universalidad y la descentralización. Cuando se alude al primer eje la salud es considerada un derecho humano universal, por lo tanto cualquier ciudadano que pise el suelo argentino debe ser atendido en caso de necesitarlo. El segundo, da cuenta del rol de guía de la Nación y marca la autonomía que mantienen las provincias respecto de las decisiones que deben tomarse. Esta afirmación se puede completar si se logra comprender que el sistema de salud argentino se conformó a partir de las acciones de la sociedad civil tales como las sociedades de socorro mutuo, que surgieron entre 1833 y 1858 para poder atender a los inmigrantes que

llegaban en esa época al país (Perrone y Teixido, 2006; Langsam, 2001). Estos modos de organización le fueron dando lugar a la construcción de hospitales sustentados por entidades que representaban a diversas colectividades: la sociedad Francesa Filantrópica del Río de la Plata (1832), Primer Británico (1844), Hospital Italiano (1872), Hospital Alemán (1875), Hospital Británico (1886), Hospital Español (1877), Hospital Israelita (1916) y Sirio-Libanés (1933). Entre 1920 y 1940 se constituyó y consolidó el gremialismo médico que tendría un rol central en las sucesivas políticas de salud.²⁵

Durante 1940 se desarrollaron los denominados seguros sociales (también conocidos como obras sociales) bajo jurisdicción sindical y el dictado de la Ley Nº18.610 de Obras Sociales. Según Claudia Danani (1998) estas cubren a la mayor parte de los asalariados que se encuentran insertos en el mercado formal de trabajo y les brindan prestaciones de salud que se organizaron como un seguro social. En las obras sociales el Estado realiza aportes mínimos porque ellas se sostienen con fondos generados a partir de los descuentos realizados a los trabajadores. Con el transcurso del tiempo, las políticas neoliberales llevadas a cabo en la década de 1990, tanto el Estado como las obras sociales pasaron a un lugar secundario y se le otorgó un lugar mucho más visible al sector privado de la mano de las prepagas. El Estado adquirió un rol relegado a lo asistencial y los trabajadores dejaron los principios básicos de solidaridad que los unían y comenzaron a afiliarse a las prepagas.²⁶

Durante la década de 1950, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo al frente del Ministerio de Salud de la Nación, se tomaron medidas que propiciaron la articulación entre las políticas de salud y otras políticas sociales. Por esta razón, la capacidad hospitalaria del país se duplicó. Carrillo resumió su política de salud y la definió como:

²⁵En esta instancia surgió, en 1936, la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires y, en 1941, la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) organismo de tercer nivel que representó los intereses de la profesión de todo el país. Durante el transcurso del tiempo, otros grupos, representantes de profesiones e instituciones prestadoras de salud conformaron sus gremios y se incorporaron al mapa de actores del sistema sanitario argentino, como la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECILISA), la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), la Confederación Unificada de Bioquímicos de la República Argentina (CUBRA) y la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).

²⁶Esta modalidad, típica de la oferta privada, le permitía a los trabajadores desafiarse de sus obras sociales y destinar sus contribuciones a empresas especializadas en salud (Langsam, 2001).

[...] una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa, con gratuidad para la población que la necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población (Plan Sintético de Salud Pública 1952 - 1958 Dr. Ramón Carrillo).

Otra arista importante de la gestión Carrillo fue el *plan sanitario* (1951) que impulsó la interacción del personal sanitario y los agentes de salud con miras a lograr una conciencia sanitaria popular basada en lo positivo que pudiera aportar el concepto salud y no en los efectos negativos del término enfermedad (Menéndez, 1994; Kornblit *et al.*, 2010).

Esta sintética explicación sirve para comprender cuáles son las respuestas que el Estado Argentino dio al tratamiento de las drogas en nuestro país. Iniciativas que se desarrollaron fundamentalmente durante la década de 1970. En 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) hospital que depende del Ministerio de Salud de Nación. Este espacio continua ofreciendo atención y tratamiento en modalidades como centro de día, ambulatorio y residencial.

Según Guillermo Aureano (1997) esa institución logró acomodarse a los diversos modos de percibir a los usuarios con consumos problemáticos de drogas y durante la dictadura este espacio reforzó la imagen estigmatizante de los usuarios de drogas y los catalogó según el status legal de la sustancia que consumían. Sin embargo, durante la democracia se hizo hincapié en la situación social. Este cambio fue interesante porque se dejó de lado la sustancia y se focalizó en el contexto del usuario. En este sentido, el modelo que propuso el CENARESO en esta época puede ser asociado al modelo psicosocial, caracterizado por una fuerte impronta formativa de los pacientes (Garbi, 2013).

En la actualidad el hospital sufrió grandes modificaciones a partir de su intervención a cargo de Edith Benedetti y pasó a denominarse Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones y es el único en su género. Su particularidad radica en que ofrece tratamiento a patologías ocasionadas por diversas sustancias legales e ilegales y también a conductas consideradas adictivas como el juego, las nuevas tecnologías, los trastornos alimentarios, entre otros.

Este modelo institucional está enmarcado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (que se analizará más adelante) y la Ley Nacional del Paciente (N° 26.529).²⁷

²⁷ Esta Ley aborda y reglamenta los derechos del paciente sobre su historia clínica, también da cuenta de que los individuos deben ser informados sobre cualquier práctica que se realizará. Así, se busca

De esta manera, el Hospital Nacional en Red entiende los consumos problemáticos como un problema que afecta a los usuarios y a su comunidad. En este sentido, propone un abordaje para las adicciones centrado en lo comunitario, de un modo interdisciplinario e intersectorial. Se plantea fundamentalmente en la atención primaria de la salud, en la prevención, la reducción de daños y la promoción de la salud tal como lo plantea la Ley de Salud Mental.

Paralelamente a las respuestas médicas surgieron otras que se sustentaron en los grupos de pares de consumo. En general, estas modalidades estuvieron ligadas a las diversas instituciones religiosas que buscaban caminos y estilos de vida distintos a los transitados por los jóvenes. En este sentido, se puede mencionar el Programa Andrés, fundado por el Pastor Carlos Novelli, que aún continúa vigente (Garbi, 2013).

La década de 1980 se transformó en el punto de inflexión en la cual se originaron las primeras respuestas al consumo de drogas que sólo se consolidaron a partir de 1983 con el advenimiento de la democracia. Estas tentativas de solución, tomaron el nombre de *comunidades terapéuticas* las cuales se han ido profesionalizando en el transcurso del tiempo.²⁸

En estos espacios, los tratamientos apuntaron al abandono del consumo de drogas y están compuestos por técnicas tendientes a modificar el comportamiento, por el uso de medicamentos o una combinación de ambos, que varía de acuerdo a la sustancia y al paciente. En general, las prácticas frecuentes fueron: desintoxicación, modalidad terapéutica con internación parcial (hospital de día y de noche), modalidad terapéutica ambulatoria y comunidades terapéuticas. (Camarotti *et al.*, 2010).

el acuerdo y autorización de los pacientes. Esta normativa deja en claro cuáles son los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

²⁸El psiquiatra inglés Maxwell Jones realizó la primera experiencia de ayuda mutua que luego se transformaría en lo que se conocería como comunidades terapéuticas a principios del siglo XX. Su enfoque se centró en cambiar la relación de desigualdad entre médico y paciente. Para esto intentó que todos se impliquen emocionalmente tanto en las actividades como en el mantenimiento del lugar (por eso es que en las comunidades terapéuticas son los usuarios de drogas quienes realizan las labores domésticas). Al mismo tiempo, intentó que la comunicación entre pacientes y personal de la institución se base en valores tales como la democracia, la solidaridad, la participación, el respeto al humano, la libertad de expresión, entre otros.

La primera Comunidad terapéutica de rehabilitación para usuarios de drogas data del año 1958. Se llamó Synanon. Posteriormente en 1963 surgió Daytop como un desmembramiento de la primera. Lo distintivo de Daytop fue que incorporó profesionales en la atención. Luego surgió el Proyecto Hombre en Italia, continuando un proceso de expansión y definiendo los lineamientos generales que se instalarían hasta la actualidad (Garbi, 2013).

Generalmente, en estas instituciones la asistencia suministrada a los usuarios de drogas tiene como base la modificación de pautas de comportamiento. En este sentido, se tiende a la resocialización del individuo (Comas Arnau, 2010). Para eso se valieron de diversos modelos que en general respetan las particularidades socio-culturales pero que se aferran a las normas como la forma privilegiada de intervención. El sujeto debe tener un rol pasivo, aceptar las responsabilidades que le toca y respetar las que no le son propias (Goti, 1990, Garbi y Touris 2010; Garbi, 2013). Las reglas de convivencia deben ser cumplidas como indicaciones terapéuticas. El individuo tiene que aceptar, desde el día uno del tratamiento, que no puede vivir aislado, que necesita a los demás y que debe aprender a pedir lo que necesita. Al mismo tiempo, debe grabarse a fuego las tres reglas de oro de cualquier comunidad terapéutica: no pueden tener sexo, las drogas deben quedar fuera de sus vidas y no pueden participar de acciones violentas dentro de la comunidad (Goti, 1990; Chiosso, 2011). En la mayoría de las comunidades terapéuticas se pueden identificar tres etapas desarrolladas en el siguiente cuadro:

Tabla N° 5: Etapas del tratamiento en comunidades terapéuticas.

Tratamiento	
Etapa 1 Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia • Desintoxicación • Adaptación (incorporación de normas, valores y reglas institucionales). • Encuentro con el otro • Reconstrucción de la vida comunitaria • Reparación de la confianza • Adquirir sentimientos de pertenencia • Expresar sentimientos (positivos o negativos)
Etapa 2 Resocialización	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la abstinencia • Adquisición de responsabilidades en forma progresiva • Reconstrucción de la historia personal y familiar • Profundización de la confianza • Resolución de conflictos • Conciencia del otro • Manejo de los sentimientos • Maduración espiritual • Manejo de dinero • Demostrar que puede asumir responsabilidades, roles y puestos estratégicos dentro de la comunidad
Etapa 3 Preparación para el afuera	<ul style="list-style-type: none"> • Afianzar las responsabilidades • Desprendimiento de la institución en forma progresiva • Trabajar sobre los temores que existe con respecto al afuera

Fuente: Elaboración propia en base a Goti, 1990

Una vez que los usuarios de drogas pasaron por todas las instancias están en condiciones de reencontrarse con el afuera. Para que esta situación no se convierta en traumática y se eviten las recaídas, las comunidades ofrecen la compañía de grupos por el tiempo que el usuario de drogas considere necesario. Este tipo de respuesta fue criticada desde diversos estudios porque se consideran desubjetualizantes ya que se adquieren lógicas institucionales de arriba hacia abajo, en donde los ex consumidores de drogas no pueden hacer oír su voz (Renoldi, 2013; Garbi, 2013; Garbi y Touris, 2010; Kornblit *et al.* 2004). Sin embargo, a pesar de las críticas, estos espacios se constituyen como la posibilidad casi hegemónica de recibir tratamientos en el país. Por la tradición de abordaje abstencionista, el aislamiento constituye la principal respuesta (Touzé, 2010). Así, se separa a los

usuarios con consumos problemáticos de drogas del contexto considerado desfavorable que causó, desde la mirada de este tipo de instituciones, su relación conflictiva con las sustancias. Por esa razón, se inserta a los usuarios en espacios en los que la ética del trabajo y la responsabilidad adquieren un valor central, al punto que se convierte en el eje del tratamiento. Dentro de las comunidades terapéuticas se replican estructuras familiares²⁹ compuestas por individuos que pasaron por las mismas experiencias y han salido airosos del desafío, quienes son los encargados de ejercer el control dentro de los tratamientos en tanto se responsabilizan de los ingresantes y los preparan para cada una de las etapas. Su autoridad radica en que conocen la problemática desde adentro así como las situaciones de manipulación que se van presentando por parte de los pacientes (Comas Arnau, 2010; Goti, 1990). Al tiempo que se conforman relaciones verticales dentro de las comunidades terapéuticas se pone la responsabilidad en el usuario al momento de la recuperación. En este sentido, esa acción se constituye en un acto de fortaleza individual basado en la destrucción del sujeto que existió en el pasado y crear uno con valores completamente distintos (Renoldi, 2013). Si esto no sucede, el sujeto no se encuentra en condiciones de salir y enfrentarse al mundo.

Otra de las modalidades, tendientes a la recuperación de los consumidores, son las denominadas *redes de apoyo*, integradas por personas que se encuentran en situaciones similares de consumo y se reúnen con el objetivo de oficiar como soporte para mantener la abstinencia individual. En estos ámbitos se sostienen socialmente y resisten junto al individuo con consumos problemáticos.

Ese modelo surge en forma contemporánea a las comunidades terapéuticas. El esquema orientador de estos tratamientos es el brindado en Alcohólicos Anónimos (A.A.) creado en 1935 en Ohio, Estados Unidos y extendido a lo largo de todo el mundo. En la actualidad se utiliza en más de 180 países. En Argentina comenzó a funcionar en 1953 a partir de la iniciativa del Dr. Roberto Pochat. Actualmente, posee una amplia cobertura en todas las provincias. En este dispositivo se propone la abstinencia diaria y se apela al compromiso volitivo del usuario (Pawlowicz *et al.*, 2010; Camarotti *et al.*, 2010). Como utilizan el modelo de *Doce Pasos*, los integrantes se perciben por el resto de sus vidas como *adictos recuperados* o *ex*

²⁹ Las estructuras familiares se replican en la medida que los responsables de la institución actúan como padres, cuyo deber es cuidar a los hijos más débiles. Los pares son considerados hermanos.

adictos, independientemente de los años que lleven bajo tratamiento.³⁰ La identificación con la figura del “adicto en recuperación” es el punto de partida del tratamiento. Este no constituye un estado temporario sino una atribución del ser. Estos programas buscan que los sujetos dejen de ser controlados por las drogas y comiencen a ser ellos mismos los que puedan tomar las riendas de sus vidas. El tratamiento no aspira a objetivos de largo plazo sino que se concentra en objetivos a corto plazo, el día a día, en estar sin consumir durante 24 horas - de este modo se entiende el lema “solo por hoy”. Un esquema similar presenta Narcóticos Anónimos (NA), un programa que funciona con la misma matriz ideológica que A.A. pero que está destinado a usuarios de drogas ilegales que deseen dejar de consumir. Este grupo surge en California, Estados Unidos, en el año 1953 a partir de la separación de ex adictos a la heroína de Alcohólicos Anónimos. En Argentina este modelo comienza a funcionar en 1986 (Pawlowicz *et al.*, 2010).

Finalmente, aunque son cada vez más discutidas, se encuentran las instituciones psiquiátricas que se utilizan para cuadros severos de abuso de sustancias. En estos ámbitos, el tratamiento consiste en la utilización de psicofármacos que ayudan a que el individuo pueda restablecer su salud y deje progresivamente el consumo. Estos espacios son utilizados ante la ausencia de otros dispositivos de atención porque aparecen en las cartillas de las obras sociales y brindan una respuesta rápida a los problemas que exceden a las familias de los usuarios de drogas. Aunque los dispositivos psiquiátricos también se encuentren en el ojo de la tormenta, son los más utilizados para los casos de emergencias. Las mayores críticas que reciben

³⁰Los doce pasos, según Alcohólicos Anónimos, son “1- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables. 2-Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio. 3-Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos. 4-Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos. 5-Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos. 6-Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter. 7-Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos. 8-Hicimos una lista de todas las personas a quienes hemos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.9- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros. 10-Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando equivocábamos lo admitíamos inmediatamente. 11-Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros, y nos diese la fortaleza para cumplirla. 12-Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos” (Al-Anon, 2014).

radican en que no les otorgan respuestas a los usuarios de drogas una vez que el riesgo pasó. Al no considerar el contexto, personal, familiar y comunitario no logran intervenciones sostenidas en el tiempo (Galán y Calvo, 2007).

A mediados de la década de 1990 surge en Argentina el modelo de reducción de daños cuya meta es contener los efectos negativos del consumo de drogas sobre la salud y la situación social de los usuarios mediante la promoción del reemplazo de sustancias que resulten perjudiciales y el acceso a la información que facilite el contacto de los usuarios con las instituciones de salud. Estos programas buscan minimizar los potenciales riesgos adversos a los que están expuestos los consumidores que no pueden o no desean abandonar el consumo (Camarotti, 2006; Romaní, 2008). En este sentido, Goltzman (2010) plantea que el paradigma de reducción de daños propone un tratamiento pragmático de las drogas que acepta que los sujetos estuvieron/están/y se quedarán en el consumo de drogas y al mismo tiempo, pone la mirada en la historia del sujeto. Según el trabajo mencionado, esta perspectiva de abordaje acepta que el uso de drogas ha persistido a pesar de los esfuerzos por evitarlo y puede ser considerado interesante porque no pretende la abstinencia en el consumo de drogas, sino que trata de reducir las consecuencias que provoca.

Se pone de relieve que este esquema no intenta reemplazar ninguno de los abordajes existentes, sino que puede ser utilizado como un complemento indispensable ya que considera al usuario de drogas como protagonista y autor de su relación con las drogas.

En el año 2010, con el objetivo de regular los dispositivos de intervención antes mencionados, se creó la Ley Nacional de Salud Mental.

2.2 Una Ley muy esperada

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010 estuvo impulsada por organismos no gubernamentales (ONGs), asociaciones civiles y religiosas. Llegó como una respuesta a las modificaciones de la década de 1990 en la que el sistema de salud de los países latinoamericanos se transformó porque se pensó al sector salud con las lógicas de los mercados.³¹ Así, los servicios de salud se convirtieron en

³¹En esta etapa se llevaron a cabo las principales reformas del Estado y transformaciones sociales cuyo motor de ejecución fue el trípode: desregulación, flexibilización de las formas de contratación

espacios lucrativos en donde muchos empresarios vieron oportunidades para la inversión. En este contexto, quedaron relegados la atención psiquiátrica, la rehabilitación psicosocial, las políticas de adicciones y el trabajo de los equipos interdisciplinarios. Sólo se prestó atención a los servicios médicos cubiertos por las obras sociales.³² Durante este período el Estado se replegó de tal manera que no se les garantizó a los ciudadanos las condiciones mínimas de protección en el ámbito de la salud mental.

Para describir algunos antecedentes de esta normativa, hay que mencionar que en el año 1957 se creó el Instituto Nacional de Salud Mental mediante el decreto 12.628.³³ Ese espacio continuó la reforma impulsada por Ramón Carrillo quien intentó modificar y reemplazar los principios higienistas en el sistema de salud. Bajo estas influencias se transformaron científica y políticamente los abordajes respecto a los padecimientos mentales. De esta manera, comenzaron a pensarse dispositivos de trabajo, fruto de nuevas maneras de concebir la salud mental. Durante este período se realizó el pasaje de la hegemonía psiquiátrica a una nueva forma de abordar la temática: la interdisciplinariedad.

A finales de 1950 y principios de 1960 hubo intentos de llevar adelante prácticas desmanicomianizantes. En el Hospital Trieste de Italia, Franco Basaglia y su equipo ensayaron una serie de reformas basadas en las experiencias de los internos, sus familiares, los miembros de la comunidad, los trabajadores y los profesionales.

Basaglia creía que las prácticas manicomiales debían ser eliminadas. Durante 1970 y 1980 hubo tentativas por abandonar el encierro y sustituirlo por prácticas de inclusión y reinserción social.

Esta experiencia tuvo replicas en Argentina. En el país, hubo dos intentos desmanicomilizadores: uno en Río Negro (en donde se clausuraron los hospitales manicomiales con internación) y el otro en la Provincia de Buenos Aires, en donde el Estado provincial donó inmuebles que se denominaron *casas de convivencia* (pensiones, departamentos, etc.). Estas funcionaron como parte del proceso

laboral y privatización de las áreas, servicios y empresas que estaban bajo esfera estatal (Stolkiner, 2000).

³²En este período adquieren relevancia las pre- pagas porque muchos trabajadores asalariados no contaban con obras sociales porque los trabajos que realizaban eran precarios. Así, se reemplaza la lógica de las obras sociales en las que los trabajadores se encontraban cubiertos por el sólo hecho de estar registrados.

³³ Esta legislación reemplazó a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la dirección de Higiene Mental.

desmanicomializador y fueron lugares destinados a la resocialización de los pacientes que estuvieran en la última fase del tratamiento hacia la externación.³⁴

Se intentó rescatar los lazos familiares y sociales de los pacientes. Para eso, se les brindó a las personas atendidas y a sus familias mayor información, apoyo y contención. Al mismo tiempo, se probaron internaciones breves en hospitales generales o centros de salud mental procurando atención ambulatoria y domiciliaria. Pero quizá el desafío más importante, consistió en la tarea de conseguir viviendas. En principio, para que la reincorporación social fuera posible se recurrieron a hogares sustitutos, casas de medio camino o cooperativas de vivienda.

Otra cuestión que merece ser destacada fueron los esfuerzos de la comunidad por conseguir trabajos que las personas pudieran realizar. Para conseguir ese objetivo se recurrieron a cooperativas, bolsas de trabajo y/o microemprendimientos (Visacovski, 2001; Basaglia, 1972).

El Instituto Nacional de Salud Mental estuvo influenciado por este modelo, en el cual la mirada se corrió del encierro y se pensaron políticas que contemplaban la salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007). Al mismo tiempo estuvo inspirado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero no pudo diferenciarse de la influencia del modelo psiquiátrico hegemónico existente en la época. Sin embargo, el modelo de descomialización se dejó de lado porque se incluyeron diversos actores que contribuyeron a modificar el paradigma existente. Según Emiliano Galende (2007) desde este espacio se apuntó a la recuperación de los Derechos Humanos, se recortó el poder de los psiquiatras y se apoyó la creación de programas de apuntalamiento de la vida social y comunitaria.

Durante la década del 1960 se desarrolló un movimiento contra los manicomios y las colonias psiquiátricas debido a la fuerte movilización de las organizaciones críticas como la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) y de la Confederación Argentina de Psicólogos de la República Argentina (COPRA). Estas denunciaron a

³⁴ Las experiencia fundacional desmanicomializadora de la psicología y psiquiatría Argentina se denominó, según Sergio Visacovski (2001:83), el Lanús. Esta experiencia puede ser considerada un hito porque constituyó la primera ruptura manicomial. Debido a sus valores democráticos y pluralistas que lo distanciaban de dogmas teóricos y principios organizativos autoritarios (2001:83).

los dispositivos psiquiátricos de ser pantallas que ocultaban el creciente número de personas con problemas que fueron cronificados mediante estos mecanismos. Sin embargo, el instituto de Salud Mental no consiguió intervenir políticamente en los manicomios, ni tuvo injerencia en creación de nuevas políticas (Galende, 2007).

En la década del 1970 se lograron grandes cambios en las prácticas de los actores involucrados en la atención de la salud mental. Pero la dictadura hizo que los movimientos se mantengan en los márgenes. Una vez finalizado el período en el cual los militares tuvieron el poder se esperaba que las transformaciones iniciadas anteriormente fueran retomadas, sin embargo, eso no sucedió.

Durante 1980 en el país cobró importancia un poderoso actor: la industria farmacéutica, quien fomentó a que volvieran a ponerse en el centro de la escena a los tratamientos psiquiátricos, que tomaron el mayor impulso de la historia. No obstante, desde la dirección de salud mental se movilizaron muchos profesionales, que si bien no lograron modificar las estructuras, lograron reformas parciales que pudieron sostenerse en el tiempo. Así, los tratamientos se enfocaron en la salud primaria, se puso de relieve el tema de la salud mental en todo el país, se generó la participación de los profesionales por medio de programas, se crearon talleres, asambleas de pacientes, se integró a las familias a los tratamientos y se establecieron acuerdos interinstitucionales. Otro de los logros significativos fue que muchas provincias crearon sus propias direcciones de Salud Mental, que planteaban un trabajo interdisciplinario (Galán y Calvo, 2007).

En el año 1989 surgió la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Esta institución fue creada en 1989 bajo la órbita de Presidencia de la Nación, por el entonces mandatario Carlos Menem. Dentro de este espacio se concentraron en un único organismo responsabilidades tan disímiles como la persecución criminal, la atención de la salud y la prevención. En ese mismo año, se sancionó la Ley Nacional N° 23.737 de Estupefacientes que estableció la persecución y encarcelamiento de las personas que usaban drogas en el caso de que de no aceptaran hacer un tratamiento. Sin dudas, estos retrocesos se profundizarían posteriormente.

Durante la década de 1990, los avances que se realizaron en el período anterior quedaron relegados. El Estado Nacional se corrió de la escena de la salud en general y los hospitales psiquiátricos quedaron a la deriva. Toda la atención quedó en manos de las provincias. Galende (2007) denominó a este proceso la desarticulación

silenciosa porque no generó resistencias ni reclamos. Así, en el año 1991 dejó de existir la dirección Nacional de Salud Mental para convertirse en la Unidad Ejecutora de Salud y Comportamiento Saludable. Durante esta década se produjo un nuevo retroceso en la salud mental que tardaría años en recomponerse.

Fue recién en el año 2010 que se creó mediante el decreto nacional 457/2010 la *Dirección de Salud Mental y Adicciones* bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación teniendo como objetivo:

Promover y coordinar redes locales, regionales y nacionales ordenadas, según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de salud mental y de las adicciones, articulen los diferentes niveles y establezcan mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren y normalicen el empleo apropiado y oportuno de los mismos y su disponibilidad para toda la población (Decreto Nacional 457/2010).

La Dirección propuso fortalecer las diversas redes regionales con el objetivo de fomentar políticas de salud mental y tratamiento para consumos problemáticos. En este marco se enfatizó la importancia de la atención en salud mental, pero a la vez se promovió la prevención a través de campañas que fomenten estilos de vida saludables.³⁵ Otro rasgo que merece ser destacado es la importancia que se le otorgó a la atención primaria en situaciones relacionadas a la salud mental porque ayudan a la detección temprana.

Además de los objetivos que hemos desatacado la propuesta de la Dirección consistió en diseñar un plan integral de corto, mediano y largo alcance que se encuentra contemplado en el artículo 32 de la Ley Nacional de Salud Mental que menciona los diversos mecanismos de financiación existentes:

Art. 32º-En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente Ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Esta normativa intenta asegurar que el presupuesto para el sector pueda estar garantizado y que se incremente con el transcurso del tiempo. Así, marca un hito en las políticas de salud mental de la región porque destina recursos fijos del presupuesto total del sector salud a los trastornos mentales.

³⁵ Estos están ligados a la realización de actividades deportivas, artísticas y culturales.

La Ley de Salud Mental (26.657) se aprobó el 25 de noviembre de 2010. Dicha normativa posee un sólido sustento legal basado en las normativas internacionales. Su principal característica es que constituye un nuevo abordaje respecto de la salud mental que se corresponde con diversos tratados internacionales. En el artículo 2° se plasman las diversas influencias:

Art. 2°.- Se consideran parte integrante de la presente Ley los ‘Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental’, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la ‘Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud’, del 14 de noviembre de 1990 y los ‘Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas’, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

De todas estas legislaciones la más notoria es la de los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental porque plantea los principales pilares que sostienen a la Ley respecto de la necesidad de tratamientos abiertos y voluntarios. En el caso de que se necesite un sistema farmacológico debe estar regulado por profesionales que trabajen en equipos interdisciplinarios. Al mismo tiempo, se resaltan los derechos que tienen los individuos bajo tratamiento a conocer su historia clínica, a recibir atención comunitaria, a no ser objeto de investigaciones sin su aprobación y a consentir el tratamiento que recibirá, estas reglamentaciones están en sintonía con la Ley Nacional del Paciente (26.529). También se plantea la creación de un órgano de revisión que controle y realice un seguimiento continuo de las instituciones. Estos principios están apuntalados por una perspectiva que retoma los Derechos Humanos y sociales. En este sentido, la Ley da cuenta, en el capítulo 2, artículo 3, de una novedosa visión sobre la salud mental:

Art. 3°.- En el marco de la presente Ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de toda persona.” (Ley N° 26657, 2010)

Se remarca que siempre se debe considerar que todas las personas poseen potencial de recuperación. Otro punto que merece ser destacado es que los equipos interdisciplinarios deben seleccionar tratamientos que sean los adecuados para las

necesidades de los individuos que padezcan una enfermedad mental.³⁶ En este mismo artículo, se alude a la atención humanizada que se debe recibir y el acompañamiento familiar y social que deben tener los individuos. Sin embargo, a pesar del avance que constituyen los artículos mencionados, el artículo 4 merece especial consideración en este trabajo:

Art. 4°. Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente Ley en su relación con los servicios de salud.

Este artículo otorga el marco legal para incluir los consumos problemáticos en el ámbito de la salud mental. Es decir, se considera a los usuarios de drogas como sujetos de derecho que en el caso de solicitarlo, deben recibir atención. Por lo tanto, la función del sistema de salud no se relega solo a la recepción de los usuarios de drogas, sino que la tarea consiste en dar respuestas eficaces al uso de drogas (Pawlowicz *et al.*, 2010).

Según Grisel Adissi (2013) esta Ley es de orden público, por lo tanto, debe cumplirse en todas las jurisdicciones del país. Sin embargo, muchas asociaciones de profesionales ofrecieron resistencias y la Ley pudo reglamentarse recién en mayo de 2013. En dicha reglamentación se sostiene que deben participar diversas áreas del Poder Ejecutivo y se otorgan diversas funciones:

Tabla N°6: Funciones de los Ministerios

Ministerio	Función
Salud	Autoridad de Aplicación
Desarrollo Social	Inclusión Social

³⁶ Según el texto siempre se priorizarán los tratamientos que no restrinjan las libertades individuales.

Trabajo	Inclusión Laboral-Fiscalización
Educación	Prevención -Formación de grado de Universidades
Interior	Identificación - DNI
Planificación	Adaptaciones edilicias

Fuente: Elaboración propia en base a Reglamentación de la Ley de Salud Mental, 2013.

En la reglamentación se contempla la intersectorialidad. Por lo tanto, se espera la participación de organizaciones de usuarios, familiares, profesionales y otros trabajadores, Derechos Humanos y organizaciones con incumbencia en la temática. También se anuncia la creación de un órgano consultivo honorario compuesto por los actores mencionados. Lo interesante de la instauración de este órgano es que su objetivo central es proteger los Derechos Humanos de los usuarios que están bajo tratamiento y controlar que la Ley sea aplicada. En este sentido, el espacio es el encargado de inspeccionar instituciones públicas o privadas de internación, evaluar internaciones involuntarias de más de 90 días y controlar derivaciones fuera del ámbito comunitario. Los controles deberían tener lugar al menos una vez al mes y en caso de que las instituciones no cumplan con las normas que establece la Ley, tendrían que denunciar a los organismos competentes.

Otra cuestión importante que surge de la reglamentación es que “la creación de nuevos dispositivos debe prever que incluyan el acceso de personas declaradas inimputables y personas privadas de libertad por procesos penales” (Reglamentación de la Ley de Salud Mental, 2014). En este sentido, los espacios destinados al tratamiento deben admitir a personas con trayectorias judiciales. Para lograr incluirlas se debe adoptar una perspectiva de salud integral que contemple la singularidad de los usuarios de drogas, sin que el tiempo que llevan con consumos problemáticos sea un impedimento para recibir la ayuda del sistema de salud y de los centros de rehabilitación. Por lo tanto, la perspectiva de reducción de daños aparece un modo posible de intervención.

En lo referente a los dispositivos, la creación de nuevos modos de intervención debe contemplar el trabajo en centros de atención primaria de la salud, servicios con internación en hospitales generales, hospitales privados, sistemas de atención de urgencia, centros de rehabilitación diurnos y nocturnos, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, atención

domiciliaria, entre otros. Respecto a los dispositivos terapéuticos con alojamiento la reglamentación establece que no deben ser usados por personas con problemáticas de vivienda; hace una distinción entre el tratamiento y el alojamiento y señala que los espacios de rehabilitación no son alojamientos. Para asegurar que este principio se cumpla sólo se realizarán derivaciones fuera del ámbito comunitario en la medida que le brinden al usuario de drogas un mayor apoyo familiar y social. La utilización de esta medida debe estar debidamente fundamentada y sólo se realizará si existe el apoyo de algún familiar o de alguien que tenga algún vínculo afectivo con el usuario. Para los casos de internación involuntaria siempre se debe informar al juzgado correspondiente.

Las internaciones estarán debidamente controladas mediante disposiciones tales como la imposibilidad del aislamiento de la persona.³⁷ De esta manera, las instituciones siempre deben ser accesibles para quien decida obtener información sobre la situación de los usuarios de drogas. Para evitar el aislamiento se promoverá desde el Estado la creación de organizaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento para personas que no tengan vínculos sociales con su grupo familiar.

Finalmente, en la Ley se anuncia que, más allá que la internación sea involuntaria, las garantías constitucionales deben cumplirse y que en la medida de las posibilidades el paciente debe participar del tratamiento. Aunque se reconoce el avance que esta Ley representa, todavía siguen existiendo barreras para que se cumpla, fundamentalmente en lo que refiere al tratamiento de los usuarios de PB/paco.

2.3 Barreras que dificultan la aplicación de la Ley

En el estudio sobre accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud realizado por Rossi y equipo (2007) se analizan las barreras descritas por profesionales que trabajan en hospitales y centros de salud a la hora de atenderlos, entre ellas se mencionan la expulsión de los sujetos por parte del personal administrativo o de seguridad sin otorgarles la posibilidad de ser atendidos. Según el estudio, otro factor que colabora en el desencuentro es la distancia que hay entre

³⁷ Sí hay restricciones puntuales con sentido terapéutico, estas deben estar fundamentadas e informadas al Juez (sólo en caso de internaciones involuntarias).

los centros de salud o de rehabilitación y los lugares de residencia de los jóvenes. En ocasiones, según los profesionales, los jóvenes no cuentan con los fondos económicos para realizar el traslado de un lugar a otro.

A la hora de identificar barreras los trabajos que abordan la temática resaltan que la mirada estigmatizante de los profesionales, en tanto miembros de la opinión pública, sobre los usuarios de drogas condiciona la comunicación entre los servicios de salud y los pacientes (Ramírez, 2013a; Mecha, 2013; Pawlowicz *et al.*, 2012; Rossi, *et al.*, 2007; Engelman, 2006; Comes, 2003; Menéndez, 2003). Esta situación, produce una distancia entre la información requerida por los usuarios y la efectivamente otorgada por los profesionales (Ramírez, 2013a; Pawlowicz *et al.*, 2011; Rossi *et al.*, 2007).³⁸

En nuestro país existen diversos trabajos sobre el acceso de los usuarios de drogas a los centros de salud (Canay *et al.*, 2012; Rossi *et al.*, 2007; Pawlowicz *et al.*, 2006; Touzé *et al.*, 1999). El estudio realizado por Rossi y equipo (2007) tuvo como objetivo general analizar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los efectores de salud del subsector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Según este informe, que retoma la visión de los profesionales, quienes mayoritariamente se atienden en los servicios de salud son jóvenes y adultos, fundamentalmente varones, de sectores sociales bajos y medios-bajos. Este trabajo evidenció que los pacientes usuarios de drogas concurren la mayor parte de las veces en compañía de familiares y amigos, y que una minoría concurre solo. Otra cuestión importante que destaca la investigación es que quienes offician de acompañantes son los encargados de avisar a los profesionales que los pacientes a tratar en los servicios de salud son usuarios de drogas (Rossi, 2009). El estudio revela además que, en la mayoría de las ocasiones, los usuarios de drogas comienzan el tratamiento por un malestar evidente y luego lo abandonan. Según los médicos es habitual que ingresen al tratamiento, lo dejen, lo retomen y lo vuelvan a abandonar. En general, el regreso se asocia a la tríada malestar-enfermedad-crisis, que es vivenciada como una situación límite. Al mismo tiempo, el retorno se da producto de malestares físicos, como crisis emocionales o afectivas (con la familia, pareja, etc.) y a casos de urgencia, como accidentes.

³⁸ A pesar de las barreras existen instancias en las cuales los profesionales y los pacientes interactúan para resolver determinados padecimientos de estos últimos (Rossi *et al.*, 2007)

Otra cuestión importante que obstaculiza el acceso al tratamiento de los usuarios de PB/paco es la estigmatización de los profesionales que los consideran delincuentes, violentos y amorales (Mecha, 2013). Por lo tanto, varios expertos en salud se abstienen de relacionarse con ellos. Esta situación dificulta la prevención y sólo le da lugar a la represión (Zaffaroni, 2010). En este contexto, es difícil recuperar a los sujetos con consumos problemáticos de PB/paco.

En ese mismo sentido, retomando los planteos de Graciela Touzé y equipo (1999) podemos entender que los profesionales de la salud presentan una visión estigmatizante del usuario de droga como un delincuente/ violento/ peligroso/ autodestructivo a quien no le importa su salud. Esta mirada coincide con el modelo prohibicionista imperante durante mucho tiempo en nuestro país. En este sentido, la visión de los expertos está atravesada por estereotipos que dificultan la relación y la transforman en insostenible en el tiempo.

Sin embargo, también existieron algunos intentos nacionales e internacionales de romper con esa mirada estigmatizante. Durante el año 2010 la SEDRONAR y el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) realizaron un estudio de evaluación de los tratamientos en donde se evaluó la eficacia de los programas entendidos como “la capacidad de alcanzar los resultados buscados” que según el informe del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (Oficina contra la Droga y el Delito, 2003: 29) son:

- a) Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación.
- b) Propiciar y mantener la reducción de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total).
- c) Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud y la seguridad públicas.
- d) Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias” (SEDRONAR/OAD, 2011: 6).

Según lo afirmado anteriormente, la mayoría de los tratamientos buscan modificar las conductas y los comportamientos de las personas que consumen drogas. Al respecto, hay que recordar que el proceso de recuperación sostenido y un tratamiento prolongado pueden ser beneficiosos para el usuario de drogas (Kornblit *et al.*, 2004; Oficina contra la Droga y el Delito, 2003). Por lo tanto, las altas tasas

de recaídas hacen necesario considerar al consumo de drogas como un “trastorno crónico recurrente” que no puede resolverse en el corto plazo.

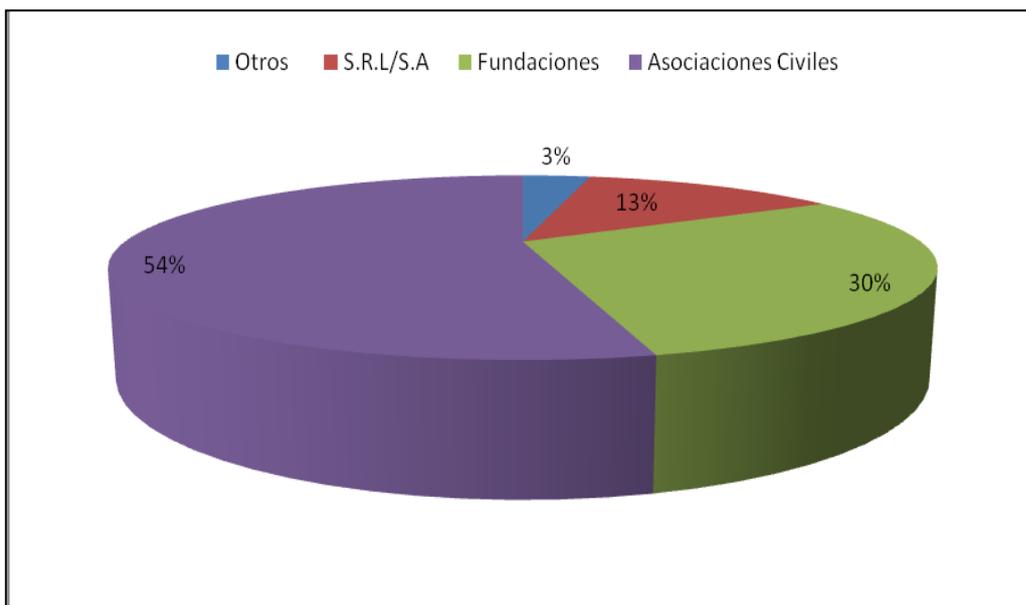
En los estudios realizados por la SEDRONAR/OAD (2011) se destaca que la buena predisposición de los jóvenes a la hora de comenzar un tratamiento, sus motivaciones iniciales y la participación sostenida ayudan a lograr una mejora significativa en sus conductas. Otro factor importante para lograr el éxito de los tratamientos se relaciona con la ayuda familiar y social recibida a lo largo del proceso (Canay *et al.*, 2012; SEDRONAR/OAD, 2011).

En relación a las instituciones, los informes mencionan que el éxito de los tratamientos depende del ambiente del lugar y de la calidad del entorno terapéutico, como así también de la posibilidad de acceso a los tratamientos (Canay *et al.*, 2012; Camarotti *et al.*, 2010). En este sentido, sostienen que las instituciones que mejor pueden abordar la problemática son aquellas que tienen espacios que contemplan la recaída, tratan el tema como una dolencia crónica y permiten la inserción integral de las personas (laboral, educativa, etc.).

Por lo expresado anteriormente, se afirma que para analizar el acceso de los usuarios a los centros de rehabilitación es interesante tomar en consideración la continuidad de los tratamientos y ver por qué, desde el discurso de los jóvenes, los tratamientos resultan exitosos o no.

En el país el auge de las comunidades terapéuticas ha sido inmenso. Como reflejo de esto se puede citar que el 95% de los subsidios que otorgó SEDRONAR estuvieron destinados a las comunidades terapéuticas residenciales o para tratamiento diurno (SEDRONAR/OAD, 2011). El objetivo de estos espacios, como se ha explicado anteriormente, es que el usuario de drogas pueda reinsertarse y adquirir habilidades para la convivencia social. Sin embargo, SEDRONAR trabaja indistintamente con el sector público, el privado o el de las obras sociales. Como se observa en el Gráfico 3 las organizaciones no gubernamentales son las que tienen primacía en la oferta de tratamientos.

Gráfico N° 5: Instituciones que brindan tratamientos para usuarios de Drogas³⁹



Fuente: Elaboración propia en base a SEDRONAR, 2011.

Como se representa en el gráfico las asociaciones civiles tienen una fuerte impronta en los tratamientos porque representan la mayor proporción de las ofertas; también se puede detectar que si se suman todos los porcentajes las ofertas no estatales constituyen una mayoría abrumadora. En esta instancia cobra importancia la pregunta sobre cuál es el rol del Estado en las políticas sobre drogas.

A primera vista los datos construyen la idea de que el estado terciariza las respuestas de tratamiento para los usuarios de drogas. En este esquema, el PB/ paco no constituye una excepción. Las respuestas socio-sanitarias quedan en manos de la necesidad de ciertas ONG (laicas o religiosas) de resolver la problemática o de grupos de profesionales que ven a los tratamientos como un negocio rentable.

Por otro lado, señalamos que entre 2006 y 2008 la mayoría de los usuarios de drogas fueron derivados a instituciones que están ubicadas en el Gran Buenos Aires (74,8%) y el resto de los jóvenes son derivados a la CABA (25, 2%) (SEDRONAR/OAD, 2011).

La mayoría realizó su tratamiento bajo la modalidad de comunidad terapéutica con internación (74,5%). Otro dato significativo es que solo 1 de cada 10 de los usuarios, que recibieron el subsidio otorgado por SEDRONAR para comenzar su recuperación,

³⁹ En total el estudio observa la existencia de 116 espacios que ofrecen algún tipo de tratamiento. De estos espacios 62 son asociaciones civiles, 34 son fundaciones, 15 son S.R.L. / S.A. y de otro tipo hay 4.

tenía 40 años, el resto tenía edades inferiores. A la vez, el 90% de los pacientes al momento de iniciar el tratamiento no estaba trabajando. Un 10% declaró estar ocupado, generalmente en changas o actividades ocasionales.

Según revela la investigación de SEDRONAR/OAD (2010; 2011) las personas declararon que un año antes de comenzar el tratamiento consumió más de una droga. 3 de cada 10 personas declararon haber consumido dos sustancias y el 30% de las personas consumió tres sustancias. Entre quienes consumieron dos sustancias durante al año previo al inicio del tratamiento la combinación con mayor presencia fue alcohol con cocaína, y en segundo lugar, marihuana con PB/paco. Sobre estas combinaciones se conforman gradualmente las más frecuentes: alcohol con cocaína y marihuana; marihuana y PB/paco con alcohol o con cocaína.

Como se puede inferir los usuarios de PB/paco no solo consumen esta droga, sino que en general consumen más de una. Pero esta sustancia ocupa un lugar preponderante en la cotidianeidad de los jóvenes, por lo tanto los tratamientos específicos se vuelven necesarios.

En estas instancias resulta pertinente que se analicen los esquemas de atención propuestos para los usuarios de PB/paco.

2.4 Tratamientos y protocolos recomendados para los usuarios de PB/paco

Como se ha analizado, los estudios que abordan los tratamientos, en general, aluden a la peligrosidad de la sustancia sin realizar una diferenciación entre los sujetos que las consumen que son considerados peligrosos y quienes las ofrecen (Garbi, 2013; Mecha, 2013; Renoldi, 2013).

Existe un protocolo de atención llevado adelante por el Comité de la Magistratura de la Nación (2010) que apunta a la reorganización de los recursos ya existentes en el ámbito de la salud pública. En este sentido, busca la coordinación de las agencias de salud para lograr una mejora en la comunicación. Al mismo tiempo, intenta sistematizar la información existente sobre el abordaje terapéutico de los usuarios de PB/paco. El documento menciona que en el proceso de atención deben englobarse dimensiones culturales, antropológicas, morales, familiares, sociales, jurídicas y económicas y ofrecer múltiples opciones, incluida la reducción de daños y acciones de prevención. En este sentido, los tratamientos serán acordes a los perfiles de cada sujeto.⁴⁰ Así, recomienda:

⁴⁰Estas sugerencias se enmarcan en la Ley de Salud Mental.

- 1) *Dispositivos ambulatorios*: Se incluyen los individuos que concurren de forma diaria o semanal. No deben permanecer internados. Se recibe tratamiento médico individual, grupal, psiquiátrico, médicos, terapéutico, etc. El objetivo de estos espacios es la abstinencia. Este tipo de lugares se recomienda especialmente para personas que conserven sus relaciones vinculares, educativas, laborales o sociales. Recomendado para sujetos cuya severidad de consumo posibilita la rehabilitación a través de los recursos terapéuticos que esta modalidad aporta o para sujetos que recibieron una modalidad más intensiva y han mejorado considerablemente. También se sugiere a pacientes con patologías duales (consumidores de sustancias con problemas psiquiátrico, trastornos mentales de severidad leve o mayor, pero estables). La Comisión también sugiere este tipo de tratamientos para pacientes que no están listos para un tratamiento más complejo (como por ejemplo, los usuarios de PB/paco). Finalmente, se recomienda para niños y adolescentes que se encuentran en hogares convivenciales.
- 2) *Centros de día*: Incluye actividades asistenciales clínico-terapéuticas. Pueden ser de jornadas completas o de media jornada. Es muy importante que para lograr el éxito de las actividades participe la comunidad y la familia. Sólo así se logra la inclusión del paciente. Esta modalidad, conjuga los ámbitos clínicos y asistenciales para fortalecer el contexto del sujeto. Este tipo de tratamientos se recomienda a personas con apoyo familiar, laboral, educativo, entre otros. Si el individuo no posee este tipo de sostén el tratamiento no podrá realizarse. Otra característica que deben tener el tipo de sujetos que realicen estos tratamientos es que deben reconocer que padecen conflictos personales o sociales. También se recomienda a sujetos con conductas impulsivas o compulsivas que aún preservan el autocontrol, y a pacientes con riesgo de recaer en el consumo problemático, con fracasos terapéuticos y con patologías psiquiátricas asociadas al consumo.
- 3) *Dispositivos de internación*: Se trata de modalidades residenciales-transitorias que atienden a pacientes en situación de crisis y cuyos casos no se pueden tratar de modo ambulatorio. Para acceder a la internación,

los tratamientos ambulatorios debieron resultar infructuosos (Ley 26.657). La idea de la internación es que se eliminen las situaciones de consumo riesgoso y que se fortalezcan sus vínculos familiares.

Esta modalidad será conveniente para personas que tengan consumo problemático prolongado en el tiempo, que presenten deterioro de la salud física (desnutrición, deshidratación, infecciones en la piel, lastimaduras en los labios y dedos, abandono general, entre otros). También en los casos de abandono por parte de la familia, en casos de convivir con consumidores comerciantes de drogas, situaciones de abuso o explotación sexual. Es decir, en situaciones de donde los derechos básicos se encuentren vulnerados y no se pueda garantizar el cumplimiento de los derechos básicos (salud, vivienda, educación, entre otros). Finalmente, se recomienda a personas en situación de calle o que deban ser internados por prescripción médica.

- 4) *Alternativas de medio camino*: Consiste en una internación por tiempo determinado que depende de las necesidades de atención del paciente, de la contención y resguardo que necesite. Se complementa una especie de transición terapéutica a internación prolongada, centro de día u otros para evitar que se abandone el tratamiento y las recaídas.

Se recomienda para evitar recaídas, para sujetos que necesitan evaluar o reforzar su tratamiento, pacientes que egresen de una internación prolongada y estén próximos al alta o al paso a un hospital de día o a un tratamiento ambulatorio.

En el marco de la Ley 26.657 el protocolo exhorta la evaluación integral y la social. En el caso de la *evaluación integral* debe realizarse por equipos de trabajo interdisciplinarios que analicen continuamente el estado de salud del usuario de drogas. Dicha supervisión consiste en inspeccionar el ámbito psicológico y clínico del sujeto. En el ámbito psicológico/psiquiátrico se observa la existencia o no de patologías que necesiten soporte farmacológico. Luego se evalúa el grado de responsabilidad que el individuo tiene sobre sí mismo y sobre otros, indagando áreas de afectividad, para prevenir situaciones angustiantes, el lugar que la sustancia tiene para el paciente y la existencia o no de lazos sociales. Se valora el trabajo interdisciplinario y el diagnóstico presuntivo.

Al mismo tiempo, para conocer las condiciones de vida de las personas consumidoras y considerar cuáles son los recursos con los que se cuenta durante y después del tratamiento. Se intenta llevar adelante una *evaluación social* con una fuerte impronta médica. En esta instancia, se deben realizar exámenes clínicos que no se hayan consumado durante el tratamiento o que deban repetirse. Los mismos deberán ser evaluados por médicos. Este tipo de control ayuda a detectar las infecciones ligadas al uso de drogas (VIH/SIDA, Hepatitis B y C), daños cerebrales y ayuda a controlar de un modo más eficaz el embarazo (evaluándolo a partir de la frecuencia del uso de las sustancias, la malnutrición materna, las enfermedades infecciosas transmisibles, embarazo adolescente, falta de cuidados prenatales). El consumo de sustancias durante el embarazo lo convierte en una situación de alto riesgo y deben practicarse controles estrictos y partos monitorizados para las usuarias de cualquier droga, pero particularmente de PB/paco.

Esta guía debería aplicarse en forma indiscriminada a los sectores de mayor vulnerabilidad social tales como los usuarios de PB/paco. Sin embargo, el paradigma prohibicionista, todavía vigente en muchas prácticas, complica el panorama. Si bien esta guía expresa buenas prácticas, no tiene el peso suficiente como para lograr mayor eficacia en las prestaciones.

2.5 Reducción de daños

En Argentina los programas tradicionales se han basado históricamente en el abandono o supresión del uso de las drogas. Sin embargo, la reducción de daños es una estrategia que le otorga al usuario la posibilidad de disminuir su consumo participando de programas que lo ayuden a integrarse socialmente. En este sentido, es necesario comprender que los objetivos de este abordaje no pueden ser pensados por separado ya que por un lado, se minimizan los conflictos que el individuo, la sociedad y la comunidad tienen con la sustancia y, por el otro, se trabaja sobre la valoración que el individuo establece con la sustancia. De esta manera, se busca que la sustancia quede en un lugar secundario y el sujeto asuma un rol central. Esta definición asume una perspectiva integral, considerando no sólo los efectos negativos para la salud, sino que también incorpora las consecuencias sociales y económicas (Camarotti, 2006; Romaní, 2008).

Esta estrategia de abordaje comenzó a utilizarse durante 1950 en Canadá, país que implementó programas de mantenimiento con metadona. Posteriormente, en los años 60' Estados Unidos también aplicó este modelo. Esta metodología se utilizó para que los individuos con consumos problemáticos de drogas pudieran incluirse en el mercado laboral y no quedaran en los márgenes.

Asimismo, durante 1984 Amsterdam aceptó la incorporación del programa de cambio de jeringas. Por lo tanto, se puso a la vanguardia porque adoptó una postura pragmática frente al consumo. De esa manera redujo exponencialmente el contagio de enfermedades.

En Argentina las políticas de reducción de daños surgieron a partir de 1990 debido a la necesidad de evitar contagios de VIH por intercambios de jeringas. Los primeros grupos que utilizaron la reducción de daños no conocían las experiencias que se llevaron a cabo en el mundo. Según Ana Clara Camarotti (2006) las prácticas locales se produjeron de manera espontánea. Sin embargo, posteriormente encontraron una sistematización a partir de las prácticas internacionales, que ayudaron a mejorar las estrategias de trabajo mediante el intercambio de experiencias, así como también permitieron vincular a diferentes grupos, que se encontraban, sin saberlo, trabajando con la misma perspectiva ideológica.⁴¹

⁴¹ De este modo se compartieron los diversos programas y estrategias aplicados en el mundo, tales como los programas de cambio de jeringas y los de sustitución de sustancias para consumidores de sustancias sumamente nocivas.

Para que este abordaje sea exitoso es necesario incluir educación e información para los usuarios de drogas. Estos aspectos son centrales porque les otorgan información respecto del uso correcto de los equipos necesarios para realizar las prácticas, también se publicitan las cantidades sugeridas de consumo para evitar sobredosis y formas seguras de consumo. Al mismo tiempo, esta perspectiva le otorga a la comunidad un rol fundamental porque acerca a los usuarios a diversas instituciones educativas y de salud. Para que este encuentro se realice es fundamental que los espacios estén dispuestos a escuchar las verdaderas necesidades que plantean los consumidores de sustancias.

Este modelo, aunque se encuentra recomendado por la Ley de Salud Mental, es fuertemente resistido porque no ha sido lo suficientemente difundido con la seriedad que requiere. En sintonía con esta afirmación Graciela Touzé (2006) planteó que la mirada sobre la reducción de daños se construyó en base a mitos y representaciones sociales que le quitan seriedad al planteo. En este sentido, el primer mito que aparece es el del usuario de drogas como un ser “autodestructivo” que no se alejará de su consumo problemático jamás. A su vez, la reducción de daños es representada como una apología de las drogas que favorece e incentiva el consumo. Así, por medio de estos relatos se refuerza la postura represiva respecto del consumo de drogas en general y del PB/ paco en particular porque, según el autor, la guerra contra las drogas está declarada en el espíritu de la Ley 27.737 que en su artículo 14 penaliza la tenencia de drogas para consumo personal y:

[...] la facilitación de un lugar o de elementos para dicho consumo (artículo 10) y la difusión pública/preconización/incitación del uso de drogas (artículo 12) junto con la impartición pública de “instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes” (artículo 28). (Ley 23.737, 1989, citado en Cymerman, *et al.*, 1998).

En el contexto descrito, la reducción de daños es un horizonte al que se debe llegar progresivamente, pero sin invadir los tiempos sociales porque la aplicación efectiva depende del trabajo mancomunado de las instituciones y de los decisores políticos (Touzé, 2006).

En América Latina, la reducción de daños no se aplica sino como auxiliar del modelo abstencionista. Este tipo de intervención es minoritaria en el país. Pero existen algunas valiosas experiencias de este abordaje en espacios comunitarios-

que si bien tienen como objetivo el alejamiento de la sustancia- lo utilizan como puerta de entrada a algunas instituciones.

2.6 Respuestas comunitarias al consumo de PB/paco

Este apartado se propone presentar los *abordajes comunitarios*.⁴² Para comprender los orígenes de estos dispositivos es necesario retomar el trabajo realizado por Efrem Milanese (2013) quien realiza un análisis de los espacios comunitarios en Brasil. El autor relata que la perspectiva comunitaria surge en respuesta a los mecanismos de encierro y expulsión de las ciudades que se utilizaron durante el siglo XIX y XX.⁴³ Sin embargo, a pesar la hegemonía de estas modalidades hubo comunidades que intentaron dar respuesta a los problemas mentales y de consumos problemáticos desde su interior, porque consideraron que las respuestas institucionales -en su mayoría psiquiátricas- eran costosas, tenían reglas de acceso que dificultaban la inclusión y generaban en los usuarios emociones negativas porque experimentaban la sensación de estar presos o excluidos.

El punto de partida para este modelo será la comunidad entendida como un ámbito de contención en el que un grupo de personas comparten el espacio geográfico, las vivencias, experiencias comunes y relaciones sociales complejas (Rodríguez, 2009 citado en Milanese, 2013).

Los modelos de atención comunitarios trabajan con actores que se conocen y comparten prácticas cotidianamente. Así, la perspectiva de intervención puede ser definida como:

[...] un conjunto de procesos en el cual se articulan acciones, instrumentos y prácticas organizadas cuyo objetivo es promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas y viven en una situación de exclusión social grave (Milanese, 2013: 7).

La idea es que el usuario permanezca en su comunidad porque se considera que la exclusión de su contexto no es necesaria y resulta contraproducente para quien debe recuperarse. En este sentido, se recomienda la organización de un sistema de redes que se ponga en acción ante situaciones de desprotección. Está pensado para personas pobres, con niveles de instrucción bajo, que no tengan trabajo, que no

⁴²Esta perspectiva también será abordada en el capítulo 3.

⁴³ En este contexto se crean las favelas, los barrios marginalizados y las zonas de exclusión.

cuenten con los servicios básicos de salud o que estén sometidas a diversos modos violencia comunitaria, como por ejemplo la estigmatización. También se recomienda especialmente para personas que estén en situación de calle y expuestas a escenarios de peligro tales como violencia policial o explotación sexual. La descripción de la población que se acaba de realizar coincide con el perfil de los usuarios de PB/paco quienes son considerados, en general, como usuarios de “alto riesgo” (Milanese, 2013). Ante esta descripción surge la pregunta sobre cómo podrían integrarse este tipo de proyectos en la sociedad. Una respuesta posible que ofrece el modelo sería trabajar con instituciones que oficien como la puerta de entrada al tratamiento. En este sentido, las escuelas, los clubes y las Iglesias son espacios en los que se pueden empezar a pensar acercamientos a esta población (Ramírez, 2013b). En ese sentido, la conformación de la red de trabajo implica tres momentos bien diferenciados: la entrada, la atención y el tratamiento. Para que esta perspectiva pueda ser considerada exitosa, las etapas deben considerar la situación y las causas de la exclusión a la que están sometidos los usuarios de PB/paco.

Por lo expuesto, el tratamiento comunitario puede ser una opción muy eficaz para personas que no han producido los resultados esperados en los tratamientos brindados por otras instituciones. También puede ser útil para personas que no quieran o no puedan encontrar las respuestas a sus necesidades en espacios convencionales. En caso de los usuarios de PB/paco el trabajo comunitario resulta beneficioso porque no es posible trabajar con estas poblaciones de otra manera ya que hay que abordar la temática desde diversas aristas que no sólo incluyen la perspectiva clínica, sino también la contextual.

Otra razón por la cual la adopción de esta perspectiva resulta pertinente radica en que los familiares de los usuarios de PB/paco se ven impedidos de acompañarlos durante el tratamiento porque no cuentan con los recursos suficientes para movilizarse a los centros de rehabilitación, por lo tanto las visitas se restringen considerablemente. Al mismo tiempo, por los castigos que imponen algunos centros de rehabilitación hacen que muchos usuarios de PB/paco se alejen cada vez más de las familias. A esta situación se le debe sumar, la falta de información que se ofrece durante el transcurso del tratamiento. Paralelamente, las técnicas disciplinarias utilizadas durante los mismos alejaron a los usuarios de PB/paco de los espacios que los ofrecían. En este sentido, se debe considerar que estas personas provienen de poblaciones frágiles o marginalizadas y que han pasado por experiencias de

encierro, tales como institutos de menores o la cárcel. Por lo tanto, replicar este tipo de modelo para los tratamientos lleva a la pérdida de oportunidades (Ramírez, 2014).

Otra cuestión a tener en cuenta a la hora de trabajar con estas poblaciones es que la incorporación a las reglas de los lugares debe realizarse de manera progresiva, realizando una especie de transición en la que el joven logre adaptarse y mantener la decisión que ha tomado. En este sentido, hay que recordar que muchos sujetos tienen tiempos distintos y que algunos tal vez nunca dejen de consumir pero sí puedan incorporar mayores y más efectivas prácticas de cuidado.⁴⁴ Por lo tanto, desarrollar esquemas que apunten a la reducción de daños y adopten la perspectiva comunitaria sería útil para aprovechar las oportunidades y los recursos socio-sanitarios. Así, se podrían construir redes entre instituciones que se podrían traducir en respuestas integrales.

A su vez, según los propios consumidores de PB/paco los espacios comunitarios en los cuales ellos se sienten comprendidos y contenidos son los más propicios para realizar su recuperación. Al mismo tiempo, resulta imprescindible que los hospitales y los centros de salud trabajen de modo articulado para aprovechar la instancia de concurrencia de usuarios de PB/paco en situación de calle (Ramírez, 2015).

Como se ha expresado anteriormente, los dispositivos asistenciales no logran contemplar las necesidades de los usuarios de PB/paco. Por esa razón, quienes sí lo hacen, muchas veces no pueden mantenerlo de manera sostenida.

Las situaciones descritas podrían esbozar una respuesta a los reiterados politratamientos. Por lo tanto, los proyectos comunitarios que puedan utilizar la reducción de daños se convierten en estrategias fundamentales para lograr el acercamiento a los usuarios de PB/paco porque en estas poblaciones es muy complejo lograr la abstinencia total. Por lo tanto, un trabajo con una perspectiva crítica, implica reconocer que los usuarios intentarán abandonar el consumo, pero que muy pocos lo lograrán. En ese sentido, reducir las exigencias dentro del propio contexto será fundamental a la hora de obtener tratamientos beneficiosos (Goltzman, 2010; Ramírez, 2014). En este aspecto el tratamiento comunitario puede aportar grandes beneficios.

⁴⁴ Este concepto se retomará en el capítulo 4.

Según la investigación realizada por esta tesista (2013b), los tratamientos que se concluyen son los que se presentan como menos rígidos y que pueden comprender la problemática en términos de un proceso de transición entre el consumo problemático, el consumo esporádico y las recaídas. Así, resulta fundamental que los equipos de trabajo que aborden la temática puedan romper con los esquemas tradicionales, que versan sobre la imposibilidad de trabajar con estas poblaciones, y con la recomendación de encierros. Así, por la complejidad de la temática, un abordaje que solo incluya la perspectiva sanitaria es incompleto porque no da cuenta de la complejidad de la temática a nivel social, económico, político y cultural (Goltzman, 2010).

Otra cuestión que resulta importante atender es que los usuarios de PB/paco encuentran puntos de inflexión que los impulsan a pedir ayuda (una golpiza recibida por la policía o por algún grupo, una enfermedad crónica como el HIV o la tuberculosis, en el caso de las mujeres los embarazos o el parto, etc.). En este sentido, es importante que se puedan pensar estrategias tendientes a que los jóvenes se puedan acercar a las instituciones y considerarlas ámbitos de contención y de ayuda, no solo inmediata sino a largo plazo. Es importante recordar que por la situación sensible de la población de consumidores de PB/paco muchos están en situación de calle. En ese sentido, resulta vital que se impulse la creación de centros comunitarios que puedan abordar esta problemática de un modo integral y que funcionen en los contextos en los que residen los jóvenes (Camarotti, 2013).

Por lo tanto que la temática se aborde desde el contexto de los usuarios implica realizar trabajos sostenidos en el tiempo y que los espacios puedan ser reconocidos y habitados por quienes los utilizan. Una de las cuestiones más importantes a modificar en los tratamientos de rehabilitación es la barrera que lleva a excluir a los jóvenes de sus espacios de residencia, teniendo en cuenta que en pocas ocasiones se les da las herramientas necesarias para volver.

El trabajo en red de grupos interdisciplinarios abocados a tratar con esta población específica sería una posibilidad que podría evitar las situaciones de violencia que se dan tanto en las guardias de los hospitales como en los centros de tratamiento. Los hospitales deben buscar que sin internación los jóvenes puedan acceder al tratamiento. No se debe perder de vista que la mayoría de los usuarios PB/paco se escapan de los lugares cerrados o muy rígidos (Ramírez, 2013a). Un tema importante a la hora de pensar los procedimientos de intervención refiere a la escasa

relación de los centros de rehabilitación con las familias de los usuarios de PB/paco.⁴⁵ En este sentido, hay que considerar que en general se fracturaron los vínculos entre las familias y los jóvenes. Asimismo, es interesante no olvidar que tanto los varones como las mujeres refieren como principal proyecto a futuro restaurar los lazos con sus hijos. Por lo tanto, los centros deben generar espacios para que estos vínculos puedan reconstruirse. Por lo expuesto, en este escrito se propone abordar la temática desde una perspectiva integral que aborde el tema del consumo de sustancias, pero a la vez que establezca redes de contención para el usuario y su familia. Con el objetivo de ampliar lo expuesto y conceptualizar, resulta pertinente definir el Modelo Comunitario. Según Camarotti y Kornblit (2015) incorpora el contexto y lo utiliza como un factor de prevención que permite anticipar los efectos sociales del consumo valiéndose de la prevención inespecífica para lograr la promoción de la salud. Este esquema de trabajo acentúa los recursos personales y sociales, equiparándolos a los físicos y psíquicos. En este esquema aparece una figura central en el tratamiento comunitario: los acompañantes.

2.7 El rol de los acompañantes en los proyectos comunitarios

Si bien en el abordaje comunitario la figura de los profesionales es muy importante, la base radica en los acompañantes pares. Es decir, personas que en general no son miembros de la familia del usuario de PB/paco, sino que han atravesado situaciones similares de consumo y que asumen tareas centrales en la recuperación. Son los encargados de realizar trámites para obtener turnos en el médico, de asistir en caso de necesidad, de salir a la ciudad en búsqueda de recursos para el usuario en recuperación, entre otras actividades (Milanese, 2013). Otra característica central es que pertenecen a la comunidad, conocen las instituciones y también son reconocidos en ellas. Así, el rol que desempeñan es doble: beneficiario y trabajador en el lugar. Por lo tanto, se constituyen en una figura clave para el reingreso de los consumidores de PB/paco a la comunidad. Al encargarse de facilitar los contactos entre la población y los miembros de las diversas instituciones su rol es clave dentro del proyecto comunitario.

⁴⁵ Esta idea quedará más clara cuando en el capítulo 4 se expliquen los itinerarios terapéuticos de los usuarios de PB/Paco.

Según otro trabajo de mi autoría (2013a), los jóvenes valoraron positivamente los espacios comunitarios en los cuales había tratamientos psicológicos frecuentes y de emergencia, es decir, los lugares que los ayudan de modo integral, en los que pudieron realizar tareas de capacitación, obtención de documentos, o actividades lúdicas. Cuando rememoran su estadía en los centros, recuperaron la figura de algún referente que los conectó con el exterior y que los trató como “humanos”. Muchos jóvenes, fundamentalmente de las zonas más vulnerables, tratan de no perder el contacto con los centros de rehabilitación hasta que puedan organizar su vida de alguna manera. Así, recurren a comer, a hacer una changa o sencillamente a hablar. Para ellos fue muy importante que el centro mantenga las puertas abiertas y conozca el contexto. Según los entrevistados, en los espacios más flexibles, el trato humanizado, el saludo y las redes de apoyo (laborales, sociales y culturales) que se pueden armar en función de la recuperación son los elementos que contribuyen a lograr “la serenidad” para afrontar el afuera y poder vivir allí.

El espacio de talleres artísticos, la práctica de algún deporte o las salidas recreativas, son muy recordadas por los jóvenes porque “los mantienen ocupados y lejos de la calle”. En todo el esquema del proceso, la figura del acompañante opera como un nexo entre la comunidad, los usuarios de PB/paco y los sistemas de salud, atención y tratamiento.

2.8 Síntesis

En este capítulo se ha trabajado sobre las diversas respuestas sanitarias existentes en Argentina. De este modo, se realizó un recorrido panorámico sobre el sistema de salud en Argentina, sus comienzos y sus particularidades. Al mismo tiempo, que se describieron los esquemas de intervención, se intentó poner de relieve cómo se integran a las respuestas sociales. Si bien existe una gran influencia del sector público no sucedió lo mismo en el ámbito de los consumos problemáticos porque las principales respuestas llegaron de la mano de organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, hubo tentativas de intervención que provinieron desde el Estado en la década de 1970. En este sentido podemos nombrar el Centro de Reeducción Social (CENARESO), actualmente devenido en el Hospital Nacional en Red. Es importante destacar que durante 1960 y 1970 se esbozaron respuestas que proponían la perspectiva de intervención interdisciplinaria con

participación comunitaria. No obstante, el advenimiento de la dictadura militar barrió con estas experiencias.

Durante la década de 1980 se consolidaron las primeras respuestas que sólo eran posibles durante el retorno de la democracia. En este contexto cobraron importancia las comunidades terapéuticas, con una presencia fuerte en los tratamientos actuales, y las redes de apoyo. Ambos abordajes tendieron a la modificación de las conductas de los usuarios de drogas, pero se basaron en el paradigma prohibicionista.

En la década de 1990 el Estado argentino se corrió de todas las funciones que le correspondían en lo que refería a la atención de usuarios de drogas. En este contexto, el auge de las respuestas privadas o de ONG (las comunidades terapéuticas o los programas de reducción de daños que se implementaron a mediados de 1990) se hicieron cada vez más numerosos. Casi todas las respuestas estatales, como por ejemplo el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en la década anterior, fueron desarticuladas.⁴⁶

Esta situación continuó durante la siguiente década, hasta que en el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental en cuyo seno se albergaría la Ley Nacional de Salud Mental (26.657). Esta normativa presenta a los consumos problemáticos como un problema de salud pública que debe obtener respuestas desde el Estado dejándolos por fuera de los abordajes psiquiátricos. Para esto, se plantea que el 10% del presupuesto de salud debe ser destinado al tratamiento de padecimientos mentales y adicciones. También, en la reglamentación, se plantea un trabajo interministerial (Educación, Interior, Planificación y Desarrollo Social) que debe funcionar de modo articulado bajo la mirada atenta del Ministerio de Salud. En esta Ley se plantean dos conceptos clave para el abordaje de los consumos problemáticos de PB/paco: la reducción de daños y el tratamiento comunitario. El primero implica considerar que hay sujetos que no podrán dejar de consumir para iniciar un tratamiento y que por lo tanto son las instituciones las que deben amoldarse a los individuos. El segundo implica que todos los abordajes deben realizarse en el contexto, con instituciones que faciliten el contacto social y familiar. Desde la perspectiva que se adopta en este capítulo estos abordajes son los

⁴⁶ De las instituciones de aquella época, sólo el ex CENARESO, debido a su gran flexibilidad, continuó con sus funciones.

adecuados para trabajar con los consumidores de PB/paco porque ellos requieren una atención integral que se base en lo individual y lo colectivo.

La adopción de esquemas de trabajo que consideren la realidad de los jóvenes facilitará las intervenciones socio-sanitarias. Si se reflexiona sobre sus necesidades, las características del grupo social del cual provienen, los soportes culturales, familiares y simbólicos con los que cuentan se podrán obtener y generar mejores recursos para la atención.

Parte II

Resultados

[...] los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada,
Los nadies, los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la
vida, jodidos, rejodidos: Que no son, aunque sean [...]
Eduardo Galeano

Vulnerabilidades, cuidados y autocuidados: una mirada desde los itinerarios terapéuticos.

En este capítulo se aborda el concepto vulnerabilidad para describir las trayectorias de los jóvenes ex consumidores de PB/paco. Durante el período de consumo se describe que adoptaron algunas medidas relacionadas al *autocuidado* tales como no mantener relaciones sexuales bajo consumo, realizar interrupciones del consumo frente a una dolencia o acudir a una institución que los aleje de los peligros que representaba la calle. Finalmente, se narra la búsqueda de los cuidados institucionales en situaciones de necesidad y los itinerarios terapéuticos en hospitales y centros de atención primaria.

3.1 Vulnerabilidades

Para comprender las trayectorias de los jóvenes es necesario partir del concepto *vulnerabilidad*. El término refiere a la susceptibilidad en el ámbito individual y colectivo. En ese sentido, alude a la falta de recursos por parte del sujeto para enfrentarse y protegerse ante la enfermedad y a la escasez de cuidados internos y externos. Por lo tanto, cuando se piensa en este concepto hay que ligarlo al enfoque basado en los Derechos Humanos, que identifica situaciones de debilidad (Ayres, *et al.*, 2012).

A los efectos de aclarar el término se pone de relieve que considera la óptica individual, colectiva y programática. La vulnerabilidad individual pone el acento en que el sujeto es un ser social que administra su cotidianeidad, por lo tanto, está expuesto a cualquier tipo de enfermedad, pero también es capaz de protegerse de ellas. En este sentido, depende de la cantidad y calidad de información que dispone sobre los problemas, el modo en que se elabora dicha información y la medida en que se incorpora o no a las prácticas cotidianas. En esta definición, se pone en evidencia la dimensión intersubjetiva ya que se considera al individuo como un ser activo, que toma sus decisiones, que enfrenta los problemas y que decide sobre sus prácticas saludables (Ayres *et al.*, 2013). A pesar de la vulnerabilidad, el sujeto no pierde su condición de ciudadano pleno y portador de derechos.

En el caso de los jóvenes ex consumidores de PB/paco, este concepto resulta pertinente para pensar sus situaciones porque al tiempo que se enfrentan a

problemáticas complejas, también se toman medidas tendientes a evitarlas. Muchos jóvenes refirieron que tuvieron acceso a preservativos porque en el barrio las asistentes sociales los repartían. También comentaron que si tenían alguna dolencia crónica sabían a qué espacio concurrir para obtener la medicación en caso que se sintieran verdaderamente mal.

Yo siempre tenía un forro a mano. Yo me drogaba, no era tarado. Cuando pasaban las pibas de la salita yo pedía. Si lo usaba o no, no importaba. Lo tenía en cerca (varón, 25 años).

Esta mirada se puede complementar con el análisis de la dimensión colectiva de la vulnerabilidad, que está ligada a la individual ya que une al sujeto con el contexto y analiza los comportamientos individuales. En el ámbito colectivo existen diversos aspectos que deben ser considerados: las relaciones económicas, las de género, las inter-generacionales, las creencias religiosas, la pobreza o la exclusión social, los aspectos que contribuyen a la mantención y reproducción de la desigualdad. Dentro de este ámbito, se destaca la importancia de la formación de redes sociales, la concepción de cuidado que sostienen las entidades encargadas de brindarlo y la incidencia del Estado en la distribución de responsabilidades entre los distintos proveedores de cuidados (instituciones, organizaciones de la sociedad civil, entre otros).

Esta dimensión puede comprenderse mejor cuando se analizan las redes de contactos que los jóvenes trazaron durante sus consumos, cuando lo creyeron necesario lograron establecer relaciones con personas presentes en el barrio, como un transeúnte que los saludaba, un párroco/ pastor o personas que los asistieron alcanzándoles comida, en momentos en los que sintieron hambre.

Siempre había alguien que te daba una mano, que te saludaba. Yo me portaba bien y hablaba con los que querían acercarse. Nunca robé. Todos me cuidaban sin saber, porque yo estaba para atrás (varón, 28 años).

Finalmente, se alude a la *vulnerabilidad programática* que refiere al vínculo entre los individuos y las instituciones. De esta manera, se intenta establecer relaciones entre los factores que ayudan a reducir la vulnerabilidad o la reproducen y los que la aumentan. En este sentido, se refiere a los diversos aspectos que conforman esta categoría: *disponibilidad de los servicios, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios*. Los diversos aspectos de la vulnerabilidad programática son: (1) La disponibilidad de los servicios, deben existir en cantidad suficiente para responder

a los determinantes sociales de la salud. (2) La accesibilidad de los servicios, deben ser físicamente accesibles, no deben discriminar y deben garantizar información completa y basada en evidencias; (3) La calidad de los servicios. (4) La aceptabilidad de los servicios, ética de cuidados médicos, se debe respetar los valores y la tradición cultural de las personas (Delor y Hubert 2000).

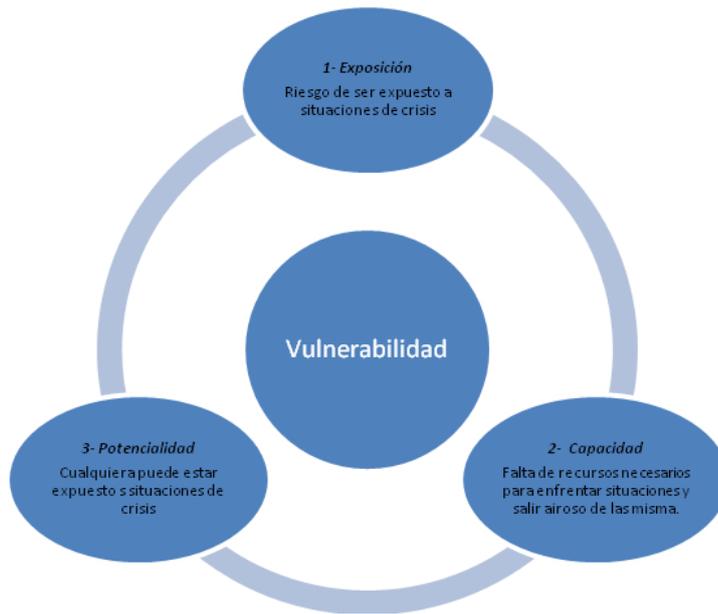
En este aspecto, los jóvenes que participaron de este trabajo mostraron diferencias. Cuando se indagó con qué instituciones sentían que podían contar, la mayoría refirió que no contaban con ninguna. Pero cuando la conversación comenzaba a transcurrir ellos podían recuperar algunas instituciones. Las más nombradas fueron las religiosas, de cualquier credo, allí podían buscar comida o algún elemento para higienizarse.

Los autores François Delor y Michel Hubert (2000) proponen tres niveles de análisis para identificar situaciones de vulnerabilidad social: *la trayectoria individual*, *la sumatoria de trayectorias* y *el contexto*. Para los teóricos los tres ámbitos deben ser descritos objetiva y subjetivamente para identificar *situaciones de vulnerabilidad*⁴⁷ presentes en la vida cotidiana de los sujetos. Sin embargo, advierten que la vulnerabilidad tiene dos aspectos: el lado externo del riesgo y el estrés al que están expuestos los individuos de modo personal, y el lado interno referido a la falta de defensas, es decir, la ausencia de los medios para enfrentar los problemas sin que causen pérdidas.

De lo expuesto se desprenden tres dimensiones de la vulnerabilidad: la *exposición* que alude a la posibilidad latente de que el sujeto pueda experimentar situaciones de crisis; la *capacidad* real de enfrentar las situaciones antes mencionadas; y el *potencial* riesgo que corre el sujeto de enfrentar consecuencias graves producto de las vivencias recorridas.

⁴⁷ Las situaciones de vulnerabilidad son las circunstancias (momentos específicos y áreas) durante las cuales ese ejercicio vital es más doloroso, difícil o peligroso.

Gráfico N° 6: Vulnerabilidades



Fuente: elaboración propia en base a Delor y Hubert, 2000

Estos aspectos influyen durante las trayectorias individuales en diferentes momentos y lugares y se refuerzan entre sí. Este concepto discute con la falacia socialmente aceptada de la hegemonía de los “grupos de riesgo” para explicar los sufrimientos de los sujetos. Según los autores este equivoco proviene de evitar el análisis interindividual, de descalificar y estigmatizar al individuo tomándolo como inseparable del grupo. En este sentido, el aporte que se realiza es pensar a las vulnerabilidades como totalidades en las que los aspectos individuales, sociales y programáticos se entrecruzan para superar la dicotomía individual - colectivo (Ayres, 2012; Paiva *et al.*, 2013). Pensar en individuos atravesados por vulnerabilidades ayuda a comprender los recorridos realizados.

3.2 Trayectorias de los jóvenes ex consumidores de PB/paco

El término *trayectorias* facilita la comprensión de los comportamientos de los sujetos a lo largo del tiempo. A través de sus vivencias personales e institucionales los jóvenes ex consumidores de PB/paco articulan y reconstruyen sus formas de actuar, sentir y pensar en un momento de la vida. De este modo, al conocer las prácticas se comprenden las acciones y los discursos de los sujetos.

Según J. Fitoussi y P. Rosanvallón (1997) se hace imprescindible recurrir a las historias individuales y familiares para analizar los recorridos que realizan las personas. En este sentido, relatar con quiénes contaron al momento de pedir ayuda, qué hicieron cuando se sintieron mal, cómo se cuidaron durante el consumo (es decir, qué elementos utilizaron para auto protegerse) y qué redes institucionales los contuvieron al momento de sentirse vulnerables, resulta central para entender cómo la vivencia individual puede resultar útil para pensar en respuestas de atención para la población de usuarios de PB/paco.

En términos de Pierre Bourdieu (1977) las trayectorias son posiciones ocupadas por un mismo agente en un espacio que está en movimiento constante y que puede ser transformado. En este sentido, son dinámicas y modificables a lo largo del tiempo y del espacio. Así, un sujeto no está siempre en un lugar fijo sino que se mueve y se nutre de otros. Este concepto resulta útil para ampliar el conocimiento sobre las situaciones de los jóvenes y ayuda a presentar una manera de abordar la problemática que incluya las decisiones de los sujetos. Asimismo, resulta imprescindible dar cuenta de que las acciones de los sujetos dependen del autoexamen que realizan de sus capacidades, dificultades, deseos y miedos. De esta manera, las trayectorias presentadas en este capítulo se componen de la reconstrucción -consciente o no- que los sujetos realizaron de su vida durante el período de consumo. En este sentido, se considerarán las trayectorias construidas en las entrevistas, tomando como eje sus propias miradas respecto a los sucesos narrados, pero al mismo tiempo se relacionarán estas descripciones con el análisis de los contextos en los que se trabajó. Esta tarea permitirá conectar el plano individual con el social para entender por qué los sujetos ocuparon determinados espacios y no otros (Lera *et al.*, 2007).

3.2.1 Contexto familiar

La primera trayectoria que se retomará es la familiar porque ayuda a analizar los recorridos posteriores de los jóvenes en los ámbitos institucionales. En este sentido, realizar un análisis de las dinámicas familiares facilitará la posterior comprensión de los recaudos que los jóvenes tomaron a lo largo de sus consumos de PB/paco (Castilla *et al.*, 2012).

Se puede establecer dos tipos de esquemas familiares durante el consumo. Por un lado, está el que, según los entrevistados, impulsó el consumo, pero que no se

desarticuló fácilmente a pesar de que los jóvenes consumían PB/paco hasta en el interior de la vivienda. En este modelo sólo se produjeron alejamientos temporarios que apuntaban a la protección del resto de los miembros de la familia por alguna situación de violencia puntual o por robos. Por otro lado, se observó que algunos de los jóvenes se alejaron de la dinámica familiar mucho antes del consumo y no por su voluntad. Esta separación se produjo por la muerte de uno o ambos progenitores, porque algún juez determinó que el seno familiar era peligroso debido a las reiteradas situaciones de violencia o porque los adultos de la familia debían cumplir condena en prisión. En estos casos, se quedaron con un familiar, abuelos, tíos o familias temporales en las cuales no se sintieron contenidos. En este capítulo solo se analizará el primer grupo porque son los jóvenes que contaron con alguna red de contención para afrontar la decisión de tratar su consumo problemático de PB/paco y pudieron concluir los tratamientos.

En cambio, del grupo que no contó con redes de apoyo sólo se pueden describir características generales como por ejemplo que su paso por las instituciones fue temporalmente breve y que no han podido comenzar un tratamiento duradero. Si bien, hay que destacar los intentos realizados para recuperarse, ellos refirieron que “costó” sostener la decisión en el tiempo porque no contaron con los recursos económicos o afectivos, para poder afrontar el proceso de recuperación. Por esta razón, sólo recurrieron a las instituciones cuando percibieron algún peligro inminente (enfermedad, persecuciones, o épocas invernales).

Como se mencionó, el grupo que proviene de dinámicas familiares complejas se caracteriza por atravesar situaciones de crisis interna en su núcleo constitutivo, pero a pesar de eso la familia se mantuvo unida con los elementos que tuvo a su alcance. En este sentido, un evento que produjo un quiebre en las relaciones familiares, como una muerte violenta en la familia (una bala perdida en algún tiroteo, casos de gatillo fácil, suicido o asesinato), violencia intrafamiliar o una separación abrupta, fueron las situaciones que se relataron para explicar las características familiares.

Me lo mataron a mi viejo cuando yo tenía 13 años ahí en la villa, mi mamá no se pudo hacer más cargo de nosotros, porque no nos alcanzaba para comer, mi vieja lloraba todos los días y a mí me partía el corazón verla llorar todos los días porque no tenía plata para poner un plato de comida en la mesa. Nos preparaba una taza de mate cocido, nos decía: ‘Esto es almuerzo, merienda y cena’. Esas cosas me fueron marcando hasta que tuve que cuidar a un hermanito más grande. Agarré la calle, tratando de ayudar a mi mamá. Empecé a delinquir. No me fue bien. Empecé a juntarme con los malos pibes. No fui más a la escuela (varón, 22 años).

Con mi familia. Es como que no tengo derecho a nada, no tengo ninguna autoridad. Mi viejo me pegaba, era alcohólico. Igual no me faltaba techo, no me faltaba comida. [...] Y mi viejo me decía “atorranta, puta” [...] (mujer, 24 años).

Hay quilombos de familia, hay muchos líos en mi familia. Pero nosotros estamos todos unidos, siempre (varón, 21 años).

Estos esquemas ayudaron a que los jóvenes tuvieran durante el período de consumo un punto de referencia: la casa, el dinero para la comida o la ropa de los vecinos, que facilitó la obtención de recursos para solventar el consumo. Pero con la agudización del consumo muchas familias, incluso las que se encontraban unidas, se enfrentaron a la difícil decisión de separar al miembro que consumía PB/paco para proteger al resto de los integrantes o para evitar que se vendan todas las pertenencias que había en el hogar.

Mi mamá que no me quiere ver y mi papá tampoco me quiere ver, porque soy la oveja negra de mi familia. Tengo tres hermanos más chicos y parece que soy un mal ejemplo... (risas) (mujer, 19 años).

Entré a vender mis cosas, a sacar cosas de mis hermanos, ya había bronca en mi casa. Ya me iba y desaparecía por dos, tres días, que antes no lo hacía, hasta que mi vieja me dijo andate (varón, 21 años).

E: ¿Te peleaste con toda la familia? ¿Por qué? ¿Te acordás?

Por el consumo, porque consumía, porque me llevaba plata de mi casa, me llevaba cosas de mi casa, vendía cosas de mi casa, vendía mi ropa, mis zapatillas, ya no tenía más ganas de... andaba hecho un ciruja (varón, 25 años).

Las separaciones narradas fueron caracterizadas por María Victoria Castilla (*et al.*, 2012) como medidas extremas que apuntaban a que los jóvenes tomen la decisión de abandonar el consumo. Por lo tanto, hay que considerar que cuando el consumo de PB/paco arrancó, los jóvenes contaban con estructuras afectivas que los contenían frente a las enfermedades, las peleas o los golpes propinados por la policía. Por lo tanto, resulta interesante dar cuenta del esquema de familia del que provienen los jóvenes. Los estudios que describen las características de las familias de los usuarios de PB/paco señalan que pertenecen a los sectores más empobrecidos de la sociedad y que, en la mayoría de los casos de quienes participaron de este estudio, están lideradas por madres que sostienen económicamente la casa y también son el apoyo afectivo (Castilla *et al.*, 2012; Epele, 2010; Giberti, 2005).

Por lo tanto, son las mujeres las que, generalmente, toman la difícil decisión de alejar a los jóvenes para proteger al resto de la familia.

Mi vieja me hizo la denuncia y me saltó un pedido de captura y en un momento en el que yo estaba re mal, me engancharon y estuve un mes en el Moyano (mujer, 29 años).

Mi mamá estaba enojada, porque ya era el colmo, le robaba todo, sacaba todo de mi casa, vendía las cosas. Llegó un punto que hizo la denuncia para que me saquen de ahí (varón, 22 años).

Cuando se analiza el contexto de expulsión se observa que estas medidas que podrían denominarse *protectoras* oficinan para evitar el desmembramiento de la familia. Un modo de resolver el problema fue alejar al miembro que no puede ayudar para poder continuar con la vida cotidiana.⁴⁸ En este sentido, retomando las ideas de Hugo Míguez (2007) el consumidor de PB/paco presenta una doble exclusión porque al aislamiento social, se le suma la separación preventiva de la familia. Sin embargo, esta situación lejos de ser percibida por los jóvenes como un acto de desamor fue analizada por ellos como una medida necesaria para evitar males mayores.

¿Y qué iban a hacer?... Me volví loco, me enfermó la cabeza. Los quería matar a todos. Yo los iba a matar, me quedaba ahí y los mataba. Les pegué a casi todos. No le pegué a mi vieja porque era mi vieja, ni a mi abuela porque estaba tirada en la cama. Al resto, a casi todos les pegué. Me agarró una crisis de locura. Llamaron a la policía, querían que me lleven preso (varón, 24 años).

Luego de repasar situaciones que a partir del consumo de drogas desencadenaron relaciones familiares violentas e insostenibles que relatan los entrevistados, es necesario destacar que las familias de los jóvenes son la expresión de situaciones que exceden la historia familiar y que están ligadas al contexto. En este sentido, las familias se adaptaron como pudieron al incremento del PB/paco en el barrio e hicieron lo que estaba a su alcance. Un dato interesante que surge del análisis realizado es que los jóvenes no consideran que sus familias hayan tenido alguna responsabilidad en su decisión de consumir la sustancia. A la vez que sólo se culpabilizan entendiendo que son ellos los que no pudieron escapar a la tentación. La sensación que se relató en la mayoría de los casos fue el incumplimiento de las expectativas sociales y familiares. En un estudio previo realizado por esta tesista, los jóvenes relataron sentirse vulnerables frente al consumo de PB/paco y que, al

⁴⁸ Más adelante se analizarán los recorridos que realizan las familias para poder ayudar a los jóvenes que consumen en el seno familiar.

consumir, experimentaron la sensación de que sus familiares, fundamentalmente madres, sentían una gran decepción porque habían entrado en consumo. Pero, al mismo tiempo, existen otros jóvenes que recuerdan haber pedido ayuda y que la familia no contó con los medios necesarios para acudir en su auxilio. De esta manera, son ellos quienes dejan en claro que “hicieron lo que pudieron” dentro de su contexto. Por lo tanto, es importante destacar que hay dos posturas. Una que alude a la autorresponsabilidad sienten los jóvenes respecto de su consumo, que cuestiona su contexto, su entorno, no al núcleo familiar. La otra evidencia la imposibilidad de las familias para brindar ayuda. Ambas situaciones comparten un mismo final: los jóvenes en situación de consumo más tarde o más temprano terminan solos. Esto da cuenta de la perspectiva reflexiva de los jóvenes, que a la distancia pueden problematizar el contexto en el cual viven, que los afecta tanto a ellos como a su grupo familiar y comunitario (Ramírez, 2013a).

3.2.2 Autocuidado durante el período de consumo

Según el relato de los jóvenes una vez que el vínculo con sus seres queridos se interrumpió temporariamente el proceso el consumo de PB/paco se intensificó:

Estuve un tiempo en Boedo, hasta que me echaron de mi casa y después me vine a Parque Patricios y consumía con unos amigos acá, mis amigos consumían pasta base y empecé a venir a Parque Patricios y a consumir mucho más (mujer, 19 años).

Había terminado toda la relación con mi familia, ya me encontraba en la calle con la base a morir (varón, 25 años).

Las situaciones narradas marcan que el alejamiento familiar los llevó a un recorrido por diversos lugares: casas de amigos o familiares, pensiones plazas, estaciones de subte, o la calle. Llegar a la calle, desde la perspectiva de los entrevistados, implica que el consumo se comenzó a tornar inmanejable. Una cuestión muy significativa es la percepción sobre la estadía en la calle que tienen los jóvenes, rememoran el tránsito por ese espacio dando cuenta de que no encajaban allí. A pesar del consumo, jamás se identificaron con ese espacio, ni lo sintieron propio:

Vivía en la calle, me alimentaba de los tachos de basura, dormía en la calle. Como un... indigente. Ese no era yo (varón, 25 años).

Vos vas a ver cuántos zombis que hay. Hay un montón de muertos vivos por todos lados. Zombis les digo yo, todos turulecos. Yo llegué a quedar así. Vivía en la calle, dormía adentro de un tacho de basura. Dormía debajo de la autopista. Pero siempre supe que era diferente (varón, 29 años).

El estar viviendo en la calle implicaba conseguir dinero para solventar el consumo y también tomar recaudos que los protejan de cualquier situación de abuso o de violencia. En este sentido, se retomarán los estudios de Victoria Rangugni (*et al.*, 2006) y de Castilla (*et al.*, 2012) porque analizan que incluso de qué manera durante las situaciones de mayor compromiso con el consumo, los usuarios de PB/paco toman medidas tendientes a la protección, por ejemplo, las prácticas preventivas para evitar quemaduras durante el consumo. En ese sentido, los jóvenes que participaron de este estudio refieren que adoptaron medidas protectoras a la hora de consumir, como la elaboración de pipas con plástico duro, madera o caña para evitar las llagas, laceraciones y quemaduras en la boca que les producían los materiales metálicos.⁴⁹ Otra cuestión importante es que los jóvenes optaron por evitar compartir las pipas para prevenir el contagio de enfermedades. Otra de las medidas de cuidado relatado fue cortar con el consumo durante unos días para dormir y comer y luego continuaban con el consumo. Finalmente, otra estrategia para evitar ser detenidos por la policía de la Ciudad de Buenos Aires fue ir a dormir a una plaza en la provincia de Buenos Aires. Estas medidas tendientes a preservarse fueron adoptadas durante la etapa de consumo para evitar situaciones de riesgo. Según Castilla:

Durante el período que dura la “gira”, los usuarios integran redes de dos o tres personas con pares que se convierten en sus vínculos próximos; también establecen vínculos ocasionales y/o oportunistas con los “transas” o vendedores locales a pequeña escala de drogas. Estas redes se caracterizan por ser frágiles, de vínculos débiles y volátiles, atravesados por ciertos sentimientos de persecución, en las que se entra si se tiene dinero, alguna mercancía o servicio para el intercambio. Asimismo, la pertenencia acelera los procesos de exposición a peligros, enfermedades, daños y lesiones (Castilla *et al.* 2012: 218).

El anterior estudio, señala tres tipos de redes: *próximas*, *distantes* y *ocasionales u oportunistas*. Retomando esta línea argumentativa se pondrá de relieve que los jóvenes conforman redes primarias para protegerse, basadas en el consumo e integradas por dos o tres personas, que en general son endebles e inestables porque la compañía está mediada por el interés de conseguir drogas o algún objeto que proporcione el dinero para conseguirlas.

⁴⁹ En general, los materiales con los cuales se elaboran las pipas metálicas son latas, caños de cortinas para baño y antenas de televisión.

Los jóvenes que participaron del estudio, dan cuenta de la existencia de redes de proximidad constituidas por pares de consumo tanto próximos como distantes:

El chabón se drogaba conmigo y salíamos a robar, pero siempre estábamos juntos. La onda del paco es así, vos tenés un amigo que es lo más, se te terminó y 'si te he visto no me acuerdo'. Y por ahí pasaron dos días y por ahí yo tengo un montón de droga y no soy capaz de convidarte uno. Entonces el chabón ¿por qué éramos tan carne y uña? Porque el chabón no tenía y yo igual estaba con él y salía a procurar y fumábamos los dos. Si no teníamos ninguno de los dos, no teníamos. Entonces cortábamos la gira los dos juntos y arrancábamos los dos juntos. Pero nunca con el tema del sexo por delante. Éramos compañeros de andanzas (mujer, 27 años).

Yo tenía un compañero, que le dicen Pipo. El no era pareja para tener sexo. Yo lo llamo compañero, compañero para, el que sale a robar, el que te banca, te cuida (mujer, 19 años).

Las afirmaciones anteriores son un puntapié para comenzar a observar cómo se aplicaron ciertas conductas de *autocuidado* por parte de los jóvenes para sobrevivir durante el periodo de consumo intensivo.

El autocuidado refiere al conjunto de acciones que el sujeto consumidor realiza para luchar contra los factores internos y externos que pueden ponerlo en situaciones de riesgo. Las prácticas que se efectúan tienen cierta sistematicidad y se realizan de manera intencionada, se esté o no bajo la situación de consumo. Este tipo de acciones se construyen socialmente ya que son convenios tácitos que operan en los espacios delimitados para el consumo, pero se resignifican de manera individual. Por lo tanto, aunque a primera vista el autocuidado parezca aludir a lo individual, hay en este término una dimensión colectiva que hace que el individuo se convenza que debe ejecutar ciertas medidas que lo protejan tanto individual como grupalmente (Muñoz Franco, 2009). El concepto nos permite analizar las acciones que los jóvenes toman para aliviar la situación que les tocó atravesar.

Para analizar el autocuidado en la etapa de consumo resulta pertinente establecer ejes prioritarios: las medidas de protección según el género, las estrategias para pasar la noche y las medidas de protección adoptadas en torno al consumo.

En el caso de las mujeres relataron que fueron conscientes de que podrían vivir situaciones de riesgo en la situación de consumo. Por lo tanto trataban de buscar a alguien con quien estar durante los períodos de gira. En general, esta figura fue siempre masculina porque entre las mujeres ex usuarias de PB/paco no se generaron lazos de confianza como para consumir juntas durante largos períodos, porque muchas veces terminaban enfrentadas por alguna cuestión personal o grupal:

Una vez me cortaron con un pico de botella. Otra piba. Yo estaba borracha y la mina, yo andaba con unos chabones y la mina les pegó. De ahí en adelante que se la tengo jurada (mujer, 24 años).

Las minas siempre te cagan. Vos te haces amiga, aparece un chabón y se hacen las lindas. A mí, por más amiga que seas, no me miras el hombre. Antes te cago a patadas (mujer, 22 años).

El primer eje que se retomará se relaciona con la protección adoptada según el género. En el caso de las mujeres ex consumidoras de PB/paco relataron dos medidas de cuidado fundamentales durante el consumo: la protección con preservativo durante relaciones sexuales y la interrupción parcial de consumo durante el embarazo.

La decisión de cuidarse con preservativos se debe a la gran cantidad de campañas que existen para prevenir el VIH en los barrios. Las jóvenes que residían en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires y en Retiro relataron que les repartían preservativos mientras estaban en situación de calle. Sin embargo, esta medida de protección no solo se explica por la disponibilidad, ya que las jóvenes de la provincia de Buenos Aires no tuvieron la misma suerte, sino por el miedo que genera contagiarse “el bicho” (sífilis o VIH/sida). Hay que destacar que varias entrevistadas comentaron que ellas tuvieron o tienen alguna de las dos enfermedades y que por eso decidieron comenzar a protegerse, aún en las situaciones de consumo. Sin embargo, si el compañero sexual era un conocido allí la medida de protección no fue considerada necesaria porque se conoce las enfermedades previas que cada uno tiene.

E: ¿Te cuidabas en las relaciones sexuales? ¿Usabas preservativos?

C: Depende, porque por ahí yo tenía relaciones con mis amigos que terminábamos todos re partuza, todos contra todos, y por ahí no nos cuidábamos. Pero si estaba en la villa y estaba tirada y quería conseguir droga y me tenía que acostar con alguno por ahí sí me cuidaba. Sí, porque tampoco me iba a agarrar un bicho, por ahí... (mujer, 23 años)

E ¿Durante el período de consumo tuviste relaciones?

Sí, pero yo me cuidaba siempre.

E: ¿Y cuando estabas en consumo también?

Sí, yo decía que era una drogadicta inteligente porque yo me drogaba pero siempre supe lo que hacía (mujer, 18 años).

Como se puede observar, la noción de protección está presente pero es endeble y cambiante porque varía según la situación, el compañero sexual y las ganas de tener relaciones que las jóvenes manifestaron.

Una situación de ambigüedad similar aparece en los relatos de las mujeres durante sus embarazos. Varias de las entrevistadas dieron cuenta de que durante sus primeros meses de embarazo realizaron sus mejores esfuerzos para evitar el contacto con el PB/paco. Sin embargo, resaltaron que aunque redujeron considerablemente la cantidad de sustancia consumida, no pudieron dejar el consumo.

E: ¿Fumaste base durante el embarazo?

Sí, seguía fumando embarazada hasta que tuve contracciones (mujer, 24 años). Yo cuando quedé embarazada de mi hija más grande, dejé de consumir. Después al año volví a consumir. Después de dos años volví a quedar embarazada, tuve una nena que a los dos meses y medio murió. A los 6 días que la enterramos volví a consumir. Después quedé embarazada de la nena, también consumía a full, cuando nació tenía problemas ya. Al mes y medio le agarró neumonía y al año le descubrieron que tenía un soplo en el corazón. Y ella también tuvo tuberculosis, se contagió de su papá (mujer, 27 años).

Como se puede observar, a pesar del consumo de PB/paco las jóvenes mostraron interés en autoprotegerse y en adoptar medidas para tal fin. Si bien hay que reconocer que estas prácticas no logran una alta efectividad, es interesante dar cuenta que existe la disposición de realizar los intentos. Esto resulta central porque constituye un punto de partida para trabajar con estas poblaciones acercándoles materiales para la protección en las relaciones sexuales o información sobre los riesgos que corren durante el embarazo.

En el caso de los varones que participaron del estudio, en general, declararon ser portadores de VIH y que se abstenían de relacionarse con mujeres cuando se encontraban bajo consumo porque sentían una profunda vergüenza de exponer sus cuerpos. Sin embargo, recordaron que para ellos no les resultó fácil conseguir preservativos. Un dato llamativo es que quienes no adquirieron ninguna enfermedad de transmisión sexual lo atribuyeron a la suerte y no a las medidas de protección.

Nunca tuve tuberculosis, nunca tuve HIV, siempre estuve controlado. Yo me controlé. Nunca me contagié. Tuve suerte, porque en ese sentido, la calle siempre me cuidó (varón, 22 años).

El otro de los aspectos seleccionados para dar cuenta del autocuidado durante el período de consumo fue la búsqueda de lugares seguros para pasar la noche en las épocas de frío o de calor extremo. Tanto los varones como las mujeres relataron

que recurrieron a paradores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esos espacios abren a las 16 y cierran a las 7 de la mañana. Allí, buscaban comida y un lugar que les permitiera descansar durante la noche. Sin embargo, los jóvenes evalúan a estos espacios como una mala opción dada la cantidad de situaciones adversas que deben atravesar: robos, malos tratos, violencia. Varios relataron que se sintieron que los trataban con desprecio y como si “fueran ganado”. Sin embargo, es una opción viable cuando se quiere descansar temporalmente del consumo, tanto para los varones como para las mujeres, porque los trámites que deben realizar solo requieren que recuerden el número del documento nacional de identidad.⁵⁰ Así, para comenzar a utilizar las instalaciones de la institución los empleados del lugar completan una ficha y les proporcionan a los jóvenes una toalla, un jabón y una sábana. En la entrevista inicial se les asigna un número de cama. Allí pueden cenar, dormir y desayunar. Sin embargo, una constante en la descripción de estos ámbitos es que funcionan como si fueran cárceles.

No me gustó el parador. Pero está buenísimo salir de la calle. Muchos enfermos, hay gente que tiene piojos, otro tiene ladilla, otro que no sé qué. No está bueno el lugar, pero salir de la calle, eso está bueno. En aquel momento tenía un lugar donde ir a comer, dormir, no pasaba frío, hambre, sueño, dormía tranquilo, no me robaban las cosas. En el parador de Retiro te roban las cosas. Me robaron todo, me dejaron en patas. Me levanté y no había más nada. ¿A quién le echás la culpa? Si estaba durmiendo, te querés matar (varón, 24 años).

En los paradores hay mucha discriminación, mucha cosa de la calle. Vos no podés reclamar. Una vez le voy a reclamar porque me dan una toalla rota para bañarme y me dicen: ‘Es lo que hay y es lo que tenés’. Me quería morir, porque le podría haber contestado muchas cosas. Porque yo me considero una persona que puede hablar, que tiene argumentos, que por ahí te puede herir hablando. Pero digo: ‘No, si yo le digo no puedo venir más’. Y me quedé callado, pero siempre me hace eco en la cabeza eso. Tratan muy mal a la gente, por ahí pintan otra cosa cuando van a hacer las inspecciones, propaganda, pero nada que ver (varón, 26 años).

Este tipo de espacio hace que los jóvenes se sientan vulnerables frente a las instituciones, pero que las utilicen de todos modos.

Lo expuesto hasta aquí permite problematizar la vulnerabilidad de los ex usuarios de PB/paco. Estos sujetos aunque privados de casi todo tomaron precauciones, en algunas circunstancias durante sus consumos. Si bien existe vulnerabilidad, también es cierto que tomaron decisiones tendientes a auto protegerse tanto individual como

⁵⁰ Esta cuestión es muy importante porque la mayoría de los jóvenes que participaron del estudio no tenían el DNI en su poder y en ocasiones tampoco se acordaban el número.

grupalmente. Estas medidas de autocuidado, los ayudaron a preservarse en los momentos de consumo intensivo.

3.2.3 ¿Cuándo y por qué abandonaron el consumo?

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se puede inferir que hubo diversos puntos de inflexión que ayudaron en la decisión de abandonar el consumo: la situación de calle, para otros el hecho de que alguien los vea y los invite a llevar adelante un tratamiento, para algunos un embarazo, para otros el sentirse feos, entre otras. Muchos de los entrevistados refirieron que no aguantaban más el dolor en los pies, las llagas, el frío y el hambre. En el caso de los varones, la decisión de abandonar el consumo estuvo impulsada por los problemas con la policía o con causas judiciales producto de un delito cometido para obtener recursos para el consumo. Otra cuestión que ayudó a la decisión de abandonar el consumo fueron las enfermedades crónicas que muchos jóvenes padecen tales como VIH o tuberculosis y que requieren un tratamiento prolongado.

Como se ha mencionado anteriormente, en el caso de las mujeres el embarazo ayudó a tomar la decisión de dejar el consumo parcial o totalmente.

Cuando nació el nene dejé de consumir. Yo no quería que mis hijos me vieran en esa situación, ellos no lo merecen (mujer, 19 años).

Decidí dejar porque tengo una vida por delante yo todavía y...me estaba arruinando la vida, no podía más. Tengo una hija, que la iba a perder. Si no salgo yo, la voy a perder (mujer, 18 años).

Otro de los motivos que refirieron los entrevistados para abandonar el consumo fueron la percepción del daño físico que la sustancia les había ocasionado y la delgadez extrema sumada a las enfermedades crónicas:

¿Y por qué decidiste dejar de consumir?

Porque ya veía que me estaba destruyendo mucho, capaz que estaba muy de gira, me exigía mucho el cuerpo y comía y no me hacía...ya me drogaba y no me hacía efecto. Ahora peso 76 kilos, pero en ese tiempo pesaba 49, 5 kilos. Cuando me agarró el último ataque de epilepsia, sí, acepté ya. Acepté que iba a terminar mal (varón, 31 años).

Otro factor mencionado en la decisión de dejar de consumir fue el alejamiento de los hijos o de las familias. En muchas ocasiones, la necesidad de reencontrarse con ellos hace que quienes estaban en situación de consumo decidan abandonarlo:

Me estaba haciendo muy mal ya [refiere al consumo de PB/paco]. Además, los hice sufrir mucho, a mi vieja y a mi hermano y a mi viejo. Y esa noche decidí cambiar, dije: 'Bueno, ya que no me quieren llevar al lugar que yo quiero, voy a hacer un esfuerzo y voy a dejar esto' (varón, 21 años).

Al principio la decisión de abandonar no se sostiene en el tiempo, pero a través del vínculo con diversas instituciones y personas se puede mantener. Por lo tanto, otra de las razones que los impulsa a abandonar el consumo tiene que ver con la visibilidad de las respuestas barriales. En ese sentido, en las entrevistas se mencionó el trabajo realizado por personas del barrio que recorren los lugares en donde se consume en camionetas y ofrecen comida. Varios de los jóvenes recordaron que se alegraban cuando las veían porque sabían que ese día podrían comer. En esos vehículos, en general, no se encontraban con desconocidos sino con personas que estuvieron en consumo y las conocían del barrio o de la escuela. Estos vehículos en general estaban manejados por miembros de ONG presentes en el barrio o por miembros de la Iglesias evangélicas o católicas. Los jóvenes aceptaban la comida sin importar de donde viniera. En muchos casos, cuando el cansancio de las giras no les permitía seguir y paraban iban a buscar comida a todos los lugares en diferentes horarios. Así, pudieron armar un circuito que los ayudaría a conectarse con profesionales de la salud o trabajadores sociales que los ayudarían a tomar la decisión de cortar con el consumo.

Por lo tanto, los ex consumidores de PB/paco relataron que fueron ellos quienes decidieron cuando se alejarían del consumo. Una vez que la decisión estuvo tomada comenzaron a pedir ayuda primero en las salas barriales, en hospitales, en las iglesias de diversos credos, en comedores, hasta lograr dar con algún centro de tratamiento para consumidores de drogas.

3.3 Cuidados institucionales e itinerarios terapéuticos. Recorridos por hospitales y centros barriales⁵¹

En esta sección se definirá el término *cuidado* como un aspecto fundamental del bienestar de los seres humanos en su dimensión individual y colectiva. Con lo cual se intenta problematizar la idea que sostiene que los jóvenes usuarios de PB/paco no se cuidan y que, por lo tanto, nada se puede hacer por ellos. Como se ha

⁵¹ Los centros barriales se encuentran en el seno de la comunidad. Pueden ser clubes de barrio, parroquias, Iglesias evangélicas, que se presentan como un ámbito de referencia, escucha y contención para los usuarios de drogas. Estos ámbitos, se orientan específicamente a los miembros del barrio que vieron interrumpido el contacto con otras instituciones escolares o de salud. Estos espacios ofrecen apoyos personalizados para poder encarar el tratamiento y combinan diferentes modalidades terapéuticas. Son respuestas comunitarias que generan redes de atención y participación tendientes a la reducción de la vulnerabilidad.

remarcado en el apartado anterior existen prácticas que demuestran la existencia de medidas de protección durante el consumo de drogas.

La potencialidad que adquiere el cuidado para el diseño y la elaboración de las políticas públicas de salud radica en que aporta una mirada conjunta de las dimensiones individual y colectiva de los sujetos (Cabral *et al.*, 2011; Ayres *et al.*, 2012; Marques y Mangia, 2013). En ese sentido, centrar la atención sobre la *distribución social del cuidado* posibilita identificar a los sujetos encargados de cuidar a quienes no pueden hacerlo por sí mismos. En el caso de las clases altas y medias de la población la modalidad más habitual es contratar a personas que ayudan de manera particular o recurrir a la oferta privada (hospitales de día, clínicas de rehabilitación).

En el caso de los sectores de bajos recursos se acude al Estado que no siempre puede satisfacer las demandas de todos los sujetos y termina realizando acuerdos con ONG, instituciones religiosas o de voluntarios que se encargan del cuidado (Venturiello, 2012).

Teniendo en cuenta este panorama, se plantea que el cuidado propio o a terceros debe ser abordado desde una perspectiva de derechos que garantice la disminución de las desigualdades y que priorice el bienestar del sujeto. Al mismo tiempo, las acciones que se realicen para lograr la contención de los sujetos, que no pueden cuidar de sí mismos, tienen que ser traducidas en políticas públicas (Pautassi, 2007; Pautassi y Zibecchi, 2010).

María Pía Venturiello (2012) sostiene que existen dos tipos de cuidados: los directos que implican prestación material, atención de las necesidades físicas, biológicas y afectivas y una transferencia de tiempo e interacción “cara a cara” entre quienes lo otorgan y lo reciben. Y los indirectos que abarcan un traspaso de recursos originados desde el sistema social (instituciones estatales y no formales) y aportan las herramientas necesarias para que los individuos generen de forma autónoma los mecanismos para lograr las atenciones que requieren.

María Epele (2013) sostiene que el problema del cuidado de la salud ha sido abordado desde las Ciencias Sociales poniendo en evidencia un conjunto de actividades, saberes y lógicas marginales e invisibilizadas en las sociedades occidentales modernas, a partir de la biomedicina. El ocultamiento de las prácticas y de los sujetos que las realizan, generalmente representantes de las clases bajas,

minorías migrantes, mujeres, entre otros, lleva a la desatención de los cuidados que efectivamente se ejercen. La autora sostiene que el cuidado es un:

Proceso complejo en el que intervienen saberes expertos y legos, redes sociales, tecnologías, políticas, sistemas de atención instituciones tradicionales, tareas, acciones y cuerpos orientados a aliviar el dolor y el sufrimiento (Epele, 2013:13).

Al mismo tiempo que presenta esta definición, pone de relieve que los cuidados implican recursos financieros, energía y tiempo. En este sentido, el concepto es portador de una doble significación: genera angustias y conflictos, y opera como facilitador de vínculos y esperanzas.

A su vez, en la medicina tradicional existe una división taxativa entre el trabajo de los médicos y el de los cuidadores (trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, miembros de la familia, amigos, entre otros) que contribuye de modo directo a la mejora y cuidado del sujeto.

Según Vera Regina Waldow y Rosalía Figueiró Borges (2008) el proceso de cuidado tiene una estrecha relación con los modos de ser de los hombres modernos. Esta perspectiva amplia incluye comportamientos, actitudes, valores y principios que son vividos por las personas en determinadas circunstancias. Para las autoras, el ser humano nace con potencial de cuidado, es decir que todas las personas son capaces de cuidar en casos de enfermedad o sufrimiento. A su vez, la necesidad de cuidado que tienen los sujetos puede expresar situaciones de vulnerabilidad:

El proceso de cuidado abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no sólo el estar con, sino también el ser con. Es decir, se piensa que los procedimientos, intervenciones y técnicas realizadas con el paciente solo se caracterizan como cuidado en el momento en que los comportamientos de cuidar son mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión, entre otros. El cuidar es un proceso interactivo, solo se establece en la relación con el otro. El modo de ser del cuidado involucra una relación no solo de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto. En el contexto del proceso de cuidado, esta relación se caracteriza por ser una relación de tipo profesional, sujeto-otro, basado en el respeto y en caso sea considerado como objeto, no se encuadra en una relación de cuidado.

Actualmente se propone un nuevo significado del cuidar, que engloba una dimensión más amplia e integradora; incluye una compleja naturaleza filosófica-antropológica. El cuidado es la esencia humana del ser. Compone la naturaleza, el venir a ser humano, por lo tanto se asume una dimensión existencial. Es de tipo universal, a pesar de que asuma connotaciones propias, dependiendo del contexto cultural (2008:3).

El concepto se torna central para entender los recorridos que realizaron los usuarios de PB/paco en los momentos en los que necesitaron ayuda frente a las golpizas recibidas o la agudización de las enfermedades crónicas. Por lo tanto, en este apartado se problematiza acerca de los motivos por los cuales los usuarios de PB/paco recurren a centros de salud y hospitales y se describirá las barreras para el ingreso a partir del relato de los jóvenes.

La población que consume PB/paco, en general, tiene escasos recursos económicos, culturales y sociales. Contrariamente a lo que se difunde en los medios de comunicación, cuando necesitan algún tipo de atención médica buscan ayuda en hospitales o centros de salud públicos.

En una investigación previa realizada por la tesista (Ramírez, 2013a) y en un trabajo realizado por Rangugni y equipo (2006) se puso en evidencia que los jóvenes en general prefieren no atenderse si están bajo los efectos del consumo de drogas porque se sienten discriminados si se encuentran sucios y con mal olor o porque la atención tenía como causa algún hecho ilegal que los obligaba a mantenerse por fuera de la institución salud. Por lo tanto, esperaban que “pase un poco” el efecto de la PB/paco para ir al hospital y a la vez deshacerse de cualquier elemento que pudiera inculparlos. Al mismo tiempo, la idea de no acercarse a centros asistenciales para recibir atención se fundamenta, en la vergüenza que sentían porque los médicos los vieran en esas condiciones. A esto se le suma la mirada de asco⁵² que percibieron por parte de los médicos/ enfermeras y administrativos a la hora de atenderlos o las largas esperas que debían hacer hasta que se le pase el efecto del consumo. Si bien los jóvenes resaltaron que los hospitales o centros de salud se encuentran colapsados y que ellos perciben que no están en las mejores condiciones, ponen de relieve que en general estén o no bajo consumo se sienten juzgados por los médicos a la hora de ser atendidos.

Otra de las barreras descritas está relacionada con el trato recibido por parte de algunos de los profesionales de salud. Los jóvenes relatan que, en algunos casos, los profesionales prefieren que se vayan del lugar e intentan no atenderlos o sacárselos de encima (Ramírez, 2013a). Por lo tanto, inician búsquedas de espacios que aquí se denominarán *itinerarios terapéuticos*.

⁵² Esta sensación se desarrolló en las entrevistas cuando relataban que los médicos usaban doble guante, los dejaban esperando en una camilla o mandaban a los enfermeros a que los bañen antes de atenderlos.

La presencia de las redes sociales son fundamentales para que los individuos puedan realizar sus itinerarios terapéuticos, es decir, los recorridos que realizan los sujetos a fin de lograr una atención institucional o informal (Marques y Mangia, 2013; Venturiello, 2013; Cabral *et al.*, 2011; Arizaga 2007a). Mediante el apoyo de las redes sociales, formales e informales, los usuarios la mayor parte de las veces no llegan solos, sino acompañados por alguien que es en general algún compañero de consumo. Cuando hay algún tipo de acompañamiento se comienzan a configurar los *itinerarios terapéuticos*, es decir, los recorridos que realizan los usuarios consumidores de PB/paco, los obstáculos que deben sortear y las oficinas que deben recorrer antes de ser atendidos. Sin embargo, en el caso de los usuarios de PB/paco sería interesante que se pueda problematizar qué sucede cuando no se cuenta con redes (familiares, amistosas o institucionales) que los puedan ayudar a transitar el recorrido ¿Puede este camino transitarse sin ayuda?

Los itinerarios terapéuticos apuntan a la obtención del cuidado y rehabilitación de los usuarios de PB/paco. Estos recorridos se organizan en función de los recursos sociales, económicos y culturales propios y familiares. En ese proceso, se distinguieron dos etapas: una referida a la toma de conciencia de la dependencia, y otra orientada a la necesidad ayuda. Sin embargo, no siempre las personas más cercanas a los usuarios de PB/paco acompañan este proceso. Algunos no tienen los elementos como para apoyar inicialmente el proceso y otros son co-consumidores (Arizaga, 2007a). Se conforma así, una figura clave, que poco a poco se fue instalando en algunos dispositivos y es el acompañante par. Entre sus actividades, es encuentran la realización de trámites el estudio sobre la sustancia y los efectos que produce a corto, mediano y largo plazo.

Existen varios trabajos sobre los cuidados que reciben los usuarios de drogas una vez que accedieron a los centros de salud en nuestro país (Canay *et al.*, 2012; Rossi *et al.*, 2007; Pawlowicz *et al.*, 2006; Touzé *et al.*, 1999). El estudio realizado por Rossi y colaboradores (2007) tuvo como objetivo general analizar el modo en el que ingresan los usuarios de drogas a los centros de salud del subsector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en el Municipio de Rosario (Provincia de Santa Fe). En el informe señalan que los profesionales refieren que la mayoría de las personas que se atienden en los servicios de salud son jóvenes, fundamentalmente varones, de sectores sociales bajos y medios-bajos. Otra cuestión importante en la mencionada investigación es que los profesionales relatan

que son los acompañantes quienes les informan que la persona a ser atendida es usuaria de PB/paco para que se tomen los recaudos necesarios (Rossi *et al.*, 2009). Otro dato relevante que aportan es que cuentan que en la mayoría de las ocasiones los usuarios comenzaron el tratamiento por algún malestar físico y luego lo abandonaron. Lo que queda claro es que los jóvenes concurren a los espacios y que los abandonan por diversas razones.

3.3.1 Experiencias de atención en instituciones de salud

Las trayectorias de los jóvenes que han consumido PB/ paco están atravesadas por las barreras simbólicas y se asocian a las representaciones sociales, entre ellas la visión que el personal de salud tiene sobre ellos. En este sentido la relación se ve afectada negativamente, ya que en ocasiones los profesionales no toman en consideración la historia del paciente, ni su contexto. Por lo expuesto anteriormente, resulta pertinente retomar el concepto de interculturalidad en salud planteado por Menéndez. El autor sostiene que todos los grupos sociales enfrentan los padecimientos mediante diferentes estrategias que incluyen significaciones y prácticas, producto de sus representaciones socioculturales, y de las experiencias particulares de los sujetos. Desde esta perspectiva, se consideran como modelos o formas de atención a:

[...] aquéllas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/ o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2003:11).

Por lo tanto, las distancias culturales existentes entre el profesional de la salud (servicios de salud), los sujetos y grupos que concurren a la atención suelen ser muy grandes, y la relación que se establece entre ambos es compleja. Sin embargo, Menéndez afirma que no se puede reducir la interculturalidad exclusivamente a sus aspectos culturales ya que invisibiliza la existencia de procesos socioeconómicos que impiden establecer relaciones interculturales respetuosas y equitativas (Menéndez, 2003).

Si el acceso y la permanencia al sistema de salud se comprenden como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios estamos en condiciones de afirmar que en muchas ocasiones se establecen distancias que se transforman en barreras al acceso a la atención en salud. En este sentido, es importante indagar qué

representaciones sociales están presentes en el vínculo mencionado y en qué medida obstaculizan el acceso (Solkiner *et al.*, 2006).

La visión estigmatizante de los profesionales está ligada con el modo en que se ha problematizado la cuestión de las "drogas". Si el usuario de drogas es pobre seguramente es delincuente, pero si pertenece a un sector social más elevado necesita ser tratado. Estas representaciones incrementan las distancias entre diversos sectores sociales y a la vez influyen fuertemente en la opinión pública.

Por lo expuesto anteriormente, la mayoría de los profesionales de la salud se refieren a los usuarios de drogas como pacientes, remitiendo a la idea de enfermo (Pawlowicz *et al.*, 2006). Así, la denominación de "enfermo" aplicada al usuario de drogas lo instauro como objeto de intervención de las prácticas de salud mental.

Las desigualdades sociales conducen a una vulnerabilidad acrecentada en los usuarios de drogas, en particular aquéllos que viven en situación de pobreza. Retomando lo planteado al inicio de este apartado, los estudios que se han realizado en nuestro país priorizan la indagación sobre la cultura del consumo pero poco conocemos sobre la percepción de los jóvenes sobre la atención que reciben, sobre cómo es el lazo que se establece entre trabajadores de la salud, servicios y usuarios (Ramírez, 2013a).

3.3.2 Tratos y destratos en las respuestas brindadas

En este apartado se intentará reconstruir el paso de los jóvenes por los hospitales y los centros de salud. En este sentido, los jóvenes comentaron que hubo ocasiones en las que se les hizo inevitable recurrir a los espacios hospitalarios para recibir ayuda. En general la puerta de entrada a estas instituciones fueron las guardias.

Los entrevistados refirieron que durante el período de consumo evitaron asistir a los centros de salud y que solo recurrieron por emergencias -casi siempre llevados por otros, de manera obligada- a las guardias médicas. En general, llegaron con heridas provocadas durante alguna golpiza recibida en la calle,⁵³ infecciones producto de un accidente⁵⁴ o problemas de salud crónicos como ya se ha mencionado.

Una dimensión interesante para analizar que es la *autoexclusión* (Engelman, 2006). Los jóvenes, como se ha aludido anteriormente, relataron que en general preferían

⁵³ En estas golpizas es común que los jóvenes reciban puñaladas, fisuras o tiros.

⁵⁴ Pinchadura de vidrios infectada

no ir a atenderse si estaban bajo los efectos del consumo de drogas porque se encontraban sucios y con mal olor o porque -como vimos anteriormente- la atención tenía como causa algún hecho ilegal que los obligaba a mantenerse por fuera de la institución salud. Por lo tanto, esperaban que pase un poco el efecto del PB/paco para ir al hospital y a la vez deshacerse de cualquier elemento que pudiera inculparlos de algún delito cometido previamente. Al mismo tiempo, la idea de no acercarse a centros asistenciales para recibir atención se fundamenta, en la vergüenza que sentían porque los médicos los vieran en esas condiciones. A esto se le suma la mirada de “asco”⁵⁵ que percibieron por parte de los médicos/ enfermeras y administrativos a la hora de atenderlos o las largas esperas que debían hacer hasta que se le pase el efecto del consumo. En este sentido, se observaron barreras culturales y simbólicas. Si bien los jóvenes resaltan que los hospitales o centros de salud se encuentran colapsados y que ellos se dan cuenta que están en condiciones inaceptables, ponen de relieve que en general estén o no bajo consumo se sintieron juzgados por los médicos a la hora de ser atendidos por éstos. En este sentido los profesionales son descritos según dos grupos: los que tienen voluntad de atenderlos y los que prefieren que ellos se vayan del lugar.

En el primer grupo, se encuentran los profesionales que procuraron que se solucione el problema por el que los jóvenes acudieron a pedir ayuda. Una vez logrado este objetivo, les explican la gravedad de su problemática e insisten -con las herramientas que tienen al alcance- para que se queden en la institución a finalizar el tratamiento puntual y luego los derivan para comenzar con el proceso de recuperación por el consumo de PB/paco. Este tipo de profesionales, es muy valorado por los jóvenes que sienten que alguien se interesa por ellos. Al mismo tiempo, estas acciones que intentan retener facilitan que se pueda comenzar con un tratamiento psicológico:

Tenía una bronquitis galopante, y la doctora me preguntó y yo le dije que estaba con bronquitis, fui al Hospital y me tuvieron 10 días sin fumar, 4 días haciendo reposo absoluto no me movía ni para tomar agua, digamos. Ella me tuvo hasta que le dijeron de liberar la cama. Venía, me hablaba para que no consuma más (mujer, 23 años).

(Durante la internación en el hospital) Estaba hablando con la psicóloga, todo. Es más, ella me habló de una la internación (mujer, 28 años).

⁵⁵ Esta sensación se desarrolló en las entrevistas cuando relataban que los médicos usaban doble guante, los dejaban esperando en una camilla o mandaban a los enfermeros a que los bañen antes de atenderlos.

El segundo grupo de profesionales médicos, mucho más presente en los testimonios de los entrevistados, está compuesto por quienes prefieren no atenderlos bajo los efectos del PB/paco. Por esa razón los dejan esperando en camillas durante horas, en el mejor de los casos, o durante días completos.

Si vos vas a la guardia, prefieren atender a una persona común y corriente que tocar tu cabeza toda sucia, o tus pies todos olorosos, porque vos estás en situación de calle y tenés un olor bárbaro. Es preferible dejarte ahí un rato (varón, 22 años).

Tratan mal, al hospital van muchos pibes que están en consumo. La mayoría están todos sucios, como que no los quieren atender. Los hacen esperar, los tratan mal. Más en ese hospital de ahí, los dejan morir (varón, 21 años).

En los casos como el anterior, cuando los jóvenes recuperan sus fuerzas se escapan. El tema de huir apareció constantemente en casi todas las entrevistas. Así, cuando una situación los superaba durante el consumo la solución más eficaz era la huída.⁵⁶ A la hora de justificar la decisión dijeron que lo hicieron por impotencia y vergüenza.

No sé si bronca, vergüenza de mí mismo, ir a un hospital y que no te quieran ni tocar ni un médico porque estás todo sucio. Te sentís humillado, con más dolor del que tenés. Andás drogado, en la calle, en situación de consumo y no te quiere tocar un doctor para coserte la cabeza. Es difícil. Te sentís mal de todos lados y te terminás yendo (varón, 22 años).

(Los médicos y las enfermeras) Se ponían siete guantes en cada mano para tocarme, una aguja tipo espada, para tocarte bien de lejos, por el olor que uno lleva. Con asco te trataban. Estás con un olor tremendo. Yo me pongo en el lugar de ellos, a mí no me gustaría, pero bueno es lo que hay. Cuando te sentís mejor, si no te atendieron te vas (varón, 22 años).

Por lo expuesto, los jóvenes aseveran que hacen falta especialistas que tengan vocación para atender a la población que está en situación de consumo de PB/paco porque la indiferencia que sienten de los profesionales lleva a que en ocasiones el dolor y los efectos de la sustancia se mezclen y provoquen situaciones de violencia con el personal médico y administrativo.

Me acuerdo que un día había ido al hospital porque se infectó el pie. Cuando llegué el tipo de seguridad me quiso echar porque pensó que me quería quedar a dormir. Yo le digo me duele el pie, me quedo tranquilo pero dejá que me vea el médico y entonces me dejó. Me quedé 5 horas esperando a que me atiendan. Hasta que en un momento no había nadie en la guardia y pasa un médico y le

⁵⁶Esta idea será desarrollada cuando se analicen las experiencias en los centros de tratamiento en el capítulo siguiente.

digo: “me duele”. Se hizo el que no me vio, entonces cuando volvió a pasar le dije: “o me atendés o te pego un tiro”. Él (el médico) se asustó y llamó a seguridad. Me echaron a patadas. Salí y de ahí y me fui de gira para olvidarme que el pie me dolía (varón, 29 años).

Los relatos muestran las barreras que experimentan los jóvenes a la hora de recibir atención médica. Sin embargo, estas no son las únicas trabas que se experimentan para la atención. Si bien las situaciones antes mencionadas son de emergencias y no de tratamientos crónicos, hay otro factor que interviene como un obstáculo: la negativa de las ambulancias a entrar a los barrios marginalizados.

Estuve casi un año que me agarraba la epilepsia y yo seguía igual consumiendo, después me agarró un ataque en la villa. Estaba comiendo ese día, antes del mediodía y empecé a decir que me sentía mal, que me sentía mal y caí. No quería venir la ambulancia, tardaba mucho en entrar. Tardó mucho la ambulancia. Estaba mi padrino, que es el que maneja ahí...jodieron tanto que vino la ambulancia. Me agarraba el ataque, volvía, miraba y...volvía a caer y volvía a convulsionar. Tuve suerte que era de día y porque llamaron mil veces entró. Si era de noche me moría y no entraba (varón, 31 años).

A pesar de todas las barreras descritas, cuando se indagó respecto de si el tiempo en el hospital era suficiente para ellos, la postura casi unánime fue que no querían quedarse porque el espacio no estaba preparado para ellos y cuando recuperaban la lucidez se sentían sumamente observados, incómodos e intimidados. A partir de los relatos de los diferentes jóvenes se pone de relieve la falta una política que piense a estos espacios de salud respecto a esta población de pacientes, que pueda garantizar su atención y que tenga en cuenta la subjetividad de estas personas.

Sin embargo, a pesar de las dificultades de los hospitales, en la mayoría de los centros de atención barriales encontraron alivio y se sintieron bien tratados. En casi todas las entrevistas se valoró muy positivamente el trabajo de los centros de salud barriales que se encuentran ubicados en la mayoría de los barrios vulnerables de la zona sur del AMBA. Son espacios de atención primaria en los cuales profesionales y jóvenes desarrollan una relación directa y cercana, debido a que contempla las necesidades comunitarias y respeta los tiempos del barrio. Los jóvenes reconocen estos espacios como lugares accesibles, ya que según los entrevistados allí conocen a los trabajadores y son lugares más amigables que los hospitales. Sin embargo, dejan en claro que si es una emergencia no hay elementos para poder atender a la población en general y menos a los usuarios de PB/paco. En estos lugares, el trato que han recibido no depende de la personalidad del médico y de los profesionales

de la salud porque los profesionales son más accesibles, conocen a los jóvenes y los atienden aunque lleguen de cualquier manera.

Cuando se indagó a los jóvenes por qué creían que existían estas diferencias en la atención dijeron que quienes trabajan en los barrios conocen el contexto, sus historias familiares y pueden comprenderlos mejor. Estas relaciones de cercanía fueron positivamente valoradas por los jóvenes y tratan de mantenerlas en el tiempo porque son las que logran ayudarlos a resolver los problemas relacionados a su salud.

Muchos relataron que los centros de atención comunitaria fueron ámbitos clave a la hora de tomar la decisión de recuperarse. Esta situación se dio fundamentalmente en el caso de las mujeres:

Cada vez que la nena se siente mal voy a ver al Dr. [dice el nombre del profesional] tenga o no tenga turno. Una vez fui [bajo consumo] y estaba para atrás. El se quedó conmigo como tres horas, me hablaba y me decía vos te tenés que cuidar y tenés que pedir ayuda. Podés ir a... Yo estaba toda sucia y golpeada. Me daba vergüenza. Supongo que le daba asco, pero él se quedó conmigo y nunca me dijo nada. Ahora es el único al que le llevo a mi hija (mujer, 29 años).

Estas relaciones cercanas entre médicos y jóvenes se dan en el contexto del barrio. En muchas ocasiones, son los propios profesionales de los centros de salud quienes acercaron a los jóvenes a los tratamientos y los ayudaron a recuperar los documentos o a conseguir las entrevistas para comenzar los recorridos institucionales.

3.4 Síntesis

En este capítulo se han analizado las trayectorias de los jóvenes durante el período de consumo. Para tal fin, se describieron las dinámicas familiares previas. Aquí, un hallazgo significativo fue que los jóvenes dieron cuenta de que la complejidad de su entorno se liga directamente con el contexto. A pesar de la reflexión realizada, ellos remarcaron la idea de la omnipresencia de la familia durante las giras, ya que internamente sabían que más allá de cualquier alejamiento temporal podrían contar con sus vínculos más cercanos en el caso de necesitarlos. Como en los sectores populares son las mujeres las que, en general, llevan adelante la vida familiar, también fueron las que expulsaron de sus casas a los hijos con problemas de PB/paco.

Otra cuestión que se desprende del análisis realizado es que pesar de la separación de sus madres o hermanos los usuarios comprenden y justifican la decisión de haberlos alejado porque reconocen que fue la única manera de proteger la dinámica familiar. Esta comprensión se da porque en el momento de necesitar ayuda siempre tomaron como punto de referencia la relación familiar.

Un tema importante de este capítulo refiere a la dimensión del autocuidado. En este sentido, los jóvenes recordaron cómo se protegían de las situaciones violentas y los recaudos que tomaron durante el período de consumo en la calle. El primer resultado refiere a que las mujeres dieron cuenta de que se protegían con preservativos cuando tenían relaciones con varones desconocidos. Sin embargo, enfatizaron que si la pareja sexual era conocida eso no era necesario. En el caso de los varones, comentaron que preferían no tener relaciones si estaban bajo consumo porque les daba vergüenza mostrar el cuerpo.

Una medida que también tomaron los jóvenes para mantenerse seguros fue la búsqueda de lugares para pasar la noche en los días de frío o calor intenso y la identificación de espacios en los que pudieran conseguir comida. Estas búsquedas están íntimamente relacionadas con los períodos de descanso del consumo para retomar fuerzas y no sentirse tan vulnerables. En este sentido, hay que destacar que si bien saben que sus oportunidades son limitadas, de todos modos, pudieron dar cuenta de algunas instituciones a las cuales podrían asistir en el caso de necesitar ayuda. Así, identificaron iglesias de cualquier credo, católicas o evangélicas, a las que podían recurrir ante la necesidad de comer o dormir.

Los acercamientos a instituciones hicieron que puedan descansar periódicamente del consumo intensivo y comenzar a amasar la idea de alejarse definitivamente del consumo de PB/paco.

En relación al punto de inflexión para comenzar a tomar la decisión de recuperarse se puede hablar de varios hitos, según la historia del sujeto. En este sentido, se pueden enumerar la situación de calle, la persecución policial, las causas judiciales que los llevaban a elegir entre la cárcel o el tratamiento, la agudización de alguna enfermedad crónica o en el caso de las mujeres el embarazo. Otra cuestión importante es el deterioro físico, ligado a los problemas respiratorios o la extrema delgadez.

Así, en la búsqueda de ayuda, los jóvenes comienzan sus recorridos por los hospitales. Sin embargo, ellos rememoraron que prefirieron no ir porque en las

guardias no los entendían rápidamente porque ellos llegaban sucios o desprolijos. En lo que respecta a la relación médico- paciente recordaban que, en general, los dejaban esperando hasta que los efectos del consumo desaparezcán. Sin embargo, algunos profesionales les indicaban internaciones para que puedan desintoxicarse y así poder ayudarlos a tomar la decisión de abandonar el consumo.

Paralelamente, se ha constatado que las mejores experiencias de atención que experimentaron los sujetos que participaron de este estudio en relación a la atención se dieron en los centros salud barrial. Allí ellos conocían a los trabajadores del lugar porque eran del barrio y se sintieron contenidos.

“Me quedé mirándome y me dio lástima”: experiencias que guiaron al tratamiento

En el presente capítulo se abordan los recorridos que realizaron los jóvenes hasta que tomaron la decisión de llevar a cabo un tratamiento. En primer lugar, se considera el término *experiencia*, luego se describen las motivaciones que expresaron los jóvenes para acercarse a los espacios de tratamiento, y por último, se detallan los *itinerarios terapéuticos* transitados en búsqueda de cuidado. Asimismo, se pondrá especial énfasis en: los recorridos realizados en los momentos previos a la decisión de recuperarse, el armado de redes para buscar ayuda y en las opciones que tuvieron al momento de acercarse a los espacios.

4.1 Acercamiento a los espacios de tratamiento: algunas experiencias que aclaran la decisión

Retomando la importancia de las experiencias⁵⁷ de los jóvenes ex consumidores de PB/paco se indagó sobre las razones que motivaron el primer contacto con los espacios de tratamiento. De este modo, se pudieron reconstruir algunas de las razones que fueron descritas como las más relevantes porque ayudaron a tomar la decisión de abandonar el consumo intensivo de PB/paco. En este apartado se presentarán tres situaciones.

La primera y la más mencionada fue el contacto con personas conocidas que pudieron recuperarse. En la mayoría de los casos, esa conexión se estableció a través de experiencias de personas que también consumían, pero que luego del

⁵⁷ El concepto de experiencia como herramienta de análisis contribuye a la comprensión de las capacidades que los sujetos adquieren previamente a la recuperación y permite reconstruir el sentido de las decisiones que tomarán en el futuro. Es entendida como parte de un recorrido que analiza una manera de concebir la existencia y el ser y que configura una ontología. De acuerdo con Martín Heidegger (1987) la comprensión (producto de la interpretación) es un modo de ser, de existir y habitar el mundo. La interpretación sólo se logra por medio de la palabra, que la reconstruye, la reactualiza y le otorga sentidos particulares al presente. Desde una mirada complementaria Hans-Georg Gadamer sostiene que no es pensable la experiencia humana fuera de los límites del lenguaje. Por lo tanto, si una experiencia no puede ser narrada, si no da cuenta del proceso que atravesó el sujeto que la relata, no se podría realizar una historización de la existencia. Al mismo tiempo, los aportes de Edward Palmer Thompson (1981) dan cuenta de que la experiencia siempre es *recuperada*, y se hace presente en la pregunta sobre la construcción del conocimiento. ¿Es posible generar conocimiento en torno a la experiencia? Sí, pero asignando límites precisos como la historización de los cambios que el individuo experimenta en su contexto más próximo mediante sus prácticas concretas (Sorgentini, 2000).

período de recuperación se quedaron en los lugares para trabajar como promotores de salud o acompañantes terapéuticos. Es decir, se convirtieron en figuras clave porque oficiaron como facilitadores y nexos entre la institución y quienes todavía estaban consumiendo drogas.

[...] y acá había chicos del barrio que iban [a un espacio de tratamiento] y me dicen: “¿Por qué no vas al...?” “¿Qué es eso? Está bien, mañana voy” Mañana, mañana y mañana. Hasta que un día le dije a los chicos: “Vamos, te llevo en la bicicleta”. Comí, tuve una entrevista y ya empecé a quedarme (varón, 26 años).

Como expresan los testimonios la decisión de acercarse a los espacios estuvo acompañada de charlas con quienes los jóvenes tenían vínculos previos, más allá de si la relación era cercana o distante. A su vez, podemos inferir que facilitó la decisión de empezar el tratamiento el hecho de ver recuperados a compañeros con los cuales compartieron la etapa de consumo intensivo. Esa situación, les demostró que ellos también podían pensar que abandonar el consumo intensivo de PB/paco. Por otro lado, se señala que las imágenes estereotipadas y negativas sobre los jóvenes con consumos de PB/paco difundidas desde los medios masivos de comunicación calaron profundamente en su auto percepción y resultaron contraproducentes tanto para los jóvenes como para los habitantes de los barrios a los que pertenecerían.

Yo me acuerdo que un día vi la tele y estaban pasando un informe en canal 2. Veía que mostraban que los pibes se iban a morir. Había uno, sentado en una puerta, en un escalón que hablaba y el periodista lo trataba bien. Después, al toque, cuando estaba sólo empezó a decir que eran como muertos, que no se podían recuperar. Yo lo creí. Pero yo también estaba así (varón, 31 años).

En casi todos los casos, los jóvenes rememoran que el primer acercamiento a los tratamientos fue tímido e inconstante porque sentían miedo al proceso o al encierro. En los casos en los que se los contactó desde alguna institución y se los ayudó a tomar la decisión de modo progresivo, se respetaron los tiempos. Cuando el acercamiento fue informal, el nexo lo realizó algún profesional o algún joven avanzado en el tratamiento que guiaba al recién llegado.⁵⁸ Refieren que con la ayuda de algunas medidas de contención pudieron asumir responsabilidades mínimas como no consumir durante la estadía en el espacio, no buscar peleas, comer en

⁵⁸ Estas prácticas son comunes en barrios vulnerabilizados del sur de la ciudad de Buenos Aires.

grupos y bañarse en caso de los que podían movilizarse por sus propios medios.⁵⁹ Estas situaciones, redujeron drásticamente los niveles de angustia y ansiedad. Sin embargo, a pesar de que eran objetivos de fácil cumplimiento, los ex usuarios de PB/paco recuerdan que fueron cambios muy grandes y costosos para ellos, ya que por ejemplo higienizarse los enfrentaba a la mirada de su propio cuerpo, algo que habían olvidado.⁶⁰

El segundo factor, ligado con el primero, fue la experiencia de mirarse y no gustarse durante el período de consumo. Tanto las mujeres como los varones dieron cuenta de que la decisión de buscar ayuda fue impulsada por el hecho de observar su propio deterioro físico y estético.

Sin embargo, se destaca que este proceso de autopercepción sólo se da cuando el consumo se extiende en el tiempo, al inicio ellos no advierten los cambios.

La mayoría de las mujeres relataron que comenzaron a sentirse feas o poco atractivas, esa percepción fue la que encendió la luz de alarma y la que ayudó a tomar la iniciativa de buscar un tratamiento.

Por lo general, el factor estético no es considerado cuando se trabaja con la población de usuarios de PB/paco debido a la existencia de otras urgencias. Sin embargo, si bien es cierto que existen otras prioridades, no debe convertirse en un tema menos relevante ya que la mayoría de los entrevistados lo nombró como un factor importante a la hora de pedir ayuda. Como ya se señaló en el caso de las mujeres fue clave a la hora de buscar recursos:

Después de una re gira empiezo con esto de que estaba muy flaca, estaba muy mal, ya no estaba bien conmigo, cuando yo logro bajar de toda esa dureza, me doy cuenta de que algo estaba mal, algo no estaba funcionando muy bien[...] Hasta que un día paso, por... ¿viste las puertas esas que tienen espejo? Paso y me miro y el jean cuando salí de mi casa me quedaba así de apretado, después de 15, 20 días me quedaba re flojo. Estaba toda chupada. Toda sucia. La cara, tenía las manos sucias, con cayos viste de la pipa de que esta caliente entonces la enfrías así con las manos, que te quema y en ese no sentir, no te das cuenta entonces cuando yo me miro, digo “la puta madre soy una fisura”. Me quede mirándome y me dio lástima, me puse a llorar, re mal, me fui al barrio me quedé toda la noche. Ahí dije algo va a cambiar quedé re dura en la ventana de mi casa, y a todo esto me abre la puerta mi vieja y me dice “¿qué te pasa?” y le dije “mirá es corta me internás vos o me interno yo”. Me dice “¿qué te pasa?” y le digo “¿no te das cuenta de que estoy re fisura?” (mujer, 26 años).

⁵⁹ En los espacios barriales o comunitarios se busca a los jóvenes para que concurran a los espacios de recuperación/reinserción.

⁶⁰ En el siguiente capítulo se abordará en profundidad la experiencia del ingreso a los centros de tratamiento.

Se señala que las metamorfosis físicas fueron claves al momento de iniciar un tratamiento porque evidenciaron los cambios anatómicos sufridos que ayudaron a tomar conciencia de los efectos del consumo intensivo de PB/paco. Es decir, el verse y no reconocerse hizo que problematicen su relación con la sustancia. La posibilidad de auto-considerarse como una *fisura* contribuyó a que toquen fondo y comiencen a pedir ayuda porque en esa situación no podían cubrir las expectativas que los otros tenían con respecto a ellos y, lo que es más importante, lo que esperaban de sí mismos.⁶¹ Según sus narraciones, todo aquel que adquiriera los atributos de un fisura está expuesto al desprecio de los otros. El término tiene connotaciones negativas y está relacionado con la falta de aseo, la imposibilidad de hablar y de moverse de modo coordinado. Por lo tanto, implica un proceso de decadencia físico ligado a la ausencia de la belleza.

Además, se indica que la mirada de los otros cobra relevancia en las mujeres debido a que, según sus relatos, si los transeúntes las ignoran o las miran con desprecio están más expuestas a situaciones peligrosas, como por ejemplo abusos sexuales (Epele, 2007).

Por lo tanto, las experiencias de pedido de ayuda se encuentran atravesadas por las visiones tradicionales que indican las acciones esperables por parte de las mujeres. Así, se espera que seduzcan, que sean femeninas y que estén arregladas (Lamas, 2002). Las mujeres ex consumidoras de PB/paco que participaron de este estudio sintieron que la sustancia hacía que ellas pierdan las cualidades propias este tipo de feminidad y que se conviertan en cosas que no le gustan a nadie.

En el caso de los varones que participaron de esta investigación comenzaron a pensar en la posibilidad de interrumpir el consumo cuando notaron que su aspecto no se correspondía con las cualidades masculinas socialmente esperadas, tales como la virilidad o las acciones dominantes (Lamas, 2002). Una vez que percibieron que se convertían en sujetos débiles y expuestos (a las agresiones de los pares y de los extraños porque no podían obtener recursos para asegurar la continuidad del consumo, ni enfrentarse con otros para defender sus espacios) optaron por la adquisición de conductas herméticas que los protegiesen de cualquier situación amenazante. Para ellos, la dificultad radicaba en que no se consideraban capaces de pedir ayuda porque andaban sucios y estaban débiles. Así, se veían impedidos de

⁶¹ Aunque se está abordando el caso de las mujeres, el miedo a convertirse en fisura es similar en los varones, pero por motivos distintos.

considerar la posibilidad de asistir a tratamientos para recuperarse. De este modo, el consumo se agudizaba:

Yo andaba todo sucio, hecho pelota, no tenía entrada en ningún lado. Hecho pelota, pesaba dos kilos y medio. Estaba, tenía más barba que Bin Laden, todo sucio. Hecho pelota, rengueaba porque no podía caminar más de tanta gira que tenía, hecho mierda. ¿Dónde iba a ir así todo sucio? Me iban a decir tomatela mugriento.

E:- ¿Pero te echaron de algún lugar?

No, pero tampoco iba ir así, re fisura (varón, 22 años).

Ya veía que me estaba destruyendo mucho, porque estaba, capaz que estaba muy de gira, me exigía mucho el cuerpo y comía y no me hacía...ya me drogaba y no me hacía efecto. En ese tiempo pesaba 49, 50 kilos. Si no iba a algún lugar me moría ¿Pero dónde me iban a agarrar todo hecho mierda? Entonces seguía para no pensar (varón, 28 años).

Algunos jóvenes refieren que decidieron comenzar a tratarse porque en algún momento notaron que las fuerzas se les acababan y ya no se identificaban con la persona que habitaba el cuerpo con el que contaban al momento de volver a mirarse. Aquí cobra importancia la noción que será denominada *el extraño que habita el cuerpo*.

A su vez, en la medida de que el consumo se profundizaba, comenzaron a experimentar cambios que en principio no percibían de modo claro producto de los períodos prolongados de consumo. Pero, en la medida que iniciaban los descansos comenzaron a evidenciarse los cambios físicos que los convirtieron, según sus descripciones, en personas distintas a las que fueron. De este modo, los cambios que observaron fueron los que motivaron el pedido de ayuda y posterior acercamiento a los tratamientos:

Yo me veía como... ¿Viste el dibujito de los monos cuando antes de ser humanos? Yo me veía así, pero al revés. Cada vez más feo. Yo soy un lindo pibe. No soy creído, pero soy rubiecito. Cuando vi que la gente me tenía miedo, dije... este ya no soy yo. Pero adónde iba ir... quién me iba a querer ayudar así (varón, 22 años).

Los varones refieren que no se acercaban a los espacios de tratamiento ya que temían no ser aceptados. La mayoría relató pensar que no eran merecedores de comenzar un tratamiento. En ese sentido, se indica que estos jóvenes no están ajenos a las visiones hegemónicas que establecen cuáles son las conductas socialmente esperadas de la hombría y la belleza. Según esos parámetros ser bello implica ser

fuerte, poder defender el espacio que se habita y obtener los recursos necesarios para la subsistencia.

La mayoría de los que consumimos no tenemos fuerza para nada, no somos capaces de aguantar, no conseguimos comida, si viene otro te puede hacer cualquier cosa y vos ni te enterás (varón, 29 años).

A partir de las entrevistas, sostenemos que la visión estética sobre sus propios cuerpos difiere según el sexo. En el caso de las mujeres, el hecho de verse mal las ayudó a darse cuenta de que no podían seguir sosteniendo el consumo intensivo de PB/paco. En cambio, los varones, percibieron las modificaciones que el cuerpo sufrió como un factor que retrasó el momento del pedido de ayuda. Y la cuestión estética llevó a la profundización del consumo. La sensación de perder las fuerzas producto de la delgadez intensificaba el consumo.

Yo era un palo de escoba. ¿Quién me iba a respetar? Antes era grandote, me tenían miedo. Ahora era yo el que estaba re cobarde. Yo no quería ser así. Para olvidarme seguía consumiendo (varón, 22 años).

El miedo a la muerte fue central a la hora de tomar la determinación de abandonar o suspender temporariamente el consumo de PB/paco. Ellos comentaron que se enfrentaron a *experiencias de atravesamiento de situaciones límite*, cuando su vida corría riesgo por alguna situación.

En términos de Jaspers (1973) la muerte, la culpa y la enfermedad, constituyen momentos en los cuales se hace imprescindible tomar decisiones que modifiquen el rumbo porque una vez que se los transita no pueden ser alterados. En este sentido, la experiencia adquiere un valor central porque aporta vivencias que hacen que se recuperen las ganas de realizar cambios en el rumbo que se ha encarado previamente.

Aunque la muerte constituye una realidad que forma parte de la vida de los seres humanos, es un límite al que se debe dar respuesta para continuar la existencia y no alcanzarla prematuramente. Los jóvenes ex usuarios de PB/paco revelaron que la idea de fin les resultaba angustiante y que, por esa razón, sintieron la necesidad de enfrentarla. La idea de morir los obligó a interrogarse sobre las decisiones que debían tomar si querían continuar con vida.⁶²

⁶² En el caso de quienes participaron de este estudio ellos optaron por comenzar a tratarse, pero también hubo quienes no pudieron hacerlo.

El miedo a perder la vida no resulta para nada infundado si se considera que, en general, vivieron experiencias traumáticas vinculadas a situaciones en las que su vida corrió algún tipo de peligro: persecuciones policiales, golpizas que dejaron secuelas que comprometían en el cuerpo o la muerte de algún ser querido.⁶³ Muchos relataron que las pérdidas comenzaron desde la infancia porque alguno de sus padres estuvo preso o fue asesinado por la policía. Pero el clic que motivó la decisión de iniciar un tratamiento fue la pérdida de un familiar a consecuencia del consumo. Varios jóvenes afirmaron que esta situación los enfrentó a pensar en la posibilidad concreta de su propia muerte:

Cuando me di cuenta que quería vivir ahí dejé de consumir. Ahí empecé a ir al tratamiento todos los días. Yo lo relacioné con la muerte de mi hermano. A él le pegaron un tiro enfrente mío. Y ahí flashee... ¿si me pasa a mí? (hombre, 29 años).

Y dije de dejar porque todos se estaban muriendo y...me estaba arruinando la vida, no podía más. Pensé... en cualquier momento me voy a morir (hombre, 21 años).

Es decir que, hasta que no atravesaron alguna situación fuerte, profunda o determinante, no se dieron cuenta de la posibilidad concreta de morir. Así, el pensar en esta situación produjo la necesidad de pedir ayuda. Si bien esta decisión estuvo orientada por miedo y generalmente no garantizaba que el tratamiento fuera concluido posteriormente, constituía el primer acercamiento a un proceso de trabajo interno que implicaba el alejamiento del PB/paco.

Así, estas situaciones límites fueron enfrentadas depositando las esperanzas en cualquier tratamiento que les prometiera la posibilidad de abandonar el consumo intensivo. Por esa razón, ellos se aproximaron a diversos espacios de cualquier credo -evangélico o católico- psiquiátrico o comunitario. La idea de estos acercamientos, se fundamentaba en negar al sujeto consumidor y crear uno nuevo que anule al anterior. Pero como se verá en el apartado siguiente, esta tarea no se lograría en soledad, sino por medio de la construcción de redes.

Finalmente, para las mujeres las experiencias límites que ayudaron a tomar la decisión de recuperarse se asocian al miedo a la muerte de sus seres queridos, el

⁶³ Si bien las persecuciones policiales también afectan a las mujeres, ellas tratan de que su consumo quede en un ámbito de mayor privacidad y que en la medida de las posibilidades sus transgresiones a la ley se reduzcan a situaciones pequeñas. Sin embargo, los hombres se encuentran mucho más expuestos y por lo tanto, su temor se incrementaba.

alejamiento de los hijos o los embarazos. Para ellas, la posibilidad de exponerlos a riesgos externos se tornó, en la mayoría de los casos, insoportable. Por lo tanto, recuperar los vínculos que les devolvieran el sentido de la vida se hacía imprescindible para poder mantener seguros a los pequeños y también les permitía asegurarse de que nadie piense en la posibilidad de separarlos. Esta decisión, las llevó a buscar espacios en los que pudieran construir o reconstruir su vida para poder estar, posteriormente, con sus hijos. La tarea se pudo lograr en la medida que otorgaron sentidos diferentes a las situaciones que ya habían vivido. Por lo tanto, las mujeres se plantearon la dicotomía de continuar consumiendo con los niños o intentar abandonar el consumo. Muchas mujeres optaron por la segunda opción:

Tuve una nena que a los dos meses y medio murió. A los 6 días que la enterramos, volví a consumir. Después volví a quedar embarazada de ella [refiere a su bebita] y dije por ella tengo que poder (mujer, 27 años).

Estuve separada de mis hijos y los estaba perdiendo. Acepté que iba a terminar mal. Por ellos pude, por mi no hubiera empezado el tratamiento (mujer, 19 años).

Un momento crucial para los jóvenes que estuvieron en tratamiento por consumo de PB/paco fue el proceso interno que realizaron para tomar la decisión de recuperarse. Así, para entender el acceso a los espacios hay que considerar dos redes fundamentales: las instituciones (escolares, médicas o religiosas) y los lazos afectivos (amigos, pareja, hermanos, padres o compañeros de consumo). Sin embargo, en el momento del desembarco al tratamiento, estas redes eran débiles desde la perspectiva de las historias personales y, como se describió, no fueron centrales en la decisión de acercarse. Muchos de los jóvenes rememoran que su familia tuvo un rol central al momento de tratarse pero cuando se indagó sobre sus experiencias hicieron hincapié en que fueron otros los factores más influyentes a la hora de solicitar asistencia.

En resumen, el sentirse extraño en el propio cuerpo, las situaciones límites y el miedo a la muerte, que también se expresa en la pérdida de seres queridos, generalmente condujeron a la conclusión de que el consumo era una etapa que debía superarse y que necesitaban buscar cuidados que facilitaran el alejamiento del consumo intensivo de PB/paco.

4.2 Itinerarios terapéuticos en torno al cuidado

En este apartado se trabajará sobre *las experiencias de cuidado*. Para realizar esta tarea se describirán *los itinerarios terapéuticos* en búsqueda de cuidado que refieren a las acciones concretas que los jóvenes realizaron para afrontar sus problemas con el PB/paco.

Según el testimonio de la mayoría de quienes participaron de este trabajo, una vez que comenzaron a atenderse en el barrio por alguna dolencia, que sortearon las expulsiones y las dificultades, conocieron, tímidamente, algunas alternativas disponibles para abandonar el consumo, al menos temporalmente, del PB/paco.

Como en la mayoría de los casos los jóvenes se encontraban en situación de calle durante el período de consumo intensivo la búsqueda de los cuidados se tornó complicada en el período inicial. En muchos casos, porque ya no contaban con el apoyo de la familia y debían organizar nuevas estrategias que los ayuden a solicitar algún tipo de tratamiento y luego porque les costó identificar personas que pudieran transitar este camino con ellos. Sin embargo, esta dificultad no les impidió trazar alianzas con quienes los pudieran acompañar a emprender la búsqueda de una institución que los recibiera.

Para abordar los itinerarios que realizaron los jóvenes será central realizar una exposición sintética, a modo de inventario, de los recursos con los cuales contaron los jóvenes al momento de comenzar el proceso de recuperación.

El contexto fue uno de los factores colaboró en la organización de estrategias tendientes a la búsqueda de ayuda. Pero cabe aclarar que este proceso, según lo narran los jóvenes, no estuvo acompañado de momentos de reflexión, debido a que todavía se encontraban bajo consumo. Pero a pesar de esto, visualizaron personas o instituciones que, posteriormente, les permitirían iniciar el proceso de recuperación. En el momento de decidirse, como ya se mencionó, entablaron relaciones con conocidos que en algún momento fueron cercanos a ellos (amigos del barrio, familiares o miembros de la comunidad). Los casos más llamativos son los del personal del sistema de salud, pastores evangélicos o la de los curas católicos.

En los barrios vulnerabilizados los pastores evangélicos y los curas villeros adquieren una visibilidad notoria porque se acercan a conversar con los jóvenes durante el período de consumo y se convierten en figuras que ofician como referentes en la obtención de recursos materiales y simbólicos necesarios para la recuperación. Los jóvenes rememoraron que les propusieron alternativas concretas para dejar el consumo.

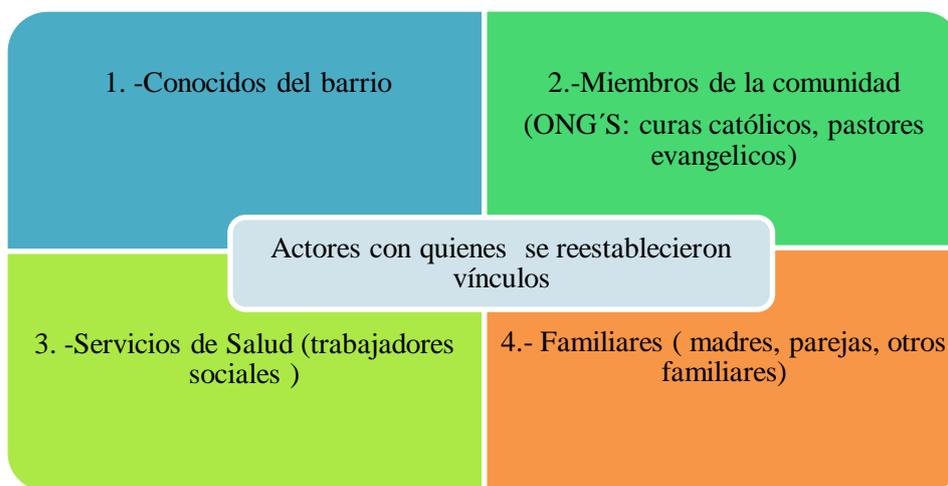
Estaba uno que era evangélico, un pastor, que andaba con una guitarra. Era buen tipo. Me alcanzaba comida y puchos. Era cariñoso en el buen sentido. También leía la biblia en la calle. Cuando no pude más le pedí que me acompañe a internarme. El me acompañó a internarme (varón, 25 años).

El padre caminaba el barrio y me veía siempre. Me saludaba, me pasaba la mano. No me hablaba de Dios. Me acercaba comida o me decía donde encontrarla. También me preguntaba si quería ir a pasar la noche al parador (varón, 22 años).

Por su parte, la mayoría de los jóvenes que establecieron relaciones con los servicios de salud mencionó como figuras más destacadas a los trabajadores sociales de los centros de atención primaria porque en la búsqueda de cuidados fueron quienes mantuvieron charlas prologadas y los ayudaron a conseguir las citas con los centros de tratamiento:

Había una piba que trabajaba en la salita era algo social. Me contó que se recibió en la universidad. Me iba a ver. Yo confiaba en ella, y ella me ayudó a internarme. Pero después de que me interné no la vi más. Algún día la voy a buscar (mujer, 29 años)

Gráfico N° 7: Matriz de recursos



Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas

Los ex usuarios de PB/paco que participaron de este estudio recurrieron comúnmente a los espacios ofrecidos por la Iglesia Católica para comenzar el proceso de tratamiento por la inexistencia de barreras burocráticas para el acceso y por la disponibilidad de los recursos a los que podrían acceder si establecían el vínculo. Al mismo tiempo, destacaron que miembros de la iglesia salieron a buscarlos ofreciéndoles un lugar “amigable” en el que no se le formularon

preguntas, ni se les exigió que dejen el consumo de drogas para proporcionarles un plato de comida o un lugar donde dormir.

Además, mencionaron a los espacios de los curas villeros como un puente para poder llevar adelante el proceso de recuperación y, al mismo tiempo, los recordaron como una alternativa educativa y laboral para insertarse socialmente una vez que el proceso hubiera finalizado. A su vez, en estos ámbitos se contempla que los usuarios en algún momento van a ceder temporalmente en su tratamiento. Por esa razón, no se les restringe el acceso las veces que lo necesiten. Si bien no se considera a la Iglesia como un lugar idílico, la institución es percibida de manera positiva por los jóvenes, ya que ofrece oportunidades concretas de contención (Ramírez, 2013b). Finalmente, hay que destacar que la relación de los jóvenes con los espacios y con las personas que trabajan en las instituciones estuvo vinculada con las necesidades concretas de ayuda y no con las características de los espacios, ni sus credos. Además, la elección se dio, en varias de las ocasiones, por la cercanía geográfica. Una vez identificados los lugares, casi siempre parcialmente, comenzó la reconstrucción de los vínculos y el armado artesanal de los contactos que facilitaron la comunicación con otras instituciones, con las que se creía que no habría ligazón posible pero que, posteriormente, facilitarían el alejamiento progresivo del consumo. Estas relaciones fabricadas de una manera informal se pueden dar, según los jóvenes, a través del saludo o de relaciones previas. Así, el joven que conoce a alguna persona que lo trata bien en algún momento siente la necesidad de pedir ayuda, ropa, medicamentos o algún consejo.

Yo la veía a la trabajadora social del centro del barrio. Ella pasaba, me saludaba, me habla... Nunca me dijo dónde trabajaba. Sólo me preguntaba ¿Todo bien? ¿Necesitás algo? Yo, que apenas emitía sonidos, le decía que sí. En el invierno tenía el cuerpo morado del frío y le dije: para mí que tengo neumonía. A la tarde ella vino con un médico (varón, 30 años).

Al mismo tiempo que trataban de conseguir recursos para estar mejor algunos intentaron reconectarse con sus familias. Los jóvenes comenzaron a frecuentar, aunque hubieran consumido, lugares en los que se encontrarían con personas que podrían acompañarlos en el proceso de tratamiento. Por lo general los espacios se localizaban cerca de una iglesia, un comedor o algún servicio de salud.

La reconstrucción de los itinerarios sólo fue posible una vez que identificaron los actores sociales involucrados en su proceso de recuperación y para poder

organizarlos, tuvieron que recurrir a la narrativa de su pasado. La búsqueda de la mejoría estuvo acompañada de la identificación de los actores clave en los cuales podían confiar. La elección de los mismos se dio en la medida que quienes resultaron seleccionados no decepcionaran sus expectativas. Así, si el acompañante seleccionado prometía que estaría en un sitio y luego no iba, o lo hacía de mala gana, era descartado. Los jóvenes recordaron que al principio les costaba cumplir con los horarios de encuentro, por lo tanto, sus contactos debían ser pacientes y debían estar presentes cuando los necesitaban. Hubo personas que sólo los acompañaron durante la búsqueda de tratamiento y después el vínculo se interrumpió. Sin embargo, ese contacto podía ser reconsiderado si se lo necesitaba. La construcción de los itinerarios ligados a las vivencias anteriores requirió que los jóvenes se tomaran un tiempo, durante el período de consumo, para pensar el trayecto que tuvieron que realizar para identificar y seleccionar posibles compañías para encarar el tratamiento. La idea de selección es fundamental porque si bien existieron varias posibilidades identificadas como concretas, además hubo un proceso interno, casi intuitivo, que facilitó la elección de quién sería el encargado de transitar el camino junto con ellos.

Así, para las mujeres, resultaron buenas compañías quienes pudieran brindarles información sobre los cuidados que deberían realizar para mejorar su cuerpo y su salud. Por lo tanto, una figura que sea un referente en el barrio en el tema del tratamiento, algún familiar lejano o algún operador terapéutico o trabajador social fueron las elecciones más frecuentes.

Yo me rompí para que me dejen entrar a algún tratamiento, pero mi prima siempre estuvo conmigo. Ella me acompañó en todo. Parecía que era a la única a la que le importaba. Hasta me llevaba forros cuando estaba hecha mierda (mujer, 19 años).

Ella (una trabajadora social) está todo el tiempo para mí siempre. Siempre me llevaba a mi casa, me acompañaba al médico, me ayudó con el documento porque yo lo había perdido. Ella siempre me habla para que no me contagie nada y me dice que si no quiero coger nadie me puede obligar (mujer, 18 años).

En general, las mujeres pocas veces eligieron a las madres para transitar el proceso, por las relaciones conflictivas que manifestaron tener con sus progenitoras o por la imposibilidad de poder convertirse en un recurso al cual se pudiera recurrir.

Al principio contaba con mi mamá. Después no, porque no los vi más. Ella cría a mis hijos, pero no me los deja ver. Me dice que no puede con todo (mujer, 30 años).

Mi mamá es ex - adicta. Ella estuvo en el penal y ahora hace tratamiento ambulatorio. Es como que sigue en tratamiento, porque los psicólogos la ayudan. Ella del penal salió con una profesión: es poeta ella. También trabaja en mi casa, hace agendas, trabaja para una editorial. No nos llevamos bien. Yo no le podía pedir ayuda. Ella estaba igual que yo (mujer, 18 años).

Los varones, en cambio, en muchos casos, eligieron una figura femenina que en general fue la pareja actual, su propia madre o la madre de los hijos.

La madre de mis hijos hizo muchas cosas por mí. Y hasta ahora es la única mujer que amo. Pero a veces uno lleva, los familiares sufren cuando uno es adicto y uno a veces empuja a que una familia se destruya, ¿entiende? Ella no me quiere ver porque se peleó con mi mamá. Porque a veces la madre tapa mucho al hijo, no es como el padre que capaz es más duro. Tu madre es más permisiva. Y en esa permisión que te da tu madre, la estás destruyendo a tu madre y estás destruyendo toda una familia, con tu padre. Lo que pasó conmigo, con mi verdadera familia (varón, 29 años).

Es decir que los jóvenes comenzaron a organizar, tímidamente, sus *redes sociales* (Arizaga, 2007b; Goltzman y Amorin, 2009) y en la medida que se corrieron de la solución individual y se centraron en las estrategias colectivas para resolver sus problemas con el PB/paco fueron visualizando sus recursos. En esa instancia, aparecieron actores que, aunque no fueron considerados con una primera posibilidad, resultaron significativos. De esa forma, el itinerario empezó a recorrerse en compañía.

Según el relato de los jóvenes la aparición de la figura masculina se asoció con haber tocado fondo e implicó que el joven asuma responsabilidades para alejarse de la sustancia. Esta actitud se fundamenta en que, según algunos entrevistados, los varones tienen menos tiempo disponible que las mujeres para ocuparse de problemas domésticos. De esta manera, cuando intervienen para ayudar es porque hubo otras opciones que fallaron. Así, la presencia fue observada como imprescindible y se la consideró como un gran sacrificio familiar:

Me acompañó mi papá a buscar algún lugar al que me dejen entrar. Mi papá iba a las reuniones familiares una vez al mes. Dejaba de laburar porque las veces que me acompañó mi mamá después yo me fui (varón, 30 años).

Otra figura masculina clave que facilitó el acercamiento a los espacios de tratamiento fue, como ya se mencionó, la de los pastores o curas. Este acompañamiento fue muy significativo porque, según comentan, si no iban acompañados a realizar los trámites no podían acceder.

Los ex usuarios de PB/paco buscaron uno o más acompañantes que los ayude a ingresar a los espacios. De este modo, trazaron redes en las que los actores y sus acciones se reconozcan como interdependientes y no como unidades autónomas. La necesidad de otros aparece como una constante en el proceso de intentar los ingresos a diversas instituciones de tratamiento.

Los itinerarios terapéuticos, que se pueden expresar en redes formales e informales, apuntan a la obtención del cuidado y tratamiento de los usuarios de PB/paco. Estos recorridos se organizan en función de los recursos sociales, económicos y culturales propios y familiares. En ese proceso, se distinguieron dos etapas, una referida a la toma de conciencia de la dependencia, y otra orientada a la necesidad de tratamiento. En nuestro país, las Iglesias tanto católicas como evangélicas, ayudan a la rehabilitación de los usuarios de PB/paco y trazan esquemas que contemplan a los jóvenes que se encuentran solos o que cuentan con algún tipo de ayuda familiar (Venturiello, 2013; Ramírez, 2014). Por lo tanto, se convierten en recursos centrales a la hora de identificar compañías posibles para los tratamientos.

Cuando el consumidor de PB/paco decide comenzar el tratamiento el apoyo familiar es fundamental. Sin embargo, no siempre las personas más cercanas acompañan este proceso. Algunos no tienen los elementos como para apoyar inicialmente el proceso, o son co-consumidores⁶⁴ y otros se alejaron del joven (Arizaga, 2007a). Pero quienes logran acompañar con el correr del tiempo se convierten en expertos realizadores de trámites y van profundizando sus conocimientos sobre la sustancia y los efectos que produce a corto, mediano y largo plazo, como así también de los momentos de abstinencia.

Los usuarios de PB/paco que se entrevistaron para este trabajo, en general, tienen una familia que se compone de madre y hermanos, o que está dirigida por abuelos. En la mayoría de los casos, la figura del padre aparece en menor medida, pero nunca cobra tanta relevancia como la materna (SEDRONAR/OAD, 2011; Castilla, *et al.*, 2012) y cuando interviene es considerado como un sacrificio familiar y constituye una señal de alarma. En otros casos, hay usuarios que tienen un vínculo estrecho con algún tío o un amigo que se ocupa de acompañarlos.

En general, según narraron los jóvenes, las instituciones públicas estatales no pueden satisfacer la demanda de ayuda porque no hay espacios disponibles

⁶⁴ Comparten el período de consumo con el joven, como también la sustancia.

suficientes o porque no están preparados para cubrir las necesidades de los usuarios de PB/paco y sus familias (Pawlowicz *et al.*, 2010; Ramírez, 2013a). Por esa razón, los itinerarios de los usuarios y de quienes los acompañan necesitan de alguna institución que los ayude a dar los primeros pasos (Venturiello, 2013; Cabral *et al.*, 2011). Estos espacios pueden estar ligados al barrio, a la familia, a la Iglesia o alguna organización no gubernamental indistintamente. Lo importante es que opere como un nexo entre el usuario que se trata y el resto de la sociedad.

4.2.1 ¿A qué tipo de tratamientos se acercaron?

En esta sección se analizarán las experiencias de los jóvenes en los diferentes dispositivos que han transitado al inicio de su período de recuperación. En este caso, se contemplará la relación establecida con los dispositivos ambulatorios, los Centros de Día y las comunidades terapéuticas (la opción de internación más utilizada en el país).

Los Centros Ambulatorios son ámbitos que están pensados para que los jóvenes no permanezcan internados y para que reciban atención médica, psiquiátrica y psicológica. El tiempo que los jóvenes transcurren en esos espacios varía de acuerdo a las características de cada institución. Si bien este dispositivo en 2010 fue recomendado por el Comité de la Magistratura para los usuarios de PB/paco, la experiencia de los jóvenes problematiza las recomendaciones y la legislación vigente relacionada a las opciones de tratamiento, ya que las vivencias relatadas marcan que la atención médica y psiquiátrica no era algo frecuente, sino que primaba la reincorporación de rutinas de higiene personal y de trabajo. En ese sentido, algunos de ellos relataron que los motivos por los cuales los tratamientos ambulatorios no les resultaron eficaces:

No me sirvió para nada. [...] ¿Qué característica tenía? O sea, ambulatorio, estaba ahí, estaba en grupo, limpiaba, comía y después me tenía que ir a mi casa. Un grupo, dos grupos y nada más. Terapia de vez en cuando (varón, 29 años).

En ocasiones, este tipo de tratamiento priorizó la ejecución de trabajos destinados a adquirir capacidades vinculadas a la responsabilidad como las tareas manuales que deben ser cumplidas con el fin de evitar el consumo de PB/paco ya que el tiempo que los jóvenes pasan en los espacios ambulatorios varía entre un día, media semana o se cumple con algunos días de descanso intercalados. Esta modalidad

requiere de una fuerte presencia familiar o afectiva (Comité de la Magistratura, 2010), motivo por el cual los jóvenes refieren no poder sostenerla porque no contaban con esos requisitos.

No era malo el lugar, pero cuando terminaba el tiempo ahí, tenía que volver a la calle (varón, 28 años).

Por el contrario, los jóvenes que tenían redes familiares y afectivas al momento del tratamiento expusieron que los espacios ambulatorios fueron eficaces porque los ayudó a dejar la sustancia sin encerrarlos:

[...]El día allá era...entrabas, saludabas a todos, tomábamos unos mates, había un grupo, comíamos algo, había otro grupo y nada más, te ibas [...] Con ese tratamiento anduve bien. Yo me di cuenta que no necesito estar internado. No me gusta estar encerrado y mi familia lo sabe (varón, 26 años).

Los Centros de Día fueron otro de los modelos que utilizaron los jóvenes.⁶⁵ Esos espacios ofrecieron recursos ligados a la educación, como el programa Fines I y II o artísticos. Son lugares en donde los jóvenes pasan algunas horas, en la mayoría de los casos de 10 a 18hs. Generalmente, no pueden quedarse a dormir. A diferencia de los espacios ambulatorios en los que pueden entrar y salir en cualquier momento del día. En estos ámbitos, también, existen talleres laborales que tienen como objetivo la reincorporación social, sin embargo los jóvenes refieren que no les fue fácil conseguir un trabajo. Relataron que recibieron tratamiento médico y psicológico, la mayor dificultad que señalaron es que esta modalidad no garantiza un lugar para pasar la noche y tienen que volver a la calle. Ante esta situación, comentaron que en algunos espacios existe un sistema denominado “casas amigables” que los reciben durante las noches. Algunos, como se analizó en el capítulo anterior, recurrieron a los paradores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En la mayoría de esos dispositivos se priorizó la abstinencia, salvo en espacios en los cuales los usuarios permanecieron internados donde se apuntó más a la modificación de la personalidad a través del uso de estrategias de interpelación (Garbi *et al*, 2012) como es el caso de las comunidades terapéuticas que se han convertido en el dispositivo de internación más famoso de los últimos 30 años. En este tipo de institución se desarrollan experiencias complejas y contradictorias. La

⁶⁵ Las diferencias entre los diversos modelos de atención se desarrollaron en el Capítulo 2.

adaptación al medio se realiza a través de rutinas de trabajo cotidianas y de tratamientos con profesionales de la psicología y la psiquiatría. Si bien, en estos espacios al momento del ingreso se consideran los diversos niveles de exclusión social de los jóvenes (Chiosso, 2011), en la práctica diaria estos planteos casi no se observan y los jóvenes una vez que se sienten mejor, tienden a ponerse ansiosos por sentirse un poco mejor y se quieren retirar.

Pensé que entrabas y a la semana ya estabas...de vuelta bien. Y cuando empecé a ver que tenía que estar más tiempo y más tiempo, ya no me gustó y me fui. Empecé a prometer en mi casa: “Ves que estoy bien, que yo puedo, vamos a trabajar como siempre” (varón, 25 años).

Según los relatos, en estos espacios se construye un monopolio discursivo que se inscribe en los cuerpos de los individuos y que opera como si fuera una verdad absoluta tanto en los jóvenes, las familias y los profesionales.

Muchos de los jóvenes sostuvieron que en los centros de tratamiento con internación habían pasado momentos difíciles porque se sentían “diferentes”, al ser portadores de hábitos que moralmente no eran aceptables. Como en general no cuentan con seguros médicos u obras sociales eran tildados de “sucios” y “quebrados” por el resto de los integrantes de la institución.

Una mierda, yo era el negrito hecho mierda que no podía ni hablar, que llegó con olor y que estaba en un rincón porque se me caía la baba. Todo turuleco. El resto de los pibes que estaba ahí, por merca o por otra cosa pasaba y casi ni me miraban (varón, 22 años).

Además, narraron que entrar en los dispositivos de internación consistía en aceptar lo que se les brindaba sin cuestionamientos para no regresar a la situación anterior y que cualquier acto de rebeldía representaba no aprovechar los recursos.

Yo soy un agradecido. Yo me tenía que morir y gracias a los trabajadores del centro estoy bien. No era un hotel cinco estrellas, me moría de hambre, pero gracias a eso estoy acá con vos (varón, 25 años).

La mayoría de los jóvenes ex consumidores de PB/paco que participaron de esta investigación atravesaron por todas las instituciones antes descritas. Por lo tanto, recabar sus experiencias es central para comprender que no hay un dispositivo que sea mejor que otro, sino que hay instituciones que los incluyeron como pudieron y otras que no lo hicieron por las características y las experiencias personales.

Muchos de los tratamientos que realizaron no colmaron las expectativas que tenían

respecto de los mismos porque cuando decidieron internarse creyeron que el tiempo que debían pasar dentro de las instituciones era breve y que ellos podrían intervenir en el proceso de recuperación. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se sintieron verdaderamente integrados.

4.3 Síntesis

Recuperar las experiencias de los jóvenes resulta central para comprender los momentos previos a los recorridos de búsqueda de los dispositivos para tratamiento y de los primeros contactos para orientar este proceso. En este capítulo, se abordaron los momentos anteriores a la realización de los tratamientos para intentar comprender las motivaciones que los guiaron para comenzar tratarse. Así, cuando se analizan las narraciones de los jóvenes se puede comprender el sentido de las decisiones que pudieron adoptar.

Se trabajó con los recursos que ellos utilizaron en sus contextos, que podían ser materiales o simbólicos.

Se destaca que un primer acercamiento estuvo facilitado por los amigos ya rehabilitados, que realizaron los contactos y los ayudaron, casi de modo inductivo, para que acepten comenzar un tratamiento. Por lo tanto, utilizar este recurso para acercar a los jóvenes a los espacios de rehabilitación resulta fundamental.

En segundo lugar, la experiencia de mirarse y no gustarse llevó a considerar la necesidad de comenzar a buscar ayuda. Así, el factor estético fue crucial para realizar el quiebre con el consumo. A pesar de que esta sea una perspectiva individual, la mayoría de las veces ayudó y facilitó la búsqueda y obtención de ayuda en varones y mujeres. Este también es un tema sobre el que se debería trabajar para no perder oportunidades de atención. Aquí, la escucha se convierte en central porque, generalmente, las decisiones que toman son efímeras y si no se sienten contenidos al momento de la decisión, la oportunidad se pierde.

Finalmente, las situaciones límite asociadas al miedo a la muerte fueron centrales para obtener ayuda. Estos momentos, estuvieron caracterizados por la posibilidad de perder la vida y a los seres queridos. En esos momentos, los jóvenes piden apoyo. Como se pudo observar, las motivaciones fueron diversas pero dejaron en claro que hubo momentos en los cuales pidieron asistencia y eso resulta fundamental para la intervención.

Luego de pasar por estas situaciones, comenzó la búsqueda de ayuda mediante la ubicación de instituciones que estuvieran dispuestas a recibirlos. Para identificarlas los jóvenes rememoraron espacios que en algún momento de su vida resultaron significativos para ellos. Precisamente por eso, trazaron alianzas para organizar redes en búsqueda de cuidados. Estas se dieron entre ellos, alguna ONG (en general las iglesias o los servicios de salud) y su familia. De esta forma, con la ayuda de otros, configuraron las redes sociales artesanales que los ayudaron a buscar soluciones a sus consumos problemáticos de PB/paco y a acercarse a instituciones con características diversas que arrojaron resultados heterogéneos pero significativos para sus vidas.

“Si aguantás quedate”. Prácticas profesionales que alejan a los jóvenes de los tratamientos

En este capítulo se examinarán las acciones que los jóvenes ex usuarios de PB/paco consideraron expulsivas dentro de las instituciones avocadas a obtener su mejoría; se describirá y analizará el funcionamiento de los mismos desde sus perspectivas y experiencias negativas. La decisión de realizar esta tarea se basa en el intento de encontrar una explicación que ayude a entender el origen del comportamiento de los miembros de las instituciones y la impronta que estos le otorgan a las mismas. Se reorganizará la trayectoria en la institución desde el ingreso, luego se aludirá a las técnicas orientadas a lograr el orden y, finalmente se describirán algunas prácticas concretas de los miembros de los espacios.

5.1 Conceptualizando la experiencia: vínculos iatrogénicos

Para comprender el término *iatrogenia* deben examinarse las características de los tratamientos en la modernidad y las formas que adquirió. En este sentido, Ivan Illich (1975:1) sugirió que la “*medicina institucionalizada se transformó en una gran amenaza para la salud*” porque al tiempo que cura, podría provocarle a los individuos perjuicios que no sólo pertenecen al ámbito biológico, sino que derivan de relaciones poco equitativas durante los tratamientos.

El término iatrogenia⁶⁶ remite a los daños a los que el sujeto se expone al tener contacto con los miembros de las instituciones y que derivan de la atención misma (García, *et al.*, 2005). Es decir, refiere a las acciones efectuadas por los responsables del tratamiento que pueden convertirse en contraproducentes para quienes las reciben. Sin embargo, no siempre el daño es producto de formas de proceder inadecuadas, a veces contando con la buena voluntad de los profesionales también se generan situaciones de inseguridad, ansiedad, depresión (Velez Correa, 2001).⁶⁷ En general, prevalecen los efectos psicológicos porque en las instituciones se ponen en revisión las creencias y las conductas previas de las personas en tratamiento, lo

⁶⁶ El término iatrogenia proviene del griego *iatros*-médico- y *genus*-origen (Acosta Piedra y Piedra Herrera, 2011).

⁶⁷ En general no siempre está asociada a la mala praxis o a acciones malintencionadas, sino que muchas veces se produce por no considerar las necesidades de los sujetos que reciben los tratamientos.

que pone en duda las cualidades ético-morales existentes (Acosta Piedra y Piedra Herrera, 2011)⁶⁸.

Ante ese panorama, las personas que están en tratamiento sienten que no pueden expresar sus sentimientos correctamente y que se generan ciertas interferencias en la comunicación que impiden decodificar el mensaje transmitido por el personal de los centros de tratamiento. Al mismo tiempo, perciben que las acciones tendientes a lograr la mejoría rozan los límites de la ética. La formulación de preguntas que podrían lesionar la integridad afectiva o emocional se convierte en una constante al igual que la emisión de frases desaprobativas sobre las acciones que los jóvenes realizaron a lo largo de sus vidas. Así, quien pretende ingresar al tratamiento y permanecer debe superar todas estas limitaciones comunicativas para lograr algún avance en su recuperación.

Una cuestión muy importante a la hora de examinar si existe iatrogenia, en los espacios de recuperación/inserción de jóvenes con consumos de PB/paco es la *calificación del personal* que se ocupa de proporcionar los cuidados necesarios para la mejoría de los sujetos. El momento de mayor presencia de los profesionales según el relato de los jóvenes es el de la entrevista de ingreso. Luego, salvo excepciones, para sostener el seguimiento persona a persona en muchos de los espacios se capacita a quienes ya atravesaron el proceso de tratamiento. De esta forma, muchas personas que no siempre cuentan con la preparación adecuada trabajan con jóvenes con consumos de PB/paco por pedido de las instituciones, que solicitan como parte importante del tratamiento a los “avanzados” responsabilizarse de los “nuevos”. En esa instancia, se evidencian las características piramidales de los espacios. A partir de esta modalidad, los jóvenes pierden contacto diario con los profesionales y los perciben como extraños porque la relación se torna esporádica y distante.

Desde la experiencia de los jóvenes, lograr un buen desembarco en la institución consiste en agradar y demostrar buena predisposición y docilidad, actitudes que podrían ayudar a tener una estadía un poco más placentera.

Respecto a las entrevistas de admisión refirieron que, en la mayoría de las ocasiones, no siempre fueron realizadas en un ambiente privado, ni se utilizaron palabras que fueran comprendidas fácilmente. Según sus percepciones, casi nadie intentó establecer conexiones con sus estados anímicos y emocionales. Casi nunca

⁶⁸Hay un aspecto psicológico de la iatrogenia que refiere al daño de la integridad física, pero en este capítulo sólo se trabajará con los aspectos psicológicos.

notaron que se hiciera el trabajo de interpretar la vergüenza que sintieron al momento de llegar. En este sentido, pusieron de relieve que esta diferencia de trato se daba porque ellos consumieron una sustancia que está desaprobada socialmente:

Si vos consumiste paco no te tratan igual que al resto. Vos sos el que todos esquivan. Es así. Vos venís sucio y con problemas. Te colgás, no podés entender y estás lastimado. Siempre sentís que te están haciendo un favor. Pero si no lo sentís te lo recuerdan de alguna manera. Sos como una pelota con caca, nadie la quiere tocar ni pisar. ¿Qué vas a decir? Los hacés enojar y a dónde vas. Todos piensan lo mismo, pero no lo dicen (varón 23 años).

El relato invita a analizar qué es lo que sucede cuando quienes toman la decisión de acercarse a los tratamientos se encuentran con profesionales que muchas veces los juzgan negativamente y se ofuscan si reciben algún tipo de recriminación. Según los jóvenes el malestar de los profesionales proviene de considerar que quienes tuvieron acciones de dudosa moralidad no pueden pretenden quejarse (Velez Correa, 2001; Acosta Piedra y Piedra Herrera, 2011).

Hasta aquí se ha narrado una de las tensiones entre los profesionales y los jóvenes en el momento del ingreso a los tratamientos. Sin embargo, también existen incomodidades y desconfianzas presentes en las interacciones, que permanecen durante toda la estadía. Esta situación, es propiciada por la escasez de contacto entre jóvenes y profesionales, y provoca que pocas veces el personal especializado pueda organizarse y prever cuál será la conducta que adoptará el individuo una vez que se encuentre en la institución. Por lo tanto, se establecen relaciones en las que la desconfianza mutua es lo primordial.

Al principio si faltaba algo en la casa venía la psicóloga y me preguntaba a mí. Siempre primero ¿por qué? Era el marginal ¿quién otro podía ser? Ella me decía, yo confío en vos, pero te lo tengo que preguntar. Yo tampoco confiaba en ellos y en ella menos. Al principio me miraba con desconfianza. Pero cuando se relajó, yo me relajé. Yo hacía lo que ellos hacían como para no desencajar (varón, 30 años).

A partir de este contexto, los jóvenes establecieron relaciones mediadas con el grupo responsable, es decir a través de alguien que estaba mucho más avanzado que ellos y que se encargaba de transmitir el recorrido.

En general vos no ves a nadie. Salvo que te mandes una cagada que merezca que te reten. Si había reuniones una o dos veces por semana pero no eran conmigo, eran para organizar la convivencia. Yo cuando necesitaba algo le pedía a Jonny [su hermano mayor] y él lo pedía por mí. El se encargaba de contarme qué hacer y que no. El me cuidaba más que nadie (varón, 28 años).

Lo expuesto permite analizar la complejidad práctica del concepto iatrogenia para pensar los espacios de tratamiento. Para profundizar este concepto se realizará una división esquemática en tres aspectos: la falta de consideración de las características propias del sujeto por parte de los profesionales; la relación compleja y asimétrica de los sujetos dentro de los centros de tratamiento, rehabilitación y reinserción y la destrucción de pautas culturales consideradas inapropiadas para el tratamiento (Passos Nogueira, 2003).

Gráfico N° 8: Complejidad de la iatrogenia



Fuente: Elaboración propia en base a Passos Nogueira, 2003

En muchas ocasiones, las instituciones que intentaron sortear estas tres características y dieron cuenta de las particularidades de los jóvenes con consumos de PB/paco generaron en la posibilidad de sostener el tratamiento en el tiempo (Meares y Hobson, 1977). Pensar que todos los tratamientos son beneficiosos o perjudiciales plantea una dicotomía que deja de lado todo un abanico de posibilidades para realizar una intervención concreta que tienda a mejorar el trato que reciben los jóvenes dentro de las instituciones a las que se los deriva y que sea efectiva para la recuperación y el alejamiento de prácticas de riesgo para su salud.

5.2 Características de las instituciones que se consideraron negativas

Las instituciones que se caracterizaron como negativas a partir de la experiencia de los jóvenes fueron generalmente las abstencionistas. Se describirán en términos de lo que Fernando Ulloa (1995) denominó *la cultura de la mortificación* que según el autor afecta a sectores que se encuentran con las posibilidades comunicativas restringidas, que no pueden resistir, pero que se animan a realizar alguna transgresión para enfrentar simbólicamente a quien le proporciona sufrimiento.

Según esta perspectiva, se produce la conformación de una *sociedad anónima de mortificados*, caracterizada por el acostumbramiento y la coartación de conductas que experimentan como sujetos.

Cuando el teórico refiere a la *mortificación* alude a falta de fuerza, a lo apagado, lo vacío, a la representación de una vivencia plena. Se caracteriza por la existencia de cuerpos agobiados, el mal humor, sentimiento personal de dolor enojado e impotente. No hay alegría. La mortificación aparece por momentos acompañada de distintos grados de fatiga crónica o estrés. Al mismo tiempo, se observan indicadores tales como la desaparición de la valentía, la resignación acobardada, la hipocondría y la merma de la inteligencia. Así, disminuye y desaparece el accionar crítico y se instala en su lugar una queja que en pocas ocasiones asume la categoría de protesta. Finalmente, el autor conceptualiza a la mortificación como una condensación de sufrimiento que puede derivar en la muerte simbólica del sujeto. Este concepto resulta central para comprender las relaciones que se establecen en los centros de tratamiento por los que transitaron los entrevistados. Generalmente los espacios de recuperación intentan que los jóvenes modifiquen sus pautas de comportamiento. Por esa razón, ellos experimentan una mortificación inicial que los escinde de un modo en el que deben optar entre su vida pasada y la actual (Ulloa, 1995, Di Marco, 2013).

El estudio realizado por Martín Di Marco (2013) da cuenta de la relación que se establece con los jóvenes en los centros de tratamiento, y toma como eje la perspectiva de los profesionales, quienes consideran que el primer acercamiento constituye un momento crucial en el tratamiento, en el cual se combinan diversos recursos de los jóvenes y se pone a prueba su red de relaciones institucionales, obras sociales, familias, ONG.

La situación de mortificación comienza en ese instante dado que los profesionales son los nexos entre el joven y la institución de tratamiento. La perspectiva moral que utilizan para recomendar o vedar las postulaciones dejan a los jóvenes en una posición de desventaja inicial porque se los impulsa a reconocer su falta y a negar el contexto. La posibilidad de recuperarse depende de contar con la red de apoyo necesaria para lograr ese objetivo o bien de someterse a la institución sin resistencia alguna.

Según Andrés Mecha (2013) la PB/paco desde la perspectiva de los profesionales posee efectos anestésicos que impiden que los jóvenes tomen cualquier decisión

sobre sus conductas. Además, el modo empleado para ayudarlos es conducir las conductas dado las prenociones existentes sobre la forma de vida y el origen social de los jóvenes.

El autor sostiene que en muchos tratamientos se observan crueldades en las acciones de los encargados que no ven la posibilidad de que los jóvenes puedan mejorar.

Por esta razón, implementan medidas que exigen acciones que los jóvenes prácticamente no pueden realizar. En muchos espacios se recurre a técnicas que intentan apelar a la autonomía del sujeto pero no consideran que, durante los primeros momentos, los usuarios de PB/paco necesitan atenciones especiales.

Por medio de estos instrumentos se logra que realicen confesiones sobre situaciones en las que no siempre fueron protagonistas o que directamente no realizaron; al tiempo que se remueven situaciones que todavía no están preparados para afrontar.

Pocas veces se conversa para obtener información contextual sobre el origen de la circunstancias en las que se desarrolló un hecho (Passos Nogueira, 2003). Muchos de los entrevistados, recordaron que se los “pinchaba” para que digan cosas.

Una cosa es contar “me duele, me angustia, haberme drogado delante de mis hijos”. La cosa es que él te meta el dedo, te meta cizaña, o te meta cosas malas para que vos te sientas mal, no por lo que hiciste, por lo que te está diciendo él de la bronca. Que te está haciendo ver el dolor, el sentimiento, pero por otro lado. Yo lo veía eso. Después conocía mucha gente que estuvo ahí y me comentaba lo mismo que sabía yo. Me pone una vez en estado de nebulosa, porque yo le contestaba las cosas, le decía bien las cosas y molestaba (mujer, 29 años).

Meares y Hobson (1977) describieron las prácticas iatrogénicas de los profesionales y pusieron en evidencia que realizan preguntas incómodas que invadían y lesionaban la privacidad de las personas sin considerar el contexto del que provienen, ni su historia previa.⁶⁹ En los tratamientos para ex usuarios de PB/paco estas prácticas, según los jóvenes, se han transformado en algo cotidiano.

A ellos no les importa de dónde venís. Vos tenés que hacer todo lo que te dicen. Si no podés es tu problema. Ellos no van a cambiar el librito porque vos estés reventado. Eso no está ni bien, ni mal. Pero es así (varón, 21 años).

Una práctica frecuente, que afortunadamente va perdiendo hegemonía, consiste en demostrarle a la persona que intenta rehabilitarse que sus conductas son anormales y que están basadas en la maldad. Esta acción tiene como objetivo producir un quiebre en la subjetividad y modificar conductas anteriores del ex consumidor

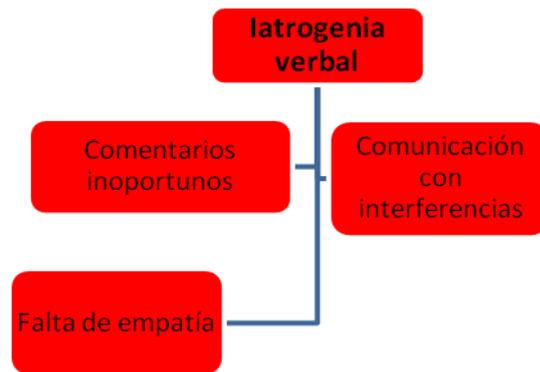
⁶⁹ Ellos aluden a los profesionales de la salud mental, fundamentalmente a los psicólogos.

(Garbi, 2012). De ese modo, el sujeto pierde la capacidad de desplegar sus virtudes o talentos porque se lo anula desde el comienzo. Cuando todos los elementos antes mencionados confluyen en el ámbito del tratamiento, las situaciones se tornan insostenibles porque se impide al joven que realice sus propias búsquedas. A partir de este tipo de prácticas sólo se pueden generar usuarios débiles, vulnerables y temerosos del exterior (Epele, 2013; Mecha, 2013).

Las referencias despectivas hacia el modo de vida previo, fundamentalmente durante el consumo generaron en los jóvenes, que decidieron luego de grandes obstáculos iniciar el tratamiento, tristeza, temor y depresión porque cuando finalmente lograron acercarse a un espacio sintieron que fueron rechazados por su carácter de *doble excluido*. Así, ser pobre y usuario de PB/paco, según ellos, les cerró muchas puertas en lugar de abrirlas (Míguez, 2007). Si bien, como se analizará más adelante, desplegaron estrategias para pasar desapercibidos y permanecer en las instituciones hasta el final del proceso hay cuestiones que dificultaron el proceso de interacción porque se disminuyeron algunas capacidades del joven desde el inicio. De este modo, se produjo lo que se denomina *iatrogenia verbal* caracterizada por los excesos lingüísticos. Es decir, frases que ofenden o ridiculizan a la persona tanto en el proceso de admisión como durante el desarrollo del tratamiento. Las frases fuera de lugar que hieren se emitían cuando no había un registro por parte de los especialistas de la situación en la que se encontraban los jóvenes.

Otra problemática sucede cuando se enuncian prematuramente frases que pueden causar dolor o temor. Es decir, si el planteo no se da en un contexto adecuado, los efectos pueden ser adversos y sólo sirven para expulsar a los jóvenes de las instituciones (Meares y Hobson, 1977). Finalmente, otra dificultad se plantea cuando se enuncian metáforas inadecuadas o frases incomprensibles que no generan empatía con las personas, de modo tal que quien está tratando de recuperarse se aleja.

Grafico N°9: Iatrogenia verbal



Fuente: Elaboración propia en base Meares y Hobson, 1977

Los efectos adversos de los tratamientos podrían matizarse en la medida que las interacciones se realicen a través de actitudes comprensivas y solidarias (Passos Nogueira, 2003; Meares y Hobson 1977).

Por esta razón, resulta pertinente analizar las dinámicas propuestas en los espacios y las acciones llevadas adelante por los profesionales que resultaron expulsivas desde la perspectiva de los jóvenes. Este ejercicio puede aportar información que ayudará a comprender las prácticas y a visualizar cuáles son los obstáculos percibidos. Al mismo tiempo, permitirá pensar en qué medida las conductas de los profesionales pueden o no ser iatrogénicas.

5.3 El ingreso y la entrevista como prueba de fuego

En este apartado se analizarán las experiencias consideradas iatrogénicas que atravesaron y relataron los jóvenes durante el ingreso a los centros de tratamiento. Así, se examinarán y describirán una serie de *pruebas* que ellos debieron atravesar para acceder y permanecer en los espacios.

Según Danilo Martuccelli (2004) para dar cuenta de los cambios sociales hay que analizar las perspectivas de los sujetos. Es decir, cuáles fueron las instituciones por las que pasaron, con qué recursos contaron y qué tipo de redes pudieron establecer. A través de las experiencias se pueden analizar las estructuras institucionales que contienen a los jóvenes. Esta tarea necesita del análisis de las pruebas que atravesaron los jóvenes para llegar a los tratamientos. A pesar de que los resultados de las mismas son contingentes a nivel individual, su organización y secuencia no son aleatorias a nivel social.

En el caso de los jóvenes ex usuarios de PB/paco que acudieron a los espacios de tratamiento, a pesar que debieron enfrentar los mismos desafíos que todos los que

desean recuperarse del consumo problemático de drogas, el rasgo distintivo estuvo dado en el momento de la búsqueda de estrategias para afrontarlas. Como todos, debieron enfrentar el ingreso, las rivalidades al interior del tratamiento, las prácticas de los profesionales, la tentación de escapar, pero además tuvieron que pensar y llevar a cabo estrategias para mantenerse y lograr la culminación. Todas estas fueron pruebas que se realizaron bajo la mirada atenta de los miembros de las instituciones y en muchas ocasiones sin su acompañamiento. Con cada prueba planteó una tensión y acentuó la disociación entre el individuo, el contexto y la institución.

Como las pruebas se pueden transitar varias veces en la vida, los jóvenes ingresaron a las instituciones en reiteradas ocasiones. En cada nuevo intento se conjugó la responsabilidad individual de mantenerse “limpio” de consumo y la regla grupal de “no generar disturbios”. Cuando iniciaron el tratamiento realizaron acciones que los ayudaron a organizar el tiempo para que todo transcurra de forma tranquila. Hay que destacar que la mayoría pudo identificar rápidamente qué acciones no deberían realizar si querían continuar recuperándose.

El ingreso es entendido como una prueba de fuego. Esa etapa incluye la/s entrevista/s de admisión y dos semanas de los trámites burocráticos. Como se mencionó anteriormente, es un momento decisivo también desde la perspectiva de los profesionales.

Según los jóvenes entrevistados, en esta primera instancia no siempre se encontraban en condiciones de comprender las consignas que se les explicaban. Según rememoran, en pocas ocasiones pudieron establecer diálogos fluidos con quienes posteriormente los acompañarían durante el proceso. Por lo tanto, la llegada al centro implicó que la primera semana fuera para “dormir” y recuperar fuerzas.

Durante la segunda semana ya podían, en la mayoría de los casos, mantener conversaciones mucho más extensas y el cansancio comenzó a pasar a un segundo plano.

Un dato llamativo que mencionaron los jóvenes fue que la entrevista realizada era igual para todos, independientemente de la sustancia que habían consumido intensivamente. Según refirieron, se les preguntó el nombre, el tiempo de consumo y las motivaciones que tenían para dejar de consumir y comenzar el tratamiento. En la mayoría de los casos esas fueron las tres preguntas más frecuentes.

Tuve una entrevista. Ahí me preguntaron ¿Qué consumía? Por qué quiero internarme ¿Cómo estaba compuesta mi familia? Hace cuanto que me drogo, por qué esperé tanto, por qué me deje estar así... esas cosas. Yo miraba y respondía con la cabeza, no podía ni hablar tres palabras corridas, pero con tanta pregunta me tuve que rescatar al toque (varón, 24 años).

En la entrevista te preguntan cosas que vos todavía no podés responder. Estas hecha mierda y te preguntan ¿estás segura de que te querés internar? Y la verdad es que preferiría que me pise un tren. Pero estoy re fisura... Si no me rescato me muerdo. Pero eso no lo podés decir ni jodiendo porque si ven tendencias a que te vas a lastimar te mandan a un psiquiátrico (mujer, 19 años).

Una vez que los jóvenes expresaron su voluntad de quedarse se les explicó cuáles eran las acciones que debían realizar durante la convivencia y cuáles no. En general, refirieron que casi nunca comprendieron los comentarios realizados por el personal a cargo de recepcionarlos, no por falta de claridad, sino porque ellos no estaban en condiciones de entender mayores explicaciones porque estaban en una “nube” o tenían mucho sueño.

Me acuerdo que llegué al lugar y me explicaron un montón de cosas. Yo no entendía nada, tenía todo nublado, pero ponía cara de que sí. Se ve que me creyeron porque me tuvo un montón de tiempo. El problema fue que después todos me hablaban como si yo supiera que era lo que tenía que hacer (varón, 22 años).

Pasada la primera semana, según sus relatos, debían comportarse como si las reglas relatadas en el comienzo estuvieran internalizadas. Allí se producía la primera gran crisis, sobre todo para los que no contaban con experiencias previas o sólo tuvieron un intento anterior. Por el contrario, quienes si tenían una trayectoria institucional que implicaba la familiaridad con las reglas, los modos de funcionamiento de los espacios y las maneras más convenientes de comportarse no representaron un gran problema.

Sin embargo, tanto los poco experimentados como los que contaban con recorridos institucionales necesitaron atravesar la prueba de fuego del ingreso. Es importante considerar que, si bien la significación del ingreso varió según las distintas experiencias, para casi todos fue un momento clave que se transitó en las primeras noches.

La mayoría recordó considerablemente el momento de ingreso porque tuvieron que poner en juego su historia previa y los recursos con los que contaban. En ese sentido, refirieron tener modos de comportamientos diferentes entre las dos primeras experiencias y las subsiguientes.

En este punto, se retoma la percepción de los jóvenes respecto de la falta de consideración por parte de los profesionales sobre sus necesidades específicas:

Me acuerdo que la primera vez que me interné estaba con mucho miedo. Pensaba que era como una cárcel. Nadie se quedó conmigo para consolarme. Encima como sos de [pasta] base te aíslan porque ninguno quiere sentir tu perfume (risas). Yo después pensaba ahí hubiera necesitado a alguien que, no te digo que me contenga, pero que me hable para que se me vaya el julepe aunque sea (varón, 22 años).

En la mayoría de los casos analizados, las entrevistas de admisión a los espacios no estuvieron confeccionadas considerando sus perfiles. Por este motivo, como se ha señalado, ellos pudieron establecer una diferenciación entre las primeras experiencias de ingreso y las subsiguientes. Porque en la medida en que acumularon intentos pudieron comprender que era lo que se les estaba exigiendo para ingresar y qué debían responder.

Según lo narrado por los jóvenes, en la medida en que menos contacto habían tenido con las instituciones, menos contención recibían.

Me hicieron como tres o cuatro entrevistas porque así ellos se daban cuenta si a mí me interesaba estar bien. Me vieron un montón de personas. Nunca eran las mismas. Me preguntaron de todo. Yo trataba de responder lo que podía, pero a veces sentía ganas de irme a la mierda. El tema es que si me iba me moría en la calle (varón, 28 años).

En el año 2003 voy a [nombra el lugar de tratamiento], me hacen la entrevista, me ve un psiquiatra. Para mí era todo nuevo, conocía psicólogo, pero psiquiatra, no. Para mí psicólogo y psiquiatra era lo mismo. Me ve el psiquiatra, me ve el médico clínico, me hacen dos o tres entrevistas como para ver si era constante, si estaba interesado y fui...y me internaron en...la comunidad. No está más. Está en Ramos Mejía ahora. Yo llegué y lo primero que pensaba cuando apagaban la luz era que me iban a violar o a pegar en la habitación, ¿viste? (varón, 22 años).

Los relatos anteriores remarcan la importancia que la entrevista tuvo durante el desembarco ya que se transformó en un hito para quienes buscaron ayuda al momento de abandonar el consumo de PB/paco. En esta situación, debieron repensar y unificar su historia previa para demostrar que realmente querían recuperarse. En los primeros acercamientos a los espacios casi todos dijeron sentir que algo en su vida se vería modificado.

Además, expresaron que luego de pasar por varios tratamientos iban incorporando una serie de recaudos que los convertían en expertos en ingresos institucionales:

Yo tuve antes del último 10 tratamientos, imagínate que ya sabía que era lo que tenía que decir: estoy desesperado, no doy más... ¡Entonces ahí me metían de cabeza! (varón, 26 años).

Aunque yo tenía experiencia en entrar no siempre los tratamientos eran iguales. Pero la base era la misma, “no puedo seguir así”, “tengo miedo de estar en la calle”, me están buscando, “si no entro capaz que mañana ya este muerta” (mujer, 22 años).

Los entrevistados recordaron que existía una distancia entre lo que imaginaban y lo que sucedía porque las vivencias se modificaban en cada nuevo intento de recuperación. En cada nueva ocasión se presentaban diversos modos de comportarse de los profesionales en la indagación. Con cada intento, el cuestionario se les tornaba cada más largo y menos comprensible:

No sé si era que yo las primeras veces no entendía nada o qué... pero cada vez me preguntaban más giladas, por qué consumís, con quién contás, cómo llegaste... la verdad es que yo no podía ponerme, digamos, a pensar esas cosas, si hubiera podido nunca me hubiera drogado ¿no te parece? (varón, 24 años).

Estas experiencias ubican a los jóvenes en situaciones inestables porque las instituciones les otorgan una vacante, les prometen cuidados, pero en pocas ocasiones contemplan la situación en la que se encontraban. Por esa razón, trazaron estrategias para conseguir permanecer y aliviar o reducir el consumo.

Las acciones que realizaron durante la estadía se pueden ordenar cronológicamente, según la etapa del tratamiento. Pero se debe destacar que tienen una característica común: *el esfuerzo* realizado.

En general, los espacios analizados se basan en el modelo abstencionista. Por lo tanto, para acceder a los tratamientos los jóvenes no deben consumir por un determinado período de tiempo, que puede variar entre las 24 horas o dos semanas. Esta decisión debe mantenerse a lo largo de todo el tratamiento.

Posteriormente, los jóvenes entrevistados descubrieron que esa exigencia fue utilizada por las instituciones como un requerimiento para lleguen lo más conscientes posible y puedan comprender lo que les sucedía. De este modo, se intenta cumplir con el requisito impuesto desde la sanción de la Ley de Salud Mental: dar el consentimiento a los tratamientos. Algunos intentaron cumplir con el pedido, pero no siempre lo lograron. El factor o impedimento más relevante fue que muchos de los usuarios de PB/paco estaban o habían estado en situación de

calle al momento de pedir ayuda. A pesar de esa dificultad, muchos lograron vencer la barrera y acceder al espacio.

El segundo factor se basó en el trabajo que se debían realizar para acceder y pasar *la entrevista*. En muchos centros se solicitan varios encuentros antes de comenzar el tratamiento, para cerciorarse de que la voluntad de recuperación sea real. Esta modalidad se convierte en una barrera para los jóvenes que consumen PB/paco, ya que es difícil para ellos mantener diálogos extensos por el deterioro físico y por encontrarse en situación de calle, sin comer o dormir.

En general, los jóvenes relataron que en las entrevistas sólo pensaban en dormir o en la cantidad de veces que habían pasado por esa misma situación y por lo tanto ya sabían que decir:

[Ante la pregunta de un profesional de algún centro de tratamiento] ¿Tenés ganas de internarte? Sí, tengo ganas de internarme, no doy más. Siempre el palabrerío, el mismo. Siempre lo mismo, esto es así (mujer, 18 años).

Las prácticas descriptas anteriormente dan cuenta de la existencia de dificultades o barreras que son preexistentes a los tratamientos y que dificultan el ingreso a los espacios. Sin embargo, en el caso de este estudio, los jóvenes han logrado sortear, no sin empeño, estas situaciones y pudieron acceder a los tratamientos.

De lo expuesto se puede observar que la recepción inicial del joven al interior de la institución puede evidenciar las dinámicas y los criterios requeridos para la admisión. En el caso de los jóvenes con consumos de PB/paco el primer contacto con la institución les requirió energías y una fuerza de voluntad con la que ellos muchas veces no contaban.

Los encuentros y desencuentros que se producen en las etapas iniciales pueden abrir nuevos modos de relación si se toma debida nota de disonancias que se producen en la relación inicial (Franco *et al.*, 2003). En este sentido, hay que destacar la existencia de pruebas exclusivas que los jóvenes deben tratar de sortear. Son muy pocos los casos en los que se les facilita el ingreso inicial. Hay que remarcar que si la entrevista no cumplimenta las expectativas de los profesionales el joven no puede ingresar al tratamiento.

Al momento de afrontar la entrevista de ingreso la mayoría quedó en el camino debido a que quienes estaban a cargo de evaluar la situación daban cuenta de que no se estaban esforzando y de que no podrían afrontar las fases de los tratamientos:

El tipo me dijo “si aguantás quedate”. Pero si vos pensás que no te podés esforzar hay otros que si tienen ganas (varón, 29 años).

La etapa de *la ubicación de las familias o de algún responsable* es otra barrera que se debe sortear para lograr el acceso, ya que en la mayoría de los casos, los jóvenes que no tenían relación con su familia en pocas ocasiones pudieron comenzar el tratamiento. Sólo quienes tuvieron sólidos soportes afectivos pudieron acceder a algún espacio como se analizó en el capítulo anterior:

Si no hubiera tenido a nadie me moría en la calle. Porque podés ir solo a buscar un tratamiento, pero yo estaba literalmente muerta. Era una zombie. Sin ayuda no me rescataba y nadie me miraba (mujer, 22 años).

Algunos jóvenes, refirieron que muchas veces no se acercaron a los centros porque sabían de antemano la existencia de ese requisito:

Esto es así, vos podés ir solo y te van a dar el tratamiento. Pero llega un momento en que te piden que trates de acercarte a tu familia y si no podés, quedaste afuera. Es difícil que puedas quedarte y que nadie te vaya a ver o se interese por vos (mujer, 25 años).

En lo concreto, casi todos los espacios, exigen la presencia de la familia para comenzar con el tratamiento, más allá de que en la actualidad sólo se requiere la voluntad de la persona para acceder, ya que el mencionado requerimiento dificulta la estadía de los jóvenes en los espacios (Ley de Salud Mental, 26.657, 2010).

En esta práctica que establecen las instituciones durante el proceso inicial del tratamiento se presenta, desde sus perspectivas, el primer gran problema o barrera en el acceso a los tratamientos:

Yo a mi vieja no la puedo ni ver porque ella se cagó en mí. La buscaron todo, pero ella no quiere venir. Yo pensé que capaz le daba un poco de lástima y venía. Pero dijo que no (mujer, 26 años)

El tema de la familia es bravo. A veces pensaba a la mayoría los vienen a ver y a mí no. Ellos tienen razón, pero yo pensaba en cuanto me vean mejor me van a preguntar ¿a quién podemos llamar? ¿Y yo que iba a decir? Le afane a mi vieja, la cagué a palos a mi hermana, mi viejo se murió... Era claro que nadie iba a venir. La única manera de que vengan era que los obliguen, pero yo no los quería y ellos a mi tampoco (varón, 26 años).

Se puso de relieve que durante el ingreso se piden esfuerzos que, en la mayoría de los casos de requieren de más de un intento. Aquí se retoman las ideas planteadas por Emiliano Galende (2000) cuando afirma que es importante realizar una revaloración de las características subjetivas de las personas que realizarán el

tratamiento con miras a recobrar un interés por los sujetos reales y actuales. Por lo tanto, repensar una de las técnicas más utilizadas en los espacios de tratamiento, desde la visión de los jóvenes, aporta elementos que evidencian sus cualidades limitantes.

Por otro lado, los jóvenes destacaron que las *reglas* de los espacios fueron aprendidas durante la estadía o comentadas por sus pares. Y refirieron que en la medida que lograron estar sin consumir hubieran querido que se les informara un poco más sobre el funcionamiento del espacio y que se justifiquen las medidas organizativas que en ocasiones les resultaron expulsivas: labores para mantener la casa, castigos por modos de dirigirse a los compañeros o al equipo, o actitudes que se consideraban como desconsideraciones.

El entendimiento de la dinámica de las instituciones se logró luego de varias semanas de tratamiento:

Yo llegué, me fui a dormir y al otro día cuando me levanté no hice la cama. Al toque, plum “te confrontó por no haber hecho la cama”. No entendía nada el primer día. Nadie me explicó nada (varón, 29 años).

Los jóvenes señalan que si bien no recibieron explicaciones de parte de los miembros las instituciones, llegaron en condiciones que no les permitían comprender las dinámicas. En general, ingresaron sin poder articular palabras y físicamente deteriorados. La mayoría relató que estaban muy asustados o traumatizados por haber recibido golpes durante las “giras”.

Cuando llegué (al centro de tratamiento) no me explicaron nada. Pero igual no hubiera servido de nada porque no iba a entender. Después que te rescatas te das cuenta de cómo te tenés que mover. Pero no pienses que hay alguien que te va a explicar (mujer, 25 años).

5.4 De amores y de odios: El confronto

Desde la perspectiva de los jóvenes ex consumidores de PB/paco el objetivo de los espacios es que puedan reinsertarse y también que adquieran herramientas que les faciliten la convivencia con otros miembros de la sociedad.

Según las experiencias relevadas, la estructura jerárquica fue la característica común de la mayoría de los espacios. El director es el máximo responsable, el codirector que es por lo general un profesional y finalmente los coordinadores que son operadores socio-terapéutico o ex consumidores que pasaron por la institución

y que recibieron el alta. El último eslabón de esta estructura es quien transmite al recién llegado las reglas de convivencia tal y como las comprendieron.

Viste como es [se refiere a los responsables de transmitirles las reglas] dos días más que vos que están sin consumo y terminan siendo más papistas que el Papa. Creen que pudieron superar todo y te tratan como el animalito que hay que educar. No lo hacen por maldad, lo hacen porque creen que es lo mejor (varón, 31 años).

Las personas encargadas del *cuidado al recién llegado* reciben distintos nombres, dependiendo de la institución: el hermano mayor, el sombra, el ángel guardián, el acompañante, entre otros.

A través de este mecanismo organizativo se logra replicar un esquema familiar que, según los jóvenes, debería existir pero que no poseen. Por esa razón, el tratamiento funciona como una familia paralela que se encarga de orientar a los jóvenes que presentan conductas moralmente inapropiadas para acercarlos a otras más saludables (Renoldi, 2013).

Por otro lado, el método más elegido para tratar a los jóvenes con consumos de drogas es el denominado *confronto*. Este sistema que fue analizado por Garbi y Touris (2010) consiste en evidenciar las conductas “defectuosas” de los jóvenes que decidieron integrar “la familia”. Así, cualquier integrante de la casa (un par, un terapeuta o un directivo) está en condiciones de remarcar conductas que se consideran inapropiadas. Según las autoras, esta acción no necesariamente se realiza apelando al buen trato, sino que puede ir acompañada de miradas o comentarios descalificantes, gritos, acusaciones humillantes, insultos, entre otras.

Usan confronto, dinámico, que te insultan por como vos te manejas. Te grito, te remarco todas las actitudes que no me gustan tuyas, pero a los gritos te la remarco.

E ¿Qué es el Dinámico?

Dinámico es que...se sientan todos y te empiezan a decir, a bajarte un castigo. Ponele: “Vos tuviste tantos confrontos, que te confrontaron tus compañeros...a lavar los platos y las ollas durante dos semanas”. Después cuando estás más avanzado te tocan donde más te duele, te cortan las salidas, los llamados y las visitas. Así te quieren reformar ellos. Si vos te manejaste mal con el que está arriba tuyo, ya te confrontan. Vos perdés tu visita, que tu familia se rompe el orto para llevarte algún pancito. O algo para comer, o te cortan las llamadas telefónicas con tu familia, o te cortan las salidas. Te dicen que son las medidas educativas (varón, 22 años).

Sin embargo, otros jóvenes le otorgaron al confronto un sentido ambivalente, es decir consideran que es una práctica reeducativa, basada en el amor, pero que puede

tener en ocasiones algún componente violento. Debido a que sólo quienes son capaces de quererlos tal y como son pueden remarcarles sus conductas defectuosas.

Si yo te quiero y quiero que cambies porque sé que si no cambiás vas a cruzar el portón vas a volver a la esquina y vas a terminar en cana. Entonces mi forma de ayudarte es confrontarte, mostrarte que estás haciendo las cosas mal, es acompañarte cuando estás angustiado, sin involucrarme en tu historia personal porque nosotras las historias personales no las conocemos, cuando conoce la historia personal de otro es porque te estás metiendo y eso está mal. Es como todo muy compañero, muy.... Yo por ahí... el convivir, es muy pesado. Vos pensá que te terminás metiendo igual (varón, 25 años).

A pesar de las distintas apreciaciones, en la mayoría de los casos los jóvenes refieren que es una modalidad que los obliga a expresar sus sentimientos.

Te obliga a pensar lo que vos podés expresar. Si te genera algo de algún compañero o por ahí vos estás hablando con un compañero y te dijo “Gato” y por ahí en ese grupo lo podés expresar. Eh... “Me dio mucha bronca que vos me dijeras gato”. Vos podés expresar lo que uno siente, eso es (varón, 28 años).

Se puso de relieve que esta técnica genera amores y odios en los jóvenes. Para algunos es fruto del cariño y para otros fomenta los resquemores existentes entre los integrantes del tratamiento.

En capítulos anteriores se ha observado que las respuestas socio-sanitarias que Argentina ofrece a los usuarios de drogas, en su mayoría, poseen estructuras piramidales en las que las responsabilidades se van delegando en la medida que el tiempo transcurre. Estas lógicas se visibilizan generalmente en las comunidades terapéuticas y en los centros de día, pero van desapareciendo en la medida que la persona logra avanzar en el tratamiento.

En estos espacios, se considera que actuar como familias sustitutas, que desde el amor, corrigen, señalan y castigan las conductas consideradas impropias de los jóvenes es parte de un proceso que se debe tolerar si realmente se aspira a obtener la mejoría. El supuesto que guía estas actitudes es que los jóvenes no están capacitados y no cuentan con guías moralmente aceptables (Goti, 1990).

Ellos te prueban. Esta en vos hacerte el ofendido. Nadie te obliga a nada. Pero si te tratan bien vos te abusas. Entonces no les queda otra. Te tienen a raya un tiempo, si vos sos flojo te vas. Pero si realmente no das mas te quedas y aguantas (varón, 22 años).

Yo aguanté por Joaquín [su hijo]. Si quería estar con él tenía que ser fuerte. No me importaba lavar platos, baños, ropa. Yo hacía como que era obediente. Un día sin darme cuenta ya no me hacía de la que daba bola. Lo hacía porque me salía. A mí nadie me enseñó nada. No tenía a quien mirar en mi familia

(mujer, 22 años).

En las instituciones descriptas, el cambio de conducta, la transformación y la posterior creación de un individuo que pueda adaptarse a la sociedad son los pilares fundamentales. Sin embargo, los jóvenes plantean que las exigencias para lograr los cambios, durante la estadía, generan dinámicas que, habitualmente, propician situaciones de incomodidad, angustia y depresión durante el tratamiento.

Me empezó a asustar el sistema, el sistema son los confrontos, vos tenés una actitud mala y yo te la marco la actitud, no a la persona. “Él la tiene contra mí”. “No, yo la tengo contra tus actitudes”. Y... el primer mes bien, el segundo mes bien y... después crees que no vales para nada (varón, 30 años).

Yo pensaba, pero no hago una bien. Le ponía toda la voluntad, pero siempre tiraban alguna. Un día una piba me dice que tenía olor. Eso me dolió tanto... me dijo actitud antihigiénica... pero te juro por mi hija que yo me bañaba (mujer, 22 años).

Este sistema, según relatan, favorece que salgan a la superficie las conductas no esperables de los sujetos que conforman la institución. De esa forma, parte del proceso, consiste en aceptar las críticas y demostrar que verdaderamente existe un interés por reintegrarse a la sociedad (Garbi y Touris, 2010). La denominada “mortificación” se hace presente en la medida que hay una aceptación de que todo lo que hacía con anterioridad no se corresponde con lo esperable socialmente. Como es de esperar, este proceso fue muy complejo para los jóvenes porque, en muchas ocasiones, se percibieron violencias que exacerbaban rasgos de la personalidad que se intentaban superar por todos los medios:

Tenías una mala actitud, te confrontaban. No sé, dije “gato”, no puedo decir “gato”. “Uh, vení, a la pieza.” [Imita el grito] “Vos no podés...” Entre tres, cuatro te gritaban, primero uno después el otro, después el otro. Y yo salía re caliente de ahí, una bronca...bárbara. No me gusta que nadie me grite. Vos me gritás y te rompo la cara. Así nomás. Si sos mujer me voy. Si sos un hombre no me vas a gritar ni a palos. Porque te sacudo de una “¿Qué me tenés que gritar vos? ¿De dónde te conozco?” (varón, 28 años).

Según refirieron, el argumento esgrimido desde los espacios de tratamiento para justificar el confronto es demostrar estima:

Ellos dicen que lo usan porque si yo te quiero, quiero que cambies. Entonces mi forma de ayudarte es confrontarte, mostrarte que estás haciendo las cosas mal, es acompañarte cuando estás angustiada, sin involucrarme en tu historia personal” (mujer, 19 años)

[...] que si yo dejo algo fuera de lugar es porque me estoy equivocando. Y ellos me confrontaban porque me querían, porque te quiero no dejo que te equivoques, no quiero que te equivoques porque yo te quiero [...] Me confrontaban y después había un abrazo positivo detrás de la confrontación. ‘Te voy a confrontar por tu desubicada o por tu falta de respeto mutuo’, ‘Sí, me hago cargo. Te quiero hermano. Un abrazo positivo. Y quedaba ahí’ (varón, 28 años).

Sin embargo, esta forma de cuidado fue la que en los inicios expulsó a muchos jóvenes de los espacios de tratamiento ya que no pudieron aceptar que sus pares les marquen las acciones.

Usan confronto, te insultan por como vos te manejas. Te grito, te remarco todas las actitudes que no me gustan tuyas, pero a los gritos te la remarco. Ahí me fui otra vez, estuve un mes y me tomé el palo. Me tomé el tren hasta Ballester, Retiro, otra vez a consumir. Me fui porque se sientan todos y te empiezan a decir, a bajarte un castigo (varón, 26 años).

Para casi todos los entrevistados, aceptar esta u otras técnicas es el paso básico para dejarse ayudar.

Esto es simple. Si vos no ayudas no te pueden ayudar. Vos venís de reventarte. No podés hacer lo querés y nadie tiene que bancarte. Somos todos grandes. Si no me dejo cuidar para que quiero recuperarme. Pero ojo, no es necesario que nos gremos. Las cosas se pueden decir bien. Si uno que es drogado como yo, que hace diez minutos que no consume me viene a dar lecciones de moral ahí está el problema (varón, 25 años).

Según ellos el cuidado se concretiza en las distintas instituciones por medio de las reglas que buscan que se conviertan en sujetos responsables. En las instituciones en donde se utiliza el confronto se remarcó la existencia de rigideces basadas fundamentalmente en la desconfianza, que obstaculizaron las relaciones interpersonales a pesar de la buena voluntad de los profesionales y los miembros de los espacios.

5.5 “Gracias, no me puedo quedar”

Según los jóvenes, además del confronto existen otras prácticas que les dificultaron la permanencia en los espacios de tratamiento: la *labor terapia* y la *medicalización*.⁷⁰

⁷⁰ Si bien existen otros mecanismos para abordar los tratamientos, estos fueron los más destacados por los jóvenes.

Los espacios que usan rutinas de trabajo para erradicar los consumos de los jóvenes son los que se denominarán de *labor terapia*. Estas tareas pocas veces tienen un sentido que los jóvenes comprenden desde el inicio.⁷¹ La asignación de trabajos tales como limpiar, cocinar, pintar, armar el jardín y producir para vender no son asimiladas positivamente durante el comienzo del tratamiento. Según el relato de la mayoría, después de varios meses de abstinencia lograron descifrar los códigos de la institución. Con las normas incorporadas, se dedicaron a realizar las tareas propuestas para obtener el mérito que les otorgaría una mejor estadía; remarcaron que sus comportamientos estaban orientados a lograr la confianza para adquirir mayor poder.

Yo me di cuenta que tenía que acatar las reglas. Si había que trabajar. Trabajaba. Si había que cuidar a otro lo hacía. Esa era la única manera de estar bien. Tenía que cumplir las reglas para que confíen en mí. Yo quería ser operador. Entonces hacía todo (varón, 28 años).

Por otro lado, muchos de los que habían pasado por situación de calle no pudieron soportar los horarios estrictos y las largas jornadas laborales. Si bien reconocen que los centros son espacios de reinserción, la mayoría destacó que las rutinas laborales no fueron progresivas, sino que se impusieron al momento de la entrada y que “no hubo tiempo para acomodarse”.

Vos llegas, dormís una semana y después tenés que hacer las cosas de la casa. A los días ya trabajás. No te dan mucho tiempo para pensar. No te preguntan. Si no querés, es que no aprovechás la oportunidad. Hay muchos esperando y te la dan a vos. Para mí cuando se quejan es porque no están preparados. Si vos te querés curar hacés lo que te dice el médico. Los pibes se piensan que el tratamiento es un spa. ¡No viejo! Hay que hacer todo lo que dicen porque cuando hiciste lo que quisiste te fue mal (varón, 25 años).

Las tareas están ligadas al cuidado que las instituciones son capaces de brindar. Por lo tanto, no acatar una regla, incumplir con lo que se pide o desobedecer implica que todavía no se han incorporado a la lógica de la recuperación.

Si vos no vas a hacer lo que te dicen, no tiene sentido que estés en el lugar. Ahí lo mejor es decir “Gracias, no me puedo quedar” (varón, 30 años).

Otros jóvenes refirieron que en algunos centros se hacían diferencias en el trato, situación que era facilitada por las estructuras jerárquicas de algunos espacios.

Si vos sabés hacer algo como cocinar o arreglar cosas en todos los lugares tenés asegurado un lugar. Todos te tratan bien. Te necesitan. Pero si como yo,

⁷¹ La labor terapia hace foco en el trabajo como principal eje de recuperación. Así, quien no acepta realizar las tareas asignadas no manifiesta deseos de recuperarse.

... una carga, podés estar ahí y si no te avisas rápido se te puede pasar la vida entera (varón, 19 años).

En muchos de los espacios que generalmente no están financiados por el Estado se realizan actividades de panadería, jardinería o tareas de prevención en los medios de transporte público con el fin de obtener recursos para la institución. Algunos de los entrevistados relataron que la estadía se hizo un poco más placentera cuando obtuvieron destrezas para esas actividades, que además les permitían avanzar casilleros en las estructuras jerárquicas del espacio.

Estos trabajos favorecían a que los jóvenes tengan una estadía tranquila o que tomaran la decisión de abandonar el tratamiento.

La promoción ambulante de los centros se realiza de dos maneras: vendiendo lo que se fabrican en las panaderías o entregando folletos con información de la institución a cambio de propina. Los jóvenes recuerdan que en las ventas se quedaban con dinero, y asumen que no estaban preparados para manejarlo porque se encontraban en una etapa incipiente de tratamiento:

A nosotros nos mandaban a vender facturas. Yo decía “somos del centro... si está en su corazón poder ayudarnos” y cobraba la bandeja 12 y se vendía a 10. 2 eran para mí. Me tomaba una coca con los pibes o me compraba cosas.

E: ¿Qué cosas?

Zapatillas o algo para vestirme. Comida, a veces algo para tomar, lo que vos quieras

E: ¿alguna sustancia?

Lo dejo a tu imaginación (varón, 29 años).

Del análisis del relato de los jóvenes se concluye que en muchos lugares no respetaron las lógicas propias de los sujetos con consumo abusivo de PB/paco ya que se los envió a realizar tareas para las que todavía se encontraban preparados. Otra de las cuestiones que se desprende es que en la mayoría de los espacios los jóvenes no tienen trato con profesionales de la salud, tal como lo indica la Ley de Salud Mental. En los centros religiosos la recuperación es entendida como “un acto de fe”. La mayoría de los que pasaron por este tipo de instituciones comentan que han tenido poco trato con psicólogos y además criticaron las técnicas que se utilizaron para “encarrilar” a los que transgreden las reglas.

Por otro lado, en los espacios psiquiátricos los jóvenes refieren que la medicación les resultó excesiva ya que perdían la noción del tiempo y del espacio. A su vez,

dieron cuenta de que el cuidado pocas veces es recibido porque existe una incomprensión de las lógicas de funcionamiento de los centros.

En resumen, el trabajo excesivo, las salidas ambulantes y la medicalización son algunas claves para pensar que los cuidados que ofrecen estas instituciones no son dialógicos, sino normativos y terminan expulsando a los jóvenes.

Además, las estructuras jerárquicas establecidas en los centros facilitaron los abusos de poder por parte de los miembros de las instituciones, directores, profesionales, administrativos, operadores socio terapéuticos y terapeutas, y sujetos en tratamiento. Los propios jóvenes ocupan distintos lugares en la estructura, posiciones que dependen de la obediencia, de la internalización de las normas del lugar, del no cumplimiento de las reglas. Estas situaciones luego se traducen en castigos, estigmatizaciones o premios.

5.6 Prácticas de los responsables de los tratamientos

Antes de desarrollar la visión de los jóvenes, resulta interesante analizar las prácticas de los profesionales. Según, H. Becker (1982) los cuando los especialistas trabajan en el proceso de tratamiento lo hacen consultando un conjunto de reglas.

Según Andrés Mecha (2013) quienes se encargan de auxiliar a los usuarios de drogas en sus procesos de recuperación revisaron sus prácticas debido a las características particulares de la población en cuestión. Sus miradas sobre el consumo de PB/paco repercuten tanto en sus acciones cotidianas, como así también en la valorización que se hace sobre la temática en los barrios. Por lo tanto, no sorprenden las explicaciones diversas que se dan para explicar el consumo. Así, para algunos expertos, el consumo de drogas en general y de PB/paco en particular se explican por “factores genéticos” que tienen repercusiones directas sobre el cerebro o “sociales” porque parten de problemas profundos que no pueden ser abordados en un tratamiento. Pero coinciden en que el consumidor de alguna sustancia necesita un tratamiento que excede el tiempo dentro de la institución y se extenderá a lo largo de la vida del individuo. Otra cuestión interesante, que se desprende del citado trabajo, pone en evidencia que los trabajadores del sector salud se ven excedidos por la disponibilidad de la sustancia en los barrios. Por lo tanto, a la hora de distribuir recursos para la mejoría intentan que el joven pueda aprovecharlos y si esto no ocurre, en la mayoría de los casos, no se facilitan.

Se pone de relieve que los encargados de organizar los tratamientos distinguen a los consumidores de PB/paco del resto de las personas que han consumido otras sustancias. Debido a que la sustancia es exponencialmente más adictiva y peligrosa que el resto, los sujetos que la consumen se convierten en “débiles” y deben ser guiados mediante técnicas que orienten sus conductas para que no realicen actividades delictivas en primera instancia y luego no vuelvan a consumir.

Según Mecha (2013) los profesionales parten del supuesto de que existe un desmembramiento familiar que origina, casi linealmente, sujetos que no pueden aceptar ni comprender los valores socialmente establecidos. Esa idea parte de una concepción idílica de la familia. Así, se les exigen a los sectores más vulnerabilizados esquemas que prácticamente están obsoletos en todas las clases sociales.

Para explicar las motivaciones que tienen los jóvenes para consumir PB/paco, muchos especialistas recurren al factor psicológico que “engloba conductas, sentimientos, competencias cognitivas, actitudes, estructuras psicopatológicas y estilos vinculares”. De esa forma, los jóvenes que consumieron PB/paco son caracterizados como “hipocondriacos, con autoestima baja o impulsivos” (Mecha, 2013:190). Por lo tanto, según estas visiones al presentar características particulares, deben ser tratados con mayor firmeza que el resto. En este sentido, son puestos a prueba una y otra vez durante el tratamiento para poder ingresar y permanecer en el mismo. Así, se tienden trampas que ofician como pruebas para que el sujeto demuestre sus deseos de mejorar.

Se apunta a que los jóvenes revisen sus pensamientos, sentimientos y reacciones para escuchar, intercambiar y compartir con sus pares. Se busca revertir la desarticulación inicial que presenta el joven cuando accede al tratamiento. Se intenta que su visión del mundo sea modificada y que se religue con sus amigos, familia y que tenga expectativas de vida, proyectos y sueños. Salvo raras excepciones, los profesionales parten de la desesperanza para trabajar los casos de los ex consumidores de PB/paco.

Así, dentro de los tratamientos los jóvenes presentan un doble proceso de segregación (Míguez, 2007; Mecha, 2013): sufren mayores niveles de rechazo por parte de quienes consumieron sustancias distintas al PB/paco y sienten la diferencia de trato por parte de los miembros del staff profesional y no profesional de las instituciones.

Finalmente, el encierro constituye una parte central desde la perspectiva de los profesionales. En pocas ocasiones se considera la voluntad de los jóvenes para administrar el tratamiento y lo que prima es la adaptación a los requerimientos de los espacios. Las estrategias más utilizadas y consideradas válidas para imponer respeto son el susto, la confianza medida y la marcación de conductas. En este sentido, les remarcan que las consecuencias de no acatar las indicaciones son la muerte o la cárcel.

En las prácticas antes descritas se visualizan conductas iatrogénicas por parte de los profesionales porque las estrategias terapéuticas utilizadas deterioraron los vínculos con los grupos de pertenencia planteando un alejamiento preventivo, que en ocasiones, no colabora con el posterior armado de redes sociales o institucionales.

5.7 El escape

¿Qué sucede cuando los jóvenes no pueden resistir los requerimientos del tratamiento? Según lo relatado por ellos, deben decidir entre permanecer o escapar de las instituciones.

El problema según sus perspectivas gira en torno a la ausencia de una terapia contenedora, las exigencias desmesuradas, los pedidos de autoconocimiento y de desarrollo de actitudes de prevención y cuidado. Es decir que, la resistencia a los cambios abruptos hace que los jóvenes intenten, pero no puedan encontrar sus “soportes confesables en las instituciones porque no las perciben como espacios de protección” (Martucelli, 1994). Muchos jóvenes no pueden relacionarse con los requerimientos del tratamiento, porque no pudieron encontrar el modo de actuar que se esperaba de ellos o porque todavía no estaban dispuestos a realizar el esfuerzo necesario para sostener el proceso.

Los que cuentan con afectos afuera de las instituciones (una pareja, padres, hermanos o amigos) sostienen por mayor tiempo el tratamiento porque hay alguien que los espera. Así, el soporte afectivo opera en las conductas de quienes intentan recuperarse de un modo positivo y facilita el proceso (Sustas y Touris, 2013).

Sin embargo, en algunas ocasiones el afuera fomenta la necesidad de irse:

Yo estaba adentro y sabía que a ella la encaraban todos. Eso me mataba. Yo me quería, pero no estaba maduro para salir. Un día agarré mi bolso y me fui. Cuando la fui a buscar me dijo que si no terminaba de estar bien, ella no me quería en su vida (varón, 30 años).

Por lo general quienes poseen un menor nivel educativo tienden a irse con mayor frecuencia porque el vocabulario utilizado dificulta la comprensión de las tareas que debían realizar:

Yo no entendía mucho cuando me hablaban. Pero mi problema fue la lista de tareas. No la podía leer bien. Decía: “camas, ver las instrucciones para armarlas”. Yo no sabía cómo leer las instrucciones. Era más fácil cortar todo el césped que entender ese mapa que habían armado. No podía quedarme si no hacía todo como lo decían. Yo no era desobediente, pero tampoco entendía los mensajes en clave (varón, 25 años).

En general, los tratamientos apuntan a la ruptura de los consumos prolongados de PB/paco y por lo tanto, al cambio de hábitos. En este sentido, este proceso debería considerar las experiencias previas de los ex usuarios como así también los efectos físicos y psíquicos que este proceso puede generar. Según los jóvenes, los tiempos necesarios para la adaptación casi no se consideran y por su condición de vulnerabilizados todas las atenciones que se toman con los demás usuarios de drogas se olvidan al momento de trabajar con los usuarios de PB/paco.

Si vos consumiste pasta base, era difícil que te alienten para seguir. Con que contestes cuando te hablan ya se daban por contentos. La diferencia se sintió siempre. Estábamos nosotros - que teníamos que agradecer- y los otros que podían quejarse. Yo pensaba para esto me voy (varón, 19 años).

Según sus relatos, para que la internación fuera exitosa debían reconocer que la sustancia les trajo consecuencias negativas. Así, se construye una representación en la que el individuo debe reconocer que el consumo los llevó a ser sujetos manipuladores. Pero a la vez, esa manipulación fue necesaria para permanecer en el tratamiento y culminarlo. Los entrevistados recuerdan que realizaban acciones que les otorgaran méritos y visibilidad frente a los directores de las comunidades, los profesionales o sus pares más avanzados.

En la mayoría de las internaciones se trabaja para detectar quien manipula y quién no. Por lo tanto, el primer paso es reconocer las inconductas o conductas no aprobadas que se tuvieron durante el consumo con la familia, los amigos y el resto de la sociedad.

Mucha gente dice que compro a las personas. No sé porque, será por la manera de expresarme, qué se yo. Sí, pasa que yo estuve mucho tiempo en la calle y yo, yo me hice fuerte. Si yo me junto, por ejemplo, con la clase social tuya, yo voy a hablar de la manera que vos hablás. Si yo me junto con una clase social media, voy a hablar de la manera que hablan ellos. Y una más marginal voy a hablar... Así los manejo a todos. Les digo lo que quieren escuchar para que me dejen en paz (varón, 26 años).

En las internaciones no me fue mal porque en general me pude adaptar rápido al lugar y pude decir lo que quieren escuchar. Los manipulaba a todos (varón, 28 años).

Yo tenía la clásica actitud del adicto, la manipulación ya empezaba de chico (varón, 30 años).

Por lo tanto, debían reconocerse como sujetos manipuladores para que el tratamiento se considerase exitoso. Luego debían construirse como sujetos *amorales* por haber pasado por la situación de calle durante el consumo. Así, dormir en la calle a la vista de todos era considerado una acción inmoral. Otra cuestión que ayudó, dentro de los dispositivos de internación, a fomentar estas prácticas estigmatizantes fue que muchos ex consumidores de PB/paco tenían llagas en la boca, pies y manos, o enfermedades como tuberculosis o VIH/SIDA.

Por esta razón, según lo recordaron habían adquirido hábitos que los hacían merecedores de estigmatización. El recién llegado se configura como una persona que no tiene ninguna norma social previa y hay que ayudarlo a que se reencause. Una de las maneras es buscarle el punto débil para que explote. Si lo hace, el sujeto demuestra que necesitará de mucho más trabajo interno, si no lo hace estarán preparados para enfrentarse a la sociedad y deben irse:

[...]No sabían que hacer conmigo para que explote. Y yo había manejado mi actitud, de manejar mis impulsos en otro lado, que me podés decir cualquier cosa que no te voy a contestar, ya trabajé controlarme. (*Lo hacían*) Para que conteste mal y me echen. Molestaba ahí porque consumía base. ¿Será que tengo tanta comunidad? Me mandan a hacer un pozo de tres metros y ahí a los 3 metros había un Tupper que la gente hacía una reflexión, la gente que estuvo ahí como castigada. Cuando descubría ese tupper, las tenía que leer las reflexiones. Cuando llego a ese tupper, estaba roto, o sea, le entró humedad, estaban todas borrosas las reflexiones, todo borroso. Le digo al director: “¿Qué hago ahora?” “Tapá el pozo” Y a la noche me fui, “Chau, me voy” (varón, 22 años).

Según los jóvenes, en la mayoría de los casos, existe un presupuesto institucional que sostiene que el recorrido transitado los volvió amorales. Por lo tanto, mediante trabajos deben lograr encausarse. Como no dudaron en realizar actividades ilícitas en el período de consumo durante el tratamiento deben corregirse.

[...] primero estuve trabajando cuidando como 32 ovejas que me volvían loco. Y después ya empecé a subir de escalones. Orientador, después...orientador no hacía nada, para orientar a todos los chicos nuevos que entraban. Después supervisor, que...tenía, cada vez que ponían la mesa, a la mañana, al mediodía y a la noche para comer, tenía que revisar vaso por vaso, plato por plato. Que quede la casa limpia. Y después coordinador, que es la disciplina de la casa.

Lo que yo quería cambiar. No hacía alianza con nadie. Tuve varias puteadas que me daban los pibes que decían que yo era ortiva. Yo había dejado las drogas pero tenía muchas actitudes que tenía que cambiar. La droga la dejás porque estás ahí. Después depende de dejar las actitudes, porque las actitudes son las que te llevan a drogarte (Papo, 25 años).

En las instituciones existen prenociones respecto de los usuarios de PB/paco que conducen a prácticas estigmatizantes. Por un lado, son considerados como personas que no tienen educación por su condición de vulnerabilizados. Por esa situación, hay que marcarles hasta el más mínimo detalle para que se conviertan en otras personas. Pero no basta con eso, tampoco encajan con otros jóvenes de otras clases sociales que en general no quieren compartir nada con ellos. Por lo tanto, si no aceptan las reglas aunque les parezcan injustas y toman conciencia, el tratamiento pocas veces funcionará según las lógicas de este tipo de instituciones:

Si no aprendés es porque no tenés ganas, estas por estar. Estaba porque quería dejar las drogas y también por un cambio en la actitud. La droga la dejás pero si no cambiás la actitud, la actitud es lo que te lleva a drogarte, a robar... (varón, 31 años).

Según los jóvenes ex consumidores de PB/paco para permanecer en los lugares se debe demostrar que se aceptan las reglas tal y como se plantean. Sostienen que muchas veces pudieron decir lo que los demás querían escuchar por el hecho de haber transitado por distintos espacios. Sin embargo, en otras ocasiones no se pudieron amoldar a las reglas porque utilizaban la modalidad de hermano mayor:

Y...un pibe que viene de la calle, de gira, hecho pelota, ¿cómo te va a caer? Que venga un boludo que está hace dos días más que vos, venga y te... diga: "No podés hacer esto, sentate bien, no podés escupir el piso, no podés tirar cigarros" Agarrás el bolso y te vas. Siempre termina en lo mismo, agarrás el bolso y te vas. (el hermano mayor) Es un pibito que te ponen que está más avanzado que vos y él te maneja a vos. Que el pibe se cree más que vos porque entró hace un mes y vos entraste hace un día. Esas boludeces. O esa cosa de decir: "Vos estás en fase A, vos estás en fase B". Somos todos iguales, vos sos más drogadicto que yo, vos te falopeaste más que yo, somos todos iguales. Hoy todos nos drogamos igual, vos estás hace 2 días limpio, yo estoy hace 3 meses limpio, yo soy igual de faloperero que vos. A mí la abstinencia me juega como a vos, aunque estés 10 años limpio. La abstinencia siempre va a estar. La enfermedad va a estar siempre conmigo, si yo no la manejo y la trabajo con psicólogos, con terapia, con grupos, esa enfermedad me va a volver a ganar (varón, 22 años).

Las malas condiciones de los espacios es otro de los factores que relatan los jóvenes a la hora de tomar la decisión de abandonar el proceso de recuperación.

E: ¿qué comías?

Nunca un pedacito de carne, nunca nada. Era un asco. La merienda es una taza de mate cocido con un pancito, que no te llenás ni ahí. Porque cuando uno deja de consumir tiene angustia, quiere comer. Así que laburando todo el día. Así que durás una semana, como mucho un mes. Y el que dura más...yo lo aplaudiría, le haría un monumento (varón, 28 años).

No había todo pero yo lo valoraba, era agua con fideos pero yo lo valoraba. Yo valoraba todo. A mí me llenaba y bueno: “Es lo que hay, es lo que tengo decidido con mi vida” Y para mí eso era estar bien (varón, 31 años).

De los relatos se desprenden dos posturas. La primera marca la escasez de comida en el contexto de los esfuerzos que los jóvenes tienen que hacer para afrontar el tratamiento. La segunda da cuenta de que el proceso de recuperación incluye esfuerzos que son mucho más grandes y que exceden cualquier contexto.

Para los usuarios los beneficios de la internación pasan por obtener un lugar en el que puedan sentir seguros y contenidos. El espacio de tratamiento ofrece un modo de vida distinto al que ellos hubieran podido acceder, por eso tratan de estar siempre cerca de las instituciones:

Yo se que hoy yo estaría muerta. O estaría en cana. Afueran me hubieran matado, entonces era como una cosa que sentía que estaba allá y que estaba volviendo a vivir. Y siempre que hablaba con la terapeuta le decía que me costaba mucho, que me quería drogar. Porque al tercer día bajé, estaba en la habitación llorando, y bajé y le dije a Virginia la operadora me dice “¿qué te pasa?” y le digo “tengo abstinencia”. Me dice “mirá, te la hago corta, la única droga que genera abstinencia es la heroína, y dudo que vos estés acá por consumir heroína”. Así me quede. “Es verdad, ¿qué hago?” y me dice “barré el patio”. Entonces barré el patio re tranquila, y miraba el portón, y decía “no, me voy” (mujer, 22 años).

5.8 Síntesis

En este capítulo se analizaron las prácticas realizadas por profesionales e instituciones que en algunas ocasiones expulsaron a los jóvenes de los espacios de tratamiento. Se identificaron actitudes iatrogénicas, que no consideraron las experiencias previas de los jóvenes, ni el esfuerzo realizado por los usuarios de PB/paco para empezar un tratamiento.

Se puso de relieve que no existen relaciones perfectas, pero la asimetría que relatan los jóvenes hace que a veces algunas instituciones se tornen autoritarias. En ese sentido, pensar que los dispositivos son buenos o malos impide revisar o impulsar prácticas. Por lo tanto, la propuesta fue presentar los matices que los jóvenes relatan dentro de las relaciones asimétricas. En muchas ocasiones, las técnicas consideradas negativas los ayudaron a expresar la ira o algún sentimiento positivo.

En lo que respecta a los castigos, la mayoría coincidió en que cuando se deja a algún par la administración de la autoridad, allí comienzan los recelos y los resquemores. Otra cuestión importante que merece ser destacada refiere al ingreso. En este momento, ellos sintieron que si lograban empatía inicial, aunque no comprendieran las explicaciones la estadía se tornaba más llevadera. Cuando se los dejó solos en esta instancia difícilmente pudieron remontar la situación.

Por lo expuesto, habría que empezar a pensar que los consumidores de PB/paco no necesitan sólo una estrategia de intervención, sino una combinación progresiva de dispositivos que impliquen varios momentos dentro de un tratamiento.

Capítulo 6

“Ningún tratamiento fue en vano”: Elementos que ayudaron a los jóvenes a culminar el proceso

En este capítulo se recopilarán los elementos que fueron destacados por los jóvenes en sus experiencias de tratamientos. También se caracterizan las experiencias consideradas provechosas y las técnicas utilizadas para lograr el alivio y la mejoría de los jóvenes. Se destacaron tres elementos centrales, la solidaridad dentro de la institución, el amor percibido y la percepción de que el tratamiento es un derecho. Estos preceptos fueron la insignia dentro de los modelos comunitarios o barriales. En este apartado, se enfatizará fundamentalmente la noción de apoyo social como un elemento clave para lograr el avance dentro de la rehabilitación y el alejamiento del PB/paco. Además, la posibilidad de poder armar un proyecto de vida con miras al futuro inmediato, dentro de la comunidad de pertenencia fue un factor que se estimuló y sostuvo en los tratamientos considerados positivos. En esta sección, se destacaron las ventajas de los tratamientos con base comunitaria para los ex consumidores de PB/paco.

6.1 Aspectos positivos de las instituciones de tratamiento: amor, derecho y solidaridad

Según los jóvenes los espacios que les permitieron entender y acomodarse a las dinámicas de funcionamiento tempranamente fueron los que consideraron las necesidades de cada uno de los integrantes del lugar. Cuando ese requisito existía, la mayoría de los entrevistados, sintió que se le facilitaron herramientas de comunicación o reglas de manejo interno que les permitieron expresar la subjetividad y, al mismo tiempo, los desafiaban a que expongan sus miedos y a enfrentar las consecuencias de sus actos. Según lo describieron, la posibilidad de interacción se basó en un trato diferencial-solidario y en un seguimiento que consideraba las necesidades en las diferentes etapas:

Lo bueno del lugar fue que ellos podían adaptarse a nosotros. No para que hagamos cualquiera, sino para poder ayudarnos. Todos no éramos iguales. Había algunos que no podían caminar y se hacían encima. Otros que estaban re duros, pero que se les pasaba al toque, otros que venían cagados a palo por la policía y estaba yo que había venido embarazada. Era cuestión de usar el sentido común. No nos podían tratar a todos igual. Tenían que hacer diferencia. A mí no me iban a dar de comer en la boca, pero al que se babeaba sí. Yo necesitaba que el bebé nazca y nació. Rescatarme ya era una decisión mía (mujer, 30 años).

Lo interesante de la propuesta de estos ámbitos radicó en el apoyo proporcionado por quienes estaban encargados de asistir a los jóvenes durante el proceso. A través de diversas técnicas, los integrantes de estos espacios proporcionaron herramientas para que ellos puedan prepararse para enfrentar al mundo. En este sentido, se facilitó la construcción de un plan de vida realista, pero que incluía los deseos de quienes intentaban recuperarse. Así, el nuevo ámbito descrito se caracterizó por tomar en consideración varios elementos: la comunicación con el contexto inmediato y la prevención de situaciones que podrían resultar poco seguras para la cotidianidad. En estos espacios, según los testimonios, no se dejó nada al azar. De esta manera, se intentó reducir los niveles de ansiedad de los jóvenes para prepararlos para el momento de la salida.

Según lo relataron, quienes realizaron tratamientos en este tipo de instituciones pudieron planificar un proyecto de vida guiado, escalonado y estructurado para intentar afrontar la vida del afuera. Las salidas, en la mayoría de las ocasiones, no fueron improvisadas, sino que respondieron a una construcción organizada por los miembros de las instituciones considerando las necesidades puntuales de quienes comenzaban el proceso de rehabilitación.

Ellos te medían en todo. Te iban dando responsabilidades de a poco. Pero nada grande. Veían como te portabas desde que entrabas hasta que te ibas. Si te quejabas, si colaborabas, si te esforzabas. Primero te pedían “¿no me ayudás a juntar estos libros?” y se iban. Si vos no los juntabas era porque no querías. Si lo hacías, venía otro pedido y así... hasta que un día ya estabas más adentro y te encontrabas que tenías una Sube con plata para que te puedas mover (varón, 27 años).

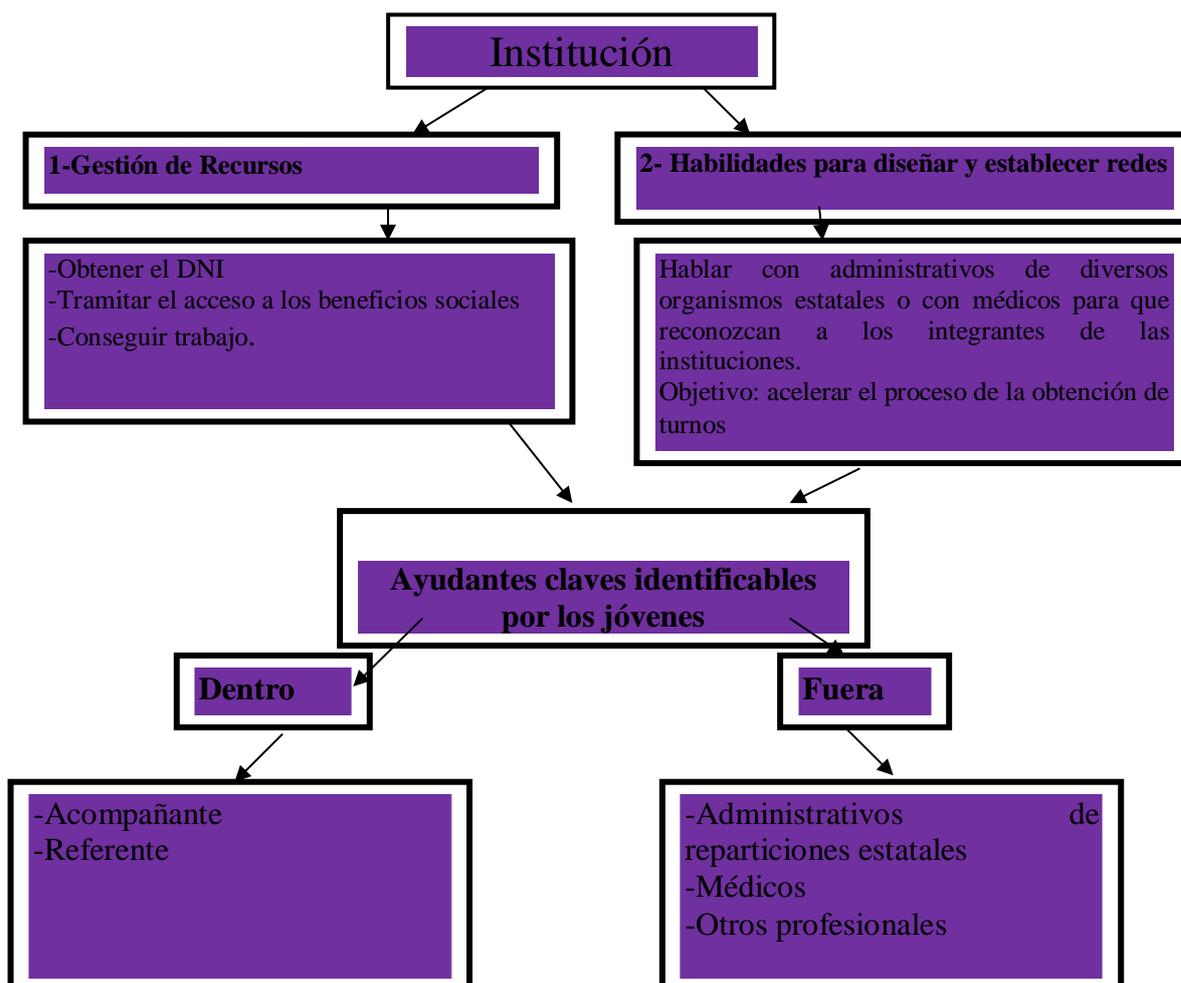
Para que el trabajo de seguimiento pudiera llevarse adelante, las instituciones debieron estar en condiciones de desarrollar dos características centrales: la gestión de recursos y habilidades para diseñar y establecer redes.

En este tipo de instituciones la búsqueda y obtención de recursos se pudo realizar gracias a la confección de un listado de las necesidades que los jóvenes presentaban. Por ejemplo ir al médico, obtener el DNI, tramitar el acceso a los beneficios sociales o conseguir trabajo. Una vez que se detallaban las necesidades prioritarias se gestionaban los mecanismos y habilidades para satisfacerlas. Una de las destrezas que se trabajaba con mayor intensidad era establecer charlas para que el joven logre presentar a la institución frente a otros. Esta tarea se realizaba en pos de lograr algún contacto con personal administrativo o profesional para que este reconozca a los miembros de la institución y les asigne un turno.

Al mismo tiempo, generalmente, se buscó un acompañante que hable con el médico, un profesional de la salud que pueda atender a los jóvenes en una institución pública, turnos para solicitar el documento, alguien que ayude a obtener un beneficio social -como por ejemplo una asignación por embarazo o maternidad, el ingreso a alguna cooperativa de trabajo-, entre otras.

La mayoría de las veces, según los jóvenes, se armaron redes con instituciones que pudieran ayudar a la obtención de recursos y que contaban con ayudantes claves para facilitar los trámites. La red, generalmente, se compuso indistintamente por personas e instituciones.

Gráfico N° 10: Red de recursos



Fuente: Elaboración propia

Quienes transitaron por los tratamientos fueron adquiriendo herramientas que les facilitaran el *autovalimiento* y la autonomía para gestionarse individualmente los recursos y así poder vivir fuera de la institución e integrarse nuevamente a la sociedad.

El auto-valimiento está ligado al auto-cuidado. Por esa razón, este concepto se refiere a las habilidades básicas como la higiene personal, la responsabilidad de cumplir con lo prometido, la integración a la vida con otros, la realización de proyectos individuales tales como ir a la escuela, conseguir un empleo o revincularse con personas con las que no se ha tratado durante algún tiempo. Para lograr la independencia de los jóvenes, en la mayoría de las ocasiones se trabajó de una manera continua, flexible, coherente y creativa. De este modo, se lograron los primeros acercamientos a la independencia.

El paso inicial, consistió en trazar acuerdos con instituciones que pudieran recibir a los jóvenes y los reconocieran como miembros de un espacio de tratamiento determinado.

En el Hospital yo siempre veía a la misma doctora. Patricia me llevaba. Ella me acompañaba al principio. Cuando estuve un poco mejor, me acompañaba un chico más adelantado y ahora puedo ir sola y preguntar por ella (mujer, 22 años).

Aquí cobró importancia la figura del *acompañante positivo*, tal como lo definieron los jóvenes. Este miembro de la institución ofició como nexo entre el adentro y el afuera porque ayudó a lograr una estadía un poco más placentera y también a reencontrarse con el contexto sin generar ansiedades. Hay que destacar que este tipo de figura, no es la hegemónica dentro de las instituciones y que sólo pudo darse en los espacios en los que la rotación de jóvenes y de acompañantes no es muy continua. Sólo así, todo puede ser revisado una y otra vez sin dejar nada librado al azar.

El hermanito [el subdirector de la institución] me ayudó en todo. Me conseguía ropa para los nenes, comida, un lugar para que mi mujer pueda estar. Siempre pasaba un rato a verlos y me contaba cómo andaban. Yo no sé como hace, pero está en todos lados, parece Droopy. Cuando yo salí tenía gran parte de mis problemas resueltos. Sólo me tenía que ocupar de estar bien (varón, 28 años).

Marcos es el que se enoja, pero también es el que da la mano y no te la suelta hasta que no te ve bien. Patricia es la madre de todos, pero de todos. Ellos te acompañan. No te persiguen, te acompañan. Con gente así te dan ganas de estar bien. Se ocupan de todo, de los turnos del médico, de conseguirte ropa, un lugar para dormir... Si no querés dejar está en vos (varón, 22 años).

El respeto de los tiempos de los jóvenes que tuvieron consumo abusivo de PB/paco fue la clave para que algunas instituciones barriales pudieran abordar la temática. En estos espacios, según lo refirieron los jóvenes, se esperó el momento en el cual ellos se encuentren en condiciones de tomar alguna decisión.

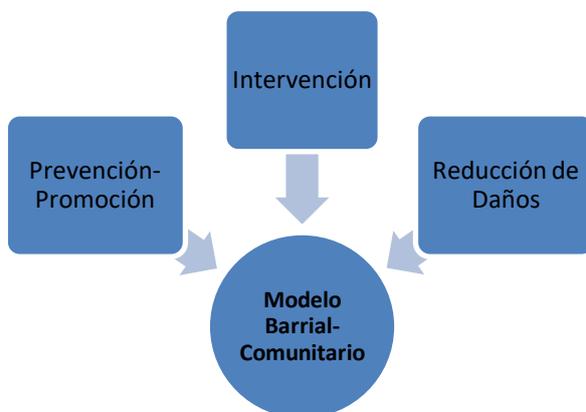
Como los cuidados se otorgaron de un modo diferencial. La institución pudo cambiar los hábitos que los jóvenes adquirieron en las diversas respuestas socio-sanitarias hegemónicas- como por ejemplo las comunidades terapéuticas- para brindar un acompañamiento acorde a la situación de ingreso en las primeras instancias. Luego la estrategia consistió en lograr una autonomía acompañada y finalmente, un proceso de alejamiento institucional cuidado y organizado. De este modo, el afuera fue pensando desde el primer día, nunca se pierde contacto con el contexto ya que los jóvenes circulan por los barrios.

Otra de las cuestiones que consideraron este tipo de instituciones, calificadas como positivas o amigables por los jóvenes, fue la obtención de un lugar de residencia posterior. Así, armaron dispositivos de casas de tránsito o de proyectos de vivienda fuera del lugar de residencia para que se pueda empezar de cero.

6.1.1 La importancia de los proyectos barriales o comunitarios en las experiencias de recuperación de los jóvenes

Los centros barriales o comunitarios surgen como una respuesta de los integrantes de una comunidad frente a un problema concreto. Como se ha definido en el capítulo 2, este tipo de respuesta se caracteriza por la flexibilidad y la consideración del contexto en el cual residen los jóvenes con problemas de consumo de PB/paco. A diferencia de los otros esquemas de abordaje, como el ético- jurídico o el médico-sanitario, el objetivo de este modelo es prevenir y reducir los efectos indeseados dentro del contexto inmediato del joven.

Gráfico N° 11: Modelo barrial comunitario



Fuente: Elaboración propia en base a Capriati *et al*, 2015.

El modelo prioriza la prevención de las situaciones de riesgo a las que puedan estar expuestos los jóvenes, a la vez que se enfoca en la promoción de la salud grupal y no a la mera asistencia individual (Capriati, *et al.*, 2015; Milanese, 2013;). La intervención contempla las necesidades de los jóvenes basándose en la experiencia conjunta de consumo. Por esta razón, se consideran los factores protectores en las acciones habituales y desde allí se interviene en la situación.

Lo novedoso de esta modalidad radica en que examinan los pedidos y las necesidades de los jóvenes, logrando relaciones de ida y vuelta que modifican o

afirman las prácticas. Estos esquemas de trabajo recuperan la relación de los jóvenes con sus comunidades, contextualizando el consumo de PB/paco en el marco de un problema colectivo y no individual (Kornblit y Camarotti, 2015).

Considerando las características del modelo, en este apartado se reconstruye la experiencia de los ex usuarios de PB/paco en algunos centros barriales o comunitarios que trabajaron desde una perspectiva territorial y que armaron un sistema de redes comunitarias.

Según los testimonios de jóvenes, en estos espacios ellos sintieron que no debían convertirse en otros para poder acceder a la recuperación. El acompañamiento y el respeto a sus tiempos fue una característica fundamental.

Ellos te aceptaban siempre. Si eras chorro, si habías matado, si estuviste preso, si comías solo o no. Para ellos vos eras importante, pero no de chamuyo. Eras una persona que merecía un lugar. A mí me conocían de toda la vida. Me iban a buscar a mi casa (varón, 28 años).

Como el proceso del tratamiento fue progresivo, no juzgar a los jóvenes fue la regla que se impuso. De esta manera, las acciones realizadas se orientaron a la inducción del sujeto hacia la toma de una decisión sobre el momento en que se comprometería a trabajar en su recuperación. Según los jóvenes, se partió de la premisa que sostiene que a pesar de que el joven se encontraba en consumo intensivo, a medida que lograba obtener mejorías era necesario consultarle en qué momento consideraba él que estaría en condiciones de afrontar el proceso de recuperación. De este modo, se obtuvieron varios logros. El primero consistió en no desperdiciar recursos o contactos si el joven no se sentía preparado. El segundo, fue lograr que se sienta participe de un proceso y vaya adquiriendo las responsabilidades antes mencionadas. El tercero fue la noción, por parte del sujeto, de un apoyo social institucional que se intensificará en el transcurso del tiempo si él se compromete. Cuando los entrevistados recordaron por qué era importante que se los consulte antes de mandarlos a algún dispositivo de tratamiento aludieron que muchas veces sintieron que no estaban preparados para estar en ese lugar en ese momento. Por eso cuando las instituciones respetaron sus tiempos y los ayudaron a tomar una decisión ellos pudieron dimensionar la oportunidad que tenían.

Hubo muchas veces que me llevaban a internarme y yo era un invitado, no el que se iba a tratar. Cuando hablaban yo no participaba por eso me iba. En el Hogar fue distinto. Primero llegás, comés, te quedás. Vas todos los días. Te organizás. Cuando te falta extrañas estar limpio, bañado. Después te das

cuenta que te gusta. Cuando te querés acordar estás pensando más tiempo en estar bien que en conseguir [pasta] base (varón, 29 años).

Yo vivía en la calle. [...] Para estar en un lugar en donde alguien me pudiera encontrar era bueno, seguro. De a poco, hasta mis hijas podían venir a verme. Pero como no quería que ellas sufrieran yo colaboraba conmigo. Comía, me ponía linda y trataba de que me dieran la posibilidad de mandarme a algún lugar para terminar el proceso (mujer, 28 años).

El inicio del proceso de recuperación fue escalonado porque las acciones que se realizaban tuvieron como finalidad que el sujeto pueda comprometerse con el espacio a través de decisiones que le redundarían en una mejoría futura. Estos esquemas se vieron facilitados en la medida que en los espacios se les ofreció como puerta de entrada comida, toallas limpias para bañarse y un rincón para descansar de la calle. Como, generalmente, los horarios eran diurnos los jóvenes debían dejar de consumir durante el tiempo en el que se encontraban en el lugar:

Porque yo la primera vez, entré como todos los pibes que van allá [se refiere al centro de tratamiento]. Me dejaron bañar, comí, todo. Como que ese lugar tenía algo muy especial que...me llegó mucho. Son gente que te tratan como cualquier gente normal. No te van a despreciar un abrazo, ni un beso porque estés limpio o sucio (mujer, 27 años).

Según lo explicaron los jóvenes, la puerta de entrada no correspondía con el inicio del tratamiento, sino con otorgarles reconocimiento y considerar sus opiniones. Este es el momento en el cual se intenta generar relaciones filiales basadas en el amor. Por lo tanto, el primer paso consistía en dejar en claro que eran bienvenidos y que en ese espacio, durante el tiempo que decidían permanecer serían escuchados.

El hombre que te abre la puerta te saludaba, te abrazaba, sonreía... era como un familiar. Te ofrece todo lo que hay, como si fueras una visita que se va a quedar en la casa. Eso es lo que te hace aguantar la abstinencia. Las otras veces era, hacé esto, andá allá... vos tenías que estar siempre limpio. Allá eso no pasaba. Entienden que te tenés que limpiar (varón, 24 años).

Cuando se indagó cómo recordaban su primer día en este tipo de institución recordaron:

[...] con gente que no te hablaba de droga, de encierro, de policía, de calle. Y gente que te decía, un montón de gente que me decía “quedate, quedate” era todo re lindo [...] Y te explicaban bien, te respondían a lo que vos preguntabas. Siempre me hablaban y me decían “¿te sentís bien?” (mujer, 22 años).

Aquí se observa el reconocimiento del joven expresado en acciones: preguntar, hablar de temas que se alejen de su cotidianeidad o el sencillo acto del saludo.

La construcción de lazos afectivos, caracterizados por la empatía, colaboró en la recepción inicial. Contrariamente a los espacios expulsivos, en estos ámbitos la llegada fue asociada con un logro que ameritaba una bienvenida acorde. Por eso,

quien abre y cierra las puertas ayudaba a que los jóvenes sientan, desde el momento inicial, que los han estado esperando.

Retomando el planteo de Honneth (1997) se intenta que los jóvenes puedan darse cuenta de que necesitan ayuda de otros, para poder comenzar a tratarse. Lo interesante de estos espacios radica en que durante el comienzo ayudan a sostener la decisión que se ha tomado en un principio unificando esfuerzos para que pueda ser sostenida en el tiempo.

Este tipo de modalidad requiere de un conjunto de prácticas y de saberes organizados dentro del espacio en el que vive el sujeto con problemas de consumo de PB/paco. Por lo tanto, no se demoniza el contexto del cual proviene el joven, sino que se lo resignifica en pos de desarrollar acciones tendientes a modificarlo. De este modo, se organizan redes en las cuales los jóvenes puedan incorporarse de un modo progresivo desde el primer día.

Saben que consumiste y que vivís en la villa. Eso es un punto a favor. El otro es que también conocen personas que te pueden ayudar. Un tipo en la salita, el otro para buscar trabajo... nunca te quedas sólo, sentís que tenés a alguien atrás. Vos pones tus ganas y ellos los contactos para resolver las situaciones (varón, 27 años).

Camarotti y Kornbit (2015) sostienen que estos espacios trabajan utilizando un *abordaje integral comunitario* porque incorporan una perspectiva social, cultural e histórica del consumo. A través de la generación de vínculos, encuentros y de trabajar el autovalimiento se les presenta a los jóvenes diferentes propuestas para que sea él quien pueda organizar, con ayuda de la institución, su proceso de tratamiento.

Esta perspectiva sólo se puede desarrollar mediante la colaboración de miembros de la comunidad. Pero al mismo tiempo, se requiere de profesionales que conozcan el territorio y a sus habitantes muy minuciosamente porque quienes impulsan estas experiencias viven en el barrio y necesitan trabajar de manera articulada.

Según los relatos de los jóvenes se describe la existencia de un trabajo en el terreno que implica: recorridos por el barrio que aportan visibilidad a los problemas de la comunidad y permiten focalizar las acciones a necesidades incipientes dentro de la misma. De esta manera, la atención se dirige, fundamentalmente, a los jóvenes del barrio al cual pertenecía la institución y que se encontraban en situación de calle. Esta es una de las razones que facilitan la realización de un trabajo que contempla

el nivel personal al comienzo (con acciones afectuosas que invitan a quedarse) y que posteriormente pasa a lo macro para lograr el autovalimiento, con miras a reconstruir las relaciones comenzando por lo individual, hasta llegar al ámbito institucional.

Grafico N°12: Modelo de trabajo comunitario



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Este esquema de trabajo incluye a los jóvenes a los espacios de tratamiento, favoreciendo su recuperación dentro del barrio (Milanese, 2013). La principal fortaleza de estas intervenciones radica en que se está arraigado en el territorio en el cual habitan los jóvenes. Por esta razón, consideran y comprenden sus opiniones, sus hábitos culturales y sus problemas socio-sanitarios. Esta información se torna central a la hora de proponer un modelo de trabajo que logre repensar las acciones realizadas cambiándolas para lograr una mayor adhesión a los procesos de recuperación (Milanese, 2013; Camarotti y Kornblit, 2015).

La pertenencia de la institución al barrio contribuyó a que los jóvenes obtengan confianza y puedan identificar estos espacios como una opción posible a la hora de obtener recursos de diversa índole: material, afectivo o sanitario. Al mismo tiempo, que la recepción sea un momento agradable otorgó herramientas para la comodidad inicial.

Otra de las cuestiones que se puso de relieve fue que, en la mayoría de las ocasiones, nadie buscaba que el joven cometa errores. Por lo tanto, todo transcurría en armonía

y se construyeron vínculos de confianza que permitieron respetar los tiempos del recién llegado y las características de cada personalidad.

Y si... en una convivencia siempre hay roces, pero se intentaba hablar las cosas sin gritarte, sin hacerte lavar platos. Ahí son todos iguales [se refiere al espacio]. Éramos 8, lavábamos todos un día a la semana cada una. Ahí no había: “Vos contestaste mal, lavás platos un mes. Te corto la visita porque me miraste mal, porque no ordenaste tu cama” En una convivencia siempre va haber roces. Pero se habla, se piden muchas disculpas, mucho perdón, ¿pero eso sabe por qué pasa? Porque el lugar te enseña a ser así. No es que...vos porque lo ves a tu compañero haciendo algo malo lo vas a ir a atacar (mujer, 22 años).

Este tipo de lugares, según los jóvenes, resultó efectivo para ellos porque no se repitieron las pautas de otras instituciones en la que estuvieron. La característica distintiva fue que les hicieron notar el afecto que sentían por ellos, que querían que estuvieran allí y que había un deseo genuino de que estuviesen mejor. Pero, a pesar de las descripciones elogiosas, la mayoría de los entrevistados, dejó en claro que este tipo de propuesta de recuperación no fue idílica, porque requirió de un compromiso intenso de la comunidad y de ellos mismos. Si la responsabilidad no es asumida por las instituciones barriales y por los jóvenes no se puede pensar en la intervención comunitaria. Aquí se observa una tensión dentro de los esquemas comunitarios, porque deben demostrar afecto, reconocer las trayectorias de los jóvenes e imponer reglas internas y externas. Sin embargo, la característica distintiva a la hora de aplicar las normativas fue la progresión.

Te tratan bien. Eso es un paso grande. Pero vos no podés manejarte como querés. Hay reglas. Pero esas reglas las aprendés en etapas, primero decís una palabra, después una frase y cuando te acordás podés hablar y después cantar. No te tiran las normas en la cabeza, pero al ver como se portan los demás, no te queda otra que tratar de imitar (varón, 19 años).

Retomando las propuestas de Efre Milanese (2013) se puede pensar en este tipo de instituciones como un punto de partida, una base como para comenzar a pensar la intervención con jóvenes con consumo de PB/paco que deseen abandonar el consumo intensivo y no como una respuesta acabada. Por lo tanto, este esquema sólo puede aplicarse en la medida que cuenten con pocos integrantes. De este modo, se podría pensar en un proceso de recuperación eficaz.

Los tratamientos barriales o comunitarios se convierten en oportunidades para participar y compartir momentos que reorganizan vida del individuo con problemas de consumo de PB/paco. Por lo tanto, este tipo de propuestas no pueden pensarse

en términos lineales, sino como la intersección de diversos actores que se entrecruzan constantemente. Así, el tratamiento comunitario reorganiza las conductas individuales, familiares y sociales poniendo de relieve que el proceso de recuperación es interactivo. La idea fuerza no es la cura del paciente enfermo, sino que el individuo con consumos problemáticos de PB/paco no empeore. Al mismo tiempo, se busca reducir la mirada estigmatizante dentro de la comunidad incluyendo a quienes se encuentran aliviados en la realización de tareas dentro del barrio que redunden en beneficios colectivos, como por ejemplo la prevención.

[...] tenemos que salir adelante entre todos nosotros, ¿no? Si uno ponele que lo ve: “Mirá pasó con dos bolsas en la mano”, [le dicen] “No, mirá...te va a hacer mierda eso, vas a terminar drogándote. Te estás drogando sin droga. Estás pensando en la droga. “Vení, acercate acá, vamos a charlar un rato”, te dicen así y te acompañan (varón, 26 años).

Sin embargo, a pesar de los beneficios expresados, este abordaje puede presentar limitaciones al momento de relacionarse con otras instituciones externas para poder resolver los problemas internos. En muchas ocasiones los centros comunitarios necesitan establecer nexos para que los jóvenes que lo necesiten y lo deseen vayan a otras instituciones fuera del barrio.

No, pero ellos allá me hicieron un papel para yo poder entrar en el hogar, como que de acá le pedían eso. “Que yo estaba trabajando acá, que yo estaba viviendo acá, que yo estaba andando bien, si me podían aceptar”. Y me aceptaron (varón, 28 años).

El trabajo realizado para obtener este tipo de contactos, según rememoran los jóvenes, es casi siempre informal. En pocas ocasiones hay un diálogo interinstitucional, sino que la relación se da entre miembros, como por ejemplo, un conocido, un amigo, un colega.

Hay que remarcar que este tipo de respuesta puede resultar de gran utilidad, pero que si no están vinculados con el entorno inmediato corren el riesgo de convertirse en ambientes sobreprotectores a los que los jóvenes recurran para solucionar su vida cotidiana y giren siempre en torno al mismo lugar. Por eso, según participantes de este estudio es muy importante que este tipo de dispositivo les facilite la salida proporcionando herramientas que faciliten el autovalimiento.

Porque te ayuda mucho en todo, en todo lo que vos necesites, te ayudan a salir del barrio, te dan...te dan...alegría ellos, fueron como una familia para nosotros. Pero yo creo que nos tendrían que ayudar a estar afuera sin ellos. Yo a veces pienso, y si un día no están... ¿Qué hago? (mujer, 29 años).

Otra cuestión que relataron es que en este tipo de espacios se los ayudó a reducir los riesgos propios del consumo. En este sentido, se les explicó los efectos nocivos que provocarían en ellos las mezclas de sustancias, se les brindó comida y se los ayudó a evitar las situaciones de violencia. Así, se trató de que los jóvenes que consumieron PB/paco suspendan las conductas de riesgo al mínimo posible.

La verdad que un lugar donde te enseñan. Al principio te sugerían “no compartas la pipa, no compartas canuto, nada. Como que no te decían “no te drogues”. Te decían “si te vas a drogar hacelo bien”. Pero cuando entrás la cosa cambia, tenés que mantenerte limpio (varón, 21 años).

Una cuestión muy valorada en los espacios de tratamiento comunitarios fue que en general, luego del tratamiento, se piensa en el proyecto de vida a futuro. De hecho, sólo se logra el alta si se participan socialmente y se realizan actividades ligadas al mundo de la educación o del trabajo:

Me ayudaron mucho, un proyecto de vida, el poder tener una casa, una cooperativa de trabajo, que yo pueda estar ayudando a aquel que una vez se estuvo drogando conmigo, a mí me sirve eso. Un montón (varón, 26 años).

Los tratamientos comunitarios ofrecen todo tipo de contención porque pueden cambiar la estrategia, reacomodándose según las variaciones que los jóvenes experimentan en sus trayectorias de mejoría. Para esto deben poder reinventarse constantemente y responder a las necesidades de los ex usuarios de PB/paco. En este sentido los jóvenes, indicaron la necesidad de organizar redes familiares y sociales que puedan contener de una manera eficaz a quienes vayan culminando los tratamientos.

6.2 Potencialidades de los ámbitos comunitarios

A partir del recorte parcial realizado en este trabajo, podemos decir que los tratamientos por lo general concluyeron en los espacios donde se garantizó la continuidad de la relación de los jóvenes con sus familiares o personas cercanas. El respeto de los tiempos redundó en la calidad de los cuidados recibidos y en una mejor relación entre los jóvenes y los profesionales.

Así, según los entrevistados, cuando sus creencias fueron respetadas, cuando se remarcaron los errores en un momento oportuno y cuando las reglas fueron explicitadas, la dificultad, propia del proceso, pudo ser atenuada. De este modo, dentro del tratamiento comenzaron a tejerse redes de apoyo internas que los protegerían ante una potencial recaída.

Tenías a alguien que cubría algún aspecto del tratamiento. Si estabas cansado, angustiado o enfermo alguien te asistía. No tenía una persona encima. Todos estaban mirándote, pero no te juzgaban. Te apoyaban (varón, 31 años).

Para evitar algunos errores eventuales, la información importante como los horarios de actividades, de talleres o de descanso eran recordados frecuentemente, como así también los hábitos para lograr una higiene correcta. Así, dentro de los espacios, según los jóvenes, fue común que se utilicen palabras que se puedan recordar fácilmente y se las asociaba con alguna actividad. El uso de los ejemplos fue frecuente para quienes no podían comprender las consignas emitidas desde la institución. En la medida que se adquirieron mayores responsabilidades se desarrollaron una serie de habilidades para mantenerse en la institución.

Tenés que encontrar tu lugar. Vas viendo qué actividades te pueden servir para no pensar en consumir. Siempre tenés que encontrar algo para hacer. Pero también te enseñan a escuchar al otro en una conversación. En los otros centros hablar con otros era perder el tiempo, en este que te estoy contando era invertirlo en estar mejor (mujer, 22 años).

Para prevenir las recaídas fue común que los jóvenes aunque no se lo solicitaran, se ofrecieran a asumir responsabilidades dentro de la institución. De ese modo, asumían alguna responsabilidad que prometiera su presencia: llegar temprano para cortar verduras, ayudar a poner la mesa, a barrer el lugar, entre otras. En la medida que lograban avanzar, incorporaron actitudes protectoras con quienes recién se iniciaban y no de revanchismo.

Una cosa es que sepas lo que está pasando el otro y lo quieras ayudar. La otra es que te manden a educarlo. Cuando vos querés ayudar, querés darle apoyo. Cuando te mandan a cuidarlo pensás que es tuyo. Eso no ayuda. Yo terminé a las piñas con un pibe porque me mandoneaba. En cambio, cuando me apoyaba, me orientaba, digamos, el Negro yo no quería que se fuera. Esa es una diferencia (varón, 30 años).

Una estrategia que desarrollaron los jóvenes fue demostrar que pueden prepararse para las situaciones de alto riesgo -que implicaban contacto con el afuera-, afrontar las recaídas, e incluso beneficiarse de ellas. En el curso del tratamiento se les indicó, según narraron, que existe una elevada probabilidad de recaída. Si la persona da señales de que entendió, es muy posible que se lo considere apto para incorporarse nuevamente a actividades sociales, tales como la visita a un familiar o un evento social.

Los espacios que priorizaron el diálogo para que el tratamiento sea efectivo fueron considerados más amenos que los que presentaron una mayor estructuración. Estos

ámbitos fueron aptos para quienes conocieron otras modalidades de internación y descubrieron que se sintieron más contenidos en estos espacios:

[...]El día allá era...entrabas, saludabas a todos, tomábamos unos mates, había un grupo, comíamos algo, había otro grupo y nada más, te ibas [...] Con ese tratamiento anduve bien. Yo me di cuenta que no necesito estar internado. No me gusta estar encerrado y mi familia lo sabe (varón, 26 años).

6.3 La reconstrucción de los vínculos: el apoyo social

Una cuestión central en las instituciones que los jóvenes describieron como amigables o positivas fue el *apoyo social* recibido. Cuando se alude a este concepto se destacan características centrales como: intercambios de experiencias, valoración de los requerimientos sociales cotidianos, como por ejemplo la atención médica, la obtención de recursos para la alimentación o vestimenta, entre otros.

Según los relatos de los jóvenes, gracias a la presencia continua de las instituciones y sus miembros en su rutina fueron adquiriendo herramientas que les permitían mejorar su situación personal, generando relaciones afectivas positivas, elevando la autoestima y fortaleciendo las relaciones con el grupo.

En ese sentido, el apoyo social es una herramienta privilegiada que posibilita el autovalimiento a través del fortalecimiento psicológico para afrontar diversas situaciones de la vida. De ese modo, el nivel de dependencia institucional se reduce considerablemente. Es un campo de investigación surgido en la década de 1970. Refiere a un cambio en los paradigmas en la provisión de servicios sociales y salud fomentando el apoyo de iguales para producir una valorización positiva de las experiencias previas. Este esquema de trabajo, utilizado en los espacios comunitarios, ayudó a fortalecer al individuo otorgándole herramientas para la obtención de seguridad, afecto y autoestima (Barrón López, 1996).

En los casos en los que se logró conformar una red de apoyo, se visualizaron factores protectores que colaboraron con el sostenimiento de la integridad física y psicológica de los jóvenes. De esa manera se los ayudó a obtener seguridad para enfrentar el contexto. Generalmente, cuando las orientaciones y los consejos se hicieron presentes resultó más fácil conseguir ayuda o recursos materiales.

El apoyo social ayudó a revisar la historia social y comunitaria para que quien estuviera en proceso de tratamiento pueda ir pensando progresivamente sus recorridos previos (Gracia *et al.*, 1995). En el caso de los ex consumidores de PB/paco es importante destacar que este término puede ser dividido en dos: por un

lado, cómo se percibió el apoyo y, por el otro, cómo lo recibieron efectivamente. La apreciación del apoyo varió según quién lo proporcionaba (la familia, la comunidad, una institución, un referente de confianza, entre otros) y el momento en que se recibía (una situación de crisis o una situación del cotidiano como compartir problemas, intercambiar experiencias, compartir una comida). No obstante, muchos refirieron que el apoyo recibido también pudo expresarse en el cumplimiento de metas como conseguir un trabajo, capacitaciones o salir por primera vez del espacio institucional, luego de varios días sin consumo. En muchos casos los jóvenes relataron cómo la colaboración prestada ayudó a reducir los niveles de angustia o ansiedad.

El apoyo que recibimos se apreció mucho mejor una vez que se pudo realizar una vez que estábamos afuera. Ellos estaban siempre con vos. Te guiaban, te contenían, te apoyaban. Pero no era verso. Como te podían escuchar, también se movían para que consigas un turno en el hospital, un trabajo o un curso para aprender serigrafía para las remeras (varón, 21 años).

De ese modo, recordaron que mediante el ofrecimiento de recursos concretos (tales como obtención de recursos materiales para mejorar el aspecto personal o para alimentarse) ellos pudieron organizarse un poco mejor dentro y fuera de los espacios.

Cuando los jóvenes recibieron apoyo, como se ha mencionado anteriormente, obtuvieron mayores márgenes de libertad y pudieron realizar actividades voluntariamente. De esa manera se redujeron considerablemente los niveles de estrés propios de un tratamiento de rehabilitación (Gracia *et al.*, 1995).

El apoyo ayudó a reconstituir los vínculos familiares, comunitarios e institucionales, restableciendo relaciones sociales que pudieran generar sensaciones de pertenencia a una institución, barrio o comunidad. Esta tarea se facilitó mucho en las instituciones que lograban plantear la idea de convivencia cotidiana dentro de un espacio que es habitado por un conjunto de personas que interactúan (Chávez Plaza y Falla Ramírez, 2004).

En las ocasiones en las que se contó con orientación fue mucho más sencillo vincularse nuevamente a la comunidad. Ese proceso estuvo mediado por la capacidad de respuesta que el entorno le otorgaba al joven. Si el contexto se mostró receptivo, según los jóvenes, se les facilitó sustancialmente la inserción.

Si te ofrecen un trabajo en el barrio, aunque sea tirando ladrillos, vos sentís que tu vida cambió. Es eso, la oportunidad. Así te sentís parte. Pensá que estabas en las vías y después con trabajo. Eso sin apoyo no se consigue.

Alguien te recomienda y te acompaña porque la gente tiene miedo de que robes. No confían (varón, 30 años).

El respaldo brindado por las instituciones ayudó a los jóvenes a reconstruir los vínculos que se vieron afectados por el consumo intensivo de PB/paco.

6.4 Formación de un proyecto de vida

Para José Ricardo Ayres (2008) los proyectos de vida no son expresiones acabadas o racionales, sino que refieren a la búsqueda de una comodidad relativa. Los proyectos implican movimientos de avance y de retroceso. Pero al mismo tiempo, involucran deseos, requieren una reflexión tendiente a identificar un presente y un futuro (Paiva, 2005).

En los casos en los cuales los jóvenes obtuvieron apoyos afectivos, la sensación de aceptación y fortaleza fue creciendo paulatinamente. Así, el consumo individual se puso en un plano un poco más amplio y lograron esbozar las posibilidades de diseñar el proyecto anhelado y los elementos reales con que contaban para realizarlo. Aquí coexisten los deseos individuales y las acciones que se realizarían para lograr la meta (D'Angelo, 1986).

En algunos ámbitos para orientar a los jóvenes ex consumidores de PB/paco se establecieron proyectos a corto o mediano plazo que pudieran ser resueltos con el apoyo de la comunidad o de los miembros de la institución. De este modo, se redujo la ansiedad y el nivel de desilusión porque los mecanismos para conseguir los recursos existían previamente.

Yo no tenía donde vivir. Pero había una persona que recibía a pibes como yo en su casa hasta que pudiera estar mejor. Yo sabía que si me mantenía limpio me iban a dejar ir con esa señora que era un amor. Ahora quiero vivir cerca. Yo la quiero como a mi mamá o más. Mi idea es alquilar algo por la zona en donde esta ella. Lo voy a pagar con la plata de la cooperativa del Hogar y desde acá me van a ayudar a buscar lugares por la zona que busco (varón, 22 años).

Los proyectos que se mencionaron con mayor frecuencia fueron: la obtención inmediata de un empleo que permitiera continuar ligado a alguna institución, terminar los estudios primarios y secundarios, capacitarse en un oficio para acceder al mercado laboral. En algunos casos, la revinculación con el grupo familiar fue la meta que se propusieron para el futuro. En este sentido, el deseo de recuperar la vida anterior o de formar una nueva se impusieron como una necesidad post-tratamiento.

En la mayoría de los casos estudiados a pesar de que los proyectos enunciados anteriormente, fueron centrales, la necesidad de encontrar un espacio en donde habitar se impuso por sobre el resto de los proyectos. Por esta razón, se le otorgó mayor importancia a la obtención de un empleo.

La mayoría de los jóvenes refirieron que cuando comenzaron a diagramar un nuevo esquema de vida pensaron en las personas que estarían presentes en el futuro (amigos, familia, parejas) y también en quienes ya no podrían seguir formando parte de la nueva realidad.

En este armado se impuso la realización de una especie de inventario que los ayudaría a visibilizar con qué recursos materiales contaban, quiénes los acompañarían para obtenerlos o qué instituciones o programas se los podrían proporcionar.

Como se ha resaltado, la preparación de un proyecto generó expectativas que ayudaron a mantenerse alejados del consumo de PB/paco y a sentir momentos de esperanza:

Yo voy a ser feliz cuando gane un sueldo. Yo antes era ayudante de cocina. Era bueno de verdad. Mi ex jefe me dijo que tengo las puertas abiertas. Pero voy a esperar un poco. Tengo que estar más fuerte (varón, 22 años).

Con miras a colaborar en la realización de los jóvenes, en muchos espacios se firmaron convenios para que logren obtener un empleo una vez que estuvieran avanzados en el tratamiento. Sin embargo, a la hora de afrontar las exigencias externas, los jóvenes confesaron que sintieron miedos e inseguridades. Por esa razón, la organización de trabajos dentro de los espacios en los momentos previos ayudó a lograr la confianza para salir al exterior.

Como se ha planteado previamente, conseguir un lugar propio para vivir representaba para los jóvenes el desafío más grande. En este sentido, la mayoría desatacó que sin un acuerdo institucional ese anhelo no podría concretarse. Los entrevistados veían esta posibilidad como remota en un principio, pero con el paso del tiempo comenzaron a pensar que podrían animarse a intentarlo.

En las instituciones en las que el proceso de tratamiento incluyó un proyecto de vida se abordó tempranamente la necesidad de aportar elementos y recursos para vivir fuera de la institución. Se asumieron desafíos tales como el armado de una red de contactos para casas de tránsito, la gestión de un espacio para dormir, la proporción de listados de profesionales de salud que colaboraran con los

tratamientos prolongados, entre otros. De este modo, el sistema de apoyo para la creación de un proyecto de vida ayudó a los jóvenes a evitar transitar solos la salida.

En los otros centros terminabas y arreglate. En ese que te conté te ayudaban hasta a compararte una remera. Te decían andá allá que la señora te va a hacer una atención si le decís que sos de acá. Las cosas que tenés que hacer solo son pocas al principio y pocas al final. Pero ojo, no es una guardería. Ellos te ayudan si ven que respondés. Si no lo hacés es un tema tuyo. Vos tenés todo, sólo necesitas cuidarte y no mandarte cagadas (varón, 30 años).

Los espacios que facilitaron la reinserción posterior constituyen aún una minoría dentro de las respuestas socio- sanitarias ofrecidas en el país. Aún queda por estudiar en profundidad por qué los jóvenes ex consumidores de PB/paco refieren que este tipo de respuesta es la más adecuada

6.5 Ventajas de los tratamientos comunitarios

Los tratamientos comunitarios intentan mejorar las condiciones de vida de los jóvenes que consumieron PB/paco, para ello utilizan diversas estrategias o recursos, Según los jóvenes estas instituciones colaboraron para que puedan armar un proyecto de vida personal. Para lograrlo se establecieron una serie de pasos a seguir. En primer lugar, se presentan claramente los objetivos que se perseguirán y en qué tiempos se podrán concretar. Así se organiza claramente qué deberían hacer para lograr la meta, se fijan las necesidades prioritarias y con quiénes cuentan para lograrlas. El esquema, permite armar un plan progresivo que ayuda a pensar la recuperación en función de ese pequeño programa individual, pero pensado de modo colectivo.

Yo sabía que si llegaba a la granja iba a poder trabajar después. Eso es lo que hablé con el coordinador y veía que todos hacían el esfuerzo. Hay como una bolsa de trabajo (chiquita) que toma a pibes como yo, una cooperativa. Para eso tengo que estar limpio. Conseguir ese trabajo. Mi objetivo fue ese. Ya no quería ser un ciruja toda la vida. Esa idea me ayudaba a pensar en el después (varón, 26 años).

Lo interesante de este tipo de tratamiento, según los jóvenes, fue que se ofrecieron elementos concretos para que el proyecto de vida pueda ser realizado. Sin embargo, los recursos sólo se ofrecieron en la medida que los jóvenes iban avanzando en el proceso de recuperación. Generalmente, se armó un diagnóstico interno que indicaba las necesidades prioritarias en pos de encontrar una solución que recupere las experiencias previas para no repetir errores de otras instituciones.

Para mi ningún tratamiento fue en vano, digamos, porque si no hubiera sabido cómo moverme no podría haber conseguido un trabajo o terminar la escuela. Todo me ayudó. Pero en el [nombra a la institución] pude encontrar un lugar en donde hacer planes. Eso para mí fue lo más importante (varón, 25 años).

En este tipo de ámbitos, se designa a jóvenes responsables, con mayor trayectoria de tratamiento, que puedan ayudar a otros a realizar trámites, conseguir turnos para el médico o concurrir a otras instituciones. De esta manera, la figura del acompañante no se liga a los castigos, sino a la posibilidad de obtener un beneficio que redundará en una mejoría posterior y en la concreción de proyectos.

La perspectiva integral adoptada en estos espacios ayuda a establecer puentes entre las creencias de los jóvenes y las instituciones presentes en el barrio. Al mismo tiempo, contribuye a la interacción de diversas disciplinas como la psicología, la medicina y las ciencias sociales. A través del armado de una red interactiva se busca que puedan lograr el autovalimiento. Para la mayoría de los entrevistados, ese fue el desafío más grande. Por esa razón, mantenerse en contacto con las instituciones los ayudó a fortalecerse para valerse paulatinamente por sí mismos. En este sentido, lejos de crear mecanismos paternalistas las instituciones fueron un puente para lograr confianza y valor para enfrentar el mundo pos tratamiento.

La potencialidad de este tipo de intervención radica en que conoce los recursos disponibles en la comunidad y plantea un trabajo casi artesanal. Este tipo de modelo valoriza positivamente el trabajo interdisciplinario. Para los jóvenes, tener la ayuda de diversos profesionales contribuyó con un tratamiento que les aportó seguridades. Este tipo de abordaje plantea que el consumo de drogas en general y de PB/paco en particular es un problema complejo, por lo tanto, intentan abordar tantas dimensiones como tiene el problema con la mayor cantidad de sectores que se puedan incorporar. Dentro de la institución se intenta trabajar en conjunto con diferentes profesionales de distinta índole.

Para esto se arman centros pequeños con conexiones dentro del sistema de salud para lograr la desintoxicación inicial. Esta es la tarea más complicada porque requiere un trabajo personalizado. Lo novedoso de estos espacios radica en que aprovechan los recursos, maximizándolos en pos de que el joven pueda lograr una inserción plena en la comunidad y una mejor adhesión al tratamiento por consumo de PB/paco.

Otro aspecto positivo de esta modalidad es la utilización de un lenguaje ameno que acerca a los jóvenes y los considera participes. Por ejemplo al nombrarlos como

“chicos”, o “pibes”, genera que se identifiquen con mayor empatía y puedan reducir la distancia de un modo considerable.

6.6 Síntesis

En este capítulo se abordaron las experiencias que fueron caracterizadas por los jóvenes como positivas en los espacios de tratamiento. Se puso de relieve que existen dispositivos de tratamiento que consideraron las vivencias previas de los jóvenes: los tratamientos con base comunitaria. A pesar de que los jóvenes se sintieron contenidos y acompañados en este tipo de abordajes, hubo elementos ofrecidos que sólo podían ser aprovechados cuando se estuviera preparado: la obtención de un trabajo dentro de la institución, el acceso a las casas amigables, o el armado de un proyecto familiar que incluya la vivienda propia, entre otros. Por esa razón, obtener mejorías diarias se constituía en el pasaporte para lograr los beneficios que las instituciones los ayudarían a conseguir. En este sentido, la construcción de un proyecto futuro desde el primer día de ingreso colaboró bastante en la decisión de recuperarse.

Las experiencias narradas ayudan a pensar el proceso de tratamiento como un recorrido que habilita conocimientos que se acumulan hasta el momento de encontrarse con una institución que sea flexible y donde los jóvenes se sientan cómodos para comenzar el proceso que les queda por delante. En estos lugares, el joven también se convierte en alguien permeable a las sugerencias de los referentes de los espacios.

Cuando las reglas de comunicación o las indicaciones de manejo interno les permitieron expresar la subjetividad, exponer los miedos y enfrentar las consecuencias de sus actos, pudieron avanzar el proceso de recuperación con pasos mucho más firmes.

En este sentido, según los entrevistados, los espacios comunitarios fueron los que mejor se acomodaron a ellos porque les permitieron mantener contacto con su cotidianeidad, sin alejarlos de sus contextos. Sin embargo, pasado un tiempo ese mismo espacio se transformó en una instancia que debían superar moviéndose a lugares en donde no siempre se sentirían seguros y tranquilos, pero en los que estuvieran protegidos de la tentación que representaba para ellos el consumo.

En este punto, en casi todas las conversaciones se resaltó la importancia que tuvieron en sus trayectorias las internaciones previas. Según los jóvenes, esta

instancia les facilitó tomar distancia para poder recuperarse mucho más rápido. Algo similar ocurrió con los centros de día porque allí se respetaron los tiempos que ellos necesitaban para mejorar. Las redes de apoyo adquirieron un lugar central porque ayudaron a satisfacer las necesidades de los integrantes de la institución a través de la confección de un listado en donde se delimitaban las prioridades de cada uno de los miembros (como por ejemplo, acudir al médico, obtener el DNI, tramitar el acceso a los programas sociales, o conseguir trabajo, entre otras).

Estas redes institucionales visibilizadas a través del apoyo social, fueron los pilares para los jóvenes al momento de enfrentarse con el afuera. Allí se facilitó la construcción de un plan de vida realista, que incluyera los deseos de quienes intentaban recuperarse.

De este modo, se generaron espacios que apelaban al autovalimiento para comenzar a conseguir los recursos de modo autónomo. Pero hay que destacar que este proceso que tendía a la autonomía nunca se transitaba en soledad. En esta instancia la figura del acompañante positivo que oficiaba de nexo entre el adentro y el afuera fue central.

Otra cuestión que los jóvenes destacaron de estos espacios fue la administración de los cuidados que ejercía la institución. En este sentido, se trazaron estrategias para otorgar cuidados diferenciales, según las necesidades de los jóvenes. De este modo, el afuera está presente desde el primer día y nunca se pierde contacto con el contexto porque los jóvenes circulan por el barrio.

Estos espacios apelaron al reconocimiento del joven y a la necesidad de trazar estrategias con otros. Así implementaron el *abordaje integral comunitario* que incorporó una perspectiva social, cultural e histórica del consumo. A través de estrategias que reforzaron las potencialidades de los jóvenes, se les exhibió diferentes estímulos que lo convierten en el centro de la escena. En este esquema la tríada trabajo individual/comunitario, trabajo institucional y relación comunitaria funciona interconectadamente durante todo el proceso de recuperación del joven.

Los tratamientos comunitarios tienen la capacidad de reenfocar la estrategia de intervención según las historias de los jóvenes. Por esa razón, ellos en pocas ocasiones pierden el vínculo con el espacio una vez que el tratamiento culmina.

En estos lugares el respeto de los tiempos redundó en la calidad de los cuidados recibidos y en una mejor relación entre los jóvenes y los profesionales. En ese sentido, el apoyo social fue una herramienta privilegiada que posibilitó el

autovalimiento a través del fortalecimiento psicológico para afrontar diversas situaciones de la vida. De ese modo, el nivel de dependencia institucional se redujo considerablemente.

Conclusiones. Aportes para el debate

En América latina desde el año 1970 las cocaínas fumables se constituyeron como un problema en Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador. Pero, recién a mediados de la década de 1990 comenzó a ser una preocupación en el resto de la región (Uruguay, Brasil y Argentina). El impacto social y sanitario de esa sustancia es muy notorio, aunque el porcentaje de consumo sea estadísticamente marginal, la problemática debería estar presente en los debates en torno a la recuperación/ reinserción de los jóvenes.

La estratificación social influyó en la aparición de drogas que apuntaban a públicos con capacidades económicas limitadas. Así, los residuos de la cocaína, mezclados con azufre, kerosene u otras sustancias tóxicas raras veces identificadas, produjeron consumidores con características particulares: deterioro del cuerpo, extrema delgadez, afecciones pulmonares, entre otras. Pero sin dudas, lo más visible en este tipo de consumo radica en la exclusión social y en la exposición a situaciones de violencia y vulnerabilidad.

El consumo de PB/paco, que comenzó a visualizarse en el país en la década de 1990, se estableció durante el inicio del 2000 y sigue presente hasta la actualidad. Se extendió en los grupos de jóvenes más vulnerabilizados, económica, social y políticamente. Durante ese mismo período, se comenzó a clasificar a los consumidores de drogas según la sustancia que consumían y a la clase social a la cual pertenecían. Pero en general, los abordajes de tratamiento ocuparon un lugar relegado en las agendas políticas. Por lo expuesto, analizar las alternativas de recuperación dirigidas a los consumidores de drogas a lo largo de la historia contribuye a comprender las opciones existentes para la recuperación de los usuarios de PB/paco en la actualidad.

Abordaje histórico de tratamiento por consumo de drogas

El consumo de drogas representa una problemática relevante a nivel mundial, sin embargo, los tratamientos para abandonarlo generalmente partieron, a lo largo de la historia, de una perspectiva que sólo involucró la voluntad individual de los sujetos, dejando relegado el contexto al cual pertenecía.

Los abordajes en torno a las drogas son una construcción histórica, social y cultural propia de la modernidad, que interpretó esta temática como un problema que merecía atención a finales del siglo XIX y principios del XX. Durante ese período, el consumo comenzó a ser una preocupación que afectó particularmente la sensibilidad de algunos Estados de Occidente, que trazaron diversas estrategias de prohibición del consumo, pero que dejaron relegada la atención sanitaria para quienes presentaban relaciones abusivas con las drogas.

En lo que respecta específicamente a los tratamientos, en el país existen diversos modelos de atención, derivados en su mayoría del paradigma abstencionista o prohibicionista. Esta es la opción que se presenta con mayor frecuencia para los jóvenes que desean abandonar el consumo. La condición exigida es que lo hagan de una vez. Pero si se toma en consideración la trayectoria de los jóvenes entrevistados que participaron en espacios cuyo esquema de funcionamiento estuvo basado en ese modelo, se puede observar que sólo resultó eficaz en la medida en que los jóvenes pudieron resolver otros problemas que modificarían sus vidas: 1- la obtención de un lugar en donde vivir y 2- la obtención de un trabajo que sea compatible con los requerimientos de salud de los jóvenes. Según lo refirieron, durante el proceso de internación ellos lograron dejar el consumo, pero el problema se generaba cuando debían volver al contexto original. Otro obstáculo que presenta este modelo, radica en que considera a los jóvenes como si fueran enfermos o delincuentes y no toman en consideración la trayectoria del sujeto.

Por otro lado, el modelo de la reducción de daños se comenzó a utilizar en el país en el año 1990, gracias al impulso otorgado por algunos actores de la sociedad civil que se enfrentaron a las respuestas hegemónicas para empezar a utilizarlo en los casos que se creía necesario. Por esa razón, la sistematización sólo se logró en la medida en que se revisaban las prácticas internacionales. Como este esquema de abordaje requiere que los usuarios de drogas reciban información precisa sobre la sustancia que consumen, este paradigma ha sido discutido y resistido, porque se parte del supuesto de que si el usuario emplea drogas jamás se alejará del consumo. En los medios masivos de comunicación, se asocia a este modelo con la apología de las drogas. En América Latina pocas veces se utiliza en forma única o pura, aunque esta perspectiva prioriza la protección de los derechos individuales y se aplica en los espacios en los que, si bien el objetivo último es que el usuario deje de consumir, se entiende que no podrá lograrlo de un modo abrupto. En los centros

barriales y comunitarios muchas veces se aplica este modelo en las primeras fases del tratamiento con miras a lograr el compromiso del joven con el espacio. Luego, paulatinamente, se alejan de esta perspectiva para lograr que el individuo deje de consumir cualquier tipo de sustancia ilegal.

En Argentina, las primeras iniciativas que abordaron el tratamiento por consumo de drogas surgieron en la década de 1970, en el marco de un debate respecto a quiénes serían los encargados dentro del sistema de salud de proporcionarle la atención a los usuarios de drogas: los hospitales, el nivel primario de la atención de la salud o dispositivos específicos que aislen a los consumidores.

En la década de 1980 cobró notoriedad la figura de los especialistas en drogas, representantes de instituciones insignias en el abordaje de los consumos, que se pregonaban como los únicos entendidos en la materia. En esa década, hubo un avance en la identificación de las instituciones que debían ocuparse de los tratamientos. Se destacó que debían ser espacios que se orienten específicamente a la problemática de las drogas.

Debido a la creencia de que los espacios de tratamiento debían estar orientados al consumo de drogas solamente, durante las décadas de 1970 y 1980 surgieron nuevos espacios de recuperación/ reinserción por fuera del Estado. Esta necesidad se fundamentó en que se debía contener a quienes intentaban recuperarse y no encontraban un espacio en el cual pudieran insertarse. Por esa razón, en el país se establecieron las comunidades terapéuticas, las redes de apoyo (como alcohólicos anónimos), entre otros espacios que oficiaron de respuestas basadas en los doce pasos y apuntaron a la modificación de las pautas de conducta de los sujetos para que logren abandonar el consumo. Como en muchos ámbitos los abordajes replicaban esquemas internacionales, las modalidades de atención fueron similares, independientemente del nombre que el espacio recibiera.

En la mayoría de estos lugares, se identificaron tres grandes etapas: 1- **ingreso**: esta etapa refiere a la adaptación al lugar y a un primer acercamiento a las dinámicas de funcionamiento. 2- **resocialización**: En este período se intenta cambiar las conductas adquiridas durante el consumo intensivo y 3- **preparación para el afuera**: durante este tiempo, se apunta a que el joven pueda conectarse con la comunidad mediante la obtención de un trabajo, retomando estudios, o buscando un ámbito digno en el cual pueda vivir.

Generalmente, luego de transitar estas etapas, el sujeto se encuentra en condiciones de insertarse nuevamente en la sociedad. En el país, los espacios antes mencionados, que no tienen regulaciones desde el Estado, surgen debido a que los recursos comprometidos en los tratamientos para la rehabilitación y reinserción social son significativamente menores que los que se destinan a la denominada “lucha contra las drogas”.

El debate, generalmente, se orienta en torno a la prohibición o la despenalización. Pero pocas veces se discute sobre cuáles son los mejores abordajes que se aplicarán para tratar a quienes presentan consumos intensivos o problemáticos.

A partir de la sanción de la Ley N° 23.657 o ley de salud mental, durante el año 2010, comenzaron a debatirse algunas herramientas que fueran adecuadas para trabajar con los sujetos que quisieran recuperarse. La ley fue el hito que visibilizó la existencia de diversos intentos, por parte de equipos del sistema de salud, de pensar respuestas para esta población desde una perspectiva intersectorial. Esta legislación contempló la posibilidad de que las adicciones se aborden como un padecimiento mental que debe ser examinado por equipos de salud de todos los niveles, pero preferentemente del nivel primario. Al mismo tiempo, alude al carácter integral y a la adopción de la perspectiva de derechos que deberían tener los abordajes de los tratamientos para las adicciones. Cabe mencionar que la ley fue resistida por muchas asociaciones de profesionales porque, según ellos, no respeta los parámetros de separación de “pacientes”, ya que no prescribe un tratamiento diferencial para las personas declaradas inimputables por el sistema judicial.

Esta legislación constituyó un avance porque prevé la creación de nuevos modos de intervención que incluyen a todos los sectores del sistema de salud, otorgándole al sector primario un rol central. En la normativa, se deja en claro que los espacios de internación no deberían funcionar para la resolución de las problemáticas de vivienda y que por eso la externación debe cumplirse en el lapso de un tiempo limitado (que en el caso de los tratamientos por consumo de drogas va de uno a tres años, según la necesidad). A pesar de los progresos de esta legislación, siguen existiendo limitaciones o vacíos legales que contemplan el interrogante acerca de cómo podrían las instituciones -en el caso de que lo intenten- contribuir mediante el trabajo articulado con otras a la resolución de los problemas de vivienda que tienen personas con padecimientos mentales en general y con consumos de PB/paco

en particular. Esta situación constituye una materia pendiente en las agendas políticas de la salud.

Recién a partir de 2014 con la creación del Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos hubo un cambio de paradigma que sugirió tratamientos focalizados a las necesidades y demandas de los consumidores de la PB/paco. Esta legislación presenta un interés central debido a que la atención, hasta el momento, se realizaba con esquemas unificados que obligaban a los jóvenes consumidores de esta sustancia a realizar el mismo tratamiento que el resto de los usuarios de drogas.

Resultados

Situación de los jóvenes durante el consumo

Los jóvenes destacaron que durante el período de consumo se sintieron profundamente vulnerables. Las motivaciones expuestas para fundamentar la elección de la PB/paco como principal sustancia de consumo fueron diversas. Uno de los argumentos mencionados fue que la sustancia era más accesible porque era “barata” o que se podía conseguir fácilmente a través de amigos. En lo que respecta a la situación que los indujo al consumo explicaron que la consideraron una “ayuda” que les prometía un “escape a sus problemas cotidianos” o sólo la utilizaron por “curiosidad” y luego no pudieron dejar de consumir.

Debido a que el consumo de drogas constituye una práctica ilegal, hay escasez de información epidemiológica que dé cuenta de la cantidad de población total consumidora de PB/paco. No obstante, las estadísticas existentes describen que el consumo de PB/paco representa un porcentaje marginal (aproximadamente, menos del 1%) de las estadísticas generales.

A pesar de los intentos por lograr la inclusión, a través de políticas públicas que transferían ingresos, muchos jóvenes de las clases populares siguieron viéndose afectados por la violencia propia del contexto que aborda la temática de las drogas aludiendo a la *cultura de la fisura*. Esta visión sostiene que el usuario de PB/paco consume hasta perder el control y que no se lo puede ayudar porque no piden asistencia o porque no están en condiciones de recibir recursos. De este modo se los expone a situaciones de profunda vulnerabilidad⁷².

⁷² Este término ha sido definido como una situación de debilidad a la que está expuesto el individuo tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Así, la falta de recursos para evitar y afrontar la enfermedad, la escasez de cuidados propios

A la frágil situación descrita anteriormente, se le agrega la estigmatización social que sufrieron durante el período de consumo. Estas situaciones, recordadas con énfasis, se padecieron, con mayor frecuencia, por parte de los representantes de las fuerzas de seguridad, principalmente a través de los oficiales de la policía metropolitana y bonaerense. Para preservarse de las persecuciones, los jóvenes expresaron que, durante el período de consumo, por miedo al accionar de los efectivos se quedaban consumiendo en lugares de barrio como los pasillos si el consumo no era tan intensivo o en las ranchadas para no ser vistos.

Otra cuestión central para comprender a los ex consumidores de PB/paco -que participaron de este trabajo- es que a pesar de los vínculos endebles que mantenían con sus familias de origen, no disolvieron completamente la relación durante el consumo intensivo. Fueron frecuentes las interrupciones temporales, pero esa situación facilitó que pudieran utilizar el ingenio para buscar ayuda o para conseguir elementos que ayudaran a satisfacer sus necesidades inmediatas: comida y un espacio para dormir en las épocas invernales (generalmente paradores y Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires).

Para pensar los tratamientos según las experiencias de los jóvenes hay que comprender que durante los períodos de consumo intensivo ellos tomaron medidas de autoprotección o *autocuidado*, tales como el uso de preservativos durante las relaciones sexuales, acudir a consultas con profesionales para obtener la medicación en caso de padecer alguna enfermedad crónica. Otra cuestión a destacar es que ellos tomaron medidas de protección a través del armado de grupos para consumir un poco más seguros.

Otro hallazgo significativo de esta tesis radica en que los usuarios de PB/paco durante el período de consumo pidieron ayuda en los momentos en que tuvieron alguna necesidad concreta. Esto se evidencia en las relaciones que establecieron con las instituciones para la obtención de comida, abrigo o atención frente a alguna dolencia. Sin embargo, refirieron que sus trayectorias estuvieron atravesadas por

y externos son dimensiones que completan la definición. Por lo tanto, esta herramienta teórica está íntimamente ligada con el enfoque basado en los Derechos Humanos, que identifica situaciones de debilidad e intenta modificarlas (Ayres, *et al.*, 2012).

barreras simbólicas asociadas a la figura del consumidor de PB/paco como un ladrón, desviado o enfermo.

En este trabajo se recurrió al término *trayectorias*, concepto que facilitó el análisis de las acciones de los sujetos durante su período de consumo. Al tiempo que contribuyó a una mejor descripción del cuidado y la autoprotección durante el consumo intensivo. Las trayectorias familiares fueron claves al momento de transitar el consumo intensivo. Muchas familias les pidieron a los jóvenes que se retiren del hogar porque no podían contenerlos o para que no representen un riesgo para los más pequeños. A pesar de esta situación, quienes atravesaron más de un tratamiento narraron que en el momento en que decidieron recuperarse se apoyaron, en la mayoría de las ocasiones, en sus familias. Pero rememoraron que la etapa de consumo la transitaban solos.

Debido a que durante este período entraron en crisis los lazos que les proporcionaban protección, los jóvenes tomaron sus propias medidas de cuidado para evitar los riesgos en la situación de calle. Para ellos, estar en ese lugar implicaba que el consumo se tornó inmanejable. En pos de protegerse de la violencia policial o de las golpizas la mayoría optó por mantenerse dentro de un grupo de consumo. Al mismo tiempo, para evitar las quemaduras o llagas elaboraron las pipas de plástico duro, madera o caña. Las medidas de autocuidado también originaron estrategias para pasar la noche en algún parador o el pedido de protección de las mujeres hacia sus pares varones para evitar situaciones de abuso. Muchos varones narraron que evitaron las relaciones sexuales cuando estaban bajo consumo para sortear el contagio de alguna enfermedad sexual o porque las fuerzas no se lo permitían. Al mismo tiempo, mencionaron que en muchas ocasiones sintieron vergüenza de su cuerpo.

La realidad de los jóvenes en la etapa de consumo fue descrita por ellos mediante tres situaciones de violencia vivenciadas durante el consumo. La primera alude a la invisibilidad que los transeúntes aparentan ante la presencia de algún consumidor. Muchas veces, según lo recordaron, ellos sentían miedo de acercarse por temor a ser denunciados. Por esa razón, sólo conversaban con quienes les hablaban primero. De este modo, narraron, se evitaban situaciones desagradables.

La segunda violencia, de orden institucional, fue ejercida por los miembros de la policía federal, bonaerense o metropolitana cuando los encontraban durmiendo en algún lugar en el que no deberían estar porque lo vecinos se quejaban. Varios

jóvenes recordaron haber recibido golpizas y detenciones para que se les pase el efecto del consumo. Otra situación que destacaron quienes participaron de este estudio fue que al momento de tomarles declaración por alguna situación puntual, les adjudicaban delitos en los que describían fuerzas o destrezas que ellos no poseían.

La tercera forma de violencia que comentaron los entrevistados, refiere al abandono que sintieron cuando debieron afrontar situaciones de enfermedad o dolencias que requerían atención médica. Como las ambulancias no ingresan a los barrios vulnerabilizados, ellos debían dirigirse a las guardias de los hospitales y se quedaban allí hasta que alguien se decida a atenderlos.

¿Cuándo buscaron ayuda?

Recuperar las experiencias referidas a la búsqueda y obtención de ayuda de los jóvenes permite desandar el camino que realizaron durante los momentos previos a la iniciación del o de los tratamientos: la búsqueda de los dispositivos que los incluyera y los primeros contactos con personas que officiarían, posteriormente, como referentes positivos.

Comprender las motivaciones que los guiaron a la decisión de recuperarse, implica comprender el sentido de sus acciones. Sólo así se pueden reconstruir sus recorridos. Los recursos que ellos utilizaron durante este período fueron los que estuvieron disponibles en sus contextos, éstos podían ser materiales o simbólicos.

La decisión de recuperarse y buscar ayuda se facilitó en la medida en que los jóvenes contaron con algún amigo o conocido ya rehabilitado. Esta figura fue la encargada de organizar la red de contactos para comenzar el tratamiento.

Este trabajo invita a repensar el supuesto de que los usuarios de PB/paco no se cuidan y pone en cuestión los análisis que se centran únicamente en las acciones nocivas para su salud que realizan los jóvenes bajo consumo. A lo largo de este escrito se ponen de relieve situaciones que dan cuenta de que los momentos en los que los jóvenes pidieron ayuda: 1- cuando su vida corre peligro, 2- en las ocasiones en las que no se reconocen y se sienten avergonzados por el aspecto físico, 3- ante la posibilidad concreta de ser separados de los hijos (este caso se observó principalmente en las mujeres que participaron de este estudio).

En las ocasiones aludidas, se utilizaron medidas de *autocuidado* que consistieron en: la interrupción temporal del consumo, en el armado de redes institucionales o

personales, que a pesar de ser endeble y efímeras fueron de gran utilidad para gestionar recursos que les permitiera a los jóvenes satisfacer sus necesidades más urgentes como comer o conseguir ropa seca. Esta etapa también incluyó la búsqueda de atención frente a situaciones de urgencia en instituciones hospitalarias.

Experiencias en instituciones de salud

En el periodo en el cual buscaron ayuda acudieron a instituciones de salud. Como generalmente acudieron a hospitales, relataron la exclusión que padecieron los jóvenes en estos ámbitos. Los entrevistados refirieron que durante el período de consumo, en general, fueron expulsados de las instituciones de salud. Por eso, ellos relataron que frente a la posibilidad de no ser atendidos, preferían autoexcluirse para no exponerse a situaciones violentas. Los jóvenes dejaron en claro que sólo asistieron en la medida que fuera expresamente necesario o urgente.

La escasa cantidad de protocolos existentes para la atención de los usuarios de drogas en general y para los de PB/paco en particular en los hospitales y centros de salud puede ser una explicación posible para la situación descrita con anterioridad. Pero al mismo tiempo, hay que destacar que las asimetrías existentes entre jóvenes, los servicios de salud y los hospitales son producto de prácticas que se encuentran instituidas en el imaginario colectivo de los profesionales que temen por su seguridad cuando atienden a quienes están bajo los efectos de la PB/paco. Esta cuestión es considerada por los jóvenes cuando recuerdan el modo en el cual llegaron a la consulta.

No obstante, si sólo se observaran las conductas institucionales expulsivas, no se podría dar cuenta de que hubo miembros de los establecimientos que los jóvenes recordaron como nexos entre la dolencia por la que llegaron al ámbito hospitalario y el posterior tratamiento. Los profesionales que se mencionan en este estudio fueron los impulsores de redes de atención y derivación. Muchos de los jóvenes comentaron que si no percibían buena voluntad por parte de los expertos en salud, se *autoexcluyeron* para evitar situaciones de violencia, golpizas o por la vergüenza que les generaba la situación en la que llegaban. Otro factor que los expulsó de estos ámbitos, se relacionó a las largas esperas en las que se sentían expuestos a la mirada de los demás pacientes. Estas situaciones contribuyeron a que se abstuvieran de concurrir a los espacios si no era por una estricta emergencia.

Si el profesional que los atendía no mostraba empatía, ellos relataron que prefirieron huir de la consulta. En lo que respecta a las internaciones, generalmente, relataron que preferían escaparse porque se sintieron intimidados o temerosos de la situación. Como las instituciones hospitalarias son grandes, en la mayoría de los casos, se sintieron amedrentados, por lo que recurrieron a centros de salud barriales en los que conocían a los profesionales.

Experiencias de tratamiento

Del análisis de las experiencias de los jóvenes ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento (públicos, privados, religiosos o laicos) destinados a resolver los consumos intensivos de drogas de la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), se destacan varias cuestiones: la primera es que la mayoría de las ofertas de tratamiento están orientadas a los varones. Todavía son incipientes los espacios que pueden contener a las mujeres o que ofrezcan tratamientos mixtos. En general, la visión del usuario de drogas como enfermo, inadaptado, desviado o potencial delincuente sigue siendo hegemónica en las instituciones de salud en general y en los espacios destinados a la recuperación/ reinserción de los jóvenes. En general, la estructura organizativa de la mayoría de los ámbitos orientados a la recuperación/ reinserción de los jóvenes es jerárquica y vertical. Quienes poseen mayor trayectoria institucional orientan a los recién llegados.

En estos esquemas existe un sujeto cuyo recorrido en el tratamiento lo convierte en capaz de guiar, controlar, cuidar y explicar las reglas de las instituciones a los recién llegados. Así, a partir de la creación de vínculos pseudo-familiares los miembros más avanzados consideran que están habilitados para remarcarle a los “nuevos” todas las acciones que atentan contra él o un tercero. En la mayoría de los casos, las conductas resaltadas como inapropiadas se dieron en un marco de tensa tranquilidad, pero cuando los jóvenes ex consumidores de PB/paco no lograron comprender las dinámicas de los espacios aparecieron los reclamos con malos modos, las acusaciones o las frases hirientes entre pares.

Los jóvenes remarcaron que para comenzar a rehabilitarse sólo necesitaron demostrar interés, aunque el momento de tomar la decisión se tornó complejo. Si bien no se describieron trabas para el acceso inicial, muchos aludieron a problemas concretos que demoraron el ingreso como falta de documentación, ausencia de un

familiar que se responsabilizara, existencia de una enfermedad crónica que requería mecanismos de profilaxis para evitar contagios.

Como se puede analizar, el ingreso formal no representó un gran inconveniente para los jóvenes. Pero habría que desatacar que tuvieron que atravesar pruebas o entrevistas iniciales en las que en pocos casos recordaban lo que se les indicó respecto a las reglas de los espacios.

El desembarco en los espacios produjo así un problema que, según los entrevistados, se visibilizó una vez comenzado el tratamiento. Así, independientemente de la modalidad de la instituciones, ellos refirieron que no pudieron comprender las explicaciones que se les ofrecieron al principio porque estaban “muy fisuras” y por lo tanto, una vez avanzado el proceso tuvieron inconvenientes con el cumplimiento de las reglas porque no las comprendieron durante las primeras semanas. Esta situación hizo que a medida que atravesaron diversos tratamientos pudieran ordenar y comprender lo que se esperaba de ellos.

El proceso de admisión a las instituciones, desde la perspectiva de los jóvenes, en general, no contempla el estado en el que llegan. Por esa razón, en la medida en que fueron conectándose con el espacio hubo dinámicas o reglas que no terminaron de asimilar y, como se suponía que las debían conocer, se los castigaba si no actuaban como se esperaba que lo hicieran. Estas situaciones sólo pudieron superarse si alguno de sus pares les explicaba lo que sucedía o si ellos comenzaban a investigar cuáles eran las normas que no debían transgredir. Uno de los comentarios más escuchados durante el proceso de trabajo fue que hubiera sido beneficioso que las medidas organizativas pudieran ser recordadas varias veces durante el proceso de rehabilitación para que consiguieran incorporarlas sin angustia y “sin violencia”.

En lo que respecta estrictamente a las instituciones, los jóvenes desde sus experiencias, identificaron diferentes tipos. Primero, las que fueron *flexibles* e intentaron considerar la historia previa, el contexto del cual provenían y no estigmatizaban el barrio. Estos ámbitos se caracterizaban por un clima distendido y por el diálogo permanente.

En segundo término, las que en pos de la mejoría exigían la *abstinencia total* remarcando constantemente que las decisiones previas fueron erróneas y que por lo tanto no estaban en condiciones de emitir opiniones.

Finalmente, los espacios en los cuales se alejarían del consumo por medio de lo que se denomina *labor terapia*, donde demostrar que no se era holgazán o “flojo” fue

un elemento que se consideraría central para dar por concluido el proceso de recuperación. No obstante, luego de concluido el proceso de tratamiento la estadía se tornaba borrosa porque los acuerdos de convivencia no siempre estuvieron delimitados claramente. Por eso, muchos jóvenes recordaron que actuaban demostrando que entendían para que no los hostiguen. Otros, se definieron más resistentes y fingían estar de acuerdo con todas las reglas para poder escapar posteriormente.

Los entrevistados que realizaron más de tres procesos de recuperación se describieron como “expertos” en conseguir tratamientos porque lograron organizar discursos con los que podían convencer a los profesionales. También relataron que pasadas varias entrevistas de admisión ya sabían a qué lugares serían derivados si pronunciaban palabras inadecuadas. Otra cuestión importante para obtener la estadía en los espacios fue demostrar el empeño por mejorar. De este modo, se conseguirían instituciones más convenientes y menos duras.

Durante las entrevistas, los jóvenes destacaron que durante el desarrollo de los tratamientos se presentaron obstáculos que impedían la mejoría. Así, las medidas discrecionales que adoptaban las autoridades, evidenciada en la preferencia de algunos jóvenes por sobre otros, generaba situaciones de violencia. Estas razones, fueron las que motivaron el alejamiento y el posterior abandono de los espacios. Muchos recordaron que algunos tratamientos les recordaban a las situaciones de encierro vividas en las cárceles.

Cuando se les pidió que rememoren el trato que recibieron durante el proceso de rehabilitación recordaron que, generalmente, las rutinas cotidianas los incomodaban. Así, el trabajo doméstico, el exceso en la jornada laboral terapéutica a través de tareas de albañilería, cocina, costura o jardinería, las ventas ambulantes con objetivos de venta prefijados, o las tareas de prevención para obtención de dinero en la vía pública fueron los principales motivos por los cuales los jóvenes recordaron que decidieron alejarse.

En relación a las tareas domésticas tenían escasa popularidad porque fueron incorporadas abruptamente. Además, cabe recordar que muchos jóvenes previamente estuvieron en situación de calle y los quehaceres domésticos les resultaban ajenos o innecesarios en las etapas iniciales. Si bien ellos reconocieron que los centros necesitan de reglas claras, la mayoría destacó que las rutinas no

fueron progresivas, sino que se impusieron intempestivamente al momento de la entrada, dejándoles la responsabilidad de tolerar o no el tratamiento.

A pesar de las tareas, muchos recordaron que se quedaron en los espacios para aprovechar el tratamiento psicológico, porque los aliviaba la posibilidad de conversar con un profesional. En general, para casi todos los entrevistados, la figura de los especialistas fue considerada central porque eran los actores clave para “descargar” todas las emociones contradictorias y lograr así pequeños avances que los ayudasen a enfrentarse con sus historias.

Los jóvenes ocuparon diferentes posiciones en los centros según las conductas que tenían. Si eran considerados “dóciles” -cumplían sin comentarios con las tareas asignadas- podrían acceder a beneficios extras tales como porciones de comida más abundante o elección de compañeros de cuarto, en el caso que estuvieran en la modalidad de internación. En cambio, si eran considerados “revoltosos” pasaban a ser señalados como los problemáticos y estaban mucho más vigilados. Según lo relataron, tener buena relación con los equipos directivos se tornaba central para garantizar una estadía pacífica y sin sobresaltos.

El trabajo expuesto indica que el desafío que enfrentan los espacios de tratamiento destinados a los sectores vulnerabilizados consiste en abandonar los dispositivos de encierro tradicional para asumir un trabajo integral e intersectorial con diversas instituciones, tales como Iglesias de diversos credos, escuelas, centros comunitarios, grupos de laicos, hospitales, centros de salud, entre otros.

Los jóvenes apreciaron y destacaron los lugares en donde les brindaban una ayuda integral, se realizaban tareas de capacitación, se resolvían situaciones cotidianas como la obtención de documentos de identidad, e incluían actividades lúdicas, recreativas y deportivas. Cuando rememoraron su estadía en los centros, recuperaron la figura de un referente o el buen trato. Muchos jóvenes de las zonas más vulnerabilizadas buscaron no perder el contacto con los centros de tratamiento hasta lograr organizar sus vidas. En este sentido, recurrían a comer, a hacer una changa o sencillamente a hablar. Según sus relatos en estos ámbitos se pudieron reconstruir vínculos que parecían disueltos con amigos, familiares o parejas. Otro factor importante que mencionaron para que el tratamiento les diera resultado fue que en algunos espacios no les exigieron que dejen el consumo de modo abrupto, sino que se los ayudó llevar a cabo un abandono progresivo del consumo. Al mismo tiempo, fue muy importante que el centro mantenga las puertas abiertas y conozca

el contexto. Según los entrevistados, los espacios más flexibles están caracterizados por el trato humanizado y las redes de apoyo (laboral, social y cultural) que se pueden armar en función de la recuperación. El espacio de talleres artísticos, la práctica de algún deporte o las salidas recreativas, fueron muy valoradas por los jóvenes.

Aportes para el debate

Según los relatos recopilados en este trabajo, las recaídas por consumos de PB/paco tuvieron dos motivos. El primero que relataron los jóvenes fue que no pudieron adaptarse nuevamente a sus contextos de origen y el segundo, se relacionó a que se retiraron antes de los tratamientos. Esta última razón, puede ser explicada si se considera la inexistencia o la falta de un dispositivo que contemple las necesidades contextuales específicas de los ex consumidores de PB/paco, como por ejemplo la ausencia de ámbito donde residir, la situación de calle o las enfermedades crónicas como VIH, sífilis, tuberculosis, entre otras.

Para poder complejizar la cuestión hay que preguntar cuáles son los factores que llevan a los jóvenes a realizar más de un tratamiento y cuáles son los elementos expulsivos y las prácticas que acercan y que contribuyen a la finalización de los procesos de rehabilitación. A lo largo de este trabajo se han destacado algunos elementos que pueden ayudar a comprender mejor la cantidad de tratamientos que realizan los jóvenes.

A partir del análisis realizado se destaca que los esquemas unificados de abordaje no consideran las necesidades particulares ni contextuales de estos jóvenes. Los intentos de afrontar la temática desde la perspectiva de la salud pública son aún incipientes.

En Argentina, la particularidad de la población consumidora de PB/paco radica en que, generalmente, el perfil se asocia mayoritariamente a los varones. No obstante, en los barrios se evidencia el consumo de mujeres y se visualizan situaciones de vulnerabilidad a las que se encuentran expuestas, junto a menores.

Debido a las inequidades existentes en el sistema de salud cuando los jóvenes acudieron a pedir ayuda, refirieron que en pocas ocasiones encontraron espacios que estuvieran dispuestos a recibirlos o profesionales que intentaran contenerlos. Pero, a la vez, mencionaron que cuando algún trabajador del sistema de salud o

profesional los ayudó lo consideraron una referencia a la que podrían acudir en cualquier etapa de vida.

En la medida que lograron acercarse a las instituciones vislumbraron la posibilidad de cuestionar su estado físico o pudieron expresar miedos a la muerte o a situaciones límites. Estos fueron los puntos de inflexión que les permitieron solicitar ayuda.

A lo largo del trabajo se intentó demostrar que resulta imprescindible analizar las experiencias de los jóvenes en los centros de tratamiento porque de este modo se podrá examinar qué tipo de respuestas se brindan en los diversos espacios y cuáles fueron más beneficiosas para ellos.

Las dificultades destacadas por los jóvenes para la culminación de los tratamientos invitan a pensar mecanismos para abordar la temática de un modo integral. Las experiencias de los jóvenes entrevistados dejan en claro que las instituciones que presentan exigencias rígidas tales como falta de atención psicológica sostenida en el tiempo o el desconocimiento del contexto del cual provienen los jóvenes, los expulsa rápidamente porque ellos no pueden adaptarse a los requerimientos para lograr la continuidad en el tiempo. Este tipo de instituciones obstaculizan el proceso de recuperación porque les exigen el cumplimiento de muchas tareas en tiempos breves. De este modo, se pierden oportunidades de intervención y los jóvenes deciden alejarse.

La falta de información sobre las expectativas y las tareas que se esperan que los jóvenes realicen en las instituciones, lejos de ayudarlos a mejorar generaron angustia y miedo. Por lo tanto, sería esperable que al momento de trabajar con este tipo de poblaciones la información se repita en varias ocasiones y se los ayude a comprender qué es lo que se espera de ellos y por qué las acciones solicitadas redundarán en el bienestar futuro.

La incorporación de los jóvenes consumidores de PB/paco a los espacios debe realizarse de manera progresiva, efectuando una transición en la que el joven logre adaptarse y mantener la decisión que ha tomado. En este sentido, será útil pensar que existe diversidad en los tiempos de recuperación y que algunos quizá nunca dejen de consumir. Por lo tanto, habría que pensar, para abordar el tratamiento de los ex usuarios de PB/paco, esquemas que reduzcan el consumo de manera progresiva. De este modo, se podrían aprovechar las oportunidades y los recursos socio-sanitarios.

Según los jóvenes en los espacios flexibles, sensibles a sus necesidades comunitarias, se sintieron comprendidos y contenidos. Por esta razón, según ellos, son los más propicios para realizar su recuperación.

Los dispositivos más populares frente al consumo de drogas en general y particularmente de PB/paco siguen utilizando la reclusión y el aislamiento para reinsertar socialmente a los jóvenes. Los resultados de este estudio invitan a problematizar estas cuestiones en pos de la construcción de espacios que respeten la historia y el contexto de los jóvenes.

La tarea realizada en esta tesis presenta elementos que podrían ayudar a pensar y repensar las estrategias de atención/reinserción. Al mismo tiempo, invita a considerar dos aspectos fundamentales. En primer lugar, los tratamientos y modelos de abordaje deben considerar las necesidades económicas, contextuales y de género de los jóvenes con consumos de PB/paco. Por otra parte, con vistas a optimizar los recursos otorgados por el Estado, es imprescindible que se realicen controles en los espacios para evitar abusos, destratos y pérdidas de oportunidades. Estas cuestiones podrían contribuir a mejorar la calidad de la atención de los jóvenes con consumo de PB/paco y a visibilizar los límites y potencialidades de las respuestas socio-sanitarias existentes.

- Acosta Piedra, Y., Piedra Herrera, B. (2011). *La iatrogenia*. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana 8 (1), 141-155.
- Adissi, G. (2013). *Reveses del Derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de Salud mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)*. (Tesis de Doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Arendt, H. (1950) *¿Qué es la política?* Buenos Aires: Paidós
- Arendt, H. (1974). *La condición humana*. Barcelona, España: Seix Barral
- Arendt, H. (1998). *Sobre la Revolución*. (Cap.1 y 2. Selección). Madrid: Alianza
- Arizaga, C. (2007a). *Aspectos Cualitativos del consumo de PB/paco de cocaína/ paco*. Informe Final. Buenos Aires: SEDRONAR/OAD.
- Arizaga, C. (2007b). *La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de psicotrópicos en adultos*. Informe Final. Buenos Aires: SEDRONAR/ OAD.
- Aureano, G. (1997). *La construction politique du toxicomane dans l' Argentine post- autoritarire. Un cas de Citoyenneté à Base intensité*, Thèse (Ph.D.) Departament de Science Politique. Faculté des Arts et des Sciences, Montréal, Université de Montréal.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ayres, J. R. (2011). *Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade*. En Pinheiro, R. y Gomes da Silva Junior, A. (org.), *Cidadania no cuidado*. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS – UERJ-ABRASCO.
- Ayres, J. R. C. M. et al. (2008). *El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos*. En: Czeresnia, D. y Machado, C. (Orgs.) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias* (pp.135-161).
- Ayres, J. R., Paiva, V. y França Jr. I. (2013). *Conceptos y prácticas de prevención: de la historia natural de la enfermedad al cuadro de la vulnerabilidad y los derechos humanos*. En Amuchástegui, A., Pecheny, M., y Paiva, V. (Eds). (2013). *Promoción de la salud, derechos humanos y vulnerabilidad*. Buenos Aires: En prensa.
- Ayres, J. R. C. M.; Paiva, V.; Buchalla, C. M. (2012). *Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução*. En: *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde*. Livro 1. Curitiba: Juruá Editora (pp. 9-22).
- Barrón, López, S. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI editores.

- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. (pp. 19-21) Buenos Aires: Editorial Barral.
- Bauman Z. (1995). *Legisladores e intérpretes*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Bauman, Z. (1999). *La globalización. Consecuencias Humanas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2002). *La Cultura como Praxis*. Introducción. Buenos Aires: Editorial Paídos.
- Bauman Z. (2009). *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paídos.
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Becker, H. (1982). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Becker J.B.; Hu M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol* 29: 36–47.
- Bourdieu, P (2007). *La miseria del mundo*. (pp. 527-35). Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (1977) *La ilusión biográfica. Razones Prácticas*. España: Anagrama. Colección argumentos.
- Bourgois, P. (2005). Crack-Cocaína y Economía política del sufrimiento social en Norteamérica. *Monografías Humanitas* (5), 95-103.
- Briceño Gil, M.A (2006). Cuidado policontextual de la salud: bases filosóficas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, (15), 142-5.
- Cabral, *et al.* (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4433-4442. Brasil.
- Camarotti, A. C. (2006). *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños*. Tesis de Maestría, Programa de Maestría en Políticas Sociales. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Camarotti, A. C. y Touris, C. (2010). Consumo/uso de PB/paco en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Artemisa*. Recuperado de: <http://www.artemisnoticias.com.ar/images/FotosNotas/Mujeres%20PACO%20%20Camarotti%20Touris.pdf>
- Camarotti, A.C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Camarotti, A.C. (2013). *Investigación-acción con mujeres consumidoras de PB/paco: abordar la vulnerabilidad activando prácticas de cuidado*. Buenos Aires: Mimeo.
- Camarotti, A.C. y Güelman, M. (2013a). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, (3), 69-78.
- Camarotti, A.C., Di Leo, P., Kornblit, A. L. (2007). Ocio y tiempo libre en los jóvenes. En A. L. Kornblit (coord.) *Juventud y vida cotidiana*. Buenos Aires: Biblos.
- Camarotti, A.C., Güelman M. (2013b). Lazo social y usos de drogas: los consumos desde las significaciones juveniles. En Di Leo, P.F. y Camarotti, A.C. (coords), *Quiero escribir mi historia. Vida de jóvenes en Barrios Populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Camarotti, A.C., Kornblit, A.L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: Construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.
- Canay, R., Brasesco, V., La Rosa, S. (2012). La resiliencia en los tratamientos por consumo de paco. *Acta Psiquiátrica*, (58), 104-109
- Candil, A. (2012). Apuntes sobre la pasta base / paco. Revista Razón y Revolución Nro. 23 / 2do semestre 2012. Buenos Aires: Ediciones ryr.
- Castaño, G.A. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*. 12(4), 541-550.
- Castel, R. y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía. En Ehrenberg, A. (2004). *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castel, R., Kessler, G., Merklen, D. y Murard, N. (2013). *Individualización, Precariedad, Inseguridad ¿Desinstitutionalización del presente?* Buenos Aires: Paidós.
- Castilla, M. V., Lorenzo, G. (2013). *Consumo de pasta base/paco, prácticas de rescate y religiosidad pentecostal*. Sociedad y Religión, 23(39), 54-78.
- Castilla, M. V., Olsen, M. C., Epele, M. (2012) Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de Pasta Base/Paco en Buenos Aires, Argentina. Antípoda. *Antropología y Arqueología*, (14), 209-229. Bogotá, Colombia: Universidad de Los Andes.
- CICAD (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas*. Washington: Organización de los Estados Americanos, OEA.
- CICAD (2013) *Consumo de pasta base de cocaína en américa del sur: revisión de los aspectos epidemiológicos*. Washington: Organización de los Estados Americanos, OEA. Disponible en <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/psc.pdf>
- CICAD (2014) *Informe de Evaluación sobre el Control de las Drogas. Argentina*. Washington: Organización de los Estados Americanos, OEA.

- Ciccolella, P. (1999). Globalización y dualización en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Grandes inversiones y reestructuración socioterritorial en los años noventa. *En EURE*, 25 (76), Santiago de Chile.
- Comas Arnau, D. (2010). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D. Comas Arnau (Editor). *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp.13-41). Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Comas, D. (2003). *Jóvenes y estilos de vida. Valores en riesgos en los jóvenes urbanos* (coord.) Madrid: FAD, INJUVE.
- Comes, Y. (2003). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. (Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2004). *Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Secretaria de investigaciones, Anuario de investigaciones, volumen XII.
- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, (2009). *Drogas y democracia. Hacia un cambio de paradigma*. Recuperado de http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf
- Comisión Nacional de Drogadependencia-Conferencia Episcopal Argentina (2014).
- Comité de la Magistratura de la Nación, (2010). Documento de la comisión interdisciplinaria de expertos en adicciones. Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Corda, R. A. (2012). *Sistemas desproporcionados: desproporción y costos económicos, institucionales humanos de la política sobre estupefacientes en Argentina*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil.
- Corda, R. A., Galante, A., Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delinquentes enfermos a sujetos de derecho*. Ciudad de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Cravino, M.A. (2009) *Vivir en la Villa. Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cravino, M.C. (2008). *Los mil barrios (in)formales .Aportes para la construcción de un observatorio del hábitat popular del Área Metropolitana de Buenos Aires*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cymerman, P.; Touze G. y Rossi, D. (1998). *La estrategia de reducción de daños como política preventiva*. Rosario: Homo Sapiens.
- Chardón, M.C. y Scarímbolo, G. (2011). En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus Transformaciones. En Curso de Postgrado en *Salud Pública*,

Prácticas Integrales de Cuidado y su construcción social. Quilmes/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- Chaves, M. (2006). Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales. En E. Faur (coord.), *Estudio Nacional sobre Juventud en la Argentina*. La Plata-Buenos Aires: IDAES.
- Chaves, M. (2010). *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana*. Buenos Aires: Espacio.
- Chávez Plazas, Y. A.; Falla Ramírez, U. (2004). Realidades y falacias de la reconstrucción del tejido social en población desplazada. *Tabula Rasa*, 2 (1), 169-187
- Chiara, M. y otros (2010). *Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de San Fernando*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiosso, F.G. (2011). Reflexiones sobre el modelo de rehabilitación en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Buenos Aires: Mimeo.
- D'Angelo, O. (1986). Las tendencias orientadoras de la personalidad y los Proyectos de Vida futura del individuo. En: *Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad*. La Habana: Pueblo Educación
- Danani, C. (1998). La reforma de la seguridad social Argentina: el caso de las obras sociales.
- Danani, C. (2005). La construcción socio-política de la relación asalariada. Obras sociales y sindicatos en la Argentina, 1960-2002. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales (publicada). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Danani, C. y Grassi, E. (2008) Ni error ni omisión. El papel de la política de Estado en la producción de las condiciones de vida y de trabajo. El caso del sistema previsional, Argentina 1993-2008. en Lindenboim, Javier (comp) *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires: Eudeba.
- Danani, C. y Grassi, E. (2013). El balance de una década. Avances y cuestiones pendientes, 2003-2013-X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población Instituto Gino Germani. Área Salud y Población –Facultad de Ciencias Sociales UBA-Buenos Aires, 21-22 de noviembre de 2013.
- Daroqui, A. (2009). *Cuerpos Castigados. Malos tratos físicos y torturas en cárceles federales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto- Procuración Penitenciaria de la Nación.
- Del Cueto, A.M. (2014) *La salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Delor, F. y Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medicine* 50 (pp1557-1570).
- Denzin y Lincoln (1994). En Vasilachis de Gialdino, I (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*, (pp 24). Barcelona: Gedisa.

- Di Leo, P.F y Camarotti, A.C (2013). *Quiero escribir mi historia. Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Dirección General de políticas Sociales en Adicciones, (2010). Informe final. Buenos Aires: Observatorio del Gobierno de la CABA.
- Documento presentado en el encuentro sobre drogadependencia en la Parroquia Cristo Obrero de la Villa 31 bis (CABA)*. Recuperado de: www.aica.org/print.php?doc=4092
- Donzelot, J. (1999). La nueva cuestión urbana En *Esprit* 258 (87-114). París.
- Dubet, F. y Martucelli, D (2002) *En la escuela. Sociología de la experiencia escolar*. Buenos Aires: Losada
- Ehrenberg, A. (2004). *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- El Abrojo*, (2007). *El Equilibrista*. Montevideo: Frontera editorial.
- Engelman, M. (2006). *Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud*. (Vol. XIV). Secretaria de investigaciones, Anuario de investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Epele, M. (comp.). (2013) *Padecer, Cuidar, Tratar. Estudios socio-antropocéntricos sobre el consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2008). Consumo de PBC y Prácticas informales de Cuidado de la Salud en Poblaciones Marginalizadas del AMBA. VIII Jornadas de Salud y Población. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani. En línea webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/.../epele,_maria_viii_jsyp.doc
- Epele, (2007) Consumo y tráfico de drogas en territorios empobrecidos. Encrucijadas (48) en línea <http://www.uba.ar/encrucijadas/48/sumario/enc48-consumoytrafico.php>
- Epele, M. (2003). Changing cocaine consuming practices. Neo-liberalism, HIV-AIDS and Death in an Argentine Shantytown. *Substance Use & Misuse*, 38(9), 1181-1207.
- Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2009). *La droga en las villas: despenalizada de hecho*. Recuperado de: http://www.fadu.uba.ar/mail/difusion_extension/090508_sac.pdf
- Equipo de Sacerdotes para las Villas de emergencia .Arzobispado de Buenos Aires (24 de junio de 2010). *El desafío del paco*.
- Escohotado, A. (1990). *El libro de los venenos*. Barcelona: Anagrama.

- Escohotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fitoussi, J. y Rosanvallón P. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manatíal.
- Fleury, S. (1997). Universalidad o focalización: dilema de Estados sin ciudadanos. En 7º Congreso Latinoamericano de Medicina Social. *Salud, Problema y Debate* (16), 12-19.
- Folgar, L. (2006). De latas y lateros: usuarios de PBC y sus mundos de sentido. Recuperado de: http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2006/art06_20.Pdf
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Gadamer, H. G. (2007). *Verdad y Método*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Galan, C. y Calvo, D. (comps). (2007). *Historia, contexto y actualidad en el campo PSI*. Rosario: Editorial El Campo Psi.
- Galante, A., Rossi D., Goltzman, P. y Pawlowicz, M.P. (2010). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*. Universidad Nacional de La Plata, (14), 113-121.
- Galeano, E. (2013). Seré curioso. *Patatas para arriba: la escuela del mundo al revés*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Galeano, E. (2013). Los nadies. *El libro de los abrazos*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Galende, 2007. Medicalización. *EL CAMPO PSI, Revista de Información Especializada "Historia, Contexto y Actualidad en el campo psi. Jornadas por la Memoria"* (Sede de Gobierno Universidad Nacional de Rosario; Noviembre 2007 - www.campopsi.com.ar/libro).
- Galende, E. (2000). Psicoanálisis y salud mental. *Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1990). Los Movimientos de Psiquiatría Institucional (cap.4) y Constitución de las políticas en Salud Mental (cap.5). En E. Galende, *Psicoanálisis y Salud Mental*. Ed. (139-230). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. *Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires: Paidós.
- Garbi, S. (2013). La administración de la palabra en las comunidades terapéuticas. En Epele, M. (comp.), *Padecer, Cuidar, Tratar*. Estudios socio-antropocéntricos sobre el consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia.
- Garbi, S., Touris, M.C. y Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(7), 1865-1874.

- Garbi, S. y Touris, C. (2010). Uso de drogas. Malestares y tácticas terapéuticas: el confronto, como técnica de subjetivación. *Trabalho apresentadona 27. Reuniao Brasileira de Antropologia*. 1-4 Agosto 2010, Belem, Pará, Brasil.
- García, F.M. y García, G.A. (2005). *Iatrogenia y dyspraxis médica. Un enfoque bioético*. Revista de la Facultad de Medicina. 28 (1), 6-11.
- Garibotto G., Caliocchio L., Latorre L., Scarlatta L, Blickman T (2006). *El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el sur*. Transnational Institute, Serie Drogas y Conflicto, Documentos de Debate N° 14, Ámsterdam. Disponible en: <http://www.tni.org/es/archives/know/34> Último acceso 19/03/2010.
- Giberti, E. (2005). *La Familia a pesar de todo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). The discover of grounded theory. *Strategies for qualitative resarch*. Chicago: Aldive.
- Goffman, I. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goltzman, P. (2010). Impacto de las políticas de drogas en la situación socio-sanitaria de los usuarios de drogas. Buenos Aires: Intercambios/Punto Seguido: Mimeo.
- Goltzman, P., Amorín E., (2013). *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión y... vuelta*. Buenos Aires: Asociación Civil Intercambios.
- Goti, M.E. (1990). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. pp 21-25 Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Guber, R. (1990). *El salvaje Metropolitano*. Buenos Aires: Legasa.
- Hamilton, G. (2001). *Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos*. Recuperado de: <http://www.isalud.org/documentacion>.
- Hegel, G.W.F. (2007). *Fenomenología del Espíritu*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Heidegger, M (1987) *Identidad y diferencia*. Barcelona: Anthropos
- Hernández, I., Arenas M. y Valdez, R. (2005). *No dejarse caer en cama: las mujeres y los servicios de salud*. Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro. Julio-Agosto.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Hopenhayn, M. (2002). Droga y Violencia: Fantasmas de la Nueva Metrópoli Latinoamericana. Polis. *Revista Académica de la Universidad Bolivariana*, 1 (3).<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html>

Illich, I. (1975). *Némesis Médica*. Barcelona: Breve Biblioteca de Respuesta. Seix Barral Editores.

Informe 1º jornada sobre el “Desafío del Paco” (2010) Recuperado de:
<http://blogsdelagente.com/drogas/2010/06/25/el-desafio-del-paco-documento-de-los-curas-de-las-villas-de-emergencia/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2008). *Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.

Intercambios Asociación Civil (2015a). *¿Nuevos aires en políticas de drogas?*. Disponible en:
<http://www.intercambios.org.ar/15-ideas/noticias/comunicados/%C2%BFnuevos-aires-en-politicas-de-drogas/>

Intercambios Asociación Civil (2015b). *¿Qué es reducción de daño?* Disponible en:
<http://www.intercambios.org.ar/reduccion-de-danos/%C2%BFque-es/%C2%BFque-es-reduccion-de-danos/>

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici (comp). *Psicología social*. Tomo I y II. Barcelona: Paídos.

Kant, I. (1998). *¿Qué es la Ilustración?*. Buenos Aires: FCE.

Kessler G.; Di Virgilio, M. (2002). La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las dos últimas décadas. *Revista de la CEPAL*, (95), 31-50.

Kornbit, A. L. et al. (1989). *Estudios sobre drogadicción en la Argentina*. Buenos Aires: Nueva visión.

Kornblit, A.L. (Comp.) (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción*. Buenos Aires: Ed. Biblos.

Kornblit, A.L., Camarotti A.C. y Di Leo, P. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Material de estudio del Curso Prevención del consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Ministerio de Educación. UNICEF. Instituto de Investigaciones Gino Germani y Educ. ar.

Kornblit, A.L., Mendes Diz, A.M., Camarotti, A.C. y Calvi, G. (2005). Perfiles sociales de consumidores de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En A. L. Kornblit (coord.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.

Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Shoenfeld, Z., Guerreira, L. y Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del trabajo social.: En *Revista Cátedra Paralela* (4).

Ley N 23.737 Tenencia y Tráfico de Estupefacientes (1989). Disponible en:
<http://www.mseg.gba.gov.ar/Investigaciones/DrogasIllicitas/ley%2023737.htm>

Ley Nacional de Salud Mental (2011). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf

Ley Nº 19.567 de estupefacientes. (1989) Buenos Aires: Ministerio de Justicia de la Nación.

Lomnitz, L. (2008). ¿Cómo sobreviven los marginados? México: Ed. Siglo XXI.

Lomnitz, L. (1994). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. México: FLACSO.

Luhmann, N. (1998). Inclusión y exclusión. En *Complejidad y modernidad* (pp173, 176,193). Madrid: Trotta.

Margulis, M. y Urresti, M. (1996). Moda y juventud. En Margulis, M. (comp.). *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires: Biblos.

Marques, A. L. M. y Mangia, E. F. (2013). Therapeutic Itineraries of individuals with problems consequent to harmful use of alcohol. *Interface (Botucatu)*, 17, (45), p.433-44

Martín, D.M. (2013). Los buenos y los malos. Nociones sobre las redes vinculares de usuarios de PBC en profesionales de la salud. *7º Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Instituto de Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Martins, P. H. (2008). Usuarios, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. En Pinheiro, R. y Mattos R. (coords.), *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc.

Martins, P. H. (2009). Mares (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais y operacionais”. En Pinheiro, Martins, P.H [orgs.]. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuario: abordagem multicentrica*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-Editora Universitária UFPE-ABRASCO.

Martuccelli, D., y De Singly, F. (2010). *Les Sociologies de l'Individu*. Paris: Armand Colin.

Martuccelli, Danilo (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.

Martuccelli, Danilo (2007). *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Santiago de Chile: LOM.

Martuccelli, Danilo (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris: Armand Colin.

Meccia, E. (2003). *Derechos molestos. Análisis de tres conjeturas sociológicas relativas a la incorporación de la problemática homosexual en la agenda política argentina*. Revista Argentina de Sociología, vol. 1, núm. 1, noviembre-diciembre, pp. 59-76 Buenos Aires, Argentina: Consejo de Profesionales en Sociología.

Mecha, A. (2013). (Des) Dibujando sujetos. Los discursos expertos sobre la pasta base “paco” y sobre sus usuarios en Epele M. (comp.) *Padecer, Cuidar, Tratar. Estudios socio-*

antropocéntricos sobre el consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia.

- Mecha, A. (2009). *Usuarios de drogas. Representaciones sociales y abordaje terapéutico*. 1° Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología 16° Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Mendes Diz, A.M.; Di Leo, P.F. y Camarotti, A.C. (2004). “La construcción histórico-social de la juventud: Una aproximación a la promoción de la salud en el ámbito escolar”. En *Aprendizaje Hoy*, 58, (pp. 7-14).
- Menéndez, E. (1982). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia, F. y otros (Comps). *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de salud* (pp 13). Buenos Aires: Ed. Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1988). Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud. *2° Jornadas de atención primaria de la salud*. Buenos Aires, Argentina: AMRHNRG-CONAMER.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? En *Alteridades*, 4, (7) México: UAM, Iztapalapa.
- Menéndez, E. (2003). *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. México: CIESAS. SPAM.
- Menéndez, E.L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8 (1), 9-24.
- Menéndez, I. (1998). Etnografía de la droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas. Bs. As: Espacio Editorial
- Míguez, H. (2007). El uso de paco y la segunda exclusión. *Acta Psiquiátrica y Psicología de América Latina*. 53(1)18-22.
- Milanese, E. (2013). Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de trabajo para el operador. En línea: <http://procrearfundacion.org/images/pdf/manual.pdf>
- Observatorio de la Deuda Social Argentina /UCA/BID (2015). *Encuesta a Jóvenes de Asentamientos Informales del Conurbano Bonaerense*. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica.
- Observatorio de la Deuda Social Argentina /UCA/BID (2016) *Pobreza y desigualdad por ingresos en la argentina urbana 2010-2015. Tiempos de balance*. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito- UNODC (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Resumen Ejecutivo*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito- UNODC (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas 2014. Resumen Ejecutivo*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- OMS (1974). *Comité de Expertos en Farmacodependencias. Serie de Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud*, 551, Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas. Antecedentes. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/drugabuseday/background.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (1946) *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100. Nueva York, NY, Estados Unidos de América.
- Paiva, V. (2013). Escenas de la vida cotidiana: metodología para comprender y reducir La vulnerabilidad en la perspectiva de los derechos humanos. En Amuchastegui, A., Pecheny, M y Paiva, V (Eds) (2013) *Promoción de la salud, derechos humanos y vulnerabilidad*. Buenos Aires: En prensa.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS: related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine* 57, 13-24.
- Passos Nogueira, R. (2003). A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 7 (12), 185-190.
- Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos. *En Serie Mujer y Desarrollo*. Num. 8. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. En División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales 159. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pawlowicz, M., Galante, A., Goltzman, S., Rossi, D., Touzé, G., Cymerman, P. (2012). Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos *Panorámicas de salud Mental. A un año de la ley Nacional N°26657*. Buenos Aires: Ministerio Público Tutelar, Eudeba.
- Pawlowicz, M.P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Touzé, G. (octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. *2º Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina.
- Pawlowicz, M., Rossi, D., Galante, A., Faraone, S., Goltzman, P., Zunino, S., Touzé, G., Silberberg, M. y Cymerman, P. (2006). Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario. *13º Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Pecheny, M., Manzelli, H. (2002). Vida cotidiana con VIH-SIDA y/o Hepatitis "C". Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. *Seminario V, Serie Seminarios Salud y Política Pública*. Buenos Aires: CEDES.
- Perrone, N. y Teixido, L. (2006). Estado y salud en la argentina *Revista de la Maestría en Salud Pública* 5, 10.
- Pinheiro, R. y Gizardi (2008). Cuidado e Integralidad: por una genealogía de saberes e prácticas no cotidiano". En Pinheiro, R. y Araujo de Mattos, R. (orgs.), *Cuidado. As fronteras da Integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ.
- Plan Integral Para el Abordaje de los Consumo Problemáticos. (2014). Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>
- Primc, V. (Comp). (2013). *Cuerpo a cuerpo. Hogar de Cristo en las villas de Buenos Aires*. Buenos Aires: Santa María.
- Puga, D., Rosero-B, L., Glaser, K. y Castro, T (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra, en *Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 5, Nº 1, Artículo 1, Número especial CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable.
- Ramírez, R. (2013a). *Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de PB/paco. Límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona sur del AMBA desde la perspectiva de los jóvenes. Un acercamiento cualitativo*. Informe Final. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ramírez, R. (2013b). El barrio, la iglesia y la escuela: instituciones donde los jóvenes construyen sus biografías. En Di Leo, P. Camarotti A.C. (Eds.), *Quiero escribir mi historia. Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Ramírez, R. (2014). *Jóvenes y centros de tratamiento. Un recorrido por las experiencias institucionales de los ex usuarios de PB/Paco*. Buenos Aires: mimeo.
- Ramírez, R. (julio, 2015). Experiencias de Jóvenes ex usuarios de PB/paco en hospitales y centros de salud. En Sustas, S. Tapia, S y Güelman, M. (Coord), Experiencias de jóvenes en barrios populares. *11º Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.
- Ranguigni, V., Rossi, D. y Corda, A. (2006). Informe de PB/paco de cocaína. En G. Touzé (Org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Renoldi, B. (2013). La salud como atributo moral. Usuarios de drogas y tratamientos de atención. En Epele, M. (comp.) (2013). *Padecer, Cuidar, Tratar. Estudios socio-antropocéntricos sobre el consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

- Riley, D. y O'Hare P. (2001). Reducción de daños, historia, definición y práctica. En Silvia Inchaurreaga (Comp.), *Drogas y Políticas Públicas*. Buenos Aires: Espacio.
- Robles, F. (1999). *Los sujetos y la cotidianeidad. Elementos para una microsociología de lo contemporáneo. Inclusión, exclusión y construcción de identidad. El caso de las mujeres jefas de hogar en Chile*. Concepción, Chile: Ediciones Sociedad Hoy.
- Romaní, O. (1999) *Las drogas: Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O. (2003). Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado? En Bergalli, R. (Coord.), *Sistema Penal y problemas sociales* (pp 429-450) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva* 4 (3), 301-318.
- Rosanvallon, P. (2006). La contrademocracia: la política en la era de la desconfianza. Buenos Aires: Manantial.
- Rossi, D. (2009). *Epidemiología de las drogas en América Latina*. Uso de sustancias y prevención, atención y apoyo sobre el HIV en América Latina 18-20 de septiembre de 2012 Antigua, Guatemala. Recuperado de http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/1_DayOne_Rossi.pdf
- Rossi, D., Pawlowicz, M. y Zunino, S. (2007). *La accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en la ciudad de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Oficina contra la droga y el delito. Buenos Aires: Intercambios/ Naciones Unidas.
- Rovere, M. (1999). Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 31-63.
- Rovere, M. (2004). La salud en Argentina. Alianzas y contradicciones en la construcción de un sistema injusto. *La Esquina del Sur*, Recuperado de <http://www.laesquinadelsur.com.ar/site/nota.asp?Ed=7&IdSeccion=79&IdNota=141>
- Saín, M. (2009). *El fracaso del control de las drogas ilegales en Argentina*. Revista Nueva Sociedad 222, 1-15. Buenos Aires.
- Salvia, A. (comp.) (2008). *Jóvenes promesas. Trabajo, educación y exclusión social de jóvenes pobres en la Argentina*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Sautú, R. y otros (2005). *Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: Clacso.
- Sautú, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de
- Scott, J. (2001) Experiencia. *La Ventana*, 2, (13), 42- 73

- Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)/ Observatorio Argentino de Drogas (OAD), 2010:14-15; 2011: 6.
- Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), 2005; 2006; 2007; 2009; 2010; 2011.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2012). *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia: Quinto estudio nacional. Informe final de resultados. Ciudad de Buenos Aires. 2012.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina: SEDRONAR.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2015). *¿Qué es SEDRONAR?* Recuperado de: <http://www.sedronar.gob.ar/a/263/15065/que-es-la-sedronar.html>.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico/Observatorio Argentino de Drogas (2010) *Estudio nacional en pacientes en centros de tratamiento. Argentina 2010.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico/Observatorio Argentino de Drogas (2011a) *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico/Observatorio Argentino de Drogas (2011b). *Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico/Observatorio Argentino de Drogas (2011c). *Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 años.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico/Observatorio Argentino de Drogas (2014). *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas: Síntesis nacional por provincias y por conglomerado urbano.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Observatorio Argentino de Drogas.
- Secretaría de Promoción para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2015). *Registro Nacional de Instituciones.* Recuperado de: <http://www.SEDRONAR.gob.ar/a/263/15089/registro-nacional-de-instituciones.html>
- SEDRONAR/OAD (2014). Sexto estudio nacional en estudiantes de enseñanza media Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones Sociales

- SEDRONAR/OAD (2009). Censo Nacional de Tratamiento Argentina 2008. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.
- SEDRONAR/OAD (2010). Cuarta Fase del Registro Nacional Continuo de Pacientes en Tratamiento. Informe Regional de Resultados. Región Centro 2009. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.
- SEDRONAR/OAD (2011b). *Estudio Nacional de Pacientes en centros de Tratamiento. Argentina 2010*. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones Sociales
- Slapak, Sara; Grigoravicius, Marcelo. (2006). “Consumo De Drogas”: La Construcción De Un Problema Social. Facultad de Psicología – UBA. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XIV. Año 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>
- Sorgentini, H. (2000). La recuperación de la experiencia histórica: Un comentario sobre E. P. Thompson. *Sociohistórica*, (7), 53-80.
- Stolkiner, A. (comp.). (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI. En *La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías, en Maceira, D. (comp.), *Atención Primaria en Salud-Enfoques Interdisciplinarios* Buenos Aires: Ed. Paidós (121-146).
- Stolkiner, A., Mauro, M., Solitario, R. y Garbus, P. (2006). *La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años*. Buenos Aires: Anuario De Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, A., Michalewicz, A., Obiols, J. Ceriani L. (2011). “Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio”. En: Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Septimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Facultad de Psicología de la UBA, noviembre de 2011.
- Subsecretaria de Atención a las Adicciones (2007). Comunicación de prensa 12 de Marzo de 2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. www.sada.gba.gov.ar.
- Thompson, E.P. (1981). *Miseria de teoría*. Barcelona: Crítica.
- Torres, H. (2001). Cambios socioterritoriales en Buenos Aires durante la década del 1990. En *EURE*, 27 (80).
- Touzé, G. (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Ministerio de Educación. Troquel.
- Touzé, G., Rossi, D. et al. (1999). *Prevención del VIH/sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- UNODC, OEA/CICAD et al. (2008). Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas. En *La subregión: primer estudio comparativo sobre drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años*.
- Uribe, T.M. (1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
- Urresti, M. (2000). Cambio de escenarios sociales, experiencia juvenil urbana y escuela. En E. Tenti Fanfani (comp.), *Una escuela para los adolescentes. Nuevos temas en la agenda de política educativa*. Buenos Aires: Siglo XXI, IIEP-UNESCO.
- Urresti, M. (2008). Nuevos procesos culturales, subjetividades adolescentes emergentes y experiencia escolar. En E. TentiFanfani (comp.), *Nuevos temas en la agenda de política educativa*. Buenos Aires: Siglo XXI, IIEP-UNESCO.
- Vázquez, A. (2006). Discursos y prácticas sobre la drogodependencia en profesionales de la salud. Su relación con la Accesibilidad simbólica de personas que usan drogas a servicios de salud de un hospital estatal del Gobierno de la ciudad autónoma de buenos aires. *13º Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones*. 16, 295-303.
- Vélez Correa, L.A. (2001). *Derecho Médico*: Caracas: Legi.
- Venturiello, M.P. (2012). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*.
- Venturiello, M.P. (2013). *Discapacidad motriz, redes sociales y familiares: percepciones sobre la vida*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vila, M. (2006). Aspectos biomédicos y problemas de salud asociados. En: Touzé, G. (org.), *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, Federación Internacional de Universidades Católicas.

- Visacovsky, S. (2001). *El Lanús. Memoria, política y psicoanálisis en la argentina (1956-1992)*. Buenos Aires: Infomed.
- Voloshinov, V. (1976). *El signo biológico de la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Waldow, V.R. y Figueiró Borges, R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16 (4).
- Williams, R. (2010). *Culture and Materialism: Selected Essays*. London: Verso.
- World Health Organization (1996). *Programme on substance abuse*. Geneva, Switzerland: WHO Press, World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *The Global Burden of Disease. 2004 Report*. Geneva, Switzerland: WHO Press, World Health Organization. 2005, pp. 95-103.
- Zaffaroni, E.R. (2010) “Prólogo” en: Cuñarro M. (directora). *La política criminal de la droga*. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- Zurro AM, Badía JG y Subías L.P. (1994). Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 3.ª ed. Madrid: Mosby/Doyma libros. 291-297

Anexo

Tabla N°7: Perfil de los jóvenes entrevistados.

Pseudónimo	Edad	Nivel de instrucción	Ocupación	Estado civil / Hijos	Cantidad de tratamientos realizados	Paso por situación de calle	Cant. de entrevistas realizadas
1.Alina	27	Secundario completo	Operadora terapéutica	Casada / 2 hijos	4	Si	1
2.Lía	22	Secundario completo	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 1 hija	2	Si	1
3.Brenda	30	Primario completo	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 4 hijos	5	Si	1
4.Lito	22	Secundario incompleto	Busca trabajo	Soltero	5	Si	2
5.Chiqui	18	Primario incompleto	Busca trabajo	Soltera / 1 hija	4	Si	1
6.Gote	30	Secundario completo	Operador socio-terapéutico	Divorciado / 3 hijos	7	Si	5
7.Gabo	26	Secundario incompleto	Operador socio-terapéutico	Soltero / 1 hija	10	Si	1
8.Vita	29	Secundario incompleto	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 1 hija	3	Si	1
9.Gigi	24	Secundario incompleto	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 3 hijos	4	Si	1
10.Negro	31	Primario incompleto	Operador socio-terapéutico	Separado / 3 hijos	5	Si	1
11.Juan	26	Secundario incompleto	Cooperativa. de trabajo	Soltero	7	Si	1
12.Nardo	28	Secundario incompleto	Cooperativa. de trabajo. de trabajo	Soltero / 1 hijo	5	Si	1
13.Magui	19	Secundario incompleto	Cooperativa. de trabajo de trabajo	Soltera/ 1 hijo	3	No	1
14.Papo	25	Primario incompleto	Busca trabajo	Soltero / 1 hijo	6	No	1
15.María	29	Primario completo	Ama de casa	Casada / 3 hijos	6	No	1
16.Érica	26	Secundario incompleto	Ama de casa	Casada / 6 hijos	4	Si	1
17.Noly	28	Secundario incompleto	Trabaja por horas	Soltera / 2 hijos	3	No	1
18.Coqui	29	Primario completo	Operador socio-terapéutico	Separado / 1 hijo	9	Si	1
19.Raly	28	Secundario incompleto	Operador socio-terapéutico y en una casa de fotos	Casado / 3 hijos	4	No	1
20.Rochi	30	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Casada / 1 hijo	4	Si	1
21.Sonia	22	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltera	6	Si	5
22.Santo	19	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltero	3	Si	1
23.Mara	29	Primario completo	Ama de casa	Soltera	4	Si	1
24. Manuela	22	Primario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltera	3	Si	1
25.Jonny	21	Primario completo	Estudiante	Soltero	2	Si	-
26. Karina	19	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltera	4	Si	-
27. Luis	24	Primario incompleto	Changarín	Soltero	5	Si	1
28.Cata	23	Primario incompleto	Busca trabajo	Soltera	2	Si	-

29. Seba	29	Primario completo	Busca trabajo	Casado	6	Si	2
30. Tavo	27	Primario incompleto	Busca trabajo	Casado	3	Si	1

Tabla N° 8: Distribución de pacientes según configuración de consumo y configuración socio-demográfica.

Configuración socio-demográfica									
Configuración de consumo	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		
	Varones solteros		Varones adultos		Mujeres				
	%	n	%	n	%	n	%	n	
Grupo 1 Varones solteros	51,4	54	52,5	20	27,8	10	38,0	84	
Grupo 2 Varones adultos	26,7	28	25,0	42	52,8	19	40,3	89	
Grupo 3 Mujeres	21,9	23	22,5	18	19,4	7	21,7	48	
Total	100	105	100	80	100	36	100	221	

Fuente: SEDRONAR/Observatorio Argentino de Drogas, 2011.