



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Entre acceder y adherir : la construcción de estrategias de intervención sobre el tratamiento ambulatorio de consumo problemático de drogas

Lara Agudin

Sofia Aznarez Avelino

Florencia Müller

Ana Laura Candil, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2023

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



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

*“Accesibilidad ampliada a los tratamientos ambulatorios
de las personas usuarias de drogas”*

TÍTULO:

*Entre acceder y adherir: la construcción de estrategias de
intervención sobre el tratamiento ambulatorio de consumo
problemático de drogas*

AUTORAS: **Agudin Lara** D.N.I.: 41.717.124

(agudinlarats@outlook.es)

Aznarez Avelino Sofia D.N.I.: 41.824.857

(sofi.aznarez@gmail.com)

Müller Florencia D.N.I.: 41.595.320

(flomuller46@gmail.com)

Tutor Temático: **Candil Ana Laura** D.N.I.: 28.831.263

(anacandil@yahoo.com.ar)

Seminario TIF/Tesina: (2022)

Fecha de presentación: 02/02/2023

Agradecimientos

En primer lugar, queremos agradecer a la cátedra, por hacernos entender que el proceso de construcción de un trabajo de investigación enmarcado en un ámbito académico no es sencillo, ni lineal. Esto forjó nuestro carácter y disciplina, nos enseñó a no bajar los brazos y seguir adelante, sin importar la cantidad de veces que tropezáramos y cayéramos. Nos pudimos levantar todas y cada una de esas veces, sólo porque supimos trabajar en equipo. Nos queda agradecer porque entendimos que los tiempos son limitados, que nuestros deseos y necesidades no siempre se corresponden con las correcciones que recibimos, y entendimos que el miedo a fracasar no puede paralizar el trabajo realizado.

En segundo lugar, nos gustaría agradecer a nuestros vínculos afectivos (familia, amigos, parejas), que han estado a nuestro lado durante todo el proceso, especialmente en los momentos donde no teníamos tiempo para nada más que concentrarnos en este trabajo. A ellos también, por soportar nuestros relatos llenos de bronca y frustración, como por darnos apoyo en aquellos tiempos donde todo parecía ir para atrás. Su soporte, alojamiento y contención de nuestras emociones nos han ayudado enormemente a estar donde estamos, y a poder entregar en tiempo y forma.

En tercer lugar, queremos agradecer a nuestra Directora de tesina, Ana Candil, por su disponibilidad y predisposición a la hora de lidiar con nuestras preocupaciones estudiantiles. Sabemos que acompañó muchos procesos de diseños y presentaciones de tesinas, y aún así consideramos que tuvimos un trato privilegiado, al siempre sentirla cercana. A través de sus palabras de aliento, sus correcciones fraternas y su sentido del humor, nos sentimos alojadas y comprendidas. Eso, a nuestros ojos, la hace una gran mentora.

En el lugar más importante, queremos agradecernos a nosotras. Las tres amigas que nos conocemos desde hace mucho tiempo (el CBC para ser más precisas), que ya cursamos muchas materias juntas y acompañamos más procesos que nadie. Las que estuvimos desde el principio y durante todo el transcurso, las que bancamos los llantos y enojos, las diferencias de criterios y los distanciamientos. Agradecemos que nos hayamos juntado igual, aunque el cansancio y las otras responsabilidades que acarreábamos no nos dejaran ni pensar claramente. Siempre creímos, en el fondo de nuestras mentes y corazones, que juntas podíamos hacerlo, y nos elegimos bien para acompañarnos en este largo y agitado proceso. Creímos que la manera correcta de comunicarnos era clara y concisa, y pudimos así sortear todos los problemas que llegaron a nuestras puertas. Fue un proceso muy difícil y que forjó nuestro carácter, en el cual culminamos diciendo que sí, que llegamos a terminarlo, siempre

de la mano una con la otra. Viendo que algunos procesos grupales culminan de una manera no tan grata por faltas de acuerdos y consensos, nos encontramos agradecidas de llamarnos amigas, y hermanas.

Agradecemos a nuestros compañeros y docentes que nos vieron atravesar aulas, exámenes y momentos de estrés e intercambios grupales. También a la Facultad de Ciencias Sociales, por vernos crecer y hacernos creer, incluso en los contextos más disímiles y contradictorios. Por último, nos gustaría agradecer a la carrera de Trabajo Social, que en mayor o menor medida, nos llevó a ser quienes somos hoy, como personas y como profesionales. Esta es la carrera que elegimos hace seis años, y que llegamos a amar con todos los contextos que pasaron, el aislamiento social y la virtualidad, las clases públicas, los espacios de práctica y los encuentros. Nuestra historia y presente nos hacen pensar en el futuro, siempre desde un horizonte emancipador.

RESUMEN

Título del trabajo: *“Entre acceder y adherir: la construcción de estrategias de intervención sobre el tratamiento ambulatorio de consumo problemático de drogas”.*

Autoras: Agudín, Lara (agudinlarats@outlook.es) - Aznárez Avelino, Sofia (sofi.aznarez@gmail.com) - Müller, Florencia (flomuller46@gmail.com)

Fecha de presentación: 2 de febrero de 2023

Palabras claves: consumo problemático de drogas, accesibilidad, adherencia a tratamientos ambulatorios, estrategias de intervención.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las estrategias de intervención del equipo profesional de un Dispositivo Territorial Comunitario (DTC), ubicado en el conurbano bonaerense, y su aporte a partir de la promoción de accesibilidad, en la construcción de adherencia a los tratamientos ambulatorios en consumo problemático de drogas, llevados a cabo en el mismo. La investigación es de tipo cualitativa y se realizó en torno a siete entrevistas individuales semi-estructuradas realizadas a los integrantes del equipo interdisciplinario de la institución, haciendo hincapié en la especificidad de cada una de las disciplinas. En esta investigación, se realiza un recorrido histórico-conceptual acerca de distintas perspectivas en torno a las drogas psicoactivas; luego se desarrollan aspectos del contexto territorial e institucional del DTC; se explicitan las estrategias utilizadas por el equipo profesional y, por último, se aborda la relación entre la accesibilidad y la adherencia a partir de los relatos de los profesionales. En este sentido, en el presente trabajo la accesibilidad es abordada como un componente necesario a la hora de pensar la adherencia, por lo que se relacionan las distintas dimensiones de la primera con los factores de la segunda. Utilizamos las conceptualizaciones propuestas por autores como Candil, Touzé, Comes, Epele y Castro Díaz, como de las investigaciones realizadas por parte de la Asociación Civil Intercambios, y el Observatorio Argentino de Drogas (dependiente de la SEDRONAR). Al finalizar el trabajo, concluimos que la construcción de estrategias de intervención profesional puede aportar de manera favorable o desfavorable a la adherencia, dependiendo de las percepciones que tenga el equipo y el resto de las políticas públicas respecto de las prácticas adherentes.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
<i>-Abordaje metodológico</i>	6
<i>-Estructura de la investigación</i>	9
<i>-Aclaraciones sobre la elección del lenguaje</i>	11
 PRIMER CAPÍTULO: “Aproximación conceptual”.....	11
<i>-El concepto de accesibilidad</i>	12
<i>-El concepto de adherencia</i>	15
<i>-Entre acceder y adherir, una aproximación relacional</i>	20
 SEGUNDO CAPÍTULO: “Recorrido territorial e institucional”	22
<i>-El territorio y las condiciones socioeconómicas de la población</i>	22
<i>-Personas usuarias de drogas en el territorio de Villa Tranquila</i>	31
<i>-Historización del DTC de Villa Tranquila y del encuadre institucional</i>	34
 TERCER CAPÍTULO: “Estrategias de intervención del equipo profesional del DTC”.....	38
<i>-Representaciones de les entrevistades sobre el consumo problemático de drogas</i>	38
<i>-Perspectivas de les profesionales sobre la accesibilidad inicial de las personas usuarias de drogas</i>	41
<i>-Ejes para el abordaje de los tratamientos ambulatorios</i>	43
<i>-Intervenciones desplegadas desde la interdisciplinariedad y utilización de herramientas de registro</i>	52
 CUARTO CAPÍTULO: “Adherencia y accesibilidad desde las prácticas del equipo profesional del DTC”	57
<i>-Materialización organizacional: temporalidades implicadas en el tratamiento ambulatorio y accesibilidad organizacional de las personas usuarias de drogas</i>	58

<i>-Las posibilidades del sostenimiento del tratamiento, desde una mirada de las condiciones socio-económicas de las personas usuarias de drogas</i>	62
<i>- La territorialidad: aspectos vinculados a los factores socio-económicos de las personas usuarias de drogas y la accesibilidad geográfica</i>	67
<i>-Significaciones de les profesionales en torno a las prácticas adherentes de las personas usuarias a los tratamientos ambulatorios, considerando la accesibilidad cultural</i>	70
CONSIDERACIONES FINALES	81

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a nuestra Tesina de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires realizada durante el año 2022 y comienzos del 2023. Presentamos el resultado de la investigación que realizamos en un Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) dependiente de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), ubicado en Villa Tranquila, Avellaneda desde el año 2014.

Particularmente, nos interesamos en el área a partir del acercamiento a este DTC de una de las estudiantes en las prácticas pre-profesionales realizadas durante el año 2021. En esta instancia, nos interrogamos respecto de las posibilidades de acceso de las personas usuarias de drogas a los servicios públicos de atención de consumo problemático y los factores que promueven u obstaculizan la permanencia en los mismos. A partir de esto, tuvimos la posibilidad de ahondar sobre bibliografías en este campo temático. Es así que nos encontramos con dos conceptos que se acercan a nuestras preguntas desde distintas posiciones. Por un lado, el concepto de accesibilidad, la cual es comprendida como la construcción de un vínculo entre las personas y los servicios de salud. Por otro lado, el concepto de adherencia, la cual es entendida de acuerdo al grado de correspondencia entre las acciones de las personas y las recomendaciones del equipo profesional.

Frente a esto, encontramos algunas investigaciones que vinculan estos conceptos, y las retomamos porque creemos en la importancia de un desarrollo teórico que considere su análisis en conjunto. En la investigación de González y Angueira (2017), entienden como necesario el abordaje de la accesibilidad desde las instituciones *“como elemento facilitador de la adherencia y como forma de efectivizar el derecho a la atención de la salud”* (p. 393). La accesibilidad es planteada, entonces, como un componente necesario a la hora de pensar la adherencia, puesto que si no se logra desarrollar una continuidad en el acceso a las distintas instancias del tratamiento ambulatorio, no es posible elaborar un acuerdo entre partes y un seguimiento que sea acorde a las necesidades de las personas usuarias.

A partir de estos conceptos, presentamos a continuación la descripción de la problemática que abordamos, para posteriormente poder exponer nuestra pregunta-problema.

Para comenzar dicha contextualización del consumo de drogas, retomamos a Touzé (2010) quien identifica que, en nuestro país, desde los inicios del siglo XX se comenzó a abordar en la política estatal el uso de las mismas por parte de las personas. En la presente

investigación, al hablar de drogas nos referimos puntualmente a las drogas psicoactivas, las cuales, según esta autora, son definidas como *"aquellas que actúan a nivel del sistema nervioso central, y por consecuencia, producen cambios en la conciencia, el humor y/o el pensamiento."* (Touzé, 2010: 27) Entendemos que la clasificación de una droga puede darse por distintos criterios, como son el tipo de uso que se haga de ellas y el efecto que tengan sobre la mente y la conducta. Sobre este punto, es importante aclarar que, desde la Antigua Grecia se conceptualizan a las drogas como remedio y como veneno (Slapak y Grigoravicius, 2007). A partir de esta noción, desde la medicina se han habilitado ciertas prácticas de consumo mientras que se penalizan otras (Candil, 2017).

En el marco normativo actual, nos encontramos con dos leyes importantes que abordan esta problemática puntualmente. Por un lado, se encuentra vigente la Ley 23.737 "Régimen Penal de estupefacientes", la cual se posiciona desde una lógica prohibicionista, penalizando la venta y la tenencia de drogas para consumo personal. Esta respuesta legal genera la criminalización de las personas usuarias de drogas, sobre quienes recaen consecuencias conflictivas, tanto en los procedimientos penales como en lo que respecta a la inclusión social (Corda et. al., 2014).

Por otro lado, desde el año 2010 el consumo problemático de drogas comenzó a ser entendido y abordado por la Ley N° 26.657, "Ley de Salud Mental". En el artículo 4° de esta Ley se enuncia:

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.

Al incluirse el consumo problemático de drogas dentro del campo de la salud a partir del marco normativo, se posibilita la priorización de su abordaje dentro las obligaciones estatales de atención a la salud. A su vez, se instala una perspectiva en el campo de la salud que visibiliza y comprende a la problemática desde su multidimensionalidad, su asociación a la exclusión y a la vulnerabilidad social. Por tanto, observamos que desde su promulgación hubo un avance en el terreno de los derechos de las personas que consumen. Esto teniendo en cuenta los modos previos de abordaje de la problemática por parte del Estado, ya que, si bien existían abordajes terapéuticos, en la mayoría de las respuestas se fomentaba el castigo, la prohibición y la represión. En los últimos años, se comenzaron a priorizar respuestas estatales que ponen el foco en el desarrollo saludable de las personas y el favorecimiento de su inclusión social. Como sugieren Ladavaz et. al. (2021), dicha Ley incorpora en las

respuestas estatales un nuevo paradigma, que permitió que se pasara de un modelo basado en la exclusión, en un espacio institucional cerrado y en la peligrosidad de la persona que consume, a un modelo que se apoya en la integración, en un espacio comunitario abierto y se basa en la persona como sujeto de derecho.

La entidad que se encarga del abordaje de los consumos problemáticos de drogas a nivel nacional es la Secretaría de Política Integral Sobre Drogas de la Nación Argentina (de aquí en adelante, SEDRONAR), creada en 1989. En un principio fue llamada “Programa Nacional de Abordaje Integral para la Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones”. En el año 2017, SEDRONAR cambia su nombre obedeciendo a la lógica de la separación de competencias y eliminando la función de “lucha contra el narcotráfico”. En el año 2019, se modificó su carácter de Secretaría de Estado para pasar a ser una Secretaría dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Presidencia de la Nación.

Actualmente, la SEDRONAR promueve un abordaje a la problemática del consumo de drogas basado en un enfoque de Derechos Humanos y en el marco de la Ley de Salud Mental N° 26.657. Tiene como objetivo:

...profundizar las políticas públicas de inclusión social, contención y protección de personas, en situación de riesgo frente al consumo de estupefacientes y alcohol, que permitan realizar tales acciones en todo el territorio nacional articuladamente con los gobiernos provinciales, municipales y las organizaciones civiles. También, colaboran con la elaboración de políticas nacionales y planificación de estrategias de desarrollo y abordaje territorial. (Resolución 172/2014, Anexo I, I. Fundamentación).

Por otro lado, se encuentra el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) como entidad dependiente de la SEDRONAR, la cual se aboca a “*generar, proporcionar, analizar, recopilar y coordinar los datos y la información relacionada al problema mundial de las drogas*”.¹ Los estudios e investigaciones realizados desde el OAD, producen conocimiento científico acerca de las dimensiones y modalidades de consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de orientar el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas en materia de drogas.

¹ Información recabada de:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/acerca-del-observatorio-argentino-de-drogas>

La SEDRONAR cuenta con una Red Federal y a partir del Programa Nacional de Acompañamiento Territorial en Materia de Drogas (Resolución 324, 2020), financian y reconocen instituciones que abordan el consumo problemático de drogas. En esta Red nos encontramos con la existencia de tres modalidades de atención al consumo de drogas respaldadas por la política pública: las que se inscriben en la internación de las personas usuarias, las semiresidenciales y el tratamiento ambulatorio.

Esta última modalidad es la que nos interesa abordar en este trabajo. En el tratamiento ambulatorio *“(...) los pacientes asisten con una frecuencia estipulada... el tratamiento cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias individuales, familiares y grupales”* (OAD, 2009, p.16). Según la SEDRONAR (2009), esta modalidad de tratamiento permite que las personas usuarias de drogas desarrollen su vida cotidiana fuera de la institución, reservando un espacio y tiempo aparte para los encuentros con los profesionales que trabajan allí con ellas. Consideramos para su análisis la mirada de Candil (2020), quien señala que *“nunca se trata de un tratamiento ambulatorio –dependiente de un sector de la política pública–, sino de múltiples modalidades de transitarlo y de significarlo, indisociables de la heterogeneidad de las personas que lo(s) conforma(n).”* (p. 19). En las distintas instancias del tratamiento se trabaja con diversas estrategias y profesionales, de acuerdo a la trayectoria y situación de consumo específica de cada persona que acude a la institución. Dentro de las actividades desarrolladas en la modalidad ambulatoria de tratamiento:

se registra mayor presencia de servicios destinados a tareas de orientación a padres, familiares y a la comunidad; a psicoterapia familiar y/o grupal coordinada por profesionales; a grupos de autoayuda no coordinados por profesionales; a actividades vinculadas a la reinserción social y a actividades de prevención (OAD, 2018, p. 2)

Para la aplicación de esta modalidad de tratamiento, se crean desde SEDRONAR distintas propuestas. Una de ellas es la institución que analizamos en esta investigación, un Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT, que desde el año 2020 pasaron a llamarse Dispositivos Territoriales Comunitarios, DTC). Estos dispositivos se inscriben en la lógica del modelo de abordaje integral, territorial y comunitario de los consumos problemáticos destinado a la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos como procesos terapéuticos. Desde su presentación en la página web institucional², los mismos son definidos como centros asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio, para

² <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas>

personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social atravesadas por el consumo problemático de sustancias. Fueron creados a través de la Resolución 150 (2017), la cual sostiene la necesidad de su fundación bajo la perspectiva de que *“toda estrategia de abordaje integral debe ser específica, acorde a la singularidad y proyectos de cada persona”* (OAD, 2019: 93).

A partir de la contextualización realizada hasta el momento, es que nos proponemos abordar como tema de investigación *la accesibilidad ampliada a los tratamientos ambulatorios de las personas usuarias de drogas*. En consideración con el hecho que nos encontramos en el trayecto final de nuestra formación profesional, creemos importante el abordaje de esta temática considerando que aporta a la promoción y restitución del derecho a la salud integral de las personas usuarias de drogas y a la construcción de distintas estrategias de intervención en situaciones de consumo problemático.

Desde estos aspectos partimos de la siguiente pregunta problema como guía de nuestra investigación: *¿Cómo las estrategias de intervención del equipo profesional del Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) ubicado en Villa Tranquila, Provincia de Buenos Aires, promueven la construcción de accesibilidad ampliada de las personas usuarias de drogas a la institución?*

Considerando esta pregunta nos propusimos como objetivo general: *Analizar de qué manera aporta a la adherencia al tratamiento de las personas usuarias de drogas que asisten al DTC, ubicado en Villa Tranquila, Provincia de Buenos Aires, la construcción de estrategias de intervención del equipo profesional, a fin de contribuir al conocimiento sobre políticas sociales de atención en consumo problemático con abordaje integral territorial y comunitario*, y como objetivos específicos:

- *Indagar la territorialidad del DTC a partir de las estrategias de intervención sobre la accesibilidad geográfica de las personas usuarias de drogas de Villa Tranquila y alrededores.*
- *Explorar las significaciones de los profesionales del DTC en torno a las prácticas adherentes de las personas usuarias a los tratamientos ambulatorios, considerando la accesibilidad cultural.*
- *Caracterizar la materialización organizacional a partir de las temporalidades implicadas en el tratamiento ambulatorio y de la accesibilidad organizacional de las personas usuarias de drogas.*

- *Caracterizar las condiciones socio-económicas de las personas usuarias que acceden al DTC a partir de las estrategias de intervención que aportan al fortalecimiento de la accesibilidad económica y de sus redes vinculares.*

Abordaje metodológico

La metodología que seleccionamos para la realización de la Tesina concierne a una investigación de tipo cualitativa. Comprendemos, a partir de los aportes teóricos, por investigación cualitativa a aquella que “...proporciona una descripción íntima de la vida social” y que de este modo presenta de manera detallada “el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados.” (Emerson, 1983 en Taylor y Bogdan, 1987: 153). También, siguiendo a Sirvent (1999), entendemos que, a partir de esta lógica, la investigación busca adentrarse en aquellos procesos de construcción que realizan las personas respecto a significados que le atribuyen a sus vidas a partir de un procesamiento que es histórico y social.

Nuestras unidades de análisis comprenden al equipo de profesionales que trabajan en el DTC y las personas usuarias de drogas que concurren al mismo. Sin embargo, nuestra unidad de recolección incluye solamente a los integrantes del equipo que trabajan en el dispositivo. A pesar de abordar categorías relacionales, como lo son la accesibilidad y la adherencia, reconocimos la inviabilidad de realizar en nuestra tesina las entrevistas a las personas usuarias, al ser una población dinámica y en constante movimiento. Por este motivo, decidimos proceder con nuestra investigación a partir de las entrevistas realizadas al equipo interdisciplinario que trabaja en la institución. Consideramos que poner el foco en el abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas y la modalidad de tratamiento ambulatoria implica necesariamente el estudio de los discursos y las prácticas desarrolladas por el equipo del DTC, quienes son las personas que intervienen en estas situaciones y tienen perspectivas distintas, de acuerdo a sus profesiones. De este modo, tomamos la perspectiva de las mismas respecto a las intervenciones llevadas a cabo para poder observar las influencias contextuales que poseen, en búsqueda de analizar su contribución en la construcción de accesibilidad a los servicios de salud y de adherencia a los tratamientos.

Consideramos que el proceso de investigación realizado tiene la potencialidad de aportar a la relación entre las categorías de accesibilidad a los servicios de salud y adherencia a los tratamientos ambulatorios, entendiendo a ambas como componentes claves en las trayectorias de las personas usuarias de drogas. Al mismo tiempo, entendemos la

importancia de estudiar desde la singularidad de los profesionales sus experiencias vividas en torno al proceso de construcción de relaciones y vínculos entre el equipo del DTC y las personas usuarias, pudiendo ser un aporte contributivo a la conceptualización teórica de la accesibilidad y la adherencia. Por último, creemos que al vincular la adherencia a la accesibilidad, nos separamos de las teorías que estudian ambas categorías a partir de una responsabilización exclusiva de las personas usuarias.

En cuanto a las herramientas de producción de datos, se realizaron registros de campo y entrevistas semi-estructuradas. El primer registro se realizó el 22 de abril, cuando nos acercamos a la institución e hicimos un recorrido por algunas calles y pasajes del territorio. El segundo registro se realizó el 8 de septiembre durante la participación en una reunión de equipo a la que concurrieron 10 integrantes del mismo. En cuanto a las entrevistas, planificamos realizar 6 a personas que tengan distintos roles y/o profesiones del equipo de trabajo. Finalmente, se pudieron realizar 7 entrevistas.

La primera entrevista, que fue a una Lic. en Trabajo Social, se realizó el día 1 de septiembre por videollamada en plataforma virtual, por fuera del horario en el cual se encuentra en funcionamiento la institución, a las 17 hs. De ahora en adelante nos referiremos a esta entrevistada como Trabajadora Social 1. Las otras seis entrevistas fueron presenciales dentro de las instalaciones de la institución en el horario de funcionamiento del dispositivo, de 10 a 16 hs. Tres entrevistas se realizaron el 8 de septiembre, en la institución alrededor del mediodía, luego de haber participado de la reunión de equipo. Estas entrevistas fueron a: la coordinadora del dispositivo, la cual es Psicóloga, en la oficina de coordinación; una tallerista que se encuentra realizando la Licenciatura en Trabajo Social, en la enfermería; y una Psicóloga, en la enfermería. De ahora en adelante nos referiremos a estas entrevistas como: Coordinadora, Tallerista 1 y Psicóloga 2. Las otras tres entrevistas se realizaron el 9 de septiembre, al comenzar la jornada laboral. Estas entrevistas fueron a una Trabajadora Social, en la sala de cine; una Psicóloga, en la enfermería y luego en el pasillo del tercer piso; y un Tallerista, en la cocina mientras se encontraba cocinando para el aniversario del DTC. De ahora en adelante nos referiremos a estas entrevistas como: Trabajadora Social 2, Psicóloga 1 y Tallerista 2.

Consideramos que el haber entrevistado a personas que se desarrollan en distintos roles enriqueció el análisis, puesto que nos permitió adentrarnos en diferentes perspectivas sobre las tareas realizadas, junto con los espacios en los que desarrollan sus intervenciones específicas de las disciplinas que desempeñan. Al mismo tiempo, posibilitó el conocimiento

acerca de las dinámicas de trabajo del equipo y sus distintas concepciones profesionales respecto de la temática de nuestra investigación.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento informado de las personas entrevistadas y desgrabadas para su posterior análisis. Al llegar a la institución fuimos presentadas con quien habíamos establecido contacto para realizar la investigación como estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social. Al inicio de las entrevistas, a partir de la firma en el consentimiento informado, se le comunicó a cada entrevistado acerca de: los objetivos de la investigación, la duración y características de la entrevista, su derecho a no responder o retirarse en cualquier momento y la garantización de su anonimato, siendo sus nombres reemplazados por seudónimos. A su vez, como fuente de información complementaria, realizamos lectura de las planillas de registro con las que cuentan en la institución. Para el resguardo del anonimato las personas entrevistadas serán nombradas en relación a su rol dentro de la institución, en los casos en los que los roles se repiten se complementará con un número para su diferenciación. En cuanto a la institución en donde se realizó la investigación, se nos dió el permiso por parte de la coordinación para poder mencionar la ubicación del dispositivo.

Las entrevistas y los registros realizados se analizaron a partir de la selección de fragmentos discursivos que hayan resultado significativos. Los mismos, fueron agrupados de acuerdo a dimensiones formuladas para el análisis.

En cuanto a las oportunidades y obstáculos a lo largo de la investigación se nos presentaron diversos aspectos. El hecho de haber podido realizar las prácticas pre-profesionales de Taller IV en la institución, durante el año 2021, brindó la oportunidad de contactarnos con los profesionales del equipo del Dispositivo Territorial Comunitario y realizar las entrevistas. El previo conocimiento de los distintos espacios, el barrio y sus significados, la población que allí habita y las formas de intervención desarrolladas en el proceso del tratamiento ambulatorio permitieron la incorporación de las categorías específicas y la comprensión de las mismas, con mayor facilidad. Al mismo tiempo, el acceso a diversos instrumentos y herramientas utilizados en las intervenciones dieron la posibilidad de describir en detalle y analizar las dimensiones que fueron planteadas en nuestros objetivos. La predisposición de los integrantes del equipo a la hora de realizar las entrevistas fue una enorme facilidad para recabar la información que teníamos interés en analizar, y para realizar repreguntas con aspectos que se presentaron como emergentes durante las mismas. Por último, el permiso para ingresar al barrio con la combi municipal

habilitada para el personal de las distintas instituciones que se encuentran allí, permitió nuestra llegada durante los días que se realizaron el acercamiento, las observaciones y las entrevistas.

Consideramos que, en el proceso de investigación, un primer obstáculo presentado fue lo mencionado respecto a la dificultad de pensar en incluir entrevistas con personas usuarias de drogas, lo cual al realizar el análisis generó límites. Además de esto, otro obstáculo presentado fue que no pudimos acceder a la lectura de hojas de ruta (legajos) de las personas usuarias que se encuentran en tratamiento, debido al marco legal existente que plantea el resguardo de la información personal.

Estructura de la investigación

En los distintos capítulos, realizamos un proceso de construcción de datos a partir de los discursos y percepciones de las personas entrevistadas desde el abordaje de distintas conceptualizaciones bibliográficas.

En el primer capítulo, abordamos una aproximación relacional entre las categorías de intervención, accesibilidad y adherencia. En base a las mismas, introducimos el contexto en el cual surge cada categoría, sus campos de aplicación, y por último, la relación entre ellas. Realizamos esto, teniendo en cuenta las continuidades y discontinuidades que se plantean en el devenir histórico y académico. Al mismo tiempo, comprendemos el carácter multidimensional y de corresponsabilidad de cada una de las categorías a partir de la consideración de la desigualdad de poderes.

En el segundo capítulo, realizamos desde la mirada de les entrevistades y la inclusión de datos cuantitativos, una descripción del territorio de Villa Tranquila. Abordamos las características del barrio en lo geográfico y en la trama social, como las de la población que allí habita en lo que respecta a sus condiciones económicas y las relaciones que se entablan. A su vez, nos aproximamos a una lectura de las percepciones que tienen en el barrio sobre las situaciones de consumo problemático y las condiciones socio-económicas de la población, desde la perspectiva de les integrantes del equipo. Al mismo tiempo, profundizamos en aspectos organizacionales del DTC considerándolo en su carácter de política pública y observando su irrupción en el territorio, desde las implicancias que ese hecho tiene. Por último, realizamos una descripción de la institución y caracterizamos el encuadre institucional del dispositivo.

En el tercer capítulo, realizamos una caracterización de las estrategias desplegadas por los profesionales para sostener los espacios del tratamiento ambulatorio. Comenzamos por un desarrollo de las percepciones de los entrevistados sobre el consumo problemático desde su carácter multidimensional y en relación a la estigmatización social. Luego, pasamos a describir aspectos de la accesibilidad inicial, teniendo en cuenta principalmente las expectativas con las que se acercan las personas usuarias desde la mirada de los integrantes del equipo. A partir de la consideración de la accesibilidad inicial, pasamos a identificar las características de los tratamientos ambulatorios en relación a tres ejes de intervención: promoción y prevención, asistencial y territorial. Finalizamos el capítulo retomando la importancia de cada disciplina en las distintas estrategias implementadas por el equipo desde la descripción de la interdisciplinariedad y la caracterización de las herramientas de registro que utilizan como parte de la cristalización de sus intervenciones.

En el cuarto capítulo relacionamos, a partir de la experiencia de los profesionales del DTC de Villa Tranquila, las dimensiones de la accesibilidad con los factores de la adherencia. En un primer momento, hacemos foco en la materialización organizacional del DTC, para identificar la forma de organización de los recursos, la disponibilidad del tiempo de los profesionales, la utilización de herramientas de registro y las condiciones laborales en las que se encuentra el equipo. Luego, caracterizamos las condiciones socioeconómicas de las personas usuarias. En este aspecto destacamos las estrategias desplegadas desde la institución, por un lado, en relación a las redes vinculares, y por otro lado, las condiciones económicas en las que se encuentran las personas usuarias de drogas. Posteriormente, abordamos lo territorial desde la accesibilidad geográfica, considerando las estrategias que propone la institución para atravesar distancias y cercanías. Establecemos en este apartado una relación de lo geográfico con lo socioeconómico y sus consecuencias respecto a las prácticas adherentes. Finalizamos el apartado, retomando las significaciones de los profesionales sobre cómo perciben que las personas usuarias identifican su problemática y cuáles son las expectativas que tienen en relación al tratamiento. Abordamos estos aspectos teniendo en cuenta la construcción social que existe en la sociedad alrededor del consumo de drogas y los estigmas sociales. Por último identificamos cuáles son las expectativas que tienen los profesionales para la construcción de la institución como espacio de abordaje de los consumos problemáticos de drogas.

Aclaraciones sobre la elección del lenguaje

A lo largo del trabajo decidimos utilizar el lenguaje inclusivo, sin realizar distinciones de género al nombrar a la totalidad de les entrevistades, salvo cuando se les nombra individualmente. En este sentido, incorporamos la comunicación con perspectiva de género y de diversidad en los universos que investigamos, acompañando los cambios producidos a nivel social.

De todos modos, las citas textuales bibliográficas como de las entrevistas no resultaron modificadas, ya que son una copia de la palabra de otros, y no nos corresponde cambiarlas.

PRIMER CAPÍTULO: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

En este capítulo, abordamos los conceptos teóricos principales que tomamos a lo largo de nuestro trabajo de investigación, entendiéndolos como categorías relacionales que dotan de sentido a las intervenciones en lo que respecta al sistema de salud. En primera instancia, definimos la intervención profesional, seguida de la accesibilidad y la adherencia, como categorías separadas. Por último, analizamos la relación entre ellas como componentes claves en la atención a la salud.

Tomamos la intervención profesional en lo social (que no abarca exclusivamente la desarrollada desde la profesión de Trabajo Social) desde las perspectivas de varios autores: Cazzaniga (1997), propone la misma como una construcción artificial que se da entre diferentes actores en un espacio y tiempo determinado. Los actores de la intervención profesional comprenden las instituciones, les destinataries y les profesionales. Por otro lado, Carballada (2002) aporta que la intervención profesional debe ser comprendida como “*un dispositivo que se entromete en un espacio a partir de una demanda*” (p. 99). Estas demandas se presentan como co-construcciones realizadas por parte de les destinataries, de las instituciones o de la agenda de las políticas públicas o medios de comunicación. A su vez, Cavalleri (2008) propone repensar las intervenciones sociales de les profesionales en relación a situaciones problemáticas, entendiendo el carácter circunstancial y dinámico de la realidad social. Es así que comprendemos que la intervención en el campo del consumo problemático se sitúa temporo-espacialmente en un escenario en el que interactúan diferentes personas con experiencias, historias y trayectorias disímiles pero similares. Teniendo en cuenta la diversidad de las situaciones es que se puede abordar y comprender

de una manera más completa, retomando las perspectivas de las personas usuarias que son parte del proceso. En este sentido, podríamos definir a la intervención profesional como un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias por parte de todas las personas que participan del proceso.

El concepto de accesibilidad

Según lo planteado por distintos autores, la **accesibilidad** al sistema de salud remite a la construcción de vínculos o encuentros entre las personas y los servicios de salud (Comes, 2003; Arias y Sierra, 2019; Rossi et. al., 2007; Sánchez Torres, 2017). En esta investigación, tomamos a los servicios de salud desde la órbita estatal, poniendo el foco en la democratización de los mismos por su alcance a todas las personas que residan en el país. En este sentido, retomamos la importancia de la gratuidad de los mismos como un atributo a la hora de pensar la accesibilidad (aspecto que se profundizará posteriormente). Al mismo tiempo, el recorte realizado en este trabajo refiere a los servicios de salud en torno al consumo problemático de drogas, y a ellos hacemos referencia.

Garbus (2010) identifica el surgimiento de este concepto en el marco del contexto de preocupación política de la Alianza para el Progreso, donde se postulaba como mayor objetivo *“concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos, siendo las políticas en salud, una de las áreas prioritarias”* (p. 310). Es así que, en un primer momento, se pensó la categoría de accesibilidad para identificar el acercamiento de los servicios de salud a la población que los usa. A partir de esto, se lo consideró como un *“problema de oferta de servicios”*. Desde una mirada crítica, Garbus (2010) analiza que, en el estudio de la misma, se deben incluir las prácticas de vida y salud, las significaciones y los discursos de la población. En consonancia, se encuentra el análisis que realizan Arias y Sierra (2019) quienes plantean la accesibilidad de consumo, *“reglada por lógicas relacionadas con satisfactores y en las cuales la calidad es un aspecto central, y se impone un tipo de subjetividad demandante”* (p. 1). La lógica consumista se profundizó en el campo de la salud en el marco del neoliberalismo, a partir del cual se comenzaron a mercantilizar instituciones previamente estatales. En esta línea, el mercado pasa a convertirse en un *“modelo de inteligibilidad de problemas y áreas sociales no sujetos propiamente a su dinámica (Foucault, 2007)”* (Epele, 2010: 43). Arias y Sierra (2019) parten de comprender que, vivimos en una sociedad donde el consumo organiza las dinámicas sociales y culturales, pero esto no implica la reducción de las expectativas a los bienes materiales, sino

que se incluyen también elementos como lo educativo y laboral para la valoración de una buena calidad de vida. En esta accesibilidad de consumo desde la mercantilización de la salud, muchas instituciones se presentan como proveedoras de derechos y el acceso queda relegado al presupuesto y la disponibilidad de recursos (Arias y Sierra, 2019).

Por otro lado, Arias y Sierra (2019) también reconocen la accesibilidad de derechos, la cual *“exige pensar lo institucional superando el tema de la calidad por otras formas de ‘encuentro’ con los sujetos. En términos de procesos de interacción entre sujetos e instituciones”* (2019: 1). Retomamos la diferencia entre las dos formas de accesibilidad puesto que, en la lógica consumista lo público es reconocido únicamente como gratuito, mientras que en la accesibilidad de derechos el ámbito de lo público es donde se reconoce lo común (Arias y Sierra, 2019). En este lugar, se construye el *“reconocimiento del otro en condiciones de pertenencia... para que haya derechos debe haber una lógica de reconocimiento de los otros, o mejor dicho, el derecho es una de las formas del reconocimiento de los otros.”* (Arias y Sierra, 2019: 5). En este mismo texto, las autoras identifican que las categorías de hospitalidad y reconocimiento permiten analizar el acceso a los derechos sociales desde otras maneras de construir posibilidades de encuentro entre las personas y las instituciones. Ambos conceptos implican la inquietud que provoca la aparición de otra persona, y la posterior aceptación de la misma (Di Paola, 2013, en Arias y Sierra, 2019).

Una diferencia que observamos entre ambas lógicas refiere a las subjetividades involucradas. En el consumismo las personas aparecen en *“un lugar de demanda sin responsabilidad”* (Arias y Sierra, 2019: 2), lo que convertiría a las personas que usufructúan los servicios de salud en un lugar de pasividad. En consonancia a esto, Arredondo y Meléndez (en Sánchez Torres, 2017) señalan que en la accesibilidad se juntan *“por un lado la oferta (proveedores de servicio de salud) y, por otro, la demanda (población que requiere servicios de salud)”* (p. 86). En esta lógica, los autores plantean que desde la oferta se induce la demanda de un servicio a partir de necesidades percibidas. Garbus (2010), de manera crítica plantea frente a esa idea que pensar la accesibilidad sólo *“desde la oferta invisibiliza el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad.”* (p. 310). En cambio, desde la lógica de derechos se posiciona a las personas en un lugar de sujetos con poder, en donde se les exige participación a partir del reconocimiento de sus posibilidades de elección personal sobre cómo habitar la institución. Se busca que las

personas se posicionen en “*un lugar activo en la construcción del derecho y no sólo como beneficiario del mismo.*” (Arias y Sierra, 2019: 2)

Por lo tanto, coincidimos con la postura de estas autoras en que la accesibilidad se analice como una categoría relacional, teniendo en cuenta que tanto los servicios como las personas “*contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse*”(Garbus, 2010: 310). Es así que ambos actores (personas e instituciones) contienen en sí una cuota de poder y/o responsabilidad en que se produzca ese encuentro o no. En esta línea, Arias y Sierra (2019) proponen que la accesibilidad refiere a un vínculo y a una distancia a la vez, con desigualdades de poder, puesto que el acceso a algo o a un lugar que se presenta como ajeno es regulado y habilitado por las instituciones.

Por otra parte, Rossi et. al. (2007) presentan una diferenciación entre la accesibilidad inicial, en la cual se aborda exclusivamente el ingreso al sistema de salud, y la accesibilidad ampliada, que abarca el acceso a todo el tratamiento. Comprendemos que cuando en este proceso de atención hay un respeto de los derechos de las personas usuarias, se favorece la solidificación del vínculo que se da entre los servicios y la población, lo cual aporta a la accesibilidad ampliada (Comes et. al., 2007).

A partir del entendimiento de la accesibilidad como una categoría relacional y multiactoral, también se retoman abordajes que plantean su multidimensionalidad. En este sentido, Rossi et. al. (2007) proponen para el abordaje de la accesibilidad, pensándola como el extremo deseable de ingreso a los servicios de atención a la salud, distintas dimensiones. Desde su perspectiva éstas son definidas como “facilitadores” y “barreras”, constituyen de este modo, dos extremos del acceso a los servicios de salud. Entre estas dimensiones retomamos las siguientes:

- La dimensión económica, que hace referencia a la gratuidad o necesidad de abonar el servicio de salud utilizado, el precio de los medicamentos o la privatización de servicios (explícita o encubierta).
- La dimensión geográfica, la cual hace referencia a la localización del servicio de salud y de la población a la que se encuentra dirigida, a las distancias entre estas localizaciones, al desplazamiento de poblaciones que hacen uso de estos servicios, los tiempos y los motivos de ese desplazamiento. A su vez a esta dimensión se le suman elementos de la dimensión económica referentes al costo de las personas en el traslado hacia el servicio.

- La dimensión organizacional, que comprende las cuestiones administrativas de la institución como los turnos, los tiempos y recursos que se manejan.
- Por último, la dimensión cultural analiza la posibilidad de utilizar un servicio, teniendo en cuenta actitudes personales que provienen de creencias, hábitos y cuestiones de educación. En esta línea, se puede indagar de manera relacional la construcción de estas creencias y prácticas tanto de las personas que trabajan en el servicio de salud como de la población usuaria de estos servicios.

En relación a la accesibilidad, podemos ver que en nuestro país se plantea la consigna de “salud pública y gratuita” como derecho universal a partir del proceso de reforma constitucional de 1994. Desde estudios etnográficos previos, se plantea el hecho de que si bien se encuentra vigente esta consigna, las personas usuarias transitan diversas experiencias en el sistema de salud, relacionadas con la sistematicidad de algunas prácticas, que refuerzan el valor negativo del consumo de drogas. Es así que se puede dar una diferencia entre los discursos de los distintos dispositivos de salud (que pueden ser vistos desde el reconocimiento de situaciones multidimensionales y multicausales) y las prácticas llevadas a cabo desde los mismos (teniendo en cuenta la hospitalidad y aceptación que esto pueda provocar, o no). Esta diferencia entre los discursos y las prácticas genera la producción de saberes específicos, socializados entre las personas usuarias acerca de dónde ir para garantizar una atención adecuada, o directamente la atención en sí misma (Epele, 2010). Si bien, en el ámbito discursivo se propone una apertura y accesibilidad, en la práctica las barreras son mayores, como abordaremos en los próximos capítulos.

El concepto de adherencia

Del Mónaco (2013) identifica que la **adherencia** suele ser asociada a una “*una actitud de cumplimiento o incumplimiento de los tratamientos a partir de las acciones que los sujetos realizan (o no) para mejorar su salud*” (p. 70) y plantea que lo riesgoso de esta asociación es que se evalúa sólo desde un punto de vista profesional. A partir de esto, propone que para su análisis deben combinarse tanto los discursos de los profesionales y de las personas, para no caer en una responsabilización de las últimas. La Organización Mundial de la Salud plantea la conceptualización de la **adherencia** como “*el grado en el que el comportamiento de una persona (...) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria*” (OMS, 2004: 3). Del Mónaco (2013) identifica que la **adherencia** suele referirse al cumplimiento o incumplimiento de los

tratamientos para mejorar la condición de salud, teniendo en cuenta sólo las acciones realizadas por las personas que reciben el mismo (así exceptuando a los profesionales de la salud de la responsabilidad en los procesos de tratamiento). A partir de esto, propone que para su análisis deben combinarse tanto los discursos de los profesionales y de las personas, para no caer en la culpabilización de las últimas.

Por otro lado, Castro Díaz (2018) analiza esta idea de adherencia como cumplimiento, que tiene un matiz paternalista y dota de pasividad a las personas en todo el proceso de tratamiento, junto con su progresivo reemplazo por ideas de conductas y recomendaciones. Al establecer el acuerdo entre partes como un elemento clave, se estimula un carácter colaborativo y se destaca la manera en cómo las conductas de las personas van de la mano con este consenso, que surge a partir de las recomendaciones propuestas por los profesionales. Es así que *“se sitúa la atención en las necesidades, intereses y expectativas de la persona, con respecto al proceso que inicia, para darle participación activa en el afrontamiento de las condiciones y circunstancias que busca resolver”*. (Castro Díaz, 2018: 11).

En correlación con el carácter relacional de la adherencia planteado por las autoras mencionadas, López Jaramillo (2014) analiza este concepto como un proceso dinámico y multifactorial que se da entre las personas, un equipo de salud y una red social, proceso que *“abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y comportamentales que requiere decisiones compartidas y corresponsabilizadas”* (p. 474). Resalta también la importancia de una “buena relación” entre las personas y los profesionales de la salud, para que la adherencia sea “satisfactoria”, o que las prácticas que aportan al proceso se sostengan. En este trabajo hacemos referencia a las prácticas adherentes como la forma en la que se cristaliza la adherencia en los tratamientos ambulatorios, es decir, las decisiones que toman, dentro de un contexto determinado, tanto las personas usuarias como los profesionales de los servicios de salud a lo largo del proceso de tratamiento para sostener al mismo. Es decir que coincidimos con la perspectiva que propone Castro Díaz, entendiendo que no sólo la adherencia porta un carácter relacional sino que responsabiliza a ambas partes del proceso que se desarrolle en la conjunción.

Respecto a los tratamientos provistos en situaciones de consumo problemático nos encontramos con la investigación realizada por Poliansky et. al. (2008) quienes plantean que *“la adherencia se encuentra íntimamente vinculada a la asistencia y la permanencia de las personas en el tratamiento.”* (p. 11) En relación con esto, la OMS (2004) propone que:

Los determinantes que inciden en la adherencia son múltiples y se relacionan no sólo con el paciente y sus particularidades sino también con las características de la enfermedad, con los tratamientos posibles, con los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios. El abandono prematuro del tratamiento y los bajos niveles de adherencia en los momentos iniciales conforman un obstáculo primordial que deben superar las instituciones y los equipos de profesionales ligados a esta problemática.

(p. 4)

En este estudio, los autores identifican altos niveles de discontinuidad en los tratamientos por consumo problemático de drogas, por lo cual sostienen que esta categoría es un factor fundamental para el análisis de la atención. Les mismos proponen que se debe dar cuenta las condiciones que facilitan y mejoran la permanencia de las personas que consultan en dispositivos ambulatorios, para disminuir los gastos elevados por internaciones clínicas por consumos problemáticos de drogas. De este modo, desde la OMS (2004) se propone que el mejoramiento de la adherencia conlleva la oportunidad de que se sostengan tratamientos donde se *“acompañe las decisiones de cada paciente respecto de su relación singular al consumo problemático de sustancias y a las determinaciones que instalaron en esa persona una vulnerabilidad respecto de las adicciones”* (p. 5). Por lo cual, también identifican como fundamental postular a las personas como agentes activos de sus tratamientos y la necesidad de establecer relaciones flexibles y participativas. En esta línea, y para evitar posturas que caigan en una concepción que responsabiliza únicamente a las personas de llevar adelante sus tratamientos, la OMS (2004) percibe a la adherencia como un fenómeno multidimensional. Por esta razón plantea la existencia de cinco “dimensiones” o “factores” que influyen en el comportamiento de las personas y la capacidad de adhesión a sus tratamientos. Castro Díaz (2018) retoma estos factores en su investigación y enriquece a partir del vínculo con otros autores la visión de la OMS (2004). Los factores que se plantean en sus textos para el análisis de la adherencia son los siguientes:

- Los *factores socioeconómicos* tienen relación con la posibilidad de costear los servicios de atención y apoyo que tengan las personas en su entorno social para poder solventarlos. Si bien es mencionado por los autores como la dimensión de menor influencia, dentro de los factores que tienen efectos considerables se encuentran:

el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo

elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. (OMS, 2004: 28)

- Los *factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria*. En cuanto a los factores del equipo se comprenden los tratos y el estilo comunicativo por parte del equipo, la atmósfera relacional del equipo interdisciplinario, los modos en que organizan la provisión de recursos. En este estudio desde la perspectiva de las personas hacen referencia a estos factores planteando los tratos no individualizados, y desde la perspectiva de profesionales se plantean barreras en cuanto a faltas de tiempo, de conocimientos, de capacitaciones, de condiciones laborales y de documentación. Se propone como fundamental el rol que desempeñan los profesionales en la construcción de una relación terapéutica. En cuanto al sistema, se plantean limitaciones respecto a la precariedad en los servicios brindados por las políticas públicas. Con esto se incluye como primordial pensar en la capacidad/disponibilidad, en un sistema de salud que se observa fragmentado, para poder brindar acompañamientos y seguimientos a los distintos tratamientos.
- Los *factores relacionados con el paciente* (persona usuaria, en nuestra investigación), plantean que, usualmente, al evidenciarse baja adherencia al tratamiento se responsabiliza al mismo. Frente a esto, se propone como un aspecto crucial pensar en el hecho de que “*Recibir un diagnóstico, ... puede llegar a constituir un acontecimiento vital desestructurante y por consiguiente lleva a la persona a tener que reorganizar diferentes aspectos de su vida*” (Arrivillaga et al., 2007 en Castro Díaz, 2018: 16). La perspectiva biopsicosocial de la salud, en este sentido, propone que las prácticas adherentes no pueden encontrarse aisladas de ciertos aspectos que pueden estar mediando las decisiones relacionadas con la puesta en marcha de las recomendaciones acordadas con un profesional. Al postular este factor, nuestra intención es replantear cómo son entendidas las prácticas adherentes, buscando no dejar como únicas responsables a las personas usuarias en cuanto a la correspondencia entre los tratamientos propuestos y sus acciones, sino más bien integrar sus necesidades y potencialidades con las posibilidades de adaptación al cambio.
- Los *factores del tratamiento* se encuentran relacionados con “*el régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.*” (OMS, 2004:

30). Castro Díaz (2018) plantea la necesidad de proveer al paciente de motivación hacia la mejoría, mediante el apoyo social, ya que ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento y así se busca generar un aumento en la probabilidad de los resultados esperados (Castro Díaz; 2018). En este sentido, retomamos la importancia del modelo de abordaje integral (Bonillo et. al., s/f), el cual propone tomar a la persona como tal antes que como usuaria de drogas, entendiendo que viven en diversos entornos, tienen trayectorias de tratamientos muy distintas y, como factor fundamental, son sujetos de derechos. Dentro de estos derechos se encuentra el tratamiento adecuado, teniendo en cuenta sus necesidades y deseos para lograr una plena participación en la sociedad. Para lograr esto, se propone como necesario el fortalecimiento de modalidades de atención que no sean culpabilizadoras ni moralizantes, teniendo en cuenta la voz de las personas usuarias al momento de diseñar estrategias para su tratamiento. Para lograr que los tratamientos tengan como finalidad el bienestar integral de las personas usuarias, se plantean propuestas culturales, deportivas, artísticas y creativas sumadas a los espacios tradicionales de los tratamientos (Corbelle, 2021).

- El último factor responde a la enfermedad, englobando la *“gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos”* (p. 30). Entendemos que la intervención en lo que respecta a consumo problemático de drogas fue influenciado durante mucho tiempo por el modelo médico hegemónico, basado en la explicación de los problemas a partir de indicadores biológicos, lo cual *“posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas”* (Menéndez, 2005: 11). Al abordarse el consumo problemático de drogas desde esta perspectiva, la persona usuaria es considerada “enferma” y las intervenciones se sustentan en prescribir, aconsejar e informar (Bonillo et. al., s/f). En cuanto a esto, nos vemos en la necesidad de aclarar que al utilizar una categoría de análisis del campo de la salud para un análisis social debemos adaptarlo, siendo que partimos de comprender al consumo problemático de drogas como un problema social. De este modo, creemos que se deben pensar aspectos relacionados con la disponibilidad de propuestas de intervención (ambulatorio, semiresidencial e internación) y las posibilidades de elección que tienen las personas desde un abordaje integral. Además, nos proponemos abordar la relación entre la disminución del riesgo inminente al que se ven expuestas

las personas usuarias al acercarse a pedir un tratamiento con respecto a la continuidad de los mismos.

Entre acceder y adherir, una aproximación relacional

Por la información relevada hasta aquí de la accesibilidad y la adherencia, podemos observar que ambos conceptos son multidimensionales, puesto que componen relaciones entre personas, lo cual provoca encuentros y desencuentros, continuidades e interrupciones, a medida que pasa el tiempo. Por otro lado, entendemos que abarcan tanto a las personas usuarias, las cuales tienen un rol activo, en relación con el equipo de los servicios de salud, así como también implica a las redes vinculares de las mismas (López Jaramillo, 2014), ya sea como soporte (emocional y económico) o como barrera.

En la relación que se establece entre ambos conceptos, consideramos indispensable abordar las dimensiones de la accesibilidad y los factores que intervienen en la adherencia en conjunto, haciendo visibles los vínculos entre los mismos para poder pensar los conceptos desde la perspectiva relacional.

En primer lugar, la accesibilidad organizacional establece un vínculo con los factores relacionados al sistema o el equipo de asistencia sanitaria. No nos referimos exclusivamente a las personas que trabajan en las instituciones, sino también al espacio institucional, que será el elemento que asegure la recurrencia en las interacciones que se desarrollen entre las personas (Etkin y Schvarstein, 2000), lo que promueve las prácticas adherentes. Al mismo tiempo, retomamos el concepto de espacio materialización, entendido como la forma particular y concreta que asume la distribución de los elementos en el aquí y ahora (Etkin y Schvarstein, 2000), haciendo foco en los instrumentos administrativos y la forma de organización de los espacios que se utilizan para cada una de las intervenciones, junto con la forma de atención que se trabaja en el lugar. Es así que entendemos a la construcción de accesibilidad sobre la edificación y los elementos materiales como componente clave a la hora de pensar en las prácticas adherentes.

En segundo lugar, la accesibilidad económica establece un vínculo con los factores socioeconómicos que explican la adherencia a los tratamientos. Ambas cuestiones tienen relación con la gratuidad o el costo de los servicios de atención, y la posibilidad de costear los mismos (en lo que se incluye el traslado al lugar donde se desarrollan los tratamientos). Al mismo tiempo, entran en tensión las redes vinculares de las personas usuarias, que pueden sostener o ayudar económicamente a sus familiares, como no.

En tercer lugar, la accesibilidad geográfica mantiene una relación con los factores socioeconómicos de la adherencia. Creemos esto siendo que uno de los factores mencionados dentro de lo socioeconómico hace referencia a la desviación o lejanía en cuanto a los centros de atención a la salud. De todos modos, en la presente investigación abordamos a su vez estas dimensiones a partir de la categoría de territorialidad. El territorio, según plantea Ocampo Marín (2007), es entendido como:

“... una construcción social, una valoración, una fabricación, un producto, un espacio tatuado por la historia y la cultura, que se construye a través de prácticas, estrategias, percepciones y la manera de leerlo que tienen los integrantes del grupo que lo constituye” (Clemente, 2014: 18)

Este autor comprende que se trata de una base en la cual la sociedad desarrolla actividades convivenciales de organización comunitaria, donde convergen aspectos económicos, institucionales, culturales y religiosos (Clemente, 2014). De manera similar, Spataro (2008) plantea que en los distintos territorios se ponen en juego procesos naturales y sociales para conformar construcciones históricas, que van cambiando y le otorgan singularidades propias. Es así como se comprende que en los territorios se producen conflictos y consensos, valores y formas de habitarlo, que conforman este aspecto que comenzó a ser progresivamente considerado en las formulaciones de políticas públicas. En los territorios se ponen en juego los lazos y redes vinculares, la proximidad espacial y la pertenencia a los espacios que lo componen.

Por último, la accesibilidad cultural o simbólica, establece un vínculo con los factores de la adherencia relacionados a la persona usuaria de drogas, con la concepción acerca de la problemática social y con el tratamiento que se propone como estrategia de intervención. Aquí se abordan las creencias, hábitos y prácticas de distintos actores que comprenden todo el proceso de intervención. Tanto en las decisiones que se tomen desde el equipo del dispositivo, como en las decisiones que tomen las personas usuarias respecto de las intervenciones propuestas, es necesario tener en cuenta las significaciones y valores que son puestas en juego, en torno al consumo de drogas como problemática compleja.

En relación con el componente simbólico/cultural, se evidencia una predisposición al cambio en las experiencias que se desarrollan en los servicios de salud y el tiempo del tratamiento, tanto del equipo profesional como de las personas usuarias, en vista de factores como el conocimiento, la comprensión y el interés sobre el tratamiento. Con respecto a lo anterior, Castro Díaz (2018) postula una idea que busca replantear la perspectiva sobre la adherencia a los tratamientos *“centrada en la persona, que no restrinja la responsabilidad*

completa del éxito terapéutico a las acciones del paciente, sino que más bien se enfoque en definir una aproximación evaluativa y de intervención que integre las fortalezas y necesidades del mismo” (p.16). En relación con los factores del tratamiento, analizamos la adherencia al tratamiento ambulatorio de las personas usuarias de drogas mediante las estrategias de intervención de los profesionales del DTC. De este modo, tomamos el aporte de este autor quien plantea que proveer a las personas de motivación hacia la mejoría, mediante el apoyo social, ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento y así se busca generar un aumento en la probabilidad de los resultados esperados (Castro Díaz; 2018).

A modo de conclusión de este capítulo, consideramos que la intervención profesional puede favorecer (o no) la construcción de accesibilidad ampliada a los tratamientos ambulatorios y prácticas adherentes en ese proceso. También comprendemos que la intervención profesional está situada en un tiempo y espacio específicos y se pueden plantear estrategias puntuales o generales para la promoción de ambas: accesibilidad y adherencia en las distintas situaciones de las personas usuarias de drogas.

En el próximo capítulo, para poder ahondar el análisis de las categorías de accesibilidad y adherencia a los tratamientos desde las estrategias de intervención propuestas en la institución en la cual realizamos nuestra investigación, nos proponemos desarrollar las características específicas del territorio donde está situado el DTC y la población que asiste al mismo, junto con características de la institución en sí.

SEGUNDO CAPÍTULO: RECORRIDO TERRITORIAL E INSTITUCIONAL

En este capítulo en primer lugar, describimos el territorio en el cual se encuentra ubicada la institución y las condiciones socio-económicas de la población. En segundo lugar, detallamos la historia del surgimiento del dispositivo y las implicancias de este hecho, para luego poder abordar algunas características de la institución, del equipo profesional y de los espacios que contiene.

El territorio y las condiciones socio-económicas de la población

El Dispositivo Territorial Comunitario referido en el presente trabajo de investigación, está situado geográficamente en Villa Tranquila, Avellaneda. Este lugar forma parte del

primer cordón del AMBA. Está ubicado entre la Av. Gral Roca y la Autopista Buenos Aires - La Plata, sobre la calle Manuel Estevez 1120, Dock Sud. El terreno en el cual se estableció esta villa, anteriormente se ocupaba para el cultivo de frutas, hortalizas y flores. Es a comienzos del siglo XX que trabajadores de distintas fábricas aledañas comienzan a establecerse en estos predios (LAHN, s/f: 3).

Imagen 1. Ubicación de Villa Tranquila, Avellaneda.



Fuente: elaboración de Clarisa Bettatis en base a datos municipales y cartografía de la Dirección Provincial de Ordenamiento Urbano y Territorial de la Provincia de Buenos Aires - 2009.³

En el Registro Nacional de Barrios Populares se relevó al año 2022 que en Villa Tranquila viven 2475 familias, constituidas por 2523 personas de género masculino y 2746 personas de género femenino. Dichas familias habitan en 2250 viviendas. (ReNaBaP - Julio 2022)⁴. Se relevó que aproximadamente el 19,5% de las familias del barrio son beneficiarias de la Asignación Universal por Hijo.

³ Disponible en https://www.researchgate.net/publication/41734057_Urbanizacion_de_asentamientos_informales_en_la_provincia_de_Buenos_Aires

⁴ Disponible <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap/mapa>

En cuanto a los términos dominiales los datos encontrados son del 2011 del informe del Programa de mejoramiento Barrial II, refieren que la propiedad de los terrenos corresponde a la municipalidad (por donación de una empresa con cargo, y por cesión del Banco de la Provincia de Buenos Aires), del Estado Nacional con trámites de transferencia hacia el municipio y algunos son terrenos privados en vía de expropiación (Informe Final, Promeba II). Por otro lado, se identificó la inexistencia de integración urbana y social, ya que *“si bien el entorno contaba con la disponibilidad de la totalidad de los servicios públicos, al interior de Villa Tranquila se carecía de los mismos, además de no existir tampoco espacios verdes y comunitarios, y concentrar un importante déficit en la calidad de las viviendas”* (Informe Final, Promeba II, 2011: 70).

Otro aspecto identificado en relación al barrio refiere a su división en sectores, en el mismo se manifiesta:

Es una división socio espacial que está asociada fundamentalmente a los accesos al barrio. ‘Los nombres elegidos para la sectorización de la villa se relacionan con el trazado y nombre de las calles principales que la recorren o limitan... y remiten a un fuerte sentido de pertenencia’ (Documento Social, Informe Final. Programa de Urbanización de Villa Tranquila, Municipalidad, noviembre 2005)... La fuerte disputa y antagonismo entre sectores se evidenciaba en todos los niveles de asociatividad; los vecinos no podían cruzar de un sector a otro; los referentes de un sector desconfiaba de los de otros sectores; de las 25 organizaciones sociales presentes en el barrio en el año 2008 sólo el 10% articulaba con otras organizaciones de la sociedad civil. (Informe Final, Promeba II, 2011: 86)

En cuanto a la percepción de los integrantes del equipo del DTC sobre el territorio de Villa Tranquila, una de las psicólogas manifestó que se presenta como un territorio pequeño en dimensiones espaciales, pero con amplia vulneración social en aspectos estructurales y no estructurales (Psicóloga 2). En cuanto a los aspectos estructurales, entendemos que se hace referencia a la construcción de viviendas, el estado de las calles, el acceso a servicios públicos, seguridad a nivel barrial, entre otras cuestiones. En base al registro realizado el 22 de abril de 2022, observamos una amplia desigualdad en las distintas partes que conforman el barrio. Además, registramos que algunas de las calles se encuentran asfaltadas, mientras otras son de tierra y están cubiertas de barro. Respecto a la situación habitacional, se nota una diferencia entre las viviendas sociales construidas por el Estado, y las viviendas

construidas por las mismas personas del barrio. A modo de ampliar nuestra observación, se retoma a continuación el relato de una las Trabajadoras Sociales del DTC, quien manifestó:

...cuando empecé a trabajar en Villa Tranquila... recién empezaban las primeras señales de urbanización, se habían generado las primeras mudanzas a los edificios que están... (señala hacia afuera) esas casitas rosas, y después se fueron completando con más de 700 mudanzas. Eso también generó apertura de calles, ahora se está poniendo la estación de bomberos y van a haber cloacas. Entonces, obviamente va generando cambios cualitativos en la vida de muchas vecinas y vecinos. Así todo, es un barrio que dentro del mismo, tiene desigualdad. (Trabajadora Social 2)

Desde una perspectiva distinta, otra de las trabajadoras sociales señaló lo siguiente a la hora de describir el territorio:

Villa Tranquila tiene algo importante y es que se encuentra en espacios, en las periferias de las fábricas. Fábricas instaladas... que en la crisis del 2001 quedan abandonadas... esos edificios enormes. El Estado empezó a usar esos predios y empezó a poner allí instituciones estatales, eso hay que notarlo como importante porque no en todos los barrios hay instituciones estatales en el corazón del barrio. Villa Tranquila tiene la característica que dentro del barrio pueden encontrar 4 o 5 territorios muy diferentes que no están organizados. Tenes en el medio de las exposiciones algunos lugares urbanizados y en el fondo es la parte más compleja del barrio. Son complicaciones habitacionales del lugar, del territorio. Algo que caracteriza al barrio es que no acceden al gas natural, todos tienen garrafas. La luz va y viene, es una cuestión bastante deteriorada, aún estando ni más ni menos que a 9 cuadras del centro del municipio. A pesar de tener estas complicaciones edilicias y demás, tiene de beneficioso, no lo digo como un regalo, sino como algo positivo, tiene pleno acceso al Estado porque hay muchas instituciones dentro de ahí. (Trabajadora Social 1)

En estas consideraciones de les entrevistades observamos la identificación de algunos cambios generados en los últimos años, los cuales pueden relacionarse al proceso del Programa de Mejoramiento de Viviendas. De todos modos, desde su mirada sigue habiendo una falta de provisión de servicios públicos y una desigualdad social determinada en relación a la parte del barrio en la que vive la persona (Registro de campo, realizadas el 22 de abril 2022).

Por otra parte, en cuanto a lo mencionado en relación al predio de fábricas abandonadas, distinguimos que luego de la crisis de 2001 han sido utilizadas tanto por el Estado para situar sus instituciones, como por distintas familias y comunidades del barrio para asentar sus viviendas. Cabe recalcar que estos predios utilizados por las familias quedaron sin ningún cuidado y con riesgos edilicios como para que fueran habitados, mientras que los espacios utilizados por el Estado se encuentran en condiciones para ser transitados. Así y todo, las personas residen de igual manera en estos espacios precarizados, en condiciones de hacinamiento, con inseguridad y con situaciones de riesgo (filtraciones y humedad, roedores, falta de soporte de las estructuras del piso y paredes, falta de ventanas) (Registro de campo, realizadas el 22 de abril 2022).

Las percepciones de les entrevistades y lo que fue observado podemos analizarlo desde la categoría de territorio de relegación (Wacquant, 2001 en Lozano y Sala, 2014; Carballada et. al., 2014), la cual hace alusión a los barrios populares del conurbano, como lo es Villa Tranquila. Éstos, aparecen como fenómeno en la década de los '90 con la progresiva segregación urbana, el proceso de aislamiento social y económico de las clases populares con los asentamientos urbanos (comúnmente llamadas villas), relegados espacialmente de los centros de las ciudades con límites bien marcados y casi cerrados. Este aislamiento social provoca el uso diferenciado de los espacios comunes y privados, sin importar la cercanía que haya del centro, porque provoca que la distancia simbólica sea cada vez mayor (Lozano y Sala, 2014). Desde esta noción de territorio, Villa Tranquila como barrio *"está excluida... así como hay mucha integración en el barrio con respecto al equipamiento comunitario, hay cómo... si bien está en Avellaneda, hay una exclusión de la trama urbana. Aunque sean diez cuadradas, no importa."* (Trabajadora Social 2).

Al mismo tiempo que Villa Tranquila se encuentra aislada geográficamente del centro del municipio, presenta una importante sectorización al interior del barrio la cual identificamos en el discurso de les entrevistades y en la presentación de los casos de estudio de Villas y Asentamientos del AMBA (LAHN, s/f). Roitman (2003) presenta en su teoría este proceso como una forma de segregación urbana, de separación espacial de distintos grupos sociales en un mismo territorio de acuerdo a sus diferencias. Dos profesionales hicieron alusión a la misma en las entrevistas comentando: *"Villa Tranquila tiene 12 sectores y algunos sectores tienen sector A, sector B y sector bis. Esa es un poco la complejidad y tiene muchas comunidades de distintas culturas también. Entonces cada sector tiene una impronta distinta..."* (Coordinadora), y *el barrio está dividido en sectores: Tellier, Ranchito,*

Lever, Pinzon y, si bien todo pertenece a Villa Tranquila, tiene esa división. Entonces pasa que, por ejemplo, mucha gente no nos conoce." (Psicóloga 2). La postura de una de las entrevistadas, a la vez, evidencia que la división sectorial es casi tan importante como la que se refiere con respecto al centro del municipio: es una separación con *"límites imaginarios barriales"* (Tallerista 1) que aparecen como infranqueables. Estos límites se notan incluso con las condiciones de las construcciones: de un lado del límite, existen las viviendas sociales del Estado (aquellas que se ven como una línea uniforme de color amarillo en la imagen 3), mientras que del otro existen las viviendas autoconstruidas, de diversos materiales (se ven en la imagen 3, y están construidas con chapa, ladrillos y demás). Por otra parte, hay un gran terreno baldío como depósito de basura en el límite entre Villa Tranquila e Isla Maciel (localidad aledaña al barrio), y les profesionales refirieron en reiteradas veces el peligro de salir de los límites sectoriales.

Imagen 3. Fotografía de Villa Tranquila



Fuente: Elaboración propia - 2022. (Agudin, Aznarez Avelino, Müller)

Desde la mirada de les entrevistades se señala que hay partes del barrio que no tienen relación alguna con otros, incluso las poblaciones que residen en cada uno de los sectores no tienen vínculos (ceranos o siquiera existentes) con el resto de los sectores. Encontramos una relación entre estos relatos con lo propuesto por Carballada (2013), quien identifica que estas situaciones implican que se conforme un *"nosotros"* dentro de cada sector que no tiene relaciones con los *"otros"*, a pesar de residir en el mismo territorio. Teniendo en cuenta esta percepción de les entrevistades de la sectorización del barrio existente y la separación

espacial que conlleva, planteamos como pertinente vincular esta mirada con el concepto de identidad, el cual suele ser relacionado a las conceptualizaciones sobre territorialidad.

Según Del Franco et. al. (2008, en Verga et. al. 2015), la identidad hace referencia a la pertenencia a un grupo social distinto, donde la proximidad del territorio compartido, los símbolos, la historia, las problemáticas y proyectos unen a la población del barrio, despertando unidad y solidaridad, junto al arraigo con el territorio. Sin embargo, desde la percepción de les entrevistades se plantea que la proximidad territorial, en el caso de Villa Tranquila no haría a la unidad y al sentido de pertenencia al conjunto, sino que cada sector se “*identifica*” con los suyos “*esa sectorización está dada por los propios vecinos, digamos no por el Estado... para los vecinos Villa Tranquila es un sector y nada más.*” (Trabajadora Social 2)

Por otro lado, si bien las personas entrevistadas describieron que Villa Tranquila se encuentra aislada del centro del municipio, también manifestaron que dentro del territorio hay una amplia presencia de instituciones estatales que intervienen junto con la población, entre las que se encuentran “*la escuela, el jardín maternal, el jardín de infantes, la Unidad Sanitaria, el Envión, el DTC, distintos comedores, hay una escuela primaria y secundaria; todo el entramado se puede dar en el mismo territorio*” (Trabajadora Social 2). Sin embargo, dentro del mapa de las mismas, podemos dar cuenta que la gran mayoría de ellas se encuentran localizadas geográficamente dentro del predio de las fábricas abandonadas, el cual conforma solo una parte del territorio. Teniendo en cuenta la sectorización mencionada, nos surge la pregunta por el acceso de las personas que residen en aquellos sectores que se encuentran “*alejados*” simbólicamente de las instituciones, a las mismas.

Por último, en relación con la descripción territorial, un aspecto fundamental para su caracterización son las condiciones económicas de la población de Villa Tranquila. En las distintas entrevistas, surgió la mirada de que los niveles adquisitivos son “*muy variados*” y que esa variación se encuentra marcada por los distintos sectores (Coordinadora). En la misma línea, el tallerista planteó la existencia de “*mucha desigualdad*”, y refiere “*Hay unos que no tienen nada y otros que tienen todo*” (Tallerista 2). A su vez, una de las trabajadoras sociales mencionó que, desde su perspectiva, se trata de “*una población vulnerable, bien de barrio vulnerable, pero a pesar de eso, con algunas estrategias, tiene un ingreso mínimo que ayuda a solventar el desarrollo de la vida cotidiana. La vulneración económica está arraigada a otro tipo de vulneraciones*” (Trabajadora Social 1). Entre las personas entrevistadas coincidieron en la percepción respecto de que se trata de una población con

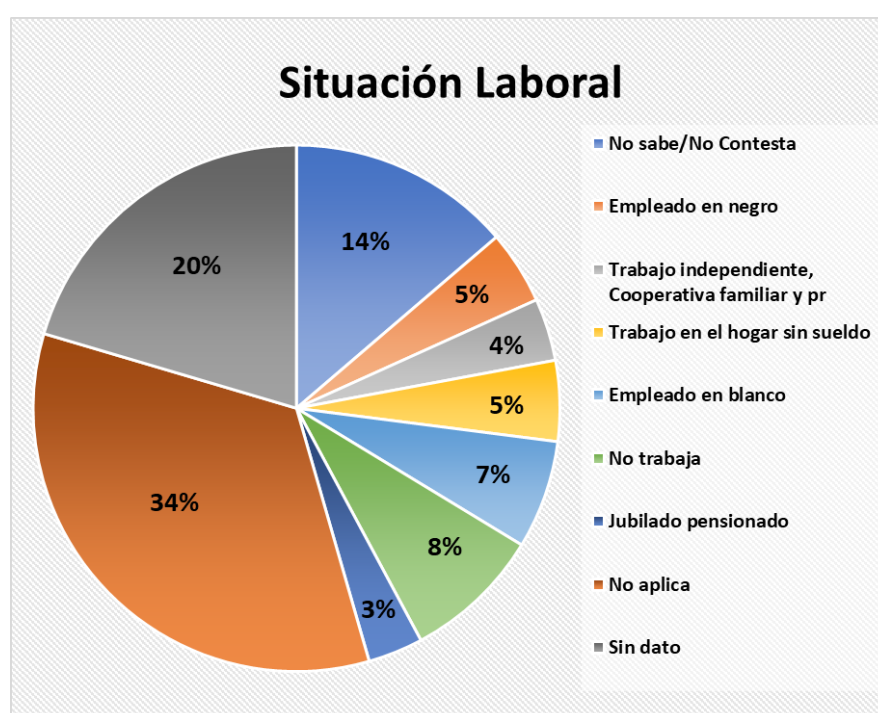
fuerte apoyo laboral en organismos estatales, particularmente municipales, y por otro lado, dentro de los trabajos con fuerte impronta barrial se encuentran las fábricas de alrededores, entre ellas las del puerto. Lo que manifestaron en las entrevistas respecto a esto es lo siguiente:

Es una población que la mitad es empleado municipal o está acompañado por un programa estatal o municipal pero la mayoría tiene changas o algún trabajo extra, pero bueno ahí se puede ver que hay mucho acceso laboral, pero que obviamente sigue siendo un acceso laboral informal, no continuo, disruptivo (Trabajadora Social 1)

Hay muchos empleados municipales... que trabajan en lo que fue en su momento las cooperativas... Hay muchos que forman parte también de algún programa como el Potenciar Acompañamiento o se sigue sosteniendo lo que en su momento fueron las manzaneras con las mujeres en los comedores. (Coordinadora)

Hay mucha contratación a través del programa Potenciar Trabajo... la mayoría son personas que tienen un trabajo en relación de dependencia... La mayoría están o dentro de las cooperativas del municipio, que son las cooperativas que, tenés higiene urbana, obras públicas, y demás... Y luego tenés mucho empleo informal... venta ambulante, trabajo por hora, changas eventuales (Psicóloga 2)

Imagen 4. Situación laboral de las familias que viven en Villa Tranquila.



Fuente: Elaboración propia con información registrada sobre Villa Tranquila, Avellaneda. (ReNaBaP, 2022).

Esta percepción de las personas entrevistadas sobre la población de Villa Tranquila puede relacionarse con las tendencias generales, que identifican que la reproducción de vida de las poblaciones de los barrios populares se encuentra vinculada generalmente a condiciones laborales donde prima la *precarización laboral* y/o a la *estatización de la vida social*.

En cuanto a la *precarización laboral*, Delfini (2016) plantea que se trata de aquel conjunto de personas que, al estar excluidas del sector moderno de la economía (por la necesidad de las empresas de la disminución de sus costos), se encuentran forzadas a recurrir a otros modos de obtención de ingresos y/o recursos complementarios. De este modo, encuentran solamente en algunos espacios la posibilidad de insertarse con paupérrimas condiciones de trabajo y bajo una total desprotección legal. Epele (2010), respecto a esto plantea que “*conjuntamente con el desempleo, la falta de protección de derechos del trabajador en los empleos disponibles ‘para pobres’ señalaba una nueva precariedad laboral, que comprometía tanto la posibilidad de subsistencia como la dignidad.*” (p 115). Sobre esta situación, identifica las amplias repercusiones que tiene en la vida cotidiana de estos barrios, una de las cuales mencionan les entrevistades como la estatización de la vida social.

La categoría de *estatización de la vida social* hace alusión al fenómeno a partir del cual la intervención social se vuelve cada vez más significativa en las relaciones sociales, económicas y jurídicas (Cristeche, 2015). En este sentido, el autor refiere que el Estado como garante del proceso de acumulación del capital tiene que dar respuestas a las consecuencias sociales que trae aparejado ese proceso, como lo son la creciente precarización laboral y el desempleo. Es así que se ve en la necesidad de asumir la reproducción parcial o total de la clase obrera que no encuentra mercado para vender su fuerza de trabajo. De este modo, identifica cómo el empleo público, a pesar de ser una tendencia histórica, se aceleró en los últimos años. Frente al hecho de que “*en Argentina no hace falta estar desocupado para ser pobre*”, el Estado, para elevar la capacidad de consumo interna y afrontar problemas políticos constantes, “*refuerza el salario con transferencias de distinto tipo... y con la provisión de determinados bienes y servicios en forma gratuita o a un precio muy inferior al de mercado*” (Cristeche, 2015: 8).

Esta conceptualización la podemos observar en la perspectiva de les entrevistades sobre las condiciones socio-económicas de la población de Villa Tranquila. Teniendo en cuenta las condiciones mayoritariamente informales en las que se encuentran contratades

aquellos que logran encontrar algún tipo de empleo, la intervención estatal se identifica como un hecho determinante en el barrio para la reproducción de la vida cotidiana. Al consultar sobre las condiciones socio-económicas de esta población, la mayoría de profesionales hicieron alusión a la contratación de la población por parte de la municipalidad o la cobertura de los gastos de reproducción a partir de un plan social. Tomamos ambos fenómenos como aspectos relevantes para la caracterización del territorio donde se realizan las intervenciones y la población que habita en él.

Personas usuarias de drogas en el territorio de Villa Tranquila

Al haber desarrollado la descripción de los aspectos más generales del territorio y la población, pasamos a desarrollar las particularidades en cuanto a las percepciones de las situaciones de consumo de drogas en el barrio, desde la perspectiva de los trabajadores del DTC, siendo las personas usuarias las unidades de análisis de nuestra investigación. Tomando en cuenta la mirada de los entrevistados sobre cómo perciben que es observada la problemática a tratar por parte de la población del territorio, nos encontramos con distintos planteos. Una de las psicólogas refirió que, por un lado *“hay una visión del consumo muy abstencionista, sobre todo en relación al consumo de sustancias ilegales”* pero por otro lado, hay *“determinadas sustancias y determinadas prácticas de consumo que están muy habilitadas, y hablo fundamentalmente del alcohol. Están muy naturalizadas y no se problematizan, no se estigmatizan”* (Psicóloga 2). A este aspecto, desde la consideración de los profesionales del DTC, se suma la mirada estigmatizante de la población del barrio sobre aquellas personas que consumen sustancias. En referencia a esto, la coordinadora manifestó que hay *“un estigma atravesado en ellos, que es la persona como consumidora... para el barrio... esa persona es un adicto, un problemático, el borracho, el drogadicto.”* En estos discursos observamos cómo dos profesionales del equipo, aunque tengan su formación en la misma disciplina, hicieron alusión a la mirada social del consumo de alcohol de distinta manera. Por un lado, una mencionó que se encuentra naturalizado y no estigmatizado su consumo, mientras que la otra mencionó que “el borracho” es señalado.

Partiendo de esta consideración sobre cómo observan que es tratada la problemática del consumo en cuanto al eje territorial, parte del equipo entrevistado relata algunos aspectos de las condiciones socio-económicas de las personas usuarias de drogas que viven en Villa Tranquila. En este punto plantean que, en cuanto a lo económico, son los menos los que consiguen un empleo formal debido a *“la estigmatización por el lugar en el que viven,*

porque muchos de los jóvenes no terminan el secundario entonces eso es una dificultad” (Coordinadora). Por otro lado, se menciona que les que consiguen trabajos, suelen ser en fábricas con guardias de doce horas o *“esporádicos, de changas, que son contrataciones en negro, con ningun tipo de beneficio. Y hay algunas situaciones que también tienen que ver con empleo municipal, o empleados en el rubro de lo privado”* (Psicóloga 1). Con respecto a los beneficios que mencionó la entrevistada, lo que planteó que suele ocurrir con las personas usuarias es que, al estar desempleadas o con contrataciones en modalidades informales, se dificulta el acceso a distintos derechos.

A su vez, haciendo alusión a los empleos que generalmente tienen las personas usuarias que asisten al DTC, un tallerista refirió que son trabajos *“del palo”* (como pueden ser *“remisero o moto-fletero”*), donde *“seguro hay consumo”*, y en los que las personas que allí trabajan son *“llevadas”* a consumir, mismo por los horarios nocturnos de los turnos (Tallerista 2). Encontramos en este discurso una cristalización de ciertos estigmas reproducidos socialmente que se relacionan con las personas usuarias que trabajan en la nocturnidad, con una gran amplitud horaria. En este sentido, también una Trabajadora Social reflejó que muchas personas usuarias tienen empleos donde se realizan guardias en fábricas, guardias en el puerto, guardias médicas. Al mencionar este tipo de trabajos, insinúa que hay una gran cantidad de tiempo ocioso (*“12 horas”*), y que terminan siendo situaciones donde *“se consume dentro del laburo”* (Trabajadora Social 1).

Otro aspecto importante a tener en cuenta de las personas usuarias de drogas son sus redes vinculares. Cohen y Syme (1985) consideran que *“las relaciones sociales son de gran importancia para las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a las enfermedades”* (Clemente, 2003: 5). Con respecto a esto, una de las psicólogas planteó que al haber vulneraciones de derechos y cuestiones estructurales se *“van generando entramados muy diversos y muy complejos en las vinculaciones.”* (Psicóloga 2). Wellman (1988, en Clemente, 2003) define el concepto de redes desde dos perspectivas diferentes: la primera perspectiva está centrada en el individuo y define a la red como un todo, mientras que la segunda perspectiva delimita la población sobre el universo, y se analiza la totalidad de los lazos que se establecen entre los integrantes o subgrupos de la red. En relación con esto, una de las Trabajadoras Sociales consideró que si bien cada situación es singular, desde una visión general al comenzar a hacer tratamientos de consumo problemático las personas usuarias llegan con *“muy poca red de contención, al ya haber agotado demasiados actores que acompañaron la situación: familiares,*

institucionales, comunitarios". También manifestó que esas redes reducidas suelen estar constituidas mayoritariamente por *"mujeres o abuelas"*, mientras hizo mención que desde el OAD se hace una distinción en este aspecto: *"el 93% de las personas que cuidan o piden ayuda, son mujeres"* (Trabajadora Social 1). Esta consideración resulta interesante leerla en clave con lo que plantea el OAD (2019) sobre la necesidad de adopción de la perspectiva de género en las estrategias de intervención con la problemática del consumo de drogas. Desde este Observatorio se considera que adoptar la perspectiva de género significa tener en consideración las consecuencias de las intervenciones realizadas con los varones, ya que muchas veces se delega en las mujeres (madres, esposas, hermanas) las tareas de acompañamiento y cuidado, fortaleciendo así la sobrecarga laboral que pesa sobre ellas.

Otro aspecto en cuanto a las redes de las personas usuarias, que se vio repetido en los discursos de las entrevistas es que las familias, si bien suelen ser consideradas como una red vincular, muchas veces no son referenciadas como apoyos o desde un lugar de contención de las personas usuarias. De esta manera, se observa una diferenciación entre redes vinculares y redes de apoyo/contención. Campos (1996) aborda esta idea haciendo referencia a que quienes constituyen la red de una persona pueden proporcionar cierto apoyo social en determinados momentos. Este apoyo puede darse desde lo emocional, material, status o compañía social, pero también una de las funciones principales del apoyo social, identificadas por Campos (1996), es la capacidad de proporcionar reciprocidad en las relaciones, que la persona pueda sentirse *"necesitada por otros"*. En esta línea, podemos pensar las percepciones de les entrevistades en las que refieren la importancia de no generalizar quién puede dar ese apoyo (por ejemplo, paterna, materna, amigue, etc), porque para cada persona usuaria ese apoyo puede ser distinto. En el relato de la coordinadora se puso de manifiesto el apoyo en categoría de referencia afectiva: *"(e)s siempre referente afectivo? No, no siempre es así. A veces un referente afectivo es un amigo, es alguien de otra institución, alguien de un equipo de trabajo, una novia, va cambiando según la singularidad e historicidad de cada usuario"*. También, una de las Trabajadoras Sociales mencionó que algunas de las personas que se acercan *"no tienen mamá, no tienen papá"* o por distintas situaciones de vulneraciones de derechos *"no están con las familias"* y *"los vínculos, los referentes afectivos son otros que no son familiares"* (Trabajadora Social 2). A su vez, un tallerista hizo referencia a lo sano (o no) de estos vínculos, mencionando que, en muchas ocasiones, desde los vínculos existentes *"vuelven locos (a las personas usuarias) para que anden mal"*. En este aspecto, también aludió desde su perspectiva que muchas

veces *“lo sano es no vincularse más”* (Tallerista 2). Con esto podemos relacionar lo que mencionó una de las psicólogas respecto a que el inicio de los tratamientos genera cambios y produce efectos no solo en la persona sino también en *“los otros espacios que habita, y en los otros vínculos que tiene.”* (Psicóloga 2).

Creemos que los aspectos mencionados hacen a la percepción que se tiene desde parte del equipo profesional del dispositivo sobre la población con la cual intervienen. Las visiones que hay sobre las modalidades y los tipos de consumo que observan que hay en la población de Villa Tranquila; las visiones sobre las condiciones económicas de aquellas personas usuarias de drogas que asisten a la institución; como también la percepción sobre la conformación de sus redes vinculares hacen a sus expectativas de trabajo. Esto resulta en un aspecto de vital importancia para pensar el abordaje de las intervenciones sociales y la construcción de la perspectiva institucional.

Historización del dispositivo del DTC de Villa Tranquila y del encuadre institucional

Hasta aquí desarrollamos lo que hace al contexto territorial de Villa Tranquila y profundizamos sobre algunos aspectos de las personas usuarias de drogas. Esto nos da el marco necesario para pensar en la instalación del Dispositivo Territorial Comunitario como institución estatal que irrumpe en el territorio en un momento determinado. Ahora, la irrupción la identificamos dentro del marco de políticas públicas, que se proponen la promoción de la integración social de los territorios relegados.

Para poder contextualizar el encuadre institucional, nos parece pertinente mencionar cómo fue el surgimiento del DTC. En el año 2014, el dispositivo comenzó siendo una casa educativa terapéutica, las cuales según Corbelle (2021) se crearon con la idea de impulsar un abordaje integral que involucre a sectores y colectivos sociales diversos, a fin de acompañar a personas usuarias de drogas en la construcción de un proyecto de vida saludable. Esta casa ofrecía tratamiento, atención y promovía la inserción educativa, laboral y la participación en actividades de distinta índole. En 2016, pasó a ser un Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT). Los mismos fueron promovidos con la finalidad de abordar las problemáticas de consumo problemático de manera estratégica y complementaria, facilitando a las personas usuarias el acceso al sistema de salud desde una perspectiva enfocada en la promoción de derechos. A partir del 2020, el dispositivo cambió su nombre a Dispositivo Territorial Comunitario (DTC), pero siguen teniendo los mismos

objetivos y las mismas finalidades que el DIAT. (Registro de campo, realizado el 22 de abril del 2022).

Respecto a los comienzos del dispositivo, las personas entrevistadas relatan que sus características fueron cambiando a lo largo de los años. Este proceso se desarrolló a partir de dos etapas. La coordinadora sostuvo sobre los inicios del dispositivo lo siguiente:

cuando nosotros arrancamos, arrancamos sin el edificio. El edificio ya estaba igual porque es el predio de la Lever, que era una fábrica en el año 2000 que luego se le cedió al municipio. Nosotros arrancamos en 2014, cuando estaba todo lo que era el proceso de mejora edilicia, de puesta en valor del edificio y había como dos rumores. Uno que iba a ser una cárcel y otro que iba a ser un hospital para enfermos, drogadictos y demás. Esas eran las dos representaciones que se corrían en el barrio. La realidad es que las rejas, el gris y todo como que tampoco ayudaba mucho a eso. Nosotros le dimos mucho a la discusión ese año previo a la inauguración del edificio para poder laburar con las representaciones y las construcciones sociales.

A su vez agrega que en los principios de la institución se había comenzado el trabajo como si fuese un *“centro de día”*, se trabajaba sólo con diez situaciones en una lógica de querer acompañar sus trayectorias y ver *“qué es lo que les había pasado”*. La construcción de intervenciones centradas en pocas situaciones llevó a que las personas del barrio estigmatizaran el trabajo del equipo del dispositivo, bajo una idea de que se trabajaba con *“...los pibes más chorros... que nosotros apañábamos a estos pibes, que teníamos a los pibes acá haciendo nada, que éramos un aguantadero.”* (Coordinadora) Sobre esta época, uno de los talleristas del equipo refirió que, si bien el edificio ya existía, irrumpió como una *“prestación que en un principio traccionó a todos los que estaban más descompuestos. Y al barrio no les gustaban los descompuestos, los repelían porque les causaban problemas... eran particulares.”* (Tallerista 2). También, *“algunos vecinos entendían en su momento que nosotros sacábamos a las personas de la cárcel”* (Tallerista 1) A partir de estos aspectos, una de las Trabajadoras Sociales, mencionó que el DTC se había caracterizado por la población de Villa Tranquila como un lugar de *“ranchada”*, *“lo llamaban SEDROGAR”* (Trabajadora Social 1).

Las personas entrevistadas comentaron que, actualmente el dispositivo es comprendido a partir de otras características. Esto fue producto, según la Coordinadora, de *“un montón de laburo”* donde se comenzaron a incorporar *“organizaciones sociales, cooperativas para que empezaran a usar el espacio, lo cual nos hizo a nosotros crecer como*

equipo y entender que solos no podíamos, que las redes son sumamente importantes". Es así, que la entrevistada consideró al 2017 como el año bisagra en el cual se logró pasar de la mirada externa anterior a la actual y esto implicó *"abrir el juego para toda la comunidad"*. A partir de esto definió que se logró instalar una idea del dispositivo como:

un dispositivo de atención primaria, somos una referencia comunitaria. La gente no solo se acerca por situaciones de consumo, sino que saben que hay un equipo que ayuda, que acompaña y siempre está... Si bien, nuestra especificidad es la atención en consumos problemáticos, el objetivo del edificio, del dispositivo tiene que ser más territorial, más comunitario y me parece que hay una representación bastante clara de eso por las situaciones, por las demandas que nos llegan. (Coordinadora)

En la misma línea, una de las Trabajadoras Sociales mencionó que las personas del barrio están comprendiendo que el DTC está en territorio en una lógica de abordar vulneraciones de derechos y no solo abocado a la atención de la problemática del consumo (Trabajadora Social 2). Esto permite, desde su perspectiva, que se acerque *"gente que tiene hambre, puede venir gente que tiene frío, puede venir gente que tiene problemas de consumo, problemas de documento, problemas de que no está con nadie, puede venir con problemas mentales, puede venir sin problemas también"* (Tallerista 2). De este modo lo que se planteó es que el dispositivo busca ser un espacio abierto al cual *"puede venir cualquier persona con cualquier demanda; eso no quiere decir que nosotros podemos dar respuesta a cualquier demanda, pero sí que escuchamos y acompañamos en la articulación o la derivación, a lo que sea que se necesite"* (Coordinadora).

De acuerdo al desarrollo que se ha realizado en torno a algunos aspectos de la historia del dispositivo y comprendiendo que a partir de la misma se va significando el lugar, a continuación describimos la constitución del espacio físico institucional actual. Para esto, partimos de la conceptualización de Etkin y Schvarstein (2000) planteada en el primer capítulo respecto a que este espacio de las instituciones es el elemento que asegura la recurrencia en las interacciones de las personas, y que *"pretende instalar la continuidad, proponer el encuentro, favorecer la homogeneidad."* (2000: 245)

Con respecto a las características del DTC, la coordinadora manifestó que la institución a la que recurren las personas usuarias de drogas es propia de la SEDRONAR, pero comparten espacios con el Programa Envión, por lo que el mantenimiento edilicio corresponde a la municipalidad. El edificio en el cual se encuentra la institución cuenta con cuatro pisos. En planta baja está la recepción, la oficina del equipo donde dan lugar a las

reuniones y en donde se ordena el día a día, el consultorio de salud y otra oficina que también funciona para la atención, el comedor, las cocinas y la huerta. En el primer piso se encuentra la parte cultural: el cine, el taller de artes visuales, el espacio de educación en donde funciona la primaria para adultos y un aula que funciona como espacio de grabación del taller de radio, pero que también se utiliza como espacio para realizar entrevistas individuales. En el segundo piso está la parte tecnológica, donde tienen la sala de ensayo de música, la sala de grabación y la radio. En el tercer piso hay un gimnasio, y en el cuarto piso se encuentra la biblioteca de todos los espacios. También cuentan con una terraza y un jardín donde tienen una huerta. (Coordinadora)

De acuerdo al registro realizado el día 22 de abril de 2022, entre los aspectos edilicios que se observaron se encuentran, los murales exteriores de varias temáticas que forma parte de un proyecto que convocó artistas del barrio, y los murales al interior del edificio, pintados por personas usuarias que asisten o asistieron al dispositivo. Por otro lado, el DTC en su interior es un lugar colorido, y hay colgados múltiples carteles-afiches con distintas informaciones institucionales. Al mismo tiempo, registramos que no hay un espacio de recepción delimitado, ni carteles indicativos acerca de la localización de los distintos espacios. Es decir que se requiere un conocimiento previo de la institución o alguien que acompañe en el primer acercamiento al dispositivo para saber cómo moverse alrededor de sus espacios. Por otro lado, nos encontramos con que el equipo posee distintos juegos de llaves de acuerdo a las diversas salas, pero el picaporte de todas las puertas se encuentra en la oficina de usos múltiples, a cargo del equipo, para poder abrir cada uno de los espacios. Al mismo tiempo, el modo de acceder a los distintos pisos es mediante una única escalera.

El edificio se encuentra abierto y con personal del dispositivo de lunes a viernes de 10 a 16 hs. No cuentan con teléfono institucional, los integrantes del equipo utilizan los teléfonos personales. En cuanto al equipo profesional del DTC se encuentra conformado por “...veintiún personas” (Coordinadora). Las personas están contratadas para el desarrollo de los siguientes roles: coordinación, tallerista de teatro, acompañante terapéutico y tallerista de yoga, tallerista de acrobacia en tela, tallerista de artes visuales, cuatro trabajadoras sociales, una de ellas referente de centros de prácticas, tallerista de teatro y operador, auxiliar de salud y recepción, administración, tallerista de huerta y operador socio terapéutico, tallerista de radio, cuatro psicólogues, enfermería, tallerista de beats y producción musical, tallerista de break dance. (Cuadro 1, Anexo) Todas las profesionales, menos la coordinadora que está en planta permanente del municipio, están contratados a

partir del sistema de becas de ingreso estímulo en la categoría A (Anexo I, Resolución 193: 2022).

A partir del contexto institucional como marco de estudio, vemos relevante desarrollar a continuación la explicitación del desarrollo cotidiano de las estrategias desplegadas en los tratamientos y su planificación.

TERCER CAPÍTULO: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL DEL DTC

Representaciones de les entrevistades sobre el consumo problemático de drogas

Iniciamos este capítulo, luego de haber realizado una aproximación al territorio y a la institución, con las representaciones recolectadas de las entrevistas que les profesionales del equipo del DTC tienen sobre el consumo problemático de drogas. Consideramos explayar en primer lugar esto ya que, creemos fundamental la postura que identifica que las intervenciones profesionales, sus horizontes y objetivos están fuertemente ligados a la forma en que lo social es comprendido y explicado. Esto implica, pensar desde qué noción de sociedad se intenta intervenir en base a una situación. Para poder realizar un análisis respecto a las significaciones que se tienen del tratamiento ambulatorio en este dispositivo, nos parece necesario primero desarrollar desde qué perspectiva observan esta problemática social las personas que se encuentran interviniendo día a día en el dispositivo.

Identificamos en los relatos de las entrevistas a les profesionales perspectivas compartidas respecto a la consideración sobre el consumo problemático de drogas. Uno de estos aspectos se observa en relación a la concepción del problema como “*consecuencia de algo*” (Tallerista 1), “*emergente de un montón de derechos vulnerados, de historicidad*” (Coordinadora) y como una “*problemática que tiene múltiples dimensiones de causas*” (Trabajadora Social 2). A partir de esto, identificamos la existencia de una mirada multidimensional sobre la problemática. En este sentido, es interesante pensar el planteo que propone la autora Touzé (2010), respecto a cuatro factores que, según su consideración, deben ser abordados conjuntamente para la clasificación del consumo problemático: el sujeto, la sustancia, el entorno y la circunstancia. Es decir, preguntarnos acerca de qué se

consume, quién consume, cómo se consume y cuándo y dónde se consume. La coordinadora mencionó respecto a esto en la entrevista lo siguiente:

Hay que ver cual es la relación que el usuario del consumo de aquella sustancia tiene con la familia, el entorno, el ambiente, el barrio, la sustancia, por que consume una sustancia y no consume otra, no todos los territorios, ni los sectores son iguales, son todos muy distintos... los consumos son muy variados. (Coordinadora)

Al tener en cuenta su carácter multidimensional, se permite una mayor contextualización en la atención, identificando los distintos modos de consumo y sin realizar una generalización que oculte las diferencias existentes en cada situación particular.

Por otro lado, en esta misma línea, otro aspecto identificado en las entrevistas refiere a la amplitud y la diversidad en las situaciones de consumo, lo cual vuelve imposible tener una *“receta transversal de ‘bueno si la situación de consumo es así hay que hacer esto, esto y esto’”* (Coordinadora). Se puede establecer una coincidencia de sus miradas con la perspectiva que comprende la multidimensionalidad y la complejidad de la problemática del consumo, la cual es promovida en el último tiempo como marco conceptual de referencia de la creación de los Dispositivos Territoriales Comunitarios y en las capacitaciones de la SEDRONAR (OAD, 2019).

Al mismo tiempo, un aspecto que resulta relevante en la perspectiva de les entrevistades al hablar de las situaciones de consumo problemático de drogas es en relación a la estigmatización social existente alrededor de la construcción del consumo como un problema, de lo cual se hizo mención en el capítulo anterior. De acuerdo con Goffman (1968), el estigma es aquella *“identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo”* (Aristegui et. al., 2012: 14). A su vez, se comprende que *“el atributo potencialmente estigmatizante dependerá en gran medida de los significados compartidos en un periodo histórico particular y un contexto cultural determinado”* (Miric, 2003 en Aristegui et.al. 2012: 14). Frente a esta conceptualización, debemos situarnos, en primer lugar, en que nos encontramos en una sociedad capitalista moderna donde la diferenciación por estratos sociales y el consumismo son ejes fundamentales en la vinculación y modos de relacionarse de las personas. En este sentido, la coordinadora hizo referencia a esto de la siguiente manera: *“si hablamos de situaciones de consumo o hablamos de conflicto penal, automáticamente nos remitimos a una villa, a los pibes, a esto, a aquello, cuando en*

realidad los consumos problemáticos atraviesan a todos los estratos y todas las sociedades”

(Coordinadora). Por otro lado, una de las Trabajadoras Sociales relató lo siguiente:

no es lo mismo el que consume sustancias ilegales que el que consume alcohol, que es una sustancia legal, entonces es "ahí está el borrachito" y este es el "adicto", o el "vicioso". Y también se va estratificando dependiendo de lo que consuman. Sí, hay muchas situaciones de consumo. No tengo estadísticas, pero... siempre está dado en la juventud. Esto también es importante, que siempre es... más allá que les adultes tengan una trayectoria de consumo, el problema es el adolescente o el joven, ¿no? Entonces, como que esos adultos problematizan cuando por ahí ellos están mejor o ya no están atravesando esa situación, y sus hijos, sobrinos y todo eso sí.

En este caso observamos en sus relatos, por un lado, la idea en base a la cual el estigma social se da en relación a la pertenencia a las clases sociales bajas o a un grupo etario y a partir de la conducta de consumir una droga específica. De este modo, tomando lo que trae la entrevistada se encuentra la idea de la construcción de estigmas en el marco de la sociedad actual, donde las clases altas y el rango etario adulto tienen el poder de atribuir esta caracterización negativa sobre el consumo de drogas de las clases subalternas y el rango etario joven. A partir de esto, identificamos cómo se ejemplifica en su relato el proceso del establecimiento social de una etiqueta negativa sobre las personas usuarias de drogas que pertenecen a las clases bajas, mientras que las personas usuarias de drogas de otras clases sociales quedan salvadas de caer en la estigmatización. En la misma línea, una de las psicólogas de la institución aludió:

no es que una persona con cierta clase, por ejemplo clase alta, no es que no tenga problemática de consumo sino que siempre queda más estigmatizado la clase social baja. Es aquella clase que no oculta, la de las clases altas queda invisibilizada, no es porque no suceda y eso lamentablemente ayuda a la estigmatización. (Psicóloga 1)

De igual modo, si bien coincidimos en que este estigma puede incrementar situaciones de exclusión social, resulta interesante analizarlo desde los aportes de Garbus (2010) quien tiene una perspectiva distinta respecto al estigma social. Esta autora, al estudiar el fenómeno del estigma en relación a la salud mental, lo identifica en su carácter de proceso social complejo. La autora plantea en su estudio cómo, a la vez que el estigma refuerza la exclusión social, permite incluir en la agenda de políticas públicas a aquellas personas excluidas y vulneradas. De este modo, expone:

El estigma puede operar como barrera de acceso o bien como facilitador del mismo a partir de la inclusión de estos sujetos en políticas focalizadas. Por eso resulta necesario analizar críticamente tanto las políticas de salud, como el tipo de acceso que esta población obtiene. (Garbus, 2010: 315)

A partir de la lectura del discurso de les entrevistades y teniendo en cuenta este aporte teórico, es interesante pensar en el hecho de que las clases altas y las personas que pertenecen a rangos etarios adultos tienen acceso a otros (y mejores) recursos para poder dar respuesta a sus problemáticas. Mientras, se pone de manifiesto que si no recayera el estigma en relación al problema del consumo sobre las clases bajas y/o personas jóvenes, quizás nunca serían incluidas políticas focalizadas (como la creación de los dispositivos territoriales) que favorezcan al establecimiento de vínculos y al acompañamiento hacia una salud integral de esta población, que de igual modo está excluida de posibilidades.

De este modo, creemos que resulta de gran aporte al proceso de la intervención profesional, tener una noción respecto a los estigmas sociales existentes alrededor de la problemática que se aborda en la institución, sea a nivel macro y micro social. Consideramos, a partir de esta lectura desde perspectivas distintas sobre el estigma social, que es importante tener en cuenta el carácter tanto de exclusión como de inclusión que puede llegar a generar la mirada estigmatizante sobre una persona. En este sentido, se vuelve interesante preguntarnos cómo se podrían cambiar las intervenciones para poder favorecer la inclusión de las poblaciones estigmatizadas.

Perspectivas de les profesionales sobre la accesibilidad inicial de las personas usuarias de drogas

A partir del desarrollo de las representaciones que giran en torno al consumo problemático de drogas en el dispositivo, nos adentramos en explicitar aquellas características de los tratamientos ambulatorios propuestos como respuesta de abordaje de intervención sobre esta problemática.

En cuanto al proceso de intervención que se realiza en el DTC, un primer aspecto a pensar refiere al primer acercamiento y las expectativas en el mismo que tienen las personas usuarias de drogas con la institución, lo cual identificamos como accesibilidad inicial. Esta accesibilidad inicial, comienza a partir de una demanda, la cual en las entrevistas se manifestó se puede dar de distintas maneras. Por un lado, puede ser mediante una “*demand espontánea, donde la persona viene, se presenta y pide tener una entrevista con alguien*”

(Psicóloga 2) Sobre estas demandas una tallerista mencionó que *“Algunos acercamientos son del boca a boca. Algunas veces vienen acompañados con un familiar”* o *“tenés las demandas que se van construyendo: una persona que empezó a venir por una actividad X y se va haciendo una construcción de otro tipo”* (Tallerista 1) . Por otro lado, se da el acercamiento mediante la derivación *“de la línea 141 que es una línea que tiene SEDRONAR que es federal, gratuita y anónima, que funciona los 365 días las 24 horas”*. También, hay derivaciones *“del Patronato de Liberados, o algún área puntual de la Municipalidad”*. (Psicóloga 2)

Una de las talleristas comentó que cuando llaman o se acercan por primera vez se les brinda una entrevista (Tallerista 1). Todo el equipo coincide en que generalmente la demanda o lo que buscan las personas usuarias en este primer acercamiento se enfoca en *“la internación”*. Respecto a esto, mencionaron que es importante tener en cuenta la *“historicidad”* de la persona que se acerca. En esta línea, una de las entrevistadas refirió que se debe considerar que *“son situaciones de consumo tan complejas, ... hay tanta vulneración de derechos estructurales, que obviamente sólo pueden contemplar una estrategia de internación como lo único...”* (Psicóloga 2) De este modo, plantean que las personas al acercarse no contemplan que el consumo problemático es *“una arista más de un montón de otras cuestiones...”*, en cambio desde el punto de vista técnico la prioridad de las intervenciones propuestas no es *“el consumo. Excepto que uno pueda identificar que ese consumo esté generando situaciones de riesgo de vida”* (Psicóloga 2). De este modo, una de las talleristas mencionó que antes de hacer los informes para las internaciones es necesario explicar la modalidad del tratamiento ambulatorio (Tallerista 1). Entender así, primero que en esta demanda de la internación la persona cree que no va a poder sostener el tratamiento ambulatorio, pero que si desde el equipo se analiza que *“no es algo de urgencia, [se intenta] que sostengan un espacio semanal, y en la medida que lo [sostienen] surgen otras expectativas”* (Tallerista 1). Después, si se observa que la elección de internarse o la situación de *“riesgo inminente”* sigue siendo una constante, desde el equipo intentan acompañar el proceso de internación, llamando a la persona mientras se encuentre internada y brindándoles el espacio una vez que esa internación finalice (Tallerista 2). Haciendo un análisis de ambas respuestas la coordinadora manifestó:

Los tratamientos ambulatorios permiten que más gente pueda acceder y hablar de lo que padecen subjetivamente y que las internaciones compulsivas no sean la única respuesta ante una problemática. Una problemática que implica salud, que implica lo social, lo económico. La apertura a los

tratamientos en territorio ambulatorios permiten que más gente pueda acceder a diferentes tratamientos.

En este sentido, identificamos en el discurso de los profesionales del equipo del DTC una constante respecto a la importancia de llevar a cabo intervenciones in situ. Las mismas, desde la perspectiva de Camarotti et. al. (2016) proponen *“trabajar desde el lugar en donde reside la persona”* (p. 16). Se le da importancia a este aspecto debido a que *“el problema del aislamiento en los tratamientos hace que cuando una persona tiene que regresar luego de varios meses a su comunidad se convierta en un extraño en su propio barrio.”* (Capriati et. al., 2016: 16) De este modo, se busca pensar no solamente en la mejora de la accesibilidad a los tratamientos propuestos desde el dispositivo, sino también en cómo permiten la continuidad de la vida cotidiana de las personas usuarias que asisten al mismo y el acompañamiento en este aspecto.

Ejes para el abordaje de los tratamientos ambulatorios

Considerando los aspectos que se fueron relatando en torno a la accesibilidad inicial y las estrategias de intervención respecto a este primer acercamiento, en este subtítulo abordamos la propuesta de los tratamientos ambulatorios que se ofrecen en el DTC de Villa Tranquila. Desde la perspectiva de la SEDRONAR, proponen tres ejes para el ordenamiento de las estrategias desplegadas en los dispositivos territoriales comunitarios. Los mismos, serán explicados a continuación, haciendo referencia a los espacios ofrecidos puntualmente en el dispositivo de Villa Tranquila.

El **primer eje es el asistencial**. Siguiendo a Corbelle (2021), a partir del mismo se busca generar intervenciones terapéuticas que abran la posibilidad a las personas usuarias de la construcción de un proyecto de vida y que se incluyan en la comunidad:

La propuesta se encuentra organizada en “momentos” no cronológicos... y es conducida por el equipo interdisciplinario responsable de generar espacios propicios para el proceso de primera escucha (construcción de indicadores, lectura de riesgos y diseño de estrategias) así como de diseñar, coordinar, evaluar y, en caso de ser necesario, re-direccionar las estrategias de intervención sobre situaciones problemáticas concretas (Sedronar, 2017b, en Corbelle, 2021: 54).

Una de las psicólogas haciendo referencia a una de las estrategias que se toma desde el equipo del DTC, planteó *“se busca que todas las personas que vienen al dispositivo tienen que tener un espacio terapéutico individual”* (Psicóloga 1). Este espacio suele ser

denominado por integrantes del equipo como espacio de escucha. Algunas de las características de este espacio terapéutico, que les entrevistados mencionaron en sus relatos y detallaremos a continuación, se pueden relacionar con parte de lo planteado desde este eje asistencial.

En cuanto a estos espacios, desde el equipo del DTC se planteó la necesidad en cuanto a que sean flexibles, teniendo en cuenta que *“las intervenciones tan rígidas o tan estructuradas no funcionan en los territorios. Eso tiene que ver también con pensar espacios de contención, de cuidado (...) para que el otro pueda sentirse alojado, contenido”* (Coordinadora). En la misma línea, una de las psicólogas refirió que, en la intervención en esta problemática desde su profesión es necesario:

resignificar todo y entender que el encuadre puede ser tomar mate en la plaza con un usuario, y que eso no es menos terapéutico que verlo en un consultorio. Por el contrario, eso puede habilitar un montón de cosas y es una intervención terapéutica en sí misma, porque lo que hay que tener claro es qué queremos hacer y para qué. Teniendo en claro eso, no importa si es en un consultorio o en el banco de la plaza, en la huerta o en la vereda. Flexibilizar las prácticas y tener una perspectiva un poco más integral, y poder comprender que son personas que, muy difícilmente llegan a poder sostener un tratamiento psicoterapéutico, y a abrirse, y hablar de sus heridas, es un proceso que se va construyendo. No es para nada lineal, no es, como determinadas personas que tienen cosas de su vida saldadas y entonces se pueden sentar a hablar en un consultorio. Me parece que eso es una diferencia bastante importante. (Psicóloga 2)

Otra psicóloga mencionó la importancia de poder flexibilizar los espacios con las duplas terapéuticas, que en caso de tener alguna urgencia la persona usuaria pueda contar con la presencia de otros profesionales para la atención (aunque la idea principal sea abordar la situación desde un solo equipo técnico) (Psicóloga 1). Esta necesidad de la flexibilización de las estrategias de intervención es un planteo que se realiza dentro del modelo de abordaje integral comunitario, el cual en su definición plantea que se busca el desarrollo de *“iniciativas creativas y flexibles con una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en las que converjan diversas perspectivas de abordaje teórico-práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas”* (Camarotti y Kornblit, 2015: 213). Es interesante tener en cuenta esto, ya que la creación del DTC se inscribe dentro de la lógica de este modelo, pero también observamos que a la vez que se plantea la necesidad de esta

flexibilidad, la coordinadora refirió que se ha generado una necesidad de aclarar en la construcción de estos espacios que el equipo no está “24/7 en el territorio” ya que sino suele ocurrir que las personas luego caen en un “enojo con el equipo” por no haber estado cuando los necesitaban. (Registro de campo, 8 de septiembre de 2022). En relación a esto, se puede pensar lo propuesto por Candil (2020) quien identifica que:

El aprendizaje en la escucha y en el atravesar situaciones que no formaban parte de la cotidianidad de los/as profesionales con anterioridad a la labor institucional, implicaba la incorporación y despliegue de técnicas. Desde sus versiones, éste aprendizaje tenía la finalidad de preservar(se) para poder escuchar e intervenir –y que las afecciones que se desprendían de los relatos escuchados, no les invadiera la vida entera–. (p. 268)

Pensar en cómo surge esta construcción de espacios flexibles, o el “hasta dónde llegó y dónde me quedo” de les profesionales al vincularse con las personas usuarias con las que se interviene resulta crucial. Como propone la autora, aparece la mirada sobre un aprendizaje, que quienes ingresan a trabajar en estos espacios tienen que transitar. Lo cual también, teniendo en cuenta esto, abre la posibilidad de pensar en la importancia de la necesidad de tener un acompañamiento dentro del equipo. Es así que, identificamos como un aspecto importante, de estos espacios específicos individuales, el que les profesionales trabajen con una dupla terapéutica. En relación a esto, en la reunión de equipo surgió la necesidad de repensar los límites que se deberían establecer desde la escucha, haciendo referencia a la cantidad de tiempo que deberían durar estos espacios. A su vez, la coordinadora, manifestó respecto a esto: “*si solo me quedo tres horas escuchando la historia de vida de la persona pero no hay nada que yo pueda resolver o no hay una intervención específica para el próximo encuentro, más que ‘bueno, veni y seguí haciendo catarsis’ hay algo ahí que no funciona*” En este sentido, planteó que “*hay pensar cuando un espacio es terapéutico y cuando nos quedamos engrapados con la persona*” (Coordinadora). Para estos momentos, en los cuales el espacio terapéutico sobrepasa a quien está escuchando, es donde se debe dar importancia en el recurrir a la dupla profesional. El equipo hizo referencia a la necesidad de establecer límites personales y reconocer como objetivo de las intervenciones un fin terapéutico, que no quede solo en una “*catarsis*” de la persona usuaria de drogas (Registro de campo, 8 de septiembre de 2022). Además de lo mencionado por la coordinadora, creemos importante remarcar la necesidad de la creación de espacios de escucha para les profesionales en instituciones como esta.

A su vez, algunos integrantes del equipo del DTC plantearon la necesidad de tener en cuenta que las personas usuarias tienen diversas trayectorias de consumo, *“hay una historicidad, hay una persona detrás de todo ese padecimiento... que hay que atravesar y que a veces muchos no la pueden atravesar”* (Coordinadora), y eso hace que sus procesos no sean lineales, ni se den a corto plazo: *“son personas que, muy difícilmente llegan a poder sostener un tratamiento psicoterapéutico, y a abrirse, y hablar de sus heridas, es un proceso que se va construyendo.”* (Psicóloga 2)

Además del espacio terapéutico individual, se suman a la propuesta del tratamiento ambulatorio los espacios grupales, que se generan a partir de talleres de *“huerta, artes visuales, radio y grabación, tela, teatro y demás”* (Psicóloga 2). Según refirió una entrevistada *“...los espacios de talleres suelen ser el vehículo para... no es solo vengo hacer el taller de arte, eso es parte del desarrollo personal psicosocial...”* (Psicóloga 1). Con respecto a esto, la OAD (2019) considera que estos espacios que desarrollan propuestas formativas, educativas, culturales, deportivas, artísticas y recreativas tienen como objetivo promocionar derechos y construir oportunidades para la inclusión social de las personas usuarias.

En cuanto **al segundo eje de promoción y protección de derechos** Corbelle (2021) plantea que el mismo aloja las propuestas formativas que promueven el fortalecimiento de lazos sociales cuestionando los imaginarios sobre los consumos y las personas usuarias. Son acciones que buscan reconocer a las personas usuarias como sujetos de derechos. En relación a esto, la coordinadora mencionó en la entrevista como espacios promocionales a aquellas *“actividades en la comunidad, damos charlas de prevención y promoción en las escuelas secundarias, en otras instituciones”*. A su vez, en esta línea se realizan *“talleres para familiares o referentes de personas con consumos”* (Psicóloga 1) o de *“acompañamiento familiar”* (Tallerista 1). También, comentaron que la institución es sede de un comedor y de una escuela de adultos, y *“muchas veces eso habilita que se acerquen a preguntarte algo, que vos hables...”* (Psicóloga 2). Por otra parte, refirieron que acompañan las jornadas barriales o talleres abiertos a la comunidad que plantean desde otras instituciones, la coordinadora manifestó que *“la Secretaría de Salud cada tanto nos convoca... Ellos (intervienen) con estrategias desde salud, nosotros acompañando desde quienes somos.”* (Coordinadora). Y a su vez, desde el equipo se busca generar estrategias de prevención como instancias informativas y actividades comunitarias en el territorio que

“generen intervenciones específicas de acompañamiento y forman parte del quehacer comunitario.” (Coordinadora).

Sobre el eje de abordaje territorial, Corbelle (2021) identifica a aquellas planificaciones interactorales e intersectoriales que requieren de saberes específicos en torno al territorio de intervención, junto con la construcción de redes interinstitucionales. De este modo *“las acciones llevadas a cabo por el dispositivo se entienden como resultado de la construcción dialéctica entre una diversidad de actores locales y el equipo DIAT”* (p. 54). En esta línea, retomamos de las entrevistas el planteo del equipo del DTC, sobre la importancia de las redes a la hora de pensar la intervención, entendiendo que no se pueden planificar estrategias para intervenir sobre una problemática social de manera aislada. El DTC articula en sus intervenciones con la Unidad Sanitaria tanto de Villa Tranquila como de Isla Maciel, con el Centro Educativo Municipal, el área de Juventud del Municipio, las escuelas del barrio, el Sistema de Identidad Digital (Tallerista 1), la Secretaría de Salud (Coordinadora), distintos comedores comunitarios (Psicóloga 1), jardín maternal (Trabajadora Social 2), el Polideportivo 9 de Julio y el programa FinEs, un equipo de hábitat de IM (Psicóloga 2) y organizaciones del barrio, entre otras.

Otro espacio donde se da la construcción de redes es en las denominadas “mesas de gestión”. Por un lado, uno de los talleristas mencionó acerca de la “mesa de gestión barrial” como un espacio en el cual participan distintas instituciones y organizaciones del territorio, intentan dar respuesta a problemáticas urgentes o realizar actividades de integración de la comunidad. Entre las entidades que participan de esta mesa, se nombran la Unidad Sanitaria, la escuela secundaria, el jardín, el Envió, el DTC, los punteros del barrio (Tallerista 2). Este entrevistado refirió que, existen ocasiones donde el dispositivo no tiene planificada su participación pero, él asiste igualmente bajo la idea de que *“podemos andar y funcionar únicamente si estamos pegados a los barrios, a la gente, a los organismos”* (Tallerista 2). Por otro lado, en la reunión de equipo del día 8 de septiembre de 2022 se mencionó la participación en las “mesas regionales” organizadas por la SEDRONAR, donde se realiza un seguimiento e intercambio de los equipos de salud que conformen la región y que aborden esta problemática. Se plantea desde la coordinación del equipo del DTC, el interés en la participación de las mismas como una manera de acercamiento a los distintos modos de atención en cuanto a salud mental y consumo problemático, especialmente en cuanto a la modalidad de atención de los hospitales (con los que se articula en caso de tener una emergencia). En este sentido, se aborda la necesidad de comprender en conjunto los

sistemas de triage⁵ de los hospitales, entendiendo que son fundados en la medicina clínica, pero que no siempre funcionan para el consumo de drogas. También se hace referencia a las diferencias en los criterios que regulan la atención en sentido que se piensa que “*no funcionan*”. (Registro de campo, 8 de septiembre de 2022) Resulta interesante mencionar este debate en relación a las diferentes formas de entender la salud y cómo atenderla de acuerdo a las distintas disciplinas e instituciones.

Respecto del trabajo en redes, una Psicóloga del equipo manifestó que en la intervención se producen algunas dificultades, “... *se ponen en cuestión algunos roces (con ellas) pero trabajamos para los usuarios, para la misma persona, entonces es importante mantener ese vínculo*” (Psicóloga 1) y, en la misma línea, una de las Trabajadoras Sociales planteó tanto potencialidades como obstáculos: “*está bueno el trabajo institucional aunque lo que está bueno de esto de la red es el ida y vuelta*” (Trabajadora Social 2). Refirió que los espacios se coordinan, pero es compleja la participación. En este sentido, la Coordinadora planteó que construir un entramado de relaciones interinstitucionales:

(e)s complejo, porque la verdad es que uno intenta hacer redes de contención pero si no encontramos espacios que alojen, que sean más comprensivos y que tengan umbrales de exigencia a la hora de transitar los espacios más acordes a las necesidades y singularidades de los sujetos, es muy difícil. (...) También, teniendo en cuenta que al laburar en territorio los que son responsables de muchos espacios en el barrio (organizaciones, clubes) son compañeros y vecinos del territorio. (Coordinadora)

Al mismo tiempo, identificamos el planteo de las dificultades en torno a la coordinación con otras instituciones debido a las diferentes representaciones sociales que tienen sobre el consumo problemático. En relación a esto, una Trabajadora Social planteó la necesidad de seguir articulando para realizar charlas y capacitaciones, pero también involucrar a la comunidad (tanto profesionales, como adultos responsables). Este planteo se da a partir de la necesidad de trabajar esas representaciones en conjunto, para poder alojar y contener distintas situaciones que se presenten, teniendo en mente el objetivo de contribuir al bienestar de las personas usuarias (o no usuarias, en el caso de talleres de prevención en escuelas) (Trabajadora Social 2).

⁵ “El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.” (Soler, et. al. ,2010: 55)

Otra parte fundamental que corresponde al abordaje territorial desde una lógica integral de la problemática del consumo de drogas refiere a la importancia de *"...salir de las instituciones y trabajar en los territorios donde viven las personas que usan drogas y relacionarse con sus redes familiares y de consumo."* (OAD, 2019, p. 62) En estos espacios se ponen en juego múltiples lógicas y tensiones entre actores que es preciso conocer, si se tiene el objetivo de generar una mejor calidad de vida para las personas. Para abordarlo, la salida del equipo de la edificación es fundamental, como refirieron las Trabajadoras Sociales *"también tiene que salir el equipo, ... yo no soy el DTC, somos todos ... la mejor manera de que la gente te conozca es caminando"* (Trabajadora Social 2), y la *"técnica fundamental es la de caminar por el barrio, salir por fuera del edificio."* (Trabajadora Social 1). Otras estrategias que se plantearon respecto de caminar/recorrer el barrio refieren a *"...salimos al barrio a repartir volantes, recorreremos el barrio"* (Tallerista 1), o *"salir al barrio a caminar, trabajando en el barrio, participando de las fechas festivas que se festejan en el barrio."* (Psicóloga 1), instancias donde se genera un acercamiento a las personas usuarias o sus redes vinculares y los espacios donde transitan a partir de la "salida de la institución". En este sentido, resulta interesante pensar la relación entre el "adentro" y "afuera" de la institución, como espacios y formas discursivas completamente distintas, siendo el afuera el lugar donde hay que ir si se quieren realizar intervenciones situadas en el contexto social.

Les integrantes del equipo del DTC manifestaron que las intervenciones se dan, en su mayoría, en el espacio de la institución: *"tenés las que tienen un objetivo puntual de usuarios que tienen una intervención puntual acá. Nosotros apostamos a que la persona venga acá"* (Psicóloga 2), pero también existen situaciones que exceden las estrategias dentro del dispositivo y *"ameritan ir a la casa"* (Psicóloga 2). En este sentido, observamos que se plantea que, dentro del abordaje territorial de los tratamientos ambulatorios surgen situaciones y demandas específicas, que requieren estrategias diversas, entre las que se encuentran "salir a buscar" a una persona: *"salimos al territorio muchas veces a buscar usuarios, a ver a familias."* (Coordinadora), o bien *"los vamos a buscar y les aclaramos o preguntamos, necesitas ayuda, te podemos acompañar, brindarles y saber que estamos los días tantos y los horarios tantos, trabajar con la resistencia."* (Psicóloga 1)

Si bien la institución se encuentra localizada en el territorio de Villa Tranquila, "salir al territorio" se puede presentar como una instancia en la que se necesita *"laburar con los actores que predominan este territorio, actores comunitarios (...) ir caminando el territorio, sabiendo donde vive la persona."* (Trabajadora Social 1). Una de las psicólogas planteó que

el hecho de generar estrategias de trabajo debe formularse en articulación con los referentes barriales. Les mismos en el trabajo en conjunto abren la posibilidad de ampliar la convocatoria para algunas actividades, dan visibilidad del dispositivo o incluso ayudan a transitar el barrio si algún integrante del equipo del DTC quiere realizar alguna intervención en territorio, entendiendo que los referentes son actores clave en cuanto al nexo con el resto de los vecinos del barrio. Es así que la intervención en territorio no puede ser pensada sin la articulación con estos actores (Psicóloga 2).

En relación con la localización del DTC y la sectorización del barrio, el abordaje territorial puede verse limitado en distintos sectores donde usualmente no se desarrollan intervenciones. Como refirió la coordinadora:

Hay sectores que no llegamos, que tendrá que ver un poco con el desconocimiento por la circulación del sector, que tendrá que ver con el desconocimiento de que es lo que hacemos y otro poco por no llegar nosotros hacia ese sector... Hay sectores del barrio que no saben que estamos, o saben que estamos pero no saben qué hacemos (Tallerista 1).

Esta división sectorial plantea una distancia, tanto física como simbólica, que lleva al desconocimiento de las actividades y funciones que tiene el dispositivo. Sin embargo, en las entrevistas se revela que al identificar esta sectorización se buscó un cambio en esta situación. Los integrantes del equipo comenzaron a visitar sectores con los cuales no habían tenido contacto con su población, *"fuimos casa por casa con el referente del sector a dejar folletería... hablamos con el que tiene el quiosco, con el que tiene el almacén para dejar el folleto pegado en el vidrio, y nos fuimos. Volvimos ponerle a los 15 días con una encuesta..."* (Psicóloga 2), y como consecuencia de dichas intervenciones, se realizó un taller de RCP (Psicóloga 2) en una cancha de fútbol de un sector en particular, lo cual amplía la visibilidad de la institución con una población con la cual no tenía contacto el equipo.

Respecto a estas estrategias desplegadas para el abordaje territorial, preguntamos por las respuestas ante las mismas que tuvieron distintas personas y grupos al interior del barrio. En este sentido, los profesionales refirieron que, en general, obtienen *"buenas respuestas de las personas"* (Trabajadora Social 1), y que *"Siempre la respuesta es positiva, nunca nos echaron. Al menos acá cuando salimos a caminar no nos echan."* (Tallerista 1), por ende casi no hay respuesta negativa ante las distintas intervenciones en territorio (Psicóloga 2). Esta respuesta positiva se da en parte por el tipo de actividades que se realizan en relación al consumo. Una psicóloga manifestó que *"hay gente que está muy agradecida que se generen estos espacios"* (Psicóloga 2), porque también los integrantes del equipo que trabajan en

territorio *"no sólo abordamos la problemática del consumo y eso aplica para que la persona se acerque y nos diga que es víctima de violencia, que no tiene acceso a condiciones habitacionales mínimas"* (Trabajadora Social 1). Respecto de las técnicas utilizadas, una Trabajadora Social atribuyó este tipo de respuestas porque desde el equipo *"no abusamos de acercarnos a la casa, no le voy a tocar todo el tiempo la puerta pero está bueno interesarse y mandar un mensajito para preguntar cómo está."* (Trabajadora Social 1). Esta relevancia del interés en el bienestar de las personas usuarias también aporta a las respuestas positivas por parte de la gente que vive en el barrio.

Sin embargo, también se dieron a conocer algunas (aunque sean las que tuvieron menos coincidencia por parte del equipo) respuestas negativas, respecto al abordaje territorial, relacionadas a cuestiones políticas. Un tallerista se refirió sobre una ocasión en la que se tomó la posición de poner pañuelos verdes en el DTC (manifestando apoyo a la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo), cuya propuesta fue rechazada por un grupo de personas. Manifestó *"hacía con unas doñas un taller de sensibilización, había doñas que venían con el pañuelo celeste a la actividad y venían a mostrar su posición también."* (Tallerista 2) Estas son cuestiones que no necesariamente tienen relación con la actividad del DTC en cuanto al consumo problemático, pero sí con respecto a la posición en una lucha de los trabajadores del mismo en un territorio que, generalmente no suele ser en el cual viven.

Por último, un aspecto respecto al abordaje territorial que identificamos en las entrevistas, se planteó en cuanto a las modificaciones que se generaron por la situación epidemiológica pandémica de Covid-19 y las resoluciones gubernamentales del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y de Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) durante el 2020 y parte del 2021. En este contexto, las instituciones se vieron en la responsabilidad de producir modificaciones en sus estructuras y modalidades de intervención. El resultado fue una revinculación de los profesionales con las personas en el territorio y una reestructuración de las estrategias de intervención desplegadas, cuyas consecuencias continúan hasta la fecha corriente. En este sentido, una Trabajadora Social planteó, *"nosotros veníamos con un trabajo antes de la pandemia muy fuerte a nivel territorial pero de la población en el edificio, digamos."* (Trabajadora Social 2) Este contexto de ASPO y DISPO, generó un distanciamiento en las relaciones con el territorio y la población, sobre lo cual la profesional planteó que *"(en 2017) nosotros hacíamos base en*

todos lados” y tenían una presencia fuerte en el territorio (Trabajadora Social 2). En esta misma línea, refirió la necesidad de:

volver a reinstalar el dispositivo, porque la verdad es que en 2020 y hasta junio del 2021 estuvo cerrado...se sostuvieron algunas intervenciones por videollamada y ahí medio... no se generó accesibilidad. Acá lo que se realizaba era... se entregaban las viandas, estas del Ministerio de Desarrollo para el refuerzo alimentario, y nuestra especificidad no se pudo llevar a cabo desde el lugar. Entonces eso también hizo que, como que el vínculo, se rompa con la comunidad... se debilita vamos a decir... porque no se rompió, se debilita. Porque no está la presencia, y es muy importante la presencia en el territorio. (Trabajadora Social 2).

De este modo, observamos cómo en la actualidad debido a la inferencia del contexto de la pandemia de Covid-19 y sus consecuencias en la institución, se vuelve necesario rever desde el DTC las estrategias de abordaje territorial desplegadas. La entrevistada planteó una diferenciación respecto a cómo venían abordando el territorio anteriormente. Su relato nos lleva a pensar en el hecho de cómo las prácticas se van repensando en relación a los distintos contextos del momento y a la vez como están siempre en relación a lo que se fue construyendo por quienes trabajaron allí a lo largo de los años. Las marcas en cuanto a la planificación y ejecución de las distintas estrategias son fundamentales, y esto generalmente, suele resaltar en aquellos contextos de urgencia (como lo fue el Covid-19) cuando sería atrayente considerarlas en el día a día.

Intervenciones desplegadas desde la interdisciplinariedad y la utilización de herramientas de registro

Al habernos aproximado en la descripción de las estrategias desplegadas en el DTC de Villa Tranquila y teniendo en cuenta la perspectiva del abordaje integral de la problemática de consumo de sustancias, un aspecto que queda por abordar es en relación a las intervenciones como equipo interdisciplinario. En este DTC, el equipo se encuentra conformado por personas que ejercen disciplinas y/o roles distintos (los cuales fueron mencionados en detalle en el capítulo anterior). Consideramos que el abordaje interdisciplinario es de vital importancia, puesto que *“la resolución de las actuales problemáticas sociales, en territorios tan complejos que requiere de un enfoque que supere la especificidad.”* (Calienni et. al., 2009: 45). Las problemáticas que se ponen de manifiesto en las situaciones de consumo problemático pueden ser de alta complejidad, por lo que se

plantea como necesaria la interdisciplina para abordarlas de forma integral. En esta línea, Stolniker (2005) identifica que la interdisciplinariedad es un posicionamiento, que *“obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina.”* (p. 6) Implica reconocer la importancia de los campos, la multirreferencialidad teórica para el abordaje de las problemáticas y se inscribe en una acción cooperativa de las personas.

Desde la política en la cual se enmarca el equipo de profesionales del DTC se postula un abordaje de la problemática a partir de intervenciones interdisciplinarias. Respecto a esto, en las entrevistas con los integrantes del equipo manifestó que:

Los tratamientos son siempre interdisciplinarios. La idea es abordar (las situaciones) en conjunto y casi siempre es con varias disciplinas. (...) Las decisiones no se toman solos, esto es lo importante, nosotros como equipo pensamos algo y se lo proponemos al usuario, le preguntamos si está de acuerdo o no. (Trabajadora Social 1)

El abordaje interdisciplinario se puede observar en la propuesta de las duplas terapéuticas. Para el desarrollo de los tratamientos, cada situación cuenta con una dupla terapéutica, la cual se encuentra conformada por integrantes del equipo de distintas profesiones. En cuanto a la interacción en el abordaje a partir de la dupla, una de las entrevistadas refirió:

...considero que las estrategias de intervención son muy particulares de cada disciplina, no es lo mismo la estrategia que propone la psicóloga, que la trabajadora social, que una tallerista y demás. Por esta razón trabajamos en dupla. Es un ida y vuelta con las disciplinas. Las estrategias de intervención siempre se planifican con la dupla. Las personas usuarias vienen una vez a la semana. Las estrategias son bastante variadas. Mi estrategia es fundamentalmente la escucha. Trato de construir junto a la persona usuaria, que la estrategia no venga solo de mí sino que la construimos juntas. (Psicóloga 1)

Por otra parte, otro entrevistado nos comentó que algunas duplas se encuentran conformadas únicamente por talleristas o promotores, en estos casos cuando se vuelve necesario interactúan con otros integrantes del equipo técnico o tienen reuniones de seguimiento con la coordinadora, la cual es psicóloga (Tallerista 2). En este aspecto, otra profesional planteó:

Los tratamientos son siempre interdisciplinarios. La idea es abordarlo en conjunto y casi siempre es con varias disciplinas. Se pone mucho en valor y en consideración la coordinación. Las decisiones no se toman solos, esto es

lo importante, nosotros como equipo pensamos algo y se lo proponemos al usuario, le preguntamos si está de acuerdo o no (Trabajadora Social 1).

Respecto a esto, la coordinadora refirió que si bien *“los espacios de construcción y de supervisión siempre tienen que estar”*, en el día a día cuesta sostenerlos.

Otro elemento donde se observa el abordaje interdisciplinario en el dispositivo es en las reuniones de equipo. Respecto a las mismas, la coordinadora mencionó

Cada mes tenemos una reunión de equipo... es difícil coincidir el mismo día todos. Lo que más nos sirvió como estrategia, de alguna manera, fue ir cambiando el día y los que se puedan sumar virtualmente se sumaban así y los que no pueden presenciar la reunión, le envíamos un resumen que hacemos. Discutimos sobre las estrategias de intervención, definimos criterios de cómo actuamos y demás. A su vez también tenemos reuniones más chicas con el equipo técnico, donde se supervisan situaciones (Coordinadora)

Respecto de las tareas o roles que cumple cada uno de los profesionales, se mencionan el acompañamiento en situaciones individuales y al grupo de adultos, funciones con respecto al Potenciar Acompañamiento, programa que surge a través de la SEDRONAR *“para personas que estén haciendo tratamiento por consumo problemático y que estén como en alguna instancia “avanzada” de su tratamiento y que les permita, con ese ingreso, tener algún proyecto laboral”* (Coordinadora), aplicación de saberes propios de su disciplina a las propuestas del DTC con el objetivo de generar estrategias terapéuticas tanto el espacio individual como las intervenciones comunitarias (Psicóloga 2), coordinar talleres como la huerta y cuidado del medio ambiente, los talleres en conjunto con el CEM y grupos terapéuticos, charlas de capacitación con juegos (Tallerista 2).

En relación al desarrollo de sus intervenciones, los profesionales utilizan distintas herramientas de registro. Según el OAD (2019), las herramientas que utiliza el equipo profesional de los dispositivos permiten realizar un diagnóstico, un seguimiento y una evaluación de las personas usuarias y las prácticas implementadas, que den cuenta de la situación de acceso, de restitución y de ejercicio de derechos. A su vez, la utilización de estas herramientas permiten la posterior creación desde el OAD de estadísticas y estudios. A partir de la reunión de equipo que presenciamos, la coordinadora nos menciona que las herramientas de registro con las que cuentan son: la Hoja de Primer Contacto, la Hoja de Ruta, la planificación y evaluación de espacios promocionales, la planificación y evaluación de espacios grupales, el plan de trabajo y de seguimiento del Potenciar Acompañamiento, la

certificación de equipos, las planillas de seguimiento y salud de las personas y relevamientos varios. De igual modo, en las entrevistas y en la reunión de equipo se abordaron en mayor detalle algunas de estas, las cuales serán descritas a continuación.

La Hoja de Primer Contacto (HPC) es de las herramientas que más fue mencionada en su utilización. Respecto a esta, en las entrevistas se referenció que se registran “*todos los datos de las personas usuarias: nombre, apellido, fecha, edad, grupo conviviente, la escolarización, trabajo, violencia familiar*” (Trabajadora Social 1). En nuestra observación de los modelos de planilla identificamos que existen dos tipos de HPC: la primera se realiza de manera directa y se completa con las personas usuarias, y la segunda se produce de manera indirecta, con la persona que consulta o hace la derivación para la persona usuaria. De este modo, los apartados se diferencian a partir de los datos que se le piden al “consultante” y a la “persona por la cual consulta”. Si llega una persona que realiza una consulta de manera indirecta, se completan solo los primeros datos donde se consulta el “tipo de vínculo”, “tipo de institución”, y datos personales (nombre, apellido, fecha de nacimiento, género, documento, número de teléfono). En cuanto a la persona por la cual se consulta se le pide, además de lo mencionado por la Trabajadora Social: nombre, apellido, fecha de nacimiento y el género. En el caso de que la consulta se realice de manera directa o que la persona por la cual se consultó se acerque, se completa el resto de la planilla, en la cual se registran los siguientes datos: fecha y horario del primer contacto de la persona con la institución; si asistió solo o acompañado; cómo accedió al dispositivo; si fue derivado por una institución de qué índole es la misma; si lo derivó una institución de SEDRONAR; cuál fue y cuál es el motivo de la consulta actual. El modo en el que el registro de datos se encuentra organizado permite observar cómo se quita el foco central sobre el consumo problemático y se centra en la persona. Respecto a la HPC, la coordinadora del DTC en la reunión de equipo hizo hincapié en la necesidad de registrar el DNI de la persona usuaria (que no se encuentra consignado en la HPC), porque eso es lo único que le da identidad a una persona.

Respecto a las Hojas de Ruta (llamadas en algunos momentos como historias clínicas) en la reunión de equipo se mencionó que desde SEDRONAR están comenzando a pedir el registro de los seguimientos. Ante esto, la coordinadora en la reunión realiza hincapié en la necesidad de comenzar a sentarse a realizar anotaciones en el seguimiento de las personas usuarias en las Hojas de Ruta cuando se termina o mientras se realiza la intervención. Resaltó que “*el día a día con el usuario tiene que estar escrito*”, “*toda la comunicación*

tiene que estar plasmada en las historias clínicas”. Respecto a esto, planteó la necesidad de comenzar a registrar todo: cuando la persona asiste a actividades, cuando no asiste, cuando hay un contacto informal. También propuso que cuando trabajen en duplas terapéuticas y realicen una intervención en conjunto se sienten a escribir juntas lo ocurrido. (Registro de campo, 8 de septiembre de 2022).

En este seguimiento de las situaciones también se encuentra el registro respecto a la actividad de las situaciones de las cuales tienen registro que tuvieron algún acercamiento a la institución. Para este registro se tiene en cuenta si se considera una situación como activa refiere sobre aquellas personas que acceden a la institución y sostienen el tratamiento; las situaciones inactivas consideran a aquellas personas usuarias que accedieron en algún momento a algún espacio institucional pero actualmente no continúan teniendo ningún contacto; las situaciones consideradas como cierre con proceso se relaciona con aquellas personas que accedieron a algún espacio pero les profesionales mantienen algún tipo de contacto. Respecto a estos aspectos, en la reunión de equipo se planteó la importancia de empezar a utilizar esta herramienta de registro y poder establecer criterios en común para consignar los términos de las distintas situaciones, ya que a partir de la información que se carga dan los resultados y las estadísticas de la SEDRONAR. Al observar la planilla donde se encuentran las situaciones hasta el momento en el que se realiza el registro, nos encontramos con los siguientes datos: cincuenta y cinco situaciones activas, setecientos un situaciones inactivas, situaciones de cierre con proceso son treinta y siete personas usuarias y de cierre con articulación son veinte personas. De igual modo, en la reunión de equipo mencionaron que como no tienen criterios en común quizás *“tienen (tantas) situaciones activas cuando en realidad hay menos”* (Registro realizado el 22 de abril del 2022).

Otra herramienta abordada fue la de seguimiento de talleres. Esta herramienta facilita el registro y el análisis del diseño de los espacios, así como también la participación de las personas usuarias. La coordinadora nos comentó que los talleres en el DTC son planificados por integrantes del equipo de manera trimestral. Se plantean en base a ciertos objetivos y una vez cumplido el trimestre *“se hace la evaluación y se redefinen los objetivos...”* Un aspecto importante que planteó la coordinadora respecto a lo que ocurre en los talleres es respecto a la información que surge en los mismos, manifestó esto del siguiente modo:

lo que se hable en el espacio lo tiene que saber el equipo de intervención para poder trabajarlo, abordarlo. Quizás no de manera directa, sino un ‘che, mira lo que paso en este espacio’... poder darle herramientas al tallerista de cómo abordar ciertas situaciones y que el tallerista esté pasando esa

información para poder seguir abordando y pensando estrategias.
(Coordinadora)

A partir de lo abordado hasta aquí, resulta de nuestro interés identificar la importancia en cuanto al abordaje de la problemática teniendo en cuenta los aspectos mencionados: la interdisciplinariedad y las herramientas de registro. Creemos que las intervenciones en conjunto de distintas disciplinas sobre la problemática puede garantizar de manera más efectiva un abordaje desde la integralidad si se parte de acciones cooperativas entre profesionales con objetivos en común. Por otro lado, comprendemos la importancia de las herramientas de registro, tanto para el trabajo en equipo como para el establecimiento de estadísticas. Comprendemos que hay un debilitamiento para poder llevar a cabo estos aspectos, debido a las faltas de tiempo, sea para el encuentro interdisciplinario o para el registro, lo cual resulta de la precarización laboral de los profesionales.

CUARTO CAPÍTULO: ADHERENCIA Y ACCESIBILIDAD DESDE LAS PRÁCTICAS DEL EQUIPO PROFESIONAL DEL DTC

En los capítulos anteriores, realizamos un recorrido en varios sentidos. En primer lugar, retomamos los conceptos claves que utilizamos a lo largo del trabajo. En el segundo capítulo, abordamos cuestiones territoriales e institucionales que enmarcan al dispositivo. En el tercer capítulo, retomamos la mirada de los integrantes del equipo profesional en relación a las estrategias de intervención que construyen en el DTC.

En este capítulo, nos proponemos analizar los distintos aspectos antes mencionados a partir de la accesibilidad y las prácticas adherentes, tomando en cuenta aquellas estrategias desde las cuales se busca solidificar los vínculos, aportando al ejercicio de derechos, al reconocimiento de lo común y las condiciones de pertenencia. Si bien mencionamos a lo largo de la investigación algunos aspectos referidos a los facilitadores o barreras de la accesibilidad, en este capítulo nos proponemos profundizar en los mismos y en su relación en cuanto a los factores de las prácticas adherentes.

Materialización organizacional: temporalidades implicadas en el tratamiento ambulatorio y accesibilidad organizacional de las personas usuarias de drogas

Retomamos el concepto de materialización organizacional, abordado en el primer capítulo (Etkin y Schvarstein; 2000), como aquel que se centra en los instrumentos administrativos y en la forma de organización de los espacios que se utilizan para cada intervención. A partir de esto proponemos describir a continuación algunos de los factores relacionados con el sistema y/o equipo, que podrían influir en las prácticas adherentes de las personas usuarias. En las entrevistas realizadas se mencionan la disponibilidad del equipo para poder brindar acompañamientos y seguimientos, la utilización de las herramientas de registro, la organización de los recursos con los cuales cuentan y las condiciones laborales del equipo del dispositivo. (Castro Díaz, 2018; OMS, 2004; Rossi et. al., 2007).

En primer lugar, coincidimos con Schoenthaler et al., (2012) y Náfrádi et al., (2017) en que *“el rol que desempeña el profesional de la salud en la construcción de una relación terapéutica es determinante en la adherencia”* (Castro Díaz, 2018: 24). Ese rol se ve reflejado en acciones que inciden en la toma de decisiones junto con la *“negociación continua del tratamiento”* (Náfrádi et al., 2017, en Castro Díaz, 2018: 24) a partir del uso y la transmisión clara de información apropiada (Nunes et al., 2009; Schoenthaler et al., 2012; Arce-Vega et al., 2017, en Castro Díaz, 2018).

Una de las aristas de este rol profesional refiere a la disponibilidad para brindar acompañamientos y seguimientos. En una de las entrevistas se hizo referencia a que la intervención con personas usuarias no puede ser estructurada o esquemática. Por ejemplo, una de las psicólogas del equipo consideró:

Si le digo a una persona que trabajamos con un sistema de turnos y que si no viene en un horario en el que yo le dije no lo atiendo, el 80% no viene más. Porque están tan desorganizados en muchos aspectos que sería un mal objetivo desde mi lugar imponer o exigir esa estructura tan rígida (Psicóloga 2).

Identificamos en este aspecto una contradicción en cuanto a su relato y el horario en el que se encuentra abierto el DTC, el cual resulta limitado, desde las 10hs hasta las 16hs. Si las personas usuarias no tienen la posibilidad de acudir en ese horario, el equipo ya no se encuentra allí. Estas limitaciones de tiempo, según Youmans y Bibbins-Domingo (2017 en Castro Díaz, 2018), dificultan que el profesional pueda brindar explicaciones claras,

considerar si son entendidas adecuadamente y demás. De este modo, resulta crucial resaltar que en consonancia a esto, uno de los aspectos que se vio reflejado en las entrevistas es la necesidad de generar redes institucionales para que la persona usuaria pueda acceder a otros espacios de escucha cuando el DTC no se encuentra abierto.

Por otro lado, en cuanto a los recursos institucionales, resaltó el hecho de que el DTC no cuenta con un teléfono institucional para que las personas se puedan comunicar con el dispositivo. Los teléfonos que se dan son personales y la disponibilidad para la atención por este medio recae en la decisión de cada integrante del equipo. Respecto a esto, la coordinadora mencionó diferencias en cuanto al pensamiento de otros integrantes del equipo sobre la opción de compartir el teléfono personal, puesto que algunos creen que el teléfono es privado y no se debería compartir, mientras que otros piensan que sí deberían, bajo la perspectiva de que esto *“genera que la gente tenga confianza y si tienen algún problema pueda recurrir”* (Coordinadora). O, también, una psicóloga identifica como fundamental la flexibilidad, la cual puede proveerse mediante la disponibilidad de los profesionales en cualquier día y horario, poder *“tener conversaciones por mensaje de WhatsApp o por teléfono”* (Psicóloga 2). Esta flexibilidad para generar lazos de confianza, provoca que terminen trabajando por fuera de sus horarios laborales, lo cual no está cubierto en el salario. En este sentido, una de las talleristas comenta que *“nos llaman a nuestros teléfonos personales, a cualquier hora, sábados y domingos también, lo tengo encendido y no puedo no atender”* (Tallerista 1).

En este sentido observamos que, al igual que lo mencionado en el capítulo 2 sobre las condiciones laborales de la población de Villa Tranquila, los profesionales del equipo se encuentran en una situación comparable, teniendo en cuenta la precarización presente. Solo una trabajadora se encuentra en planta permanente mientras que, el resto del equipo (hacemos hincapié en la presencia de veinte trabajadores en el DTC), se encuentra contratado bajo la modalidad de fondo estímulo A, establecida a partir del Decreto N° 332/2021 a los trabajadores y trabajadoras de los establecimientos de salud abocados y expuestos al manejo de casos relacionados con la Pandemia COVID-19, por determinadas horas en la semana. Visto y considerando esto, la suma entre la precarización laboral y la falta de separación entre la vida laboral y la vida privada puede llevar a un agotamiento de la capacidad corporal y/o mental, y puede afectar a largo plazo la atención brindada a las personas usuarias.

Además, en cuanto a esta disponibilidad, se abordó en la reunión de equipo la necesidad de poner límites en el tiempo que pasan los integrantes dentro de la oficina de ellos, con el objetivo de trabajar mayor cantidad de tiempo en otros espacios del DTC. Se hizo alusión a esto a partir de la mención de situaciones donde por estar allí comparten información acerca de seguimientos en la oficina, siendo un espacio al que las personas usuarias terminan ocupando por la estadía de los profesionales allí dentro. En este sentido, se planteó la necesidad de establecer límites respecto de cuales deberían ser los espacios compartidos con las personas usuarias y cuales los privados del equipo. Respecto a esto, en la reunión de equipo se debatió que los profesionales deben “salir” de la oficina al encuentro de las personas usuarias (tanto como se plantea la necesidad de “salir” al territorio), porque ocurre que los buscan para desarrollar un espacio de escucha. Es así que la coordinadora planteó: *“es necesario poner límites como equipo profesional, no límites a las personas usuarias.”* (Registro de campo, 8 de septiembre de 2022).

En cuanto a la utilización de herramientas de registro, si bien los profesionales mencionan que cuentan con varios instrumentos (identificados en el capítulo anterior), hacen hincapié en dos: las HPC y las hojas de ruta. Se pone de manifiesto que, aunque sean dos herramientas las que más utilizan, no cuentan con tiempos estipulados para registrar en ellas y el quehacer cotidiano provoca que no encuentren un espacio laboral en el cual dedicarse a esta parte estratégica de las intervenciones. En la reunión de equipo se abordó el problema de no llevar los registros al día, haciendo referencia a la importancia de los mismos, tanto para las estadísticas de SEDRONAR, como para el seguimiento de las intervenciones en equipo (Coordinadora).

En cuanto a la utilización y organización de recursos disponibles, hemos mencionado en el segundo capítulo los recursos con los cuales cuenta la institución y algunos aspectos en cuanto al uso de los mismos. Una de las profesionales plantea la imperativa necesidad de computadoras, no sólo para *“la parte más administrativa de carga de datos, de ayudar a alguien a hacer un CV”* (Psicóloga 2), sino también en la oficina para poder mantener los registros al día, hacer informes y otras cuestiones, lo cual se dificulta porque *“es una computadora para todo el equipo”* (Psicóloga 2). Ella misma manifiesta que en la sala de computación, los elementos fueron donados y rearmados con el objetivo de poder utilizarlos, pero *“[l]a realidad es que usamos todo lo que hay y no nos alcanza.”* La escasez de recursos disponibles, y haciendo énfasis en las computadoras porque son las más utilizadas tanto por el

equipo como para el seguimiento de las personas usuarias, presenta un límite en la propuesta de estrategias, y por tanto, podría presentarlo en la accesibilidad a los tratamientos.

Al mismo tiempo, reconocemos que hay recursos con los que cuentan que no son utilizados, como una buena parte de las salas que se distribuyen en los cuatro pisos. Si bien algunas de ellas tienen propósitos específicos, como la sala de cine o la biblioteca, refirieron en las entrevistas que en varias ocasiones se terminan utilizando los mismos espacios. Esta situación está dada por la dificultad de acceder a estos espacios a causa de la decisión institucional de quitar el picaporte y cerrar todas las puertas, lo cual una psicóloga considera que podrían tener un *“mejor sistema de puertas y cerraduras, porque es engorroso tener que andar circulando por todos lados con el picaporte para poder abrir.”* (Psicóloga 2). Los integrantes del equipo profesional tienen en la oficina y sala de reunión las llaves de todas las salas, sumadas a un único picaporte, el cual es utilizado para abrir todas las puertas. De este modo, al querer acudir a un espacio de la institución que no sea la recepción, los pasillos o el comedor (los cuales son abiertos y no se precisa de llave para acceder), se debe utilizar este picaporte y la llave correspondiente a la puerta. Esta decisión de cerrar todas las puertas, si no se encuentra alguien del equipo en la sala, surge como respuesta a un robo que hubo en el 2017, donde algunos recursos institucionales fueron extraídos.

A partir de esto, identificamos un discurso en el que se propone construir a la institución como un espacio abierto en el cual las personas se sientan libres de transitarla, mientras que, en la práctica, se cierran la mayoría de los espacios y las personas usuarias o la población de Villa Tranquila sólo podrían ingresar a partir del contacto con los integrantes del equipo. En este sentido, retomamos las nociones de sospecha y desconfianza propuestas por Epele (2010) respecto de las poblaciones de los barrios populares por parte de los servicios de atención a la salud, relacionada a la criminalización del consumo. Estas dos categorías son planteadas en esta investigación como barreras de accesibilidad a los dispositivos y servicios de salud.

A modo de cierre de este subtítulo, consideramos fundamental la edificación del espacio de asistencia ya que *“este ambiente acoge variedad de elementos del personal que labora en los procesos asistenciales y administrativos en salud, como el estilo interpersonal y comunicativo, los cuales influyen más en la adherencia”* (Sabaté, 2003 en Castro Díaz, 2018: 23). Estos elementos con los que trabaja el equipo de salud comprenden los recursos con los que cuentan para las intervenciones, su tiempo y cómo es remunerado, las herramientas y espacios provistos. Es importante tener en cuenta las estrategias que despliega el equipo en torno los instrumentos administrativos y las formas de organización

de los espacios, en miras de garantizar la accesibilidad de derecho desde lo organizacional y promover las prácticas adherentes de las personas usuarias. Por otro lado, entendemos que la disponibilidad o falta de ciertos recursos y herramientas, para el abordaje de algunas situaciones va más allá de la decisión de los profesionales, ya que dependen del despliegue de políticas sociales y decisiones de otros niveles estatales.

Las posibilidades del sostenimiento del tratamiento, desde una mirada de las condiciones socio-económicas de las personas usuarias de drogas

Dentro de los mencionados factores socio-económicos referentes a la adherencia al tratamiento, abordamos algunos aspectos de las redes vinculares que desarrollan y/o sostienen las personas usuarias (y las condiciones en las que lo hacen). Al mismo tiempo, retomamos las condiciones laborales de las personas usuarias, sus posibilidades de sostener el tratamiento de acuerdo a las mismas, y las estrategias desplegadas por el equipo profesional para ampliar la accesibilidad económica en ese sentido (Castro Díaz, 2018; Rossi et. al., 2007), junto con la construcción de prácticas adherentes.

Con respecto a las redes vinculares de las personas usuarias que asisten al dispositivo, retomamos la noción del consumo de drogas como una problemática social, por lo que es fundamental el trabajo con las personas y grupos que se encuentran presentes en la cotidianeidad de las personas usuarias, también porque las consecuencias del consumo les afectan a ellos en su propio entorno. En este sentido, una psicóloga del equipo plantea: *“No podemos pensar a la persona aislada de su contexto y sus vinculaciones familiares o no familiares, no importa; sus vínculos, su entorno afectivo.”* (Psicóloga 2). Como ha sido explicitado anteriormente, estas redes pueden ser familiares o incluir amigos, parejas u otros referentes afectivos.

Ante determinadas circunstancias y presiones, las personas usuarias “son traídas” por referentes de sus redes vinculares para producir mejoras en la situación. En algunas entrevistas se manifestó que las mujeres de la familia, fundamentalmente, son las que llevan a cabo las acciones relacionadas con el “rescate” por amor (Epele, 2010), una forma de “salvar” a la persona usuaria de las peores consecuencias del consumo problemático. Esta categoría hace referencia a un proceso que implica necesariamente un vínculo con alguien (o algunas personas) a las que la persona usuaria *“‘les importe’, que lo quieran o que al menos quieran ayudarlo.”* (Epele, 2010:186). Observamos que, con respecto a estos

vínculos cercanos de las personas usuarias, surgen perspectivas distintas desde el relato de los integrantes del equipo, que explicamos a continuación.

En primer lugar, y retomando las situaciones “estalladas” que atraviesan las familias y personas allegadas respecto al consumo problemático, se plantean en algunos discursos las estrategias propuestas por parte del equipo ante las urgencias. Una psicóloga refirió “*Lo primero que le decís es: ‘no le des más plata’ y la madre le sigue dando plata, digamos, te das cuenta cómo hay un sistema que es funcional a todo eso.*” (Psicóloga 2), es decir, que el sistema familiar y relacional se organiza teniendo a la situación de consumo problemático como una de sus aristas. La misma profesional planteó que los integrantes del equipo del DTC trabajan no sólo con la persona usuaria y su situación sino también “*con el entorno, para que no sea un entorno facilitador y que refuerce todo eso, sino que el entorno genere otras estrategias que a la persona la ponga un poco en jaque*” (Psicóloga 2). Ese hecho de “poner en jaque” implica esas estructuras construidas alrededor de la persona usuaria, teniendo en cuenta su condición de consumidora, que, para muchas personas usuarias, es un proceso que lleva años y las estructuras se encuentran profundamente arraigadas. Para llegar a las intervenciones integrales deseadas, propusieron trabajar con:

todos sus referentes afectivos. Cuando esos referentes afectivos tienen una forma determinada de vincularse con esta persona y hay algo que cambia en esta persona, hay que mover estructuras propias para poder amoldarse a eso de una manera saludable (...) muchas veces son relaciones conflictivas, disfuncionales o atravesadas por mucha violencia o situaciones traumáticas y en algún punto, esta persona consumidora también cumple una función dentro de ese sistema vincular. Entonces, cuando se corre de ese lugar donde estaba, ese sistema vincular se desestabiliza (Psicóloga 2).

Dentro de las estrategias que se despliegan desde el equipo para trabajar con las redes vinculares de las personas usuarias, se aborda la importancia de las mismas. Desde el DTC se busca que se fortalezcan esas redes con el objetivo de “*generar un acompañamiento y apoyo... seguir sosteniendo esa red.*” (Trabajadora Social 2). También, se plantea el acompañamiento desde estas redes porque el equipo profesional no se encuentra todo el día disponible, tal como refiere una de las trabajadoras sociales, “*nosotros trabajamos de tal hora hasta tal hora, pero antes y después, ¿quién está?... fortalecer y ampliar esa red de contención, es sumamente importante*”. (Trabajadora Social 1). Entonces, ocurre que muchas personas usuarias asisten al DTC algunas horas seguidas entre espacios recreativos y terapéuticos, o incluso vienen “*todos los días, pero después te vas a tu casa y estás solo y*

son 20 horas más de tu vida solo o sola.” (Trabajadora Social 1). En este sentido, para evitar la soledad y la falta de contención y/o acompañamiento hacia las personas usuarias, desde el equipo del dispositivo buscan desarrollar estrategias para fortalecer las redes existentes.

En la mayoría de las situaciones, estas redes se ven debilitadas porque *“los consumos traen mucha desconfianza, la familia viene ya muy desgastada, viene con otras historicidades de consumo también.”* (Coordinadora). Estas trayectorias que comparten la persona usuaria como las redes que se encuentran en su entorno provocan, en varias situaciones, que el acompañamiento se torne en una difícil tarea de soportar. Ahora bien, si se plantea una gran dificultad para trabajar con el entorno familiar en su totalidad, desde el equipo se tiene *“puntualizadas una o dos personas del entorno afectivo para identificar, digamos, con qué personas podemos fortalecer determinadas cosas, con qué personas sabemos que no podemos laburar porque sería explosivo.”* (Psicóloga 2). En este sentido y en vistas a lograr esta participación, mientras que se hace una diferenciación con el involucramiento en diversas instancias, una entrevistada plantea como importante que *“se involucren. Tenemos talleres para familiares o referentes de personas con consumos, tenemos que saber y tener las herramientas para poder acompañar a un usuario de consumo, acompañarlo desde el lugar como familia”* (Trabajadora Social 2). Identificamos que, desde el equipo, se establecen distintas propuestas para trabajar con los referentes afectivos, pero también se ve como una cuestión mencionada en distintas entrevistas que, si bien se extiende una convocatoria, *“el tema de la participación es muy... escasa.”* (Trabajadora Social 2).

En relación con la participación de distintas instancias de las redes vinculares, se presentan otras resistencias en el trabajo en conjunto con los profesionales. En primer lugar, una trabajadora social refirió que algunos referentes afectivos creen que las personas usuarias *“les hacen”* esto (refiriendo a las situaciones de consumo) a ellos, mientras que aclaró que es importante que entiendan que es algo que *“se hacen a sí mismos”* y que no se presenta como deseo activo el estar de esa forma (Trabajadora Social 2). Por otro lado, se planteó que al momento de realizar intervenciones que impliquen un cambio en las formas de relación, se ven resistencias porque *“queda al descubierto esto de ‘yo vengo y lo acompaño y estoy disponible si me quieren citar o si hay un encuentro para familiares’, eso es una participación. Involucrarse implica mover estructuras propias, hacer algo con eso”* (Psicóloga 2). En este sentido, la diferencia que se hace entre las categorías de participación

e involucramiento refiere al grado de compromiso y acompañamiento que puedan o quieran realizar los referentes afectivos de la persona usuaria para que ella pueda salir de esa situación. Consideramos que tanto las personas usuarias como sus redes hacen lo que pueden para lidiar con la situación que vivencian, por eso retomamos la importancia del trabajo con quienes puedan hacerlo y hasta el grado que se permita. Al mismo tiempo, es importante plantear nuevamente el desgaste que provoca para las redes vinculares el acompañamiento de largas trayectorias con diversas modalidades de tratamiento en cuestión, distintos equipos profesionales y servicios de salud, entre otras cuestiones.

Consideramos que es fundamental la posibilidad de trabajar desde la perspectiva integral, donde se tienen en cuenta todos los lazos vinculares que mantiene la persona usuaria, fomentando así la construcción de redes de pares y profundizando las ya existentes, con el objetivo de transformar las cuestiones dañinas para la persona y su entorno. Las personas que sean referentes afectivos simbolizan un factor importante para el desarrollo de la accesibilidad ampliada y las prácticas adherentes. Como ya explicamos, los referentes se encuentran, dentro de la conceptualización de ambas categorías, entre los actores que posibilitan el encuentro entre el servicio de salud y las personas usuarias, como en el sostenimiento de las prácticas que corresponden al tratamiento. En este sentido, junto con las mismas personas usuarias y el equipo profesional, conforman el proceso para que la situación deje de tener carácter problemático.

En cuanto a las condiciones económicas que presentan las personas usuarias y su entorno (entendiendo todo el contexto social que les rodea), en las entrevistas con el equipo se planteó la relación entre las necesidades que tienen y la accesibilidad a un tratamiento. La coordinadora del dispositivo planteó que:

poder garantizar la accesibilidad a un tratamiento es también hablar de que pueda tener plata para pagarse el colectivo o la higiene personal o lo que fuese; y que también, el comer o el acceder a ciertas cosas forma parte del tratamiento ¿no?, pensar a la persona integralmente. No es que nada más me atañe la situación del consumo y laburar el consumo.

En este sentido, una de las psicólogas manifestó que ante una situación de amplia vulnerabilidad, *“si viene una persona [usuaria] que no tiene DNI, que abandonó su trayectoria educativa, que no tiene para comer; que en la primer lluvia se le vuela el techo, se le moja el colchón”* (Psicóloga 2), la prioridad de intervención por parte del equipo no es el consumo problemático, sino las demás cuestiones que afectan la vida cotidiana. Respecto a esto, entendemos que las estrategias de intervención se vinculan a una perspectiva de

multidimensionalidad y multicausalidad de la problemática, donde toman las condiciones económicas como una variable importante en la accesibilidad a los tratamientos y las prácticas adherentes. Entendemos que, en la cotidianeidad, las problemáticas de índole económica se presentan como urgentes en lo que respecta a la posibilidad de supervivencia o no, en comparación a los procesos de tratamiento de consumo problemático que se desarrollan a largo plazo. Una de las trabajadoras sociales planteó que una de las causas más importantes de suspensión o abandono de los tratamientos ambulatorios responde a *“la cuestión económica, no en el sentido de si no gano plata, sino en el sentido de que si labura una persona usuaria ocho horas, diez horas por día, y no te dan ganas de llegar y hablar con psicóloga, trabajadora social y demás”* (Trabajadora Social 1). A partir de la consideración de la informalidad laboral de muchas personas usuarias de drogas (empleos temporales o guardias de muchas horas, changas o cartoneo, entre otras), se plantea como estrategia *“para evitar que no pueda asistir al tratamiento ambulatorio, por su horario laboral... armar una nota firmada por les profesionales para que presenten en el trabajo”* (Tallerista 1).

Desde el equipo, también se plantean otras estrategias para promover de manera indirecta las prácticas adherentes a los tratamientos ambulatorios a partir del abordaje de manera directa sobre las condiciones económicas. En este sentido, se trabaja con múltiples políticas públicas de transferencia condicionada de ingresos, las cuales implican cuestiones a ser cumplidas para efectivizar esa transferencia, y se encuentran asociadas a intervenciones como educación y capacitación, actividades productivas y de participación comunitaria o control de salud (Rozas Pagaza et. al., 2016). Entre ellas se encuentran los programas de Potenciar Trabajo, Potenciar Acompañamiento, Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), Progresar, Asignación Universal por Hijo (AUH), y políticas de salud como, por ejemplo, los planes de vacunación (Trabajadora Social 2). Sin embargo, se pone de manifiesto que el *“Potenciar Acompañamiento es el programa que más laburamos desde el DTC, pero tiene ciertos requisitos y de nuestra población, son muy pocos beneficiarios que lo perciben.”* (Tallerista 1). En este sentido, por más que sea una política pública directa de la SEDRONAR (Trabajadora Social 2), les entrevistades plantearon que se presenta un bajo nivel de acceso por parte de las personas usuarias del DTC de Villa Tranquila, porque los requisitos son difícil de cumplir para esta población específica (Coordinadora)⁶.

⁶ Si se quiere profundizar la lectura al respecto estos requisitos y las condiciones en las que se crea este programa se encuentran detallados en el Instructivo para instituciones sobre la aplicación del Programa Potenciar Acompañamiento, recuperado de

Como intervenciones indirectas del equipo, también se mencionan las políticas educativas como son el Programa Envión (el cual tiene sede en el mismo edificio que el DTC) y el Plan FinEs, para la finalización de los estudios obligatorios. Estas políticas se gestionan bajo la idea de conseguir oportunidades laborales regulares y formales.

Para finalizar, nos parece importante remarcar la corresponsabilidad para la promoción de prácticas adherentes y accesibilidad desde lo socio-económico entre el equipo profesional, las personas usuarias y la red vincular. El equipo profesional trabaja con las estrategias propuestas para que las personas usuarias puedan contar con recursos económicos para solventar sus necesidades y fomentar el acompañamiento vincular en la continuación del tratamiento. Las personas usuarias tienen la responsabilidad de prestar la contraparte para las políticas propuestas y desarrollar las prácticas adherentes. Por otro lado, las redes vinculares se encargan de acompañar las distintas instancias del proceso de tratamiento ambulatorio, tanto desde lo económico (si es una posibilidad), como desde lo emocional.

La territorialidad: aspectos vinculados a los factores socio-económicos de las personas usuarias de drogas y la accesibilidad geográfica

La accesibilidad geográfica refiere a las distancias y lejanía que haya con algún centro de salud (el DTC en este caso), y también alude a las posibilidades de que esa distancia pueda ser atravesada y de qué modos. En este sentido, entendemos que los factores socioeconómicos de la adherencia incluyen la desviación que las personas tienen que realizar para llegar a los centros de salud y qué implica ese movimiento en sus gastos cotidianos, por esa razón relacionamos ambas categorías. Al mismo tiempo, tomamos la accesibilidad geográfica teniendo en cuenta el concepto de la territorialidad como construcción social que se realiza del espacio que tiene como aspecto fundamental la pertenencia, que es lo que abordamos en este subtítulo.

Al revisar los fragmentos de entrevistas realizadas al equipo profesional del DTC, algunas de las cuales volcamos en el subtítulo anterior, entendemos que la población que asiste al dispositivo manifiesta algunas situaciones del orden socioeconómico que pueden afectar al desarrollo de prácticas adherentes. Entre las mismas, reconocemos el progresivo

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/programa_potenciar_acomp_inst_1.pdf. (Consultado el 1/11/2022)

debilitamiento de las redes vinculares, como también la dificultad de su situación laboral y habitacional, entre otras.

En primer lugar, decidimos aclarar el funcionamiento de las derivaciones a los dispositivos de atención: cuando se toma contacto con la línea 141 de la SEDRONAR, se “asigna” un centro de acuerdo al domicilio del DNI. Esto provoca que haya demanda de *“mucha gente de Dock Sud, o de Wilde y se viene igual, por domicilio, Avellaneda es lo más cerca que tienen”* (Psicóloga 1). Además, tomando en cuenta que los dispositivos que abordan el consumo problemático de drogas desde la perspectiva integral o que proponen una modalidad de tratamiento ambulatorio no se encuentran en todos los barrios y/o localidades, ocurre que aquellas personas usuarias que no residen en este territorio tienen la necesidad de trasladarse hasta este dispositivo.

En este sentido, desde la institución se encuentran con la derivación de personas usuarias que vienen de distintos lugares para atenderse en el DTC de Villa Tranquila. La cuestión con venir a atenderse desde afuera implica algunas barreras a la accesibilidad y dificultades en el desarrollo de la adherencia. En primer lugar, en el relato de una de las psicólogas nos encontramos con que: *“no hay un colectivo que te deje en el DTC, o te bajás en Mitre o te bajás en 25 de Mayo, pero si no conocés para venir de allá hasta acá te podes perder, es medio complejo.”* (Psicóloga 2). A su vez, una Trabajadora Social relata que las personas usuarias *“tienen un impedimento para llegar y es que el DTC no tiene acceso con transporte público, el bondi te deja a 10 cuadras”* (Trabajadora Social 1). Y, si bien las personas que trabajan en el dispositivo o en algunas instituciones que están cerca de él tienen una forma de transporte que consiste en una combi municipal, *“no siempre hay disponibilidad (en la combi) para, por ejemplo, ingresar familias o personas que vienen para darles atención.”* (Psicóloga 2) o, también *“el espacio no dura tres horas hasta que la combi vuelve a salir.”* (Trabajadora Social 2).

En este sentido, una de las psicólogas del equipo coincide en que los recursos necesarios para el traslado al DTC implican *“una barrera de accesibilidad para quienes no viven en el barrio”* (Psicóloga 2). Según lo relevado en las entrevistas, se refirió que históricamente se ha intervenido con la comunidad para concientizar y accionar respecto a estas barreras: *“hemos hecho corre-caminatas para que venga el colectivo. Antes no había..., ahora tampoco. Pero hicimos una campaña sobre qué deseaba la gente con el colectivo. (...) Un colectivo de línea que pase por el barrio”* (Tallerista 2).

Respecto de los recursos que se necesitan para llegar al lugar, una de las psicólogas refirió que *"no toda persona puede cargar una SUBE"* (Psicóloga 1), y si la tuvieran, tampoco entraría algún transporte público a una calle aledaña a la localización del DTC. Como no hay acceso al interior del barrio, desde la perspectiva de una entrevistada se plantea que las personas usuarias *"vienen por sus propios medios. Esto implica que vengan caminando o que se tomen un remis desde Mitre, que los traiga alguien, que tengan una moto, auto o lo que sea"* (Psicóloga 2). La coordinadora refirió que: *"si no te animas a entrar caminando, o no tenes la plata para pagar el remis que una vez por semana son 350 pesos"*, por lo que la accesibilidad se ve limitada. Al tener en cuenta esto, consideramos que la distancia que hay entre el lugar de residencia y el DTC puede ir en detrimento al desarrollo de prácticas adherentes, puesto que los costos y los tiempos que se invierten en el traslado pueden transformarse en cuestiones difíciles de sostener a largo plazo.

Otro factor que se pone en juego con respecto a las personas que no residen en el barrio comprende la irrupción en un territorio que no se habita, de manera regular, para realizar un tratamiento en el área de consumo problemático. En este sentido, se plantea desde la mirada de les entrevistades que *"hay una barrera importante porque una persona que vive fuera del barrio, no conoce"* (Trabajadora Social 2), haciendo alusión a la no comprensión de las dinámicas sociales que se desarrollan allí, o a no contar con los saberes necesarios para "entrar al barrio". La coordinadora refiere que hay personas que llegan a dos calles que simbolizan *"la entrada y dicen: 'yo no entro, te llaman y dicen no entro'."* En este sentido, retomamos la idea de territorio planteada anteriormente como una construcción social y simbólica entre las personas que lo habitan, las instituciones y servicios, y las personas que no viven allí.

Es así que el DTC, entendido como una política que está situada en el territorio del barrio con el objetivo de ser accesible para las personas usuarias, se presenta, desde el discurso de una trabajadora social como *"muy inaccesible a una primera escucha (para quienes no son del barrio) y a la permanencia, a la adherencia, si vos no tenés forma de entrar con la combi es como bastante difícil, entonces solamente accede la gente del barrio"* (Trabajadora Social 1). La coordinadora coincidió con esta perspectiva, diciendo que: *"la mayoría de los que sostienen (el tratamiento) son del barrio, por la cuestión de cercanía y de accesibilidad."* Es así que, desde el discurso del equipo profesional, consideraron que la accesibilidad geográfica se ve limitada por estas barreras, y esto implica una disminución en las prácticas adherentes a los tratamientos ambulatorios. Una de las psicólogas planteó que

“por más que sea salud pública y estén los dispositivos, tenés que sostenerlos todas las semanas y no es fácil” (Psicóloga 1). Aquí se ponen de manifiesto las distancias entre los objetivos planteados desde el dispositivo y la puesta en práctica de los mismos.

En esta perspectiva que sólo accede gente del barrio por cercanía y pertenencia al territorio, se presenta como un hecho complejo el sostenimiento del tratamiento puesto que dentro del barrio las personas residentes se conocen y se visibiliza el estigma hacia las personas usuarias. Es así que el hecho de no residir allí beneficia al anonimato para poder sostener el tratamiento, pero perjudica la accesibilidad geográfica. Podemos establecer entonces una relación entre la accesibilidad geográfica y cultural.

Por otro lado, si bien el DTC se encuentra *“en el corazón del barrio”* (Trabajadora Social 1), el hecho de que esté sectorizado y el abordaje territorial no abarque todos los sectores, puede resultar un límite a la accesibilidad geográfica para aquellas personas usuarias que residan en otras partes que no sean cercanas al “centro”. Al mismo tiempo, si bien el dispositivo se encuentra en territorio, les profesionales del equipo hicieron referencia continuamente a “salir al territorio”, entonces nos surge la pregunta de: ¿cuál es la necesidad de “salir” al territorio si la institución se encuentra actualmente en el mismo?

De acuerdo con los factores mencionados que dificultan la adherencia a los tratamientos propuestos, podemos observar que los integrantes del equipo coinciden en sus discursos respecto de la limitación en la accesibilidad para las personas que no residen en el barrio, y a su vez con el marco expuesto anteriormente por Rossi et. al. (2007), Comes (2003) y Arias y Sierra (2019). Desde este punto, nos preguntamos: ¿qué recursos y/o estrategias se pueden implementar desde la política pública para ampliar la accesibilidad geográfica tanto para las personas que residen en el barrio (puede ser en el mismo sector u otro) como para las personas que vienen desde fuera?

Significaciones de los profesionales en torno a las prácticas adherentes de las personas usuarias a los tratamientos ambulatorios, en vistas a la accesibilidad cultural

A partir de lo expuesto hasta aquí, abordaremos lo observado dentro del DTC de Villa Tranquila, en cuanto al vínculo que comprendemos que existe entre la accesibilidad cultural y los factores de la adherencia relacionados con las personas usuarias con el consumo de drogas como problemática social y con los tratamientos (Castro Díaz, 2018; OMS, 2004; Rossi et. al., 2007).

En primer lugar, queremos retomar lo que veníamos abordando respecto a lo territorial y su relación con la accesibilidad cultural y geográfica. Respecto a esto, una entrevistada planteó que *“solamente accede la gente del barrio pero ahí tenés otro estigma, yo soy del barrio, me conoce todo el mundo”* (Trabajadora Social 1). En el relato de la entrevistada podemos observar la referencia a la accesibilidad geográfica como una barrera determinante para quienes se encuentran lejos de la institución, y a la vez establece una relación con la accesibilidad cultural de quienes tienen acceso desde lo geográfico, desde la cercanía. En consonancia con lo que dice la profesional, algunos estudios etnográficos previos analizan que se produce una marginalización dentro del mismo barrio sobre las personas usuarias (Epele, 2010), en base al mero hecho de consumir drogas y ser visto como “el adicto”. Es así que se planteó el hecho que el DTC esté en el barrio como hecho que posibilita el acceso de quienes viven en Villa Tranquila. Pero, les entrevistades manifestaron que, una de las razones por las que no van es porque les conocen, porque *“todo el mundo sabe que vienen, porque los ven entrar y salir, porque se cruzan acá adentro”* (Psicóloga 2), pero quienes no viven ahí no asisten al dispositivo porque significa un gran gasto (Trabajadora Social 1).

Por otro lado, se observa la mención en los integrantes del equipo a las situaciones de consumo de personas jóvenes y/o adolescentes: *“siempre está dado en la juventud. Esto también es importante, que siempre es... más allá que los adultos tengan una trayectoria de consumo, el problema es el adolescente o el joven”* (Trabajadora Social 2). Retomamos el estereotipo de joven-adicto-pobre propuesto por Epele (2010), que se funda en la criminalización y penalización del consumo, entendiendo que los jóvenes “están perdidos”, cuando en realidad pueden llegar a reproducir lo que perciben del mundo que les rodea (que los adultos también atravesasen situaciones de consumo problemático de drogas).

Consideramos interesante empezar por esta identificación sobre la perspectiva barrial y de los integrantes del equipo sobre las personas usuarias de drogas, ya que es un aspecto crucial para pensar la disponibilidad de tratamiento existentes. En este sentido, pensamos que, si bien puede que los profesionales busquen correr su perspectiva sobre los estigmas sociales, éste no se anula ya que adviene de una construcción social. Por ello, consideramos que sería pertinente que sea incluida (la construcción social del consumo de drogas) a la planificación de estrategias de intervención, junto con las potencialidades, deseos y necesidades de las personas que asisten al DTC.

En el primer capítulo, abordamos la inclusión en las prácticas adherentes de la necesidad de reconstruir el proceso que una persona (usuaria de sustancias) hace respecto de su problema (Castro Díaz, 2018; OMS, 2004). En cuanto a esto, los autores mencionados plantean que debe identificarse cómo cada persona lleva a cabo un proceso de aceptación de la situación problemática, la decisión respecto del curso de acción para el cambio de esa situación y la efectivización del mismo, para poder abordarlo en las estrategias de intervención. En este sentido, documentamos que en el equipo profesional del DTC hicieron referencia sobre esto en las entrevistas, donde plantearon la importancia de la posibilidad de reconocer su situación de consumo que tiene una persona usuaria. Siguiendo esta línea, una de las psicólogas refirió que las expectativas que forman respecto del tratamiento ambulatorio están relacionadas con *“la percepción del problema que tengan. Si no perciben que tienen un problema, no hay expectativas, y si perciben el problema hay que ver qué percepción tienen y dónde, a qué le ubican la responsabilidad del problema.”* (Psicóloga 2). Otra profesional mencionó en cuanto a las expectativas que traen las personas usuarias sobre el proceso de tratamiento:

dependen de su representación social... Más allá de lo que les pasa, es importante qué es lo que el o la usuaria piensa acerca de eso que le está pasando. Y a su vez, pensar que eso que le está pasando lo está construyendo con la mirada de los otros. Que también varía si es hombre o mujer. Entonces, la expectativa es... un espectador de algo que está pasando, y en realidad es algo que hay que trabajar. (Trabajadora Social 2).

A partir de esto, observamos una concordancia en el equipo respecto a la puesta en valor, que debe haber en el comienzo de las intervenciones, de las expectativas con la que llegan las personas usuarias a la institución. Esto resulta un punto crucial para la accesibilidad cultural ya que, a partir de este aspecto, se comienza a pensar de qué modo se podrá intervenir y desarrollar un tratamiento ambulatorio. De este modo, creemos que esta identificación de expectativas y su inclusión en la planificación de las estrategias de intervención pueden aportar a la accesibilidad ampliada y por tanto, a las prácticas adherentes de las personas usuarias.

A su vez, en cuanto a las demandas de las personas usuarias en la accesibilidad inicial al DTC, lo que identificamos que se pone de relieve en las entrevistas realizadas a los profesionales es la de una *“solución mágica..., la caja de herramientas, solucioname todo ahora.”* (Trabajadora Social 1). Una profesional, planteó que esto se presenta *“sobre todo en los jóvenes, hay una expectativa muy mágica. ‘Cumpló 18 años y me pongo las pilas, si*

me voy a vivir a tal lado se soluciona todo, si consigo un trabajo ya está'. La atribución a determinados eventos que ellos consideran que resuelven todo" (Psicóloga 2). A partir de esto, identificamos que lo que observan les entrevistades es que, tanto las personas usuarias como sus redes vinculares, buscan la inmediatez de la intervención. Observamos en el relato de les entrevistades la idea sobre que desde el colectivo social se suele pensar que esta inmediatez sólo puede ser provista por una internación. En este sentido, una integrante del equipo manifestó que las personas usuarias o sus redes vinculares *"vienen demandando internación, creen que no van a poder sostener, ya que hicieron tratamientos ambulatorios y no pudieron sostenerlos."* (Tallerista 1). Les profesionales coincidieron en que la internación es una medida de abordaje muy solicitada en la accesibilidad inicial, y aludieron a que el motivo de esto es el hecho de que *"hay toda una historicidad con muchos años que consumís y necesitas internación, granja, rehabilitación, abstinencia, los doce pasos. Es difícil sacar el chip de la cabeza."* (Coordinadora). En este sentido, otra profesional refirió que las trayectorias de consumo e institucionalización en distintas instancias provocan que *"quizás llegan con una demanda de algo que dure poco en el tiempo y una resolución específica"* (Psicóloga 1).

Otra razón que identificamos en las entrevistas por la cual las personas usuarias o sus redes vinculares llegan con una primera expectativa de internación, alude a las situaciones de consumo que se encuentran "estalladas". Les profesionales manifestaron que muchas personas usuarias llegan con la idea de internarse bajo el relato de *"estoy lastimando todo"* (Tallerista 2), o algún integrante de su red vincular piensa esta solución siendo que *"vienen ya cansadas, reventadas, re podridas"* (Tallerista 2, haciendo referencia a las madres en particular), o porque *"no lo aguanto más (a la persona usuaria), porque me roba todo para drogarse"* (Trabajadora Social 1). En este sentido, se puede identificar como esta expectativa sobre el proceso de internación, en su calidad de encierro, se postula como la única estrategia factible y hasta una necesidad, porque *"posibilita tomar distancia espacial de las relaciones que se establecen en los barrios"* (Candil, 2015: 46) pudiendo así viabilizar la supervivencia de las personas usuarias como de sus redes.

En cuanto al factor de la adherencia que comprende a las personas usuarias, el cual se enfoca en no restringir una responsabilidad completa sobre les mismos o sobre los equipos de intervención, otro aspecto que observamos en las entrevistas es la referencia en cuanto a las subjetividades de quienes se acercan a la institución. En las mismas, identificamos que se pone de manifiesto desde la perspectiva de les entrevistades, cómo las percepciones que

tanto las personas usuarias tengan de ellas mismas como la percepción de otras personas respecto de ellas tiene gran injerencia respecto de la accesibilidad cultural y simbólica. En cuanto al trabajo desde los espacios terapéuticos, dentro del tratamiento ambulatorio los integrantes del equipo identifican que los modos de sentir y de habitar se ven condicionados por los efectos que produce el consumo intensivo en las personas usuarias. Esto es en la subjetividad y la autopercepción, incluso la autovalía se vería afectada, hasta muchas veces disminuida. Identificamos esto, en el relato de una psicóloga quien refirió que *“cuesta... derribar lo que está instituido como parte de la subjetividad de uno, o sea... el consumo es parte de la idea, de la imagen de mí misma. ¿Puedo yo sin el consumo?”* (Psicóloga 1). A partir de esto, nos parece pertinente retomar el aporte de Epele (2010) quien identifica la perspectiva que hay sobre el consumo como la forma de “escape” u “olvido” de las demás cuestiones de la vida cotidiana, como una estrategia para la supervivencia de las personas usuarias, y la pregunta de cómo será la vida sin la utilización de esa estrategia.

Por otro lado, también identificamos el siguiente relato en torno a las percepciones y el estigma alter-atribuido, al preguntar por los motivos por los cuales abandonan tratamientos, una tallerista respondió que *“depende lo que le sucede a esa persona, quizás llamas y no vienen por vergüenza, ellos sienten vergüenza cuando recaen”* (Tallerista 1). En este punto, nos preguntamos si realmente las personas usuarias sienten vergüenza de volver a consumir o si desde la perspectiva de las personas usuarias sienten que los profesionales de la salud les juzgan por sus actitudes o sus “recaídas”. En un estudio previo, Epele (2010) propone que, muchas personas usuarias despliegan entre sus estrategias la evitación del “ser visto” apenas se consume, porque también por una cuestión de “conciencia” no se puede intervenir (Psicóloga 1). Es así que se tiene la intención que el espacio aloje las subjetividades y los procesos de cada persona, sin juzgarlas, pero puede ocurrir que no se ahonde en torno a qué experiencias tiene y tuvo la persona usuaria respecto de otras instancias del Estado.

En cuanto a lo que respecta al factor del tratamiento considerado como parte de la adherencia, identificamos en las entrevistas la referencia sobre las distintas trayectorias de las personas usuarias y su paso por otras instituciones. Respecto a esto, observamos que en los relatos sobre las trayectorias previas de las personas usuarias con quienes han desplegado estrategias de intervención, solo se mencionan las que hayan sido con una modalidad de internación. Con respecto a las instituciones que despliegan esta modalidad, si bien se observan distintas perspectivas por parte del equipo del DTC sobre las estrategias de

intervención que proponen, nos encontramos en la mayoría de sus relatos que se pronunciaron sobre la misma desde una visión disidente. Esto se puede observar en el relato de la coordinadora, quien mencionó: *“Hay gente que tiene no sé, tres, cuatro internaciones, hay algo que falló ahí y no es que falló la persona, fallan las intervenciones, cómo pensarlas.”* (Coordinadora). A su vez, un tallerista refirió:

“el lugar internativo te hace la vida imposible, entonces es muy difícil. El lugar internativo no es receptivo, es punitivo, o tiene muchas reglas que funcionan pero a vos que recién llegas no te funcionan porque... esperas otra cosa. Cada dispositivo necesita que encuentre a su candidato y cada candidato necesita encontrar su dispositivo.” (Tallerista 2)

Respecto a las diferentes percepciones de profesionales en cuanto a la modalidad de internación, la autora Candil (2015), plantea que en las instituciones en las cuales se proveen tratamientos ambulatorios suelen haber dos tendencias, algunos consideran que la internación siempre es abusiva y evitable, y otros identifican allí que en algunas situaciones donde se requiere de otros cuidados puede ser una opción. Teniendo en cuenta la perspectiva de la accesibilidad de derechos de las personas usuarias (según la cual tienen la oportunidad de elegir el tipo de tratamiento que desean para su situación y circunstancias específicas), es interesante considerar la segunda de estas tendencias, ya que como plantea una de las psicólogas del equipo:

hay muchos que tienen expectativa de abstinencia porque tienen una trayectoria de consumo muy larga, de muchos años, con muchas situaciones muy angustiantes, problemáticas y con consecuencias de mucho daño por esta historicidad del consumo, y la expectativa es dejar de consumir porque cualquier situación eventual de consumo puede desarmar un montón de otras cuestiones. Y hay otras personas que tienen la expectativa de regulación: ‘quiero consumir menos’, ‘quiero dejar de consumir esto pero quiero seguir consumiendo lo otro’ (Psicóloga 2).

En relación con este fragmento de entrevista, una Trabajadora Social, haciendo referencia al umbral de requerimientos que tienen las instituciones para sus tratamientos, aportó que *“no todas las personas pueden ir a todos los lugares”* (Trabajadora Social 1). Desde este punto de vista, nos parece crucial observar su relato desde la mirada de la Ley N° 26.657 de Salud Mental, pensando como estrategia para la promoción de una accesibilidad ampliada el hecho de que no todos los tratamientos sirven para todas las personas usuarias, especialmente considerando las circunstancias que llevaron a esa persona allí, las

situaciones de consumo que tienen, sus necesidades y deseos. En este sentido, creemos que resulta valioso que dentro de las instituciones se de el tiempo para poder identificar cuál es la mirada que tienen los profesionales sobre las distintas modalidades de tratamiento existentes para el abordaje de la problemática con la cual trabajan. Este aspecto podría ayudar a pensar en el desarrollo de estrategias que permitan a las personas usuarias tener una información completa sobre cómo son las modalidades de tratamiento existentes para poder tomar una decisión informada.

En este sentido, al considerar las expectativas y las distintas experiencias previas con las que llegan las personas usuarias o sus redes vinculares, creemos importante para la promoción de una accesibilidad de derechos, la necesidad de que se puedan dar a conocer como son los procedimientos y las propuestas de cada una de las modalidades de tratamiento existentes. Al igual que nos resulta fundamental que esto sea planteado en las estrategias de intervención desde la accesibilidad inicial, para que las personas sean partícipes de las decisiones en el tratamiento a seguir desde un inicio.

En esta línea, pensando en la accesibilidad de derecho, un aspecto a destacar que identificamos en los relatos de los profesionales que se tiene en cuenta como una estrategia para promover las prácticas adherentes por parte del equipo es respecto a la construcción de la demanda con la persona usuaria que llega. Sobre esto, al pensar en la accesibilidad inicial de las personas usuarias a la institución, los profesionales refirieron: *“es necesario que tengan información acerca de por qué se encuentran en el DTC”* (Psicóloga 1), *“brindarles espacios de confianza y escucha,... comentarles sobre el secreto profesional”* (Coordinadora) y promover un lugar en el que *“no se sienta juzgado, porque por más que venga acá, si vuelve a consumir, bueno, volanteá, volvemos a la ruta y no pasa nada. Lo importante es que se pueda problematizar esa situación”* (Trabajadora Social 2), para poder darle continuidad al proceso. Sin embargo, se plantea también la apertura del espacio, donde *“más allá que quiera dejar de venir, que sepa que la puerta está abierta para cuando él o ella decida volver”* (Trabajadora Social 2). En este sentido, desde la perspectiva de los profesionales se reconoce que en el establecimiento del primer contacto con las personas usuarias hay una necesidad de construir una demanda para el posterior seguimiento. Respecto a esto, consideramos la importancia en cuanto a la accesibilidad inicial de las personas usuarias para la promoción de una accesibilidad ampliada.

También otro aspecto que identificamos que destacan desde el equipo como una de las razones mayoritarias por las cuales se interrumpe temporal o definitivamente el tratamiento

refiere a la motivación para sostenerlo (o la falta de la misma, en este caso). Para el análisis de esta creencia de los profesionales del equipo del DTC retomamos los conceptos asociados a las prácticas adherentes en cuanto a la “responsabilidad” y el “compromiso” de la persona usuaria sobre el seguimiento de las recomendaciones del equipo o dupla que trabaja con ella, *“con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico”* (Knobel et. al., 2000, en Lopez Jaramillo, 2014:50). Comprendemos que estos conceptos ayudan a explicitar el sentido que, según nuestra visión, le otorgan algunos profesionales que trabajan en el DTC a la motivación. Respecto al concepto de motivación una entrevistada refiere *“que un tratamiento se sostenga o no, no depende de mí, depende de la motivación”*, porque la misma *“va a hacer que genere compromiso y responsabilidad con el espacio, que tenga buena predisposición para entablar el vínculo con el profesional que recepciona y aborda su situación.”* (Psicóloga 2). En este sentido, se posiciona a la motivación para continuar con el tratamiento y los espacios que se proveen, relacionándola con la voluntad que presentan (o no) las personas usuarias al momento de su llegada y la demanda que traen. En palabras de una de las psicólogas que se refirió a este aspecto: *“hay dos grandes bandos: los que llegan y los que son traídos.”* (Psicóloga 2). *“Los que llegan”* serían las personas que se acercan a realizar una demanda por su cuenta; mientras *“los que son traídos”*, hace referencia a que son *“personas que vienen por presión familiar, laboral, por presión de otro efector de salud, por ejemplo el servicio local que tomó una medida de abrigo con sus hijos y los mandó a hacer tratamiento”* (Psicóloga 2), son situaciones donde *“la demanda no es de la persona, la demanda es involuntaria”* (Psicóloga 1). Un integrante del equipo refirió en cuanto a *“los que son traídos”* la necesidad de trabajar con la *“apropiación de la demanda, porque esa persona está llegando por una demanda externa y no es de esa persona”* (Psicóloga 1). Lo interesante de retomar el concepto de motivación y particularmente el relato de esta profesional es que expone la corresponsabilidad en cuanto a las prácticas adherentes.

Por otro lado, otra cuestión que se pone de manifiesto en las entrevistas con respecto al factor del tratamiento de las prácticas adherentes es su descripción por parte de los profesionales del equipo del DTC, como procesos muy diversos que no se desarrollan de manera lineal: *“los procesos generalmente son muy largos, en la dimensión del tiempo y en la dimensión de laburo. Hablamos de situaciones de consumo muy estalladas con situaciones de vida de mucho padecimiento y mucho sufrimiento”* (Psicóloga 2). Al mismo tiempo, de acuerdo a la duración del proceso, una trabajadora social refirió que *“la salud*

mental no tiene solución de un día para otro... el abordaje de la salud mental es prolongado pero no sabes cuando te 'recuperas'." (Trabajadora Social 1). Y, en cuanto a las dificultades, otra trabajadora social refirió que *"a veces se dificulta el camino, porque también (la persona usuaria) tiene que tener algunas cuestiones saldadas"* (Trabajadora Social 2). En este sentido, creemos que en algunas situaciones la prolongación en el tiempo y la incertidumbre en los tratamientos puede dificultar las prácticas adherentes y el sostenimiento de los espacios. Es así que para la promoción de la accesibilidad cultural comprender esto y lo que se viene abordando resulta crucial para poder identificar la multiplicidad de modalidades de atención sobre la problemática y la búsqueda con la persona en que es lo mejor para su situación en particular.

En cuanto al factor de la adherencia que está relacionado a aspectos vinculados con la situación problemática de la persona usuaria (o en el caso de los autores que escriben desde el campo biomédico a la enfermedad) (Castro Díaz, 2018; OMS, 2004), identificamos la existencia de una creencia por parte de los profesionales respecto a que la persona debe tener cierta "maduración" o llegar a cierto punto de riesgo, o situación límites en el proceso para sostener un tratamiento ambulatorio. Por ejemplo, la coordinadora planteó que *"la adherencia al tratamiento depende de cada situación, de cada contexto y de cada momento del usuaria"*, al mismo tiempo que uno de los talleristas manifestó que un tratamiento se sostiene de acuerdo a *"la maduración del que viene o la que viene a pedir ayuda y la cantidad de esfuerzo que le pusimos nosotros"* (Tallerista 2). En esta última entrevista, se hace alusión a que *"algunos creen que porque vienen van a resolver problemas pero no hacen nada, vienen nomás. Algunos o algunas todavía les falta llegar, hace años que vienen pero les falta, tienen que sufrir más."* (Tallerista 2) Ante esta afirmación, nos preguntamos: ¿es necesario que las personas usuarias lleguen al punto donde transitan una situación de riesgo o de urgencia, de "sufrir más"? Es en este sentido que retomamos el concepto de "rescatarse", propuesto por Epele (2010) como una salida de la situación de consumo que puede ser anterior a "llegar" a la situación límite, donde es irreversible e impensable otra solución que no sea el control del consumo (o, incluso, la abstinencia).

Para finalizar este apartado, queremos retomar las expectativas que tienen los integrantes del equipo para la construcción de la institución. Este aspecto nos parece importante para pensar en sus estrategias en cuanto a la promoción de accesibilidad cultural y adherencia. En primer lugar, una de las Trabajadoras Sociales hizo referencia respecto a

las luchas por la inclusión y el cambio de la perspectiva desde la aplicación de Ley de Salud Mental N° 26.657 y del paradigma de reducción de riesgos y daños:

nosotros pensamos la ley nueva, tiene 12 años; es nueva pero 12 años de lucha no es nada para cambiar una perspectiva o modelo, un paradigma. Pero si es verdad que es esto, nosotros tenemos que luchar con muchas cuestiones. Primero, con los mismos profesionales que todavía estamos en debate, y después con instituciones. Nosotros que estamos adentro de la temática nos palpamos de información pero algún día x estás y te llama la escuela para decirte ‘vení a buscar al pibe que se fumó un porro en el barrio’ y yo pienso ‘señora por qué no se pone a pensar por qué el pibe se fumó un porro en la escuela y no si fuma o no’. Pensar un poco esa problemática, desde este lado... la idea es las redes, cuando venga a terapia, que vaya a la escuela y demás. Armar una red, que no sea internación, sino comunitario. Yo lo puedo internar un año pero después vuelve al barrio, por lo tanto tengo que armar una red en el barrio, es necesario. (Trabajadora Social 1)

En este relato, podemos observar la importancia que se le da en abordar el trabajo comunitario, el trabajo en redes como una fuente para generar accesibilidad cultural y prácticas adherentes a un tratamiento. Se resalta la idea de pensar en conjunto a instituciones a las que las personas han asistido previamente y seguir manteniendo contacto con la persona en las situaciones donde se planteen derivaciones, en caso de si en algún momento vuelve al territorio en el que se encontraba en el momento de la intervención desde la institución. Se entiende que el contexto territorial que rodea a las personas es importante. A partir de esto, nos preguntamos qué estrategias se podrían tomar para poder dedicarle tiempo a este tipo de seguimientos y contactos con otras instituciones, teniendo en cuenta las condiciones precarizadas y los tiempos limitados con los que cuentan los profesionales.

Por otro lado, la coordinadora manifestó sobre sus expectativas del dispositivo lo siguiente:

Me gustaría a mí que se transforme el dispositivo, primero, en una política pública integral e inclusiva para todos y que se entienda que acá y en cualquiera de los dispositivos que haya en los territorios hay un espacio de contención y de escucha donde cada uno pueda sentirse alojado desde su diversidad. Para mí nos falta un montón, los consumos están atravesados como si fuese nada más una problemática más masculina y de género. La mujer en el rol de acompañante, sabemos que no es así. Nos cuesta muchísimo, con las mujeres lo laburamos mucho. Tenemos mucha población

femenina, pero no tenemos población LGTBIQ+... y hay en Tranquila y están atravesadas por situación de consumo, situaciones por ahí más de diversidades culturales que nos exceden. Uno entiende que hay costumbres que son culturales y que uno no puede romper con ciertas lógicas pero hay que llegar. Me parece que el dispositivo tiene que ser inclusivo.
(Coordinadora)

Por otra parte, una de las trabajadoras sociales describió el equipo de atención como *“un equipo que aloja”*, donde la expectativa es que las personas decidan volver si se van (Trabajadora Social 2). A su vez, uno de los Talleristas refirió *“Con el tiempo aprendí que lo que a mí me parece no es lo que al otro le parece. Pero si vive mejor que cuando llegó, si tiene una vida más vivible, ese es el triunfazo, que el que pide ayuda tenga una vida más vivible que en otro momento”* (Tallerista 1).

A partir de lo analizado hasta aquí, entendemos que los distintos actores del proceso de intervención (equipo profesional, personas usuarias y redes vinculares) tienen responsabilidades conjuntas en la construcción de prácticas adherentes, y en este proceso se ponen en juego las expectativas de cada uno, junto con las decisiones y acciones que se toman para promover el sostenimiento del tratamiento. Retomamos el testimonio de una de las trabajadoras sociales, quien planteó que uno de sus objetivos como profesional es

la restitución de derechos. Cuando una persona accede a la documentación, a la escuela después de tanto tiempo, a la inserción laboral, no hay nada más lindo que esas personas se sientan parte de la comunidad. Ese es el objetivo principal. El objetivo es que esa persona que acompañé pueda tener menos vulneraciones de derechos, eso es fundamental, el objetivo principal. Hay veces que no trabajamos con la restitución de derechos sino con la emancipación, con la autonomía... (Trabajadora Social 1)

Para cerrar, consideramos que el rol profesional es fundamental a la hora de plantear estrategias que promuevan la autonomía de las personas usuarias y sus redes vinculares. En ese sentido, es importante poner las expectativas de todos los actores al servicio de una intervención que logre la restitución de derechos y mejora en las condiciones de vida. Entendemos que estas expectativas pueden ser potenciadas a partir de su inclusión en la planificación de estrategias de intervención, es importante que los profesionales identifiquen ese poder para la promoción de una accesibilidad de derecho y prácticas adherentes.

CONSIDERACIONES FINALES

En este apartado, intentamos esbozar respuestas, conclusiones e interrogantes que nos surgieron a partir del proceso de investigación.

Para abordar lo expresado a lo largo de este trabajo, nos posicionamos dentro de un Dispositivo Territorial Comunitario, un espacio que se encuentra dirigido al abordaje del consumo problemático de drogas mediante la propuesta de tratamiento ambulatorio. A través de esta investigación, nos propusimos conceder reconocimiento a las personas que se encuentran dentro de la trama de cristalización de las políticas públicas, dirigidas al consumo problemático de drogas. Para esto, con base en las observaciones y entrevistas que realizamos, retomamos los relatos, percepciones, historias y trayectorias de parte del equipo de profesionales de este dispositivo; para poder identificar desde su perspectiva cuál es la visión que tienen sobre sus estrategias de intervención, la construcción de accesibilidad y de adherencia.

Al tener en cuenta lo anterior, en este trabajo de investigación nos propusimos partir de la temática inicial del consumo de drogas como una problemática social. Abordamos que no siempre se ha tratado de esa forma y cómo a lo largo de la historia se fueron generando diversas perspectivas y normativas que consideraban a las personas que tenían situaciones de consumo problemático como “enfermos”, “criminales/delincuentes”, o incluso seres desocializados, aislados del mundo exterior. Sin embargo, con el correr del tiempo, diversos estudios, organizaciones y corrientes teóricas han profundizado el análisis respecto de las drogas psicoactivas en pos de reformular la conceptualización que se tenía respecto de las mismas.

De este modo, observamos que desde la SEDRONAR, actualmente, se plantea un abordaje integral de los consumos problemáticos, que entiende al mismo como una situación multidimensional e intrínsecamente social. En este sentido, entendemos que el DTC, al ser una política que depende de esta Secretaría, como institución comparte esa visión y se despliegan las estrategias de intervención en función a la integralidad. Pudimos analizar, a partir de las entrevistas realizadas y el material relevado, que les profesionales consideran la multiplicidad de dimensiones que responden a la problemática, intentando abordarlas en conjunto con la persona usuaria y sus redes vinculares.

Retomamos la importancia de hablar de personas usuarias de drogas, puesto que estamos poniendo énfasis en su cualidad de seres humanos, antes que como personas que

están en situación de consumo. Esto aporta a verlas desde una perspectiva de derechos, y poder abordar esta situación desde una mirada de transformación.

Desde el dispositivo, se intenta generar un entramado interinstitucional y relacional para poder desplegar las estrategias de intervención territoriales y comunitarias. En el mismo notamos el lugar que se le otorga a la promoción de distintos derechos de las personas usuarias, la relación con la comunidad y participación en instancias colectivas, junto con la utilización de los recursos disponibles para la construcción de estrategias individuales.

En este trabajo, nos enfocamos en la relación entre las categorías de accesibilidad y adherencia a los tratamientos ambulatorios desde una perspectiva de corresponsabilidad, considerando las desigualdades de poder existentes entre los actores. Si bien sabemos que la misma había sido abordada anteriormente en otros estudios, exploramos esta vinculación desde las dimensiones que caracterizan a la accesibilidad y los factores que promueven (o no) las prácticas adherentes al tratamiento. Los alcances de este estudio nos permitieron abordarla a partir de los objetivos propuestos.

En lo que respecta a la materialización organizacional y los componentes institucionales del DTC, se pudieron visualizar cuestiones relacionadas con el equipo que compone el dispositivo junto con su modalidad de trabajo y los recursos con los que cuentan a la hora de intervenir. Aquí tenemos en cuenta las herramientas documentativas tanto del comienzo como del seguimiento, los recursos materiales como las computadoras o las salas de trabajo, como el edificio en sí. A primera vista y profundizándolo con los profesionales, dichos recursos fueron mencionados como escasos, por lo que las intervenciones se desarrollan desde el lado del esfuerzo profesional y la gestión de los recursos existentes. En este sentido, las intervenciones desde el equipo interdisciplinario y duplas se plantean como fundamentales, dado que permiten tanto el abordaje integral de las situaciones de consumo como el aprovechamiento de los recursos que sí se disponen (saberes y experiencias profesionales) para intervenir. Sin embargo, se relevó una contradicción entre los discursos emitidos en cuanto a la apertura de los espacios y el cierre existente (de forma material) de los mismos, limitando la accesibilidad organizacional. Otra controversia se da por la necesidad de flexibilizar los acompañamientos, mientras que existe una dificultad en el acompañamiento constante, debido a la necesidad de poner límites entre el tiempo laboral y personal de los profesionales. En este sentido, se observó que la precarización laboral de quienes allí trabajan genera barreras en relación a la disponibilidad del equipo.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas abordamos, desde los relatos, la posibilidad de trabajar con la totalidad de redes vinculares de las personas usuarias para fomentar el acompañamiento a las situaciones de consumo problemático, junto con las dificultades y resistencias que ese proceso conlleva. Si bien las redes vinculares no siempre son familiares, las mismas pueden favorecer (en el caso del rescate) o perjudicar (en las resistencias y las faltas de involucramiento de las redes) la adherencia a los tratamientos propuestos de las personas usuarias. También surgió un aspecto interesante en la imagen de las mujeres como quienes “rescatan” a las personas usuarias. En cuanto a lo económico, se pone de manifiesto que muchas de ellas se encuentran como beneficiarias de alguna política de transferencia condicionada de ingresos, que colabora con la tarea de solventar los gastos cotidianos, mientras que varias personas se encuentran empleadas de manera informal. Este último factor provoca que algunos trabajadores se encuentren trabajando al mismo tiempo que se encuentra abierto el DTC, por lo que dificulta la continuidad de los tratamientos. Las barreras desde el lado de las políticas se presentan por el lado de los requisitos para acceder (al igual que los umbrales requeridos en instituciones de aislamiento, por ejemplo).

En relación a la accesibilidad geográfica y los factores económicos que fueron analizados, consideramos que, si bien el dispositivo se encuentra localizado en el centro de un barrio popular, el mismo está aislado del entramado urbano y con pocas vías de acceso. Esta situación implica una diferenciación entre las personas usuarias que residen dentro del barrio y las que viven fuera de sus límites. Dichos límites hacen que las prácticas adherentes difícilmente se sostengan para las personas que no viven dentro del barrio. Desde otro punto de vista, las personas usuarias que sí residen allí son reconocidas y juzgadas a nivel barrial por la situación de consumo. Es así que se ponen en juego tanto barreras geográficas como simbólicas a la accesibilidad a los tratamientos ambulatorios.

En lo que respecta a la accesibilidad cultural y simbólica, abordamos la necesidad de la inclusión de la construcción social del consumo de drogas y los estigmas existentes sobre la problemática. A partir de esto, recopilamos los relatos del equipo de acuerdo a sus propias percepciones y significados otorgados a cómo las personas usuarias deben construir su propia demanda una vez que se acercan a la institución, lo cual en varias situaciones implica romper con estructuras y subjetividades propias de la persona. En este punto se vio la consideración respecto a que la responsabilidad y el compromiso para la promoción del sostenimiento de los tratamientos sea en conjunto, a partir de decisiones informadas. Este

aspecto es considerado para la promoción de una accesibilidad de derechos, en la búsqueda para que las personas usuarias puedan involucrarse.

Al mismo tiempo, en cuanto a las expectativas de los profesionales sobre la construcción de la institución como espacio de abordaje de los consumos problemáticos, se pudo identificar su poder de construcción de una accesibilidad de derecho y prácticas adherentes a partir de la inclusión de estas expectativas en las estrategias de intervención.

En base a la pregunta-problema que nos planteamos para la realización de esta investigación, si bien creemos que las estrategias de intervención que se proponen los profesionales promueven de algún modo la construcción de la accesibilidad, hay factores que se encuentran más allá de su capacidad. Esta conclusión surge al observar que, los factores de adherencia sobre los cuales el equipo tiene mayor consideración y sobre los cuales pueden generar respuestas, a partir de estrategias de intervención, son los factores relacionados con la accesibilidad cultural. Al analizar los mismos, nos dimos cuenta que es la única dimensión a la que pueden dar respuesta sin recursos económicos, ni materiales, siendo que la escucha se transforma en el mayor recurso para abordarlas. En cambio, para poder plantear estrategias de intervención que promuevan la accesibilidad geográfica, económica y organizacional necesitan un acompañamiento preciso de las políticas públicas, siendo que la intervención sobre estos factores depende de los recursos que se encuentren a disponibilidad.

Por último, a partir de lo desarrollado, nos hacemos la siguiente pregunta: ¿con qué nos encontraríamos si incorporamos la palabra de las personas usuarias de drogas que asisten al DTC? Creemos que sería enriquecedor a modo de poder dar cuenta del carácter relacional de las categorías que guiaron nuestra investigación. A su vez, respecto a lo expuesto en las entrevistas, en relación a la expectativa inicial de las personas usuarias y sus redes sobre la internación, sería significativo indagar en una investigación futura acerca de nuestra pregunta-problema en un dispositivo que tenga como propuesta de abordaje de los consumos problemáticos de drogas esta modalidad.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes bibliográficas

- Arias A. & Sierra N. *La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones*. En: Revista Margen n° 92, Marzo 2019: pp. 1-9.
- Arístegui, I., Vazquez, M., Dorigo, A. & Lucas, M. *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas*. Buenos Aires, Fundación Huésped con colaboración de la Red de personas viviendo con VIH de Mar del Plata, 2012.
- Bonillo, C.; Cagide, M.; Gagni, M.; Gómez Di Vincenzo, J. A & Pampin, A. *Capítulo 2: Estrategias de prevención y promoción de la salud*. En: Abordaje integral de los consumos problemáticos. SEDRONAR, Buenos Aires, Argentina, s/f.
- Calienni, M.; Martín, A. M.; Moleda, M. *Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina*. En: Revista Plaza Pública, Facultad de Ciencias Humanas – Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Tandil, N° 2, Septiembre de 2009, pp. 37-47.
- Camarotti, A. C. & Kornblit, A. L. *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. En Revista: SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, v. 11, n° 2, abril - junio 2015: pp. 211-221.
- Camarotti, A. C.; Capriati, A. J.; Di Leo, P. F; Kornblit, A. L & Wald, G. D. *Abordaje comunitario de los consumos de drogas: Una propuesta para sistematizar experiencias*. Teseo, Argentina, 2016.
- Campos Vidal, J. F. *Redes y el Trabajo Social..* En: Taula quaderno de pensament. (UIB) n° 25-26, 1996.
- Candil, A. L. *¿Gobernar la comunidad? Reflexiones sobre la letra escrita de una política social que aborda el consumo de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. En: Revista Regional de Trabajo Social, V. 25, n° 52. Montevideo: EPPAL, 2011: pp. 30-37.
- Candil, A. L. *Inter-versiones: un estudio sobre los tratamientos ambulatorios orientados a los consumos problemáticos de drogas en el sistema público de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2015.

- Candil, A. L. *Variaciones en las modalidades de consumo intensivo de drogas en Buenos Aires: un acercamiento desde las perspectivas de los involucrados en los tratamientos de salud*. En: Trabajo Social Hoy, n° 82, 3° cuatr. 2017: pp. 67-88.
- Candil, A. L. *Revisar Andares. Tratamientos ambulatorios sobre los consumos problemáticos de drogas*. Espacio Editorial, Argentina, 2019.
- Castro Díaz, L. A. *Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de adherencia al tratamiento*. Observatorio del comportamiento de automedicación. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. Documento de investigación n° 25, Bogotá, 2018.
- Carballeda, A.J. *La intervención en lo social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2002.
- Carballeda, A. J. M. *La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo Social*. En: Revista Margen N° 68 – abril 2013. Pp. 1-5
- Carballeda, A. J. M.; Diloretto, M. G.; Lozano, J. I. & Sala, J. B. *Reflexiones en torno a la accesibilidad a los servicios sociales, en los territorios de relegación. Tensiones entre el diseño y la implementación de las políticas sociales*. En: Revista Andina de Estudios Políticos, v. IV, n° 1, 2014: pp. 30-47
- Cavalleri, M. S. *Capítulo 2: Repensando el concepto de problema sociales. La noción de situaciones problemáticas*. En: Compartiendo notas. El trabajo social en la contemporaneidad. Coordinado por Castronovo, R. & Cavalleri, S. Ediciones UNLa, Buenos Aires, Argentina, 2008.
- Cazzaniga, S. *El abordaje desde la singularidad - Introducción: precisiones conceptuales*. En ficha de cátedra en Cuadernillo temático N°22, Desde el fondo. Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina, 1997.
- Clemente, M. A. *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano*. En: Interdisciplinaria, Centro Interamericano de investigaciones psicológicas y ciencias afines, Buenos Aires, v. 20, n° 1, 2003.
- Colicigno, A. Prólogo En: Territorios urbanos y pobreza persistente, Clemente, A. (Coordinadora). Buenos Aires, Espacio Editorial, 2014.
- Corbelle, F. *La construcción social del problema de la droga en Argentina, 1919-2018*. En: Revista Ingesta, São Paulo, v1, n° 1, marzo 2019: pp. 14-40
- Corbelle, F. *Políticas públicas y abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: las experiencias del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo, Provincia de*

Buenos Aires. En: Alternativas de cuidado a usuáries de drogas na América Latina: desafíos e posibilidades de acción pública. IPEA - CEPAL, Brasília, 2021.

Corda, R. A; Galante, A. & Rossi, D. *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. 1a ed. Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2014.

Comes, Y.; Czerniecki, S.; Garbus, P.; Mauro, M.; Solitario, R.; Sotelo, R.; Stolniker, A. & Vázquez, A. *El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios*. En: Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Argentina, vol. XIV, 2007: pp. 201-209.

Cristeche, M. *La estatización de la vida social en Argentina Regulación directa, contención social y acción política*. XII Congreso de la Asociación Española de Ciencia Política y de la Administración. Universidad de País Vazco, UNLP, CONICET, Argentina, julio 2015.

Del Mónaco, R. *Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña*. En: SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, v. 9, n° 1, Enero - Abril, 2013: pp. 65-78.

Delfini, M. *Determinantes de la precarización laboral en Argentina entre 2003-2013: entre los cambios y las continuidades*. En: investigación & desarrollo, vol. 24, n° 1. 2016: pp. 53-75. issn 2011-7574 (on line)

Epele, M. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires, Paidós, 2010.

Etkin J. & Schvarstein L. *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*. Editorial Paidós, Vicente López 318, Quilmes, agosto 2000. ISBN 950-12-4624-8.

Garbus, P. *Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental*. En: Anuario de investigaciones Vol. XVII, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. 2010: pp. 309-316.

González, N. E. & Angueira, L. *Tuberculosis en niños y adolescentes: estrategias para la intervención de los trabajadores sociales*. En Revista: Arch Argent Pediatr, 115(6), 2017: pp. 391-396.

Ladavaz, M; Meligeni, S. & Zucchelli, J. *La conquista de lo comunitario en un centro de salud*. En: XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional

en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires- Facultad de Psicología, Argentina, 2021.

Latin American Housing Network. Presentación de los casos de estudio. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.lahn.utexas.org/cities/buenos-aires/> Consultado el 31/10/2022.

Lopez Jaramillo, A. M. Los pacientes con VIH/SIDA en Tijuana y la accesibilidad a los servicios de salud como factor determinante de la adherencia terapéutica Tijuana, B. C. México, 2014.

Lozano, J. I.; Sala, J. M. *Los problemas de la accesibilidad en los territorios de relegación*; GT12: Territorios de relegación urbana, organizaciones sociales y políticas públicas. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, 2014.

Menéndez, E. L. *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. En: Salud Colectiva, La Plata, n° 1, Año 1, Enero-Abril 2005: pp. 9-32.

Montañez Gomez, G. *Introducción: Razón y pasión del espacio y el territorio*. En: Espacio y territorios: Razón, pasión e imaginarios. Universidad Nacional de Colombia, Vicerrectoría General - Red, espacio y territorio. Editorial Unibiblos, Bogotá, 2001.

Observatorio Argentino de Drogas (OAD) *Modelo de abordaje Integral Territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*. SEDRONAR, Buenos Aires, Argentina, 2019.

Organización Mundial de la Salud (OMS) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, D.C., 2004.

Poliansky, N.; Gemini, D. & Gorlero C. *Determinantes de adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas*. Fundación Convivir, 2018.

Roitman, S. *Barrios cerrados y segregación social urbana*. En: Scripta Nova revista Electrónica De Geografía Y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, v. VII, n° 146, 2003.

Rossi, D.; Pawlowicz, M. P.; Zunino Singh, D. *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: La*

- perspectiva de los trabajadores de la salud*. Serie Documentos de Trabajo: Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, 1a edición, 2007.
- Rozas Pagaza, M.; Gabrinetti, M. & Danel, P. *Programas de transferencia condicionada de ingresos asociados a experiencias de cuidados*. Centro de estudios de Trabajo Social y Sociedad, Facultad de Trabajo Social UNL, 2016.
- Sánchez Torres, D. A. *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. En: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, v. 55, n° 1, 2017: pp. 81-93.
- Sirvent, M. T. *Los diferentes modos de operar en investigación social*. Investigación y Estadística I. CEFyL. Universidad de Buenos Aires, Argentina, 1999.
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. *Consumo de drogas: la construcción de un problema social*. Universidad de Buenos Aires, Argentina, Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 239-249.
- Soler, W.; Gómez Muñoz, M. E.; Bragular, E. & Álvarez, A. *El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias*. En: An. Sist. Sanit. Navar, v. 33, n° 1, 2010: pp. 55-68.
- Spataro, M. G. *La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social*. En: Revista Margen, n° 51, primavera 2008.
- Stolniker, A. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I. Jornadas Provinciales de Psicología, salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. 7 y 8 de octubre 2005.
- Taylor, S. J & Bogdan, R. *Capítulo 6: El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa*. En Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós Ibérica, S. A, Argentina, 1987.
- Touzé, G. D. *Prevención del consumo problemático de drogas*. 1° ed. Troquel, Buenos Aires, Argentina, 2010.
- Verga, J. L., Bado M. S., Forzinetti, M. E. *Identidad y sentido de pertenencia barrial respecto a los límites administrativos vigentes. Caso Villa Luro*. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales n° 48. Universidad Nacional de Jujuy, diciembre 2015.

Informes consultados:

Informe Final. Promeba II. Evaluación Final del Programa de Mejoramiento de Barrios. Programa de Mejoramiento de Barrios, Subsecretaría de Desarrollo Urbano y

Vivienda, Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.
Servicios de Consultoría – Solicitud de Propuestas No. 1/2011
Observatorio Argentino de Drogas (OAD). *Censo nacional de centros de tratamientos 2018*.
SEDRONAR, Buenos Aires, Argentina, 2018.
Registro Nacional de Barrios Populares. (ReNaBaP) Julio 2022 - Barrios populares en datos.
Recuperado el 2/02/2023 de:
<https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/informesyestadisticas>

Fuentes normativas:

Código Penal [CP] Ley 23.737 de 1989. 11 de Octubre de 1989
Decreto 332 (2021) Personal de la salud: Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios
Ley N° 26.657 (2010) Ley Nacional de Salud Mental. 3 de diciembre de 2010.
Ley 26.934 (2014) “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP)”. 29 de Mayo de 2014.
Resolución 324, 2020, Anexo I
Resolución 172, 2014, Anexo I
Resolución 193, 2022, Anexo I

ANEXOS

Cuadro 1. Equipo técnico del Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) ubicado en Villa Tranquila. Enviado por la coordinadora de la institución.

Coordinadora	Universitario incompleto	Municipal Planta Permanente
Tallerista Teatro	Universitario incompleto	Fondo Estímulo A
Acompañante Terapéutico / Tallerista Yoga	Terciario Completo	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico Trabajadora social/Tallerista Acrobacia en Tela	Universitario Incompleto	Fondo Estímulo A
Tallerista Artes Visuales	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico Trabajadora Social – Referente centro de prácticas UBA	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Tallerista Teatro / Operador	Secundario Completo	Fondo Estímulo A
Auxiliar de salud / recepción	Universitario incompleto	Fondo Estímulo A
Administrativa	Secundario completo	Fondo Estímulo A

Tallerista Huerta / Operador socio terapéutico	Secundario completo	Fondo Estímulo A
Tallerista Estudio Grabación y Radio	Terciario Completo	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico/Psicóloga	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico/Psicóloga	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico/Enfermera	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Espacios grupales, dupla terapéutica – Trabajo Social	Universitario incompleto	Fondo Estímulo A
Espacios grupales, dupla terapéutica – Trabajo Social	Universitario incompleto	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico/Psicóloga	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Equipo Técnico/Psicóloga	Universitario Completo	Fondo Estímulo A
Tallerista de Beats y producción musical	Tecnicatura universitaria	Fondo Estímulo A
Tallerista Break Dance	Secundario Completo	Fondo Estímulo A

Desgrabación entrevista N° 4

Datos de la entrevista:

Fecha: 08/09/2022

Lugar: Dispositivo Territorial Comunitario

Datos de entrevistade:

Profesión: Coordinadora-Psicóloga

Antigüedad en la institución: desde 2014

Entrevistadora (E)

Entrevistada (P)

E: (Primero se presenta y comenta los resguardos éticos de la investigación). Organizamos una entrevista semi-estructurada en cuatro partes que te voy a ir mencionando a lo largo de la entrevista. La primera parte la enfocamos en Características de Villa Tranquila y la población. Primero preguntarte ¿Cómo es el barrio de Villa Tranquila? Contame un poco de tu percepción del barrio.

P: ¿Desde qué lugar lo estás preguntando? ¿Edificio?

E: Desde lo que vos ves en el día a día, del barrio como barrio, como comunidad, como territorio.

P: Es un barrio bastante complejo. A pesar de estar muy cerca de la Capital Federal, es un barrio con muchas necesidades y con muchas vulneraciones. Y a pesar de que tenga mucha intervención del Estado es la villa más grande de... Tiene 12 sectores y algunos sectores tienen sector A, sector B y sector bis. Esa es un poco la complejidad y tiene muchas comunidades de distintas culturas también. Entonces cada sector tiene una impronta distinta. Como, por ejemplo, en la entrada tenés construcciones más hacia arriba porque es una comunidad más paraguaya, comunidades como más del norte en algunos otros sectores. Es un barrio con todas sus características como cualquier otro barrio y con sus dificultades. En líneas generales, yo hace muchos años que laburo en Villa Tranquila, entonces, le tengo un cariño.

E: ¿Y qué representaciones observas, al revés, que tienen las personas que viven en el barrio sobre el dispositivo?

P: Cuando nosotros arrancamos, arrancamos sin el edificio. El edificio ya estaba igual porque es el predio de Lever, que era una fábrica que en el año 2000 le cedió al municipio. Nosotros arrancamos en 2014, está todo lo que era el proceso de mejora edilicia, de puesta en valor del edificio y había como dos rumores. Uno que iba a ser una cárcel y otro que iba a ser un hospital para enfermos, drogadictos y demás. Esas eran las dos representaciones que se corrían en el barrio. La realidad es que las rejas, el gris y todo como que tampoco ayudaba mucho a eso. Nosotros le dimos mucho a discusión ese año previo a la inauguración del edificio, a poder laburar con las representaciones y las construcciones sociales. Yo creo que hoy nosotros, después de un montón de laburo, particularmente un año muy bisagra fue el 2017 para nosotros, es que somos un dispositivo de atención primaria, somos una referencia comunitaria. La gente no solo se acerca por situaciones de consumo, sino que saben que hay un equipo que ayuda, que acompaña y siempre está como la referencia de: 'Che, mirá, no sé, acercate allá que te van a saber decir cómo'. Es un poco la lógica que nosotros buscábamos. Si bien, nuestra especificidad es la atención en consumos problemáticos, el objetivo del edificio, del dispositivo tiene que ser más territorial, más comunitario y me parece que hay una representación bastante clara de eso por las situaciones, por las demandas que nos llegan. Hay sectores que no llegamos, que tendrá que ver un poco con el desconocimiento por la circulación del sector, que tendrá que ver con el desconocimiento de qué bien es lo que hacemos y otro poco por no llegar nosotros hacia ese sector.

E: ¿Me podés contar acerca de cuáles son las condiciones económicas de la población de Villa Tranquila? Un poco mencionaste acerca de la vulneración de derechos, en este aspecto ¿hay?

P: Es muy variada y está muy marcada en los sectores. Hay mucha intervención del Estado; en consecuencia, hay muchos que son empleados municipales o que tienen ya una llegada con algún espacio municipal. (Hay) muchos empleados municipales, o que trabajan en lo que fue en su momento las cooperativas. Hay mucha intervención desde la municipalidad, por ende también hay muchos que forman parte también de algún programa como el Potenciar Acompañamiento, o se sigue sosteniendo lo que en su momento fue las manzaneras con las mujeres en los comedores. Después, tenes gente que labura para empresas de alrededor, hay mucha gente que labura para el puerto. Es muy variada la situación. Lo que sí se puede hablar, que por ahí lo puedo hablar más desde el rol de perspectiva y desde experiencia de los usuarios, que tiene que ver con cuántos de

aquellos que viven en este barrio consiguen un empleo formal. La verdad es que son los menos, por la estigmatización por el lugar en el que viven, porque muchos de los jóvenes no terminan el secundario, entonces eso es una dificultad; por ahí consiguen empleo en algunas empresas que les dan empleos temporales o algunos empleos que son temporales o changas, hay muchos que cartonean también. Entonces, ¿cuál es el nivel adquisitivo? Y... varía, te puedo hablar de gente que gana muy bien, muy muy bien, más que yo (ríe), y gente que por ahí no percibe ingreso, o percibe asignación, o algún programa de ayuda económica.

E: ¿Qué observas acerca de las situaciones de consumo en el barrio?

P: El barrio está muy atravesado por situaciones de consumo, nosotros estamos en un espacio bastante complejo. Estamos muy cerca de (*menciona algunos espacios que son omitidos por resguardo ético*) y son espacios que históricamente hay una construcción social sobre los consumos. Hay mucho consumo de estupefacientes, por decirlo de alguna manera. Hay mucho consumo de alcohol, que es un consumo que está legalmente permitido. Entonces también es dar la discusión de que cuando nosotros hablamos de consumo nos referimos a todos, y cuando la sociedad me viene a plantear que hay una situación de consumo. Por ahí... esto, por ejemplo, que la gente esté a las doce del mediodía escabiando no es una situación de consumo, perdón que lo hable así, es una entrevista formal (aclara), para ellos no es una situación de consumo y por ahí para nosotros sí. ¿Todos los consumos son problemáticos? No, no todos los consumos son problemáticos. Pero por ahí, algún consumo de única vez puede convertirse en problemático. La situación también es muy variada: depende mucho de qué sector, de qué historicidad... no hay como una receta transversal de 'bueno, si la situación de consumo es así, hay que hacer esto, esto y esto'. Hay muchos factores, que por eso va también en la lógica que planteamos después de haber laburado mucho, son emergentes los consumos, son emergentes de un montón de derechos vulnerados, de historicidad. Hay que ver cuál es la relación que el usuario del consumo de aquella sustancia tiene con la familia, el entorno, el ambiente, el barrio, la sustancia; por qué consume una sustancia y no consume otra... no todos los territorios, ni los sectores son iguales, son todos muy distintos. Hay situaciones más marcadas de consumo en aquellos usuarios que tienen más vulnerados sus derechos, que quizás otros. No puedo darte una respuesta puntual, los consumos son muy variados.

E: La segunda parte es sobre las personas usuarias de drogas con las que ustedes trabajan y sus condiciones socio-económicas. Primero, quiero preguntarte: ¿cuál es la situación laboral (algo me contaste ya), en la que se encuentran las personas que asisten al DTC?

P: La mayoría son desempleados. Las personas que transitan situaciones de consumo tienen una estigmatización muy social a la hora de ser contratadas laboralmente. Los que consiguen laburos, consiguen trabajos más esporádicos, de changas, que son contrataciones en negro, con ningún tipo de beneficio. Y algunas situaciones también tienen que ver con empleo municipal, o empleados en el rubro de lo privado, también tenemos ese tipo de usuarios. No es nada más la población de los pibes de Villa Tranquila. Desde ese lugar, la mayoría son desempleados.

E: ¿Y qué políticas sociales perciben estas personas, además de la atención gratuita en el dispositivo?

P: ¿Económicas, me estas hablando?

E: En general, que veas o que articulen, participen en la gestión.

P: Depende la situación, generalmente tiene que ver con documentación, D.N.I., accesibilidad al sistema público para alguna atención específica en salud. Nosotros lo que sí hacemos es articular con todos los programas que hay. En eso, si vemos que cumple requisitos y que puede inscribirse en un programa, solemos trabajar con los usuarios para que lo puedan percibir. Particularmente, la SEDRONAR tiene un convenio con el área de Potenciar Trabajo que se llama Potenciar Acompañamiento, que no es Potenciar Acompañar (que es por violencia de género). El Potenciar Acompañamiento es para personas que están atravesando situaciones de consumo, donde se les paga una beca que es el mismo monto que se les paga a la gente de Potenciar Trabajo. Acompaña los proyectos de atención por situaciones de consumo, acompaña los tratamientos entendiendo que es muy difícil, que generalmente la gente que está atravesada por situaciones pierde los trabajos. Y que poder garantizar la accesibilidad a un tratamiento es también hablar de que pueda tener plata para pagarse el colectivo o la higiene personal o lo que fuese; y que también, el comer o el acceder a ciertas cosas forma parte del tratamiento ¿no?, pensar a la persona integralmente. No es que nada más me atañe la situación del consumo y laburar el consumo. Ese es el programa que más laburamos nosotros, pero tiene ciertos requisitos que en la población que nosotros tenemos, la verdad es que son muy poquitos los que son beneficiarios. Nosotros tenemos 60 situaciones activas de las cuales 6 nada más son beneficiarios del Potenciar. Porque

cumplieron los criterios, porque están en un proceso, porque sabemos que pueden sostener otros espacios y que está pensado en una lógica de poder incorporarse después, dentro de otros espacios laborales que por el momento no viene sucediendo. Después, todo lo que es acompañamiento a los programas que puedan aplicar a los usuarios, los trabajamos y tratamos como de que sean beneficiarios, de que no se queden afuera. El IFE, Asignación Universal, por embarazo también. En eso acompañamos porque una de las patas es, no sólo la restitución, sino la promoción y el ejercicio de derechos.

(Tocan la puerta y la entrevistada abre. Era una persona que quería pasar a saludarla, le comenta: 'Problemas a full, hasta acá arriba, después te cuento bien. Re mal'. Ella le contesta 'Bueno, después pasá')

E: ¿Apurado?

P: Consumido (suspira) ¿Sí? (lo dice haciendo alusión a seguir con la entrevista)

E: Bueno, un poco desde esto socioeconómico que veníamos hablando, ¿cómo crees que se conforman o cómo ves conformadas las redes vinculares de las personas usuarias que asisten al DTC?

P: Con redes vinculares, ¿a qué te referís? ¿Familiares?

E: Grupos familiares y también...

P: ¿Instituciones?

E: Sí, sin contar a ustedes.

P: Sí, las hay. Tenemos usuarios que la realidad es que no consumen desde ayer, entonces, ellos ya tienen armados ciertos circuitos y han pasado por otros espacios. Es importante en esto de la lógica (hace referencia a lo que se conversó en la reunión de equipo de la que participamos en ese día) de hacer los registros de calidad, de anotar el documento, es ir en la lógica de unificar un sistema integral de salud y un registro único. Entonces, yo ya sé que esa persona tiene una historicidad por otras instituciones y es no vulnerar también, digo, pensar que ese tratamiento que le funcionó en otro lado, por ahí acá no funciona, o lo que no le funcionó, por ahí acá si funciona. Por eso es importante también, la insistencia en el por qué de los datos duros de las personas, en el registro del nombre, apellido, etc. Me perdí un poco en la pregunta, perdón, porque me quede pensando en... (nombra a la persona que había tocado la puerta)

E: Sobre las redes vinculares de las personas.

P: Tenemos situaciones de usuarios que la situación familiar está muy atravesada por los consumos problemáticos. Una de las consecuencias de los consumos es romper con las

redes interpersonales, familiares. Entonces cuesta mucho, ahí se labura un poco esto de que la familia pueda acompañar, cuando vienen con muchas historias también. Los consumos traen mucha desconfianza, la familia viene ya muy desgastada, viene con otras historicidades de consumo también. Cuando uno empieza a desgranar ciertas historias familiares, hay un montón de cosas a trabajar. Generalmente el que consume es como el emergente, la alerta que da, el 'Mirá che, todo lo que está pasando'. Desde el dispositivo trabajamos lo vincular y lo familiar. Ahora, la familia, ¿siempre es referente afectivo? No, no siempre es así. A veces un referente afectivo es un amigo, es alguien de otra institución, alguien de un equipo, la novia, va cambiando según la singularidad y la historicidad de cada persona. Las instituciones, por otro lado, tienen muy poca tolerancia a las personas que están atravesando las situaciones de consumo. Tienen umbrales de exigencia para el ingreso y el deambular por los dispositivos muy altos quizás. Nosotros tenemos un umbral de exigencia un poquito más bajo, de tolerancia de que hay ciertas circunstancias y situaciones que, lo que vos decías 'Che, pero le estoy pidiendo que se bañe', tan básico para algunos, es muy complejo para otros quizás. 'Le estoy pidiendo que no venga en situación de consumo al espacio', es cierto que con una persona en estado de consumo es muy difícil poder trabajar porque no está orientada en tiempo y espacio, está bajo los efectos del consumo, pero hay que trabajar con ese mensaje también. ¿Qué es lo que me quiso decir, qué es lo que me quiere demostrar, por qué recurre a la institución? Y las instituciones generalmente suelen expulsar más que alojar. Es complejo porque la verdad que uno intenta hacer redes de contención pero si no encontramos espacios que alojen, que sean más comprensivos y que tengan umbrales de exigencia a la hora de transitar los espacios más acordes a las necesidades y singularidades de los sujetos, es muy difícil. Pero lo intentamos, hay instituciones que funcionan más, hay instituciones que funcionan menos. También teniendo en cuenta que al laburar en territorio los que son responsables de muchos espacios en el barrio (organizaciones, clubes) son compañeros y vecinos del territorio. Tienen historia y quizás hay una problemática justo con 'ese pibe', entonces no lo quieren alojar porque se conocen y porque 'tuvo problemas con un sobrino' o por que 'en el año 2008, cuando tenía cinco años, entró, robo y me rompió'. Está eso, no hay que negar la realidad pero hay que laburarla. Hay que entender que los consumos atraviesan a todos y que exigen de todos, de poner un poquito. Si pensamos en los clubes, por ejemplo, solo para los mejores, no sería un espacio de inclusión y no daríamos la oportunidad.

E: La próxima parte es de aspectos organizacionales y estrategias de intervención, que justo venías mencionando un montón de esto. ¿Cuál es el rol que desempeñas en el Dispositivo Territorial Comunitario?

P: Yo desde el 2014 hasta el 2019 fui la vicedirectora del dispositivo. Laburamos en co-coordinación con C.B. que ahora está en la coordinación regional de dispositivos a nivel nacional. Actualmente, desde el 2019 hasta ahora soy la directora, va cambiando... Algunos dicen directores, coordinadores, es lo mismo. Mi función es la de coordinar, lo que es la gestión, la supervisión, armados de equipos y seguimientos de situaciones. Eso no quiere decir que no sea dinámica y que no sea flexible y que atienda situaciones o que me ponga a hacer un taller o... Pero mi función acá es la de coordinar.

E: Y... ¿cuáles son las estrategias de intervención que utilizan en el dispositivo? En la reunión justo se habló bastante de todo eso también.

P: La SEDRONAR en su momento dividía lo asistencial, lo promocional, lo educacional, lo deportivo, la formación como en bloques. Con un discurso de la transversalidad de esos espacios, pero más en bloques. Hoy en día se piensan todos esos espacios como únicos, formamos parte de un dispositivo y todos tienen que tener un espacio más terapéutico. Todas las personas que vienen al dispositivo tienen que tener un espacio terapéutico individual. ¿Todas las personas que tienen un espacio individual terapéutico forman parte del espacio promocional o de talleres? No. Lo que sí estamos pensando siempre es en la línea de lo que nosotros podemos ofrecer, en la línea de lo que la gente necesita, como hacemos para poder generar esos espacios de promoción, cuidado y contención. Tenemos espacios específicos individuales con duplas terapéuticas, donde se atiende a los usuarios por situaciones de consumo problemático y vulneración grave de derechos. Después tenemos todo lo asistencial, que ahí entran todos los espacios promocionales, las actividades en la comunidad, damos charlas de prevención y promoción en las escuelas secundarias, en otras instituciones. La estrategia siempre es la amplitud de redes, poner en discusión que decimos y de qué hablamos cuando hablamos de los consumos problemáticos y poder visualizar que hay un nuevo paradigma, que todo el mundo lo sabe, que todo el mundo lo habla y que es muy lindo en lo discursivo. Hablamos de un paradigma de restitución de derechos, de reducción de riesgos y daños. Muchos nos critican porque la reducción de riesgos y daños es apología al consumo y no, no es apología al consumo. Es hablar de la realidad, los consumos suceden, están, ¿qué hacemos con eso? Digo, los negamos o hacemos una campaña como hizo Morón, que

llevó un montón de controversia y que no estamos haciendo apología no se hace apología al consumo. Estamos diciendo ‘sabemos que va a pasar, pero si lo vas a hacer que sea cuidado’ y después vemos como laburamos la reducción del consumo. Es difícil, es desgastante pero vamos en esa lógica, que va muy contra la lógica del modelo médico hegemónico donde la situación de los consumos problemáticos es una cuestión de salud mental, de patologías y de que son enfermos y hay que curarlos. ¿no? O también desde lo más punitivo, esto de que todo el mundo piensa que las personas con consumo problemático tienen conflictos con la ley. No es el cien por ciento de las veces. Ahí también discutamos por qué estigmatizamos, porque si hablamos de situaciones de consumo y hablamos de conflicto penal, automáticamente nos remitimos a una villa, a los pibes, a esto, a aquello, cuando en realidad los consumos problemáticos atraviesan a todos los estratos y todas las sociedades.

E: La pregunta que sigue justo se habló un montón en la reunión de hoy, de ¿cómo y si planifican los tiempos de las estrategias que implementan? En la reunión hablaban un poco de esto, de no estar tres horas hablando con alguien o cual es el límite. No se si lo planifican pero sí vi que lo hablan al menos, ¿es algo recurrente que hablan?

P: Cada mes tenemos una reunión de equipo que va variando el día para que puedan asistir todos.

E: ¿Cuántos son ustedes?

P: Veinte, entonces es difícil coincidir el mismo día por más que digamos no abrimos el dispositivo ese día siempre por cuestiones laborales o lo que fuese nunca terminamos siendo todos. Lo que mejor nos sirvió de alguna manera fue ir cambiando el día y los que se puedan sumar virtualmente se suman así y los que no se hace un resumen y se pasa. (La persona que anteriormente había tocado la puerta comienza a llamar por la ventana a la coordinadora) Lo que sí hacemos es justamente discutir sobre las estrategias de intervención, definir criterios, cómo actuamos, eso como más general. Después tenemos reuniones más chicas con el equipo técnico donde se supervisan situaciones, como antes de tener la entrevista, que estábamos supervisando la situación de un equipo técnico. Después en el día a día van surgiendo cosas. Los talleres, también, tienen una planificación que es trimestral. Entonces, ellos tienen objetivos, según el trimestre se hace la evaluación y se redefinen los objetivos. Tienen que estar relacionados, que cueste mucho como han podido ver en la reunión, con la comunicación entre las distintas áreas. La información que tiene el tallerista, lo que se hable en el espacio, la tiene que saber el

equipo de intervención para poder trabajarla, abordarla, quizás no de manera directa, sino un ‘Che, mirá lo que paso en este espacio’ pero sí poder darle herramientas al tallerista de cómo abordar ciertas situaciones y que el tallerista pasando esa información para poder seguir abordando y pensando estrategias. Los espacios de construcción y de supervisión siempre tienen que estar, en el día a día nos cuesta un montón porque nos comen estas cosas. Nos tuvo toda la mañana la reunión y son las dos y media de la tarde y yo tengo dos millones de cosas para hacer y no las hice y ya se que no voy a llegar a hacerlas. Pero las tenemos que dar y entender que forma parte de nuestra tarea. No estamos acá como ONG o somos un grupo de autoayuda sino que tenemos un rol específico y ese rol implica ser profesionales; y eso implica tener objetivos, tener bien en claro que los espacios terapéuticos tengan un fin terapéutico.

E: Y ¿con qué recursos materiales cuentan acá en la institución?

P: ¿Como, por ejemplo...?

E: Hoy mencionaron lo de la huerta, otros espacios o materiales, o esto que hablaban de que tienen una oficina de ustedes.

P: La institución es enorme, son 4 pisos. En el 2015 hubieron dos programas que eran ANAC y SEDEC, uno de tecnología y otro de cultura, que equiparon los espacios. En el cuarto piso tenemos lo que es biblioteca, que eso lo usamos realmente poco, lo usa más el otro dispositivo que funciona en el edificio que es el Envión. Allí hacen apoyo escolar pero al principio era más un lugar de esparcimiento, ocio, después se transformó en biblioteca y ahora es más de apoyo escolar. Hay libros, hay un recurso más educativo. En el tercer piso está lo que es el gimnasio, que está equipado para hacer gimnasia. En el segundo piso está toda la parte más tecnológica, donde tenemos la sala de ensayo de música, la sala de grabación y radio, donde está la consola, está la parte más tecnológica, la sala de computación. Eso es propio nuestro, es parte de SEDRONAR. En el primer piso está lo cultural. Está el cine, el taller de artes visuales, el espacio de educación, que ahí funciona la escuela primaria que es una articulación con la escuela de adultos Nro 708, que tiene su sede hace bastantes años ya dentro del dispositivo. Hay un aula grupal que se reacondicionó un poco, nosotros abrimos un canal de YouTube, donde hacemos un montón de temas, entre ellos culturales, contar quiénes somos. Así que ese aula funciona como espacio de grabación y espacio de los compañeros para hacer las entrevistas de las situaciones individuales. Y después en la planta baja está todo lo que es la recepción. Tenemos la oficina del equipo que es donde más suceden las reuniones, las definiciones

del día, el ordenamiento de lo que va a suceder. Tenemos la oficina de Envi3n, tenemos el consultorio de salud, tenemos la oficina esta, que tambi3n funciona para la atenci3n (refiri3ndose en la cual nos encontr3bamos haciendo la entrevista, que es la oficina de coordinaci3n). Est3n el comedor, las cocinas y la huerta. Todo el mantenimiento del edificio lo proporciona el municipio. Todo lo que es material viene a trav3s del programa de ANAC y CEDEC del 2015 que ya no existe m3s. Pero ese es el material con el que nosotros contamos.

E: En cuanto a las intervenciones m3s territoriales ¿qu3 realizan desde el dispositivo?

P: Acompa1amos todo lo que son jornadas, que plantean desde diferentes sectores, diferentes. La Secretar3a de Salud cada tanto nos convoca, el a1o pasado fuimos a todos, este a1o m3s acotado, a diferentes operativos en el barrio. Ellos, con estrategias m3s de salud, nosotros acompa1ando desde quienes somos. Nuestra co-gesti3n del municipio es la Secretar3a de Salud, hacemos actividades en el CEM (Centro Educativo Municipal) que son propias. Hacemos los lunes huerta en el CEM, mi3rcoles teatro ac3 y viernes acrobacia y tela en el CEM. Son ni1os entre 11 y 12 a1os, que en realidad no es la poblaci3n con la que nosotros trabajamos, es una estrategia de intervenci3n inespec3fica con una instituci3n. Ah3 no trabajamos espec3ficamente situaciones de consumo, lo que s3, a trav3s de los talleres hacemos promoci3n. Pero esos ni1os de 12 a1os el a1o que viene ya no van a estar m3s en el CEM y pasan a ser beneficiarios del Envi3n. Entonces pasan a formar parte, a transitar dentro del dispositivo. Nos parece que es un buen objetivo y desarrollo que ellos ya nos conozcan y que sepan que si tienen alg3n problema pueden acercarse. Y acompa1amos a las docentes en la mirada que tienen con respecto a situaciones de consumo. Sabemos que hay ni1os muy chicos que consumen, la realidad es que nuestro dispositivo no cuenta con herramientas para atender a esos chicos. Ah3 se trabaja y articula mucho con la Direcci3n de Ni1ez, Ni1os/Ni1as, Adolescentes y Familias de ac3. Despu3s, todo lo que tenga que ver con jornadas en el barrio. Lo que si hacemos mucho es con entrevistas semidirigidas, le proponemos a la gente que nos digan de que les gustar3a que hagamos un taller. Entonces lo que m3s la gente nos va diciendo...

E: ¿En las calles o en d3nde?

P: En otras instituciones. En junio hicimos por ejemplo un taller de RCP porque fue lo que m3s demand3 un sector y lo hicimos en una canchita de f3tbol.

E: ¿Esto es parte de lo que mencionabas un poco hoy en la reunión de equipo de ese proyecto que tenían de empezar a salir más al territorio?

P: Sí, porque las situaciones de consumo no siempre llegan. Entonces, si nosotros no podemos tener la capacidad de salir a buscar a escuchar... y además que también hay una estigmatización de quien viene acá, el para qué vas, vas por una situación de consumo o también la mirada de 'ojo con lo que vas a contar'. Entonces, las intervenciones inespecíficas en territorio generan intervenciones específicas de acompañamiento y forman parte del quehacer comunitario.

E: Con respecto a esto que mencionas sobre el estigma y eso de las personas que vienen, ¿suelen ser de acá del barrio o hay algo de ese estigma de 'no, no voy a este dispositivo porque me van a ver los del barrio'?

P: Tenemos un poco y un poco. La mayoría de los que sostienen son del barrio, por la cuestión de cercanía y de accesibilidad. Si bien nos derivan muchas situaciones de la línea 141, que es la línea propia de la SEDRONAR o el municipio. Aquellos que no viven en el barrio si no te animas a entrar caminando, o no tenes la plata para pagar el remis que una vez por semana son 350 pesos.

E: ¿No hay colectivos? Nosotras entramos en la combi...

P: No, no hay. La combi es solamente por cuestiones de seguro y por cuestiones después de la pandemia para quienes trabajan en el predio. Nosotros, docentes, profes, talleristas, pero no para los usuarios o personas que vienen. Por una cuestión de seguros no.

E: ¿De qué formas se acercan al territorio? o ¿cuál es tu forma más de acercamiento a lo territorial?

P: Nosotros estamos todo el tiempo en el territorio (Se escuchan petardos, a lo que comenta: 'está cortado el puente Pueyrredón están tirando fuegos artificiales') Nosotros ya estamos instalados acá en el territorio, entonces a veces es ir con panfletos puerta a puerta. No nos hace falta por ejemplo el acompañamiento de un referente para salir al territorio. Salimos al territorio muchas veces a buscar usuarios, a ver a familias. A buscar situaciones que nos derivan y necesitamos ubicar a una familia. Estamos constantemente en el territorio, que eso no quiere decir que constantemente estemos haciendo actividades en el territorio. Pero, está inserto el dispositivo ya.

E: Y algo que digas, ¿esto es positivo de ir a hacer esto, tocar puertas, buscar personas usuarias y algo que digas es negativo o te gustaría que cambie de alguna forma de los modos que tienen en este momento de intervenir en el territorio?

P: Como positivo, esto que hablamos recién, no todas las situaciones llegan. También es poder entender contextos y que los territorios por más que forman un solo barrio son distintos. Entonces, las intervenciones hay que pensarlas desde la realidad propia, que es la lógica del por qué de los dispositivos en los territorios, la lógica de poder leer los territorios. Porque es fácil que yo desde Avellaneda centro atienda a una persona que viene desde Villa Tranquila sin entender que esa persona no tiene cloaca, que la situación habitacional no cumple con los requisitos básicos, que llueve y se le inunda, cuestiones de salud. Me parece que laburar en territorio y salir a la comunidad tiene eso de positivo. Da la posibilidad de pensar estrategias de intervención más reales. Como negativo, quizás Villa Tranquila es muy complejo, hay momentos en los que se prende a muchísimas intervenciones y hay momentos que por ahí no tanto. Entonces el sostenimiento de distintas actividades o de ciertas estrategias, a veces uno piensa 'Che, qué buena actividad' y de repente fueron dos; y por ahí se hace una actividad que no te llevó mucho trabajo pensarla o llevarla adelante y vienen un montón. Como por ejemplo lo del RCP, cuando fuimos a hacer el taller pensamos que iban a ser 4 o 5 vecinos, que decis son pocos, no importa. Al final terminamos siendo 30. Esas cuestiones de las no lecturas reales que uno pueda tener, no porque no la quiera hacer sino porque también depende del contexto, de cómo está el territorio o las cuestiones de sectorización, cuestan mucho trabajarlas.

E: La última parte es de tratamiento ambulatorio y adherencia de las personas. ¿Cómo es el primer acercamiento de las personas usaría al DTC?

P: Puede ser por demanda espontánea presencial o a través de las redes sociales, nos escriben mucho por las redes sociales para solicitar turnos o espacios terapéuticos. Puede ser por derivación ya sea de la municipalidad, de otra institución, de la SEDRONAR. Puede ser la demanda para sí mismo o para terceros. Puede ser una demanda por alguna situación judicial que lo obliguen a hacer tratamiento. La adherencia al tratamiento depende de cada situación, de cada contexto y de cada momento del usuario. Hay situaciones que hace años se vienen trabajando y han tenido muy buena adherencia. Hay situaciones que se vienen trabajando hace años y sostienen una adherencia muy poca pero que no dejan de ser usuarios o de participar, acercarse. También, tiene que ver con las posibilidades de accesibilidad, de donde vienen, son del territorio, no son del territorio, eso en líneas generales. Obviamente si son derivados por situaciones judiciales o familiares, cuánto hay de voluntario en aquella persona que sostiene un tratamiento.

E: Y ¿cuánto tiempo pasa desde esta primera demanda, depende de con quien sea ese primer vínculo, hasta que ustedes tienen una primera intervención con la persona?

P: La primera intervención es el primer momento de escucha. Toda primera escucha es una intervención en sí misma porque es una escucha terapéutica. Es lo primordial porque es la primera lectura de riesgos. Toda persona que viene acá no puede no tener una HPC que es la Hoja de Primer Contacto. Eso no quiere decir que después siga sosteniendo el tratamiento pero si va a tener su Hoja de Primer Contacto. La escucha va a ser terapéutica porque es la lectura de riesgos donde yo puedo determinar si a esa persona la cito para una próxima entrevista o a esa persona la tengo que derivar a otro espacio.

E: ¿Cómo estableces vos un vínculo con estas personas y qué estrategias utilizas para intentar que ese vínculo se sostenga?

P: (suspiro) Y... en realidad si bien hay lineamientos muy específicos a la hora de la intervención...

E: ¿Desde tu profesión?

P: Es que creo que no depende de la profesión, depende de cada uno. N y L, que son otras dos psicólogas, las tres nos recibimos en la misma universidad, fuimos compañeras. Sin embargo, somos muy distintas a la hora de la intervención. Hay ciertas cuestiones que yo, (duda) bueno, soy un poco menos ortodoxa a la hora de las intervenciones y desde la imposición quizás de la coordinación a ciertos usuarios eso les atrae más que ser atendidos por la psicóloga del dispositivo. Soy menos ortodoxa en el sentido de intervenir ya que suelo entablar con ellos un vínculo más de paciencia y de confianza que por ahí el equipo. Tiene que ver también con mi rol, si bien desde 2019 que soy la coordinadora del dispositivo yo ya venía desde 2014 en una co-coordinación. Entonces, siempre fue como más mi objetivo el acercamiento de escuchar a los pibes desde otro lugar. Y laburar muchos años con C., que es trabajadora social, tengo otra escucha también y otra intervención desde otro lugar con los chicos. Muchas veces es criticada pero funciona y los chicos vienen y lo sostienen. Lo que sí he aprendido es que las intervenciones tan rígidas o tan estructuradas no funcionan en los territorios. Eso tiene que ver también con pensar espacios de contención, de cuidado, de umbrales de exigencia mínimos, para que el otro pueda sentirse alojado, contenido. Si yo me pongo en esto que hablamos hoy (refiriéndose a la reunión de equipo), yo no digo que esté mal escuchar tres horas a una persona, siempre y cuando haya un fin terapéutico. Si no lo hay y solamente me quedó tres horas escuchando la historia de vida de la persona pero no hay

nada que yo pueda resolver o no hay una intervención específica para el próximo encuentro, más que ‘bueno, veni y segui haciendo catarsis’ hay algo ahí que no. Esto no quiere decir que no haga catarsis la persona. O situaciones criticadas de que yo cuente cosas de mi vida ‘el fin de semana lleve a mi hijo a la cancha’, por ejemplo. Y hay compañeros que quizás son más ortodoxos y prefieren que no, o que el teléfono sea privado, por ejemplo, yo mi teléfono lo tiene todo el mundo. En esto de que te escriban a las 8-11 de la noche y te dicen ‘¿Para qué contestas?’. Bueno, esas cosas las hago. Es mi forma y es lo que a mi me genera que la gente tenga confianza y si tiene algún problema pueda recurrir.

E: ¿Qué objetivos te propones en los tratamientos?

P: Depende de las personas, pero no te voy a decir que dejen de consumir porque no depende nada más de nosotros como SEDRONAR. Sería ‘la respuesta mágica’. Yo te puedo hablar de cual es mi objetivo o en que me gustaría a mí que se transforme el dispositivo. Primero en una política pública integral e inclusiva para todos y que se entienda que acá y en cualquiera de los dispositivos que haya en los territorios hay un espacio de contención y de escucha donde cada uno pueda sentirse alojado desde su diversidad. Para mí nos falta un montón, los consumos están atravesados como si fuese nada más una problemática más masculina y de género. La mujer en el rol de acompañante, sabemos que no es así. Nos cuesta muchísimo, con las mujeres lo laburamos mucho. Tenemos mucha población femenina, pero no tenemos población LGBTQ+ y hay en Villa Tranquila y están atravesadas por situación de consumo, situaciones por ahí más de diversidades culturales que nos exceden. Uno entiende que hay costumbres que son culturales y que uno no puede romper con ciertas lógicas pero hay que llegar. Me parece que el dispositivo tiene que ser inclusivo. La construcción de poder pensarnos en espacios de contención, de cuidado y de esto, yo soy recontr feminista, pero también soy coherente en el territorio en el que habito, en el cual trabajo. (Se escucha a la persona que había tocado la puerta gritar por la ventana el nombre de la coordinadora, a lo cual nos miramos entre risas y caras de preocupación a la vez)

E: Quizás recién me fuiste contando un poco de lo dificultoso de estos objetivos. ¿Cuáles son los objetivos que te hayas propuesto y se hayan cumplido?

P: (Piensa y riendo dice) No (en esto se acerca la persona a la ventana y le dice ‘Tardas mucho amiga’, ‘Igual ahora E te va a comentar lo que pasa’, la coordinadora le dice ‘No te quiero ver mas en el pasillo’, a lo que la persona responde ‘Ah, así sos, el lunes vengo

a hablar con vos') es que me cuesta pensarlo en esos términos, los objetivos son como muy amplios porque no laburamos para nosotros, laburamos para una comunidad. Mi deseo que quizás ya funciona, que fue un objetivo del 2017 es que el dispositivo se transforme en un espacio más de apertura comunitaria y que la gente se apropie más del edificio. Me parece que eso ya sucede y me encanta. No sé, que un grupo de mujeres nos pida si pueden usar el espacio de la cocina porque 'cumple 15 mi hija y no tengo donde hacerlo', y decís, 'Che, ¿qué tiene que ver con el consumo eso?', nada, pero es comunitario y eso ayuda a la gente.

E: ¿Cómo toman las decisiones dentro del equipo respecto a los tratamientos?

P: Tenemos un marco normativo, tiene que ver con la Ley de Salud Mental, con la Ley de Protección de los Derechos de Niños, Niñas, Adolescentes y Familias, tiene que ver con la Ley de Derecho a los Pacientes. Tenemos dos leyes: la Ley de estupefacientes y la Ley del Plan IACOP, que son muy contradictorias pero están las dos. En base a eso tenemos un armado de cómo hacer las intervenciones, este marco normativo rige las intervenciones. Además tenemos todo un seguimiento desde la Secretaría y un... no me gusta decir bajada de línea, pero sí unas normativas e indicativas de la Secretaría, de la SEDRONAR. Tenemos indicaciones claras de la SEDRONAR de cómo intervenir y de qué son los dispositivos. Por eso tenemos reuniones con los equipos de referencia de AMBA, nosotros pertenecemos a la región sexta. No es que somos un ente en un territorio, rendimos... no cuenta, pero sí informes mensualmente sobre las actuaciones. ¿Qué hacemos, por qué lo hacemos, cuáles son los objetivos? Hacemos informes semestrales y anuales de los objetivos, de las evaluaciones de esos objetivos. Después, las discusiones internas de cada equipo porque cada territorio tiene una lógica diferente, una población diferente. En la diversidad de dispositivos que la red SEDRONAR tiene a nivel federal. Hay ciertas normativas que rigen para todos y después en la construcción depende de la población, de los consumos, de los contextos, de las co-gestiones municipales, de los contextos socioeconómicos y políticos.

E: Según tu perspectiva, ¿qué expectativas/demandas tienen del tratamiento las personas usuarias?

P: La primera intervención siempre es la demanda de la internación. El 'se tiene que internar, me tienen que internar', como si eso fuese mágico, cuando sabemos que este cambio de ley, este cambio de paradigma, esta discusión de los dispositivos de tratamientos ambulatorios tiene que ver con que sabemos que las internaciones en

comunidades terapéuticas no tienen soluciones mágicas y que hay todo un contexto de esta bien, los usuarios que han sido pensados para internaciones sostienen un tratamiento en las comunas terapéuticas pero hay todo un contexto que sigue. Las personas están en una burbuja dentro de una comunidad terapéutica, quizás a 200 km de donde viven pero cuando vuelven a los territorios las problemáticas siguen estando ahí. Eso no quiere decir que nosotros en lo ambulatorio y territorial las resolvamos, pero somos más conscientes de que cuando uno empieza a hacer la deconstrucción de qué es lo que se piensa de las demandas de tratamiento siempre tienen que ver con las soluciones mágicas y no hay una receta mágica, no hay un medicamento para dejar de consumir. Hay tratamientos, hay espacios de contención, de escucha, que llevan mucho tiempo porque hay una historicidad, hay una persona detrás de todo ese padecimiento que tiene una historia y que hay que atravesar y que a veces muchos no la pueden atravesar. Ahora, qué es lo que nosotros vemos como devolución de esos tratamientos: que los tratamientos ambulatorios permiten que más gente pueda acceder y hablar de lo que padecen subjetivamente y que las internaciones compulsivas no sean la única respuesta ante una problemática. El consumo es una problemática que implica la salud, que implica lo social, lo económico. La apertura a los tratamientos en territorio ambulatorios permiten que más gente pueda acceder a diferentes tratamientos.

E: ¿Es difícil deconstruir esta demanda de la internación?

P: No, no es tan difícil. Lo que pasa es que hay toda una historicidad en la que muchos años de que consumís y necesitas la internación, granja, rehabilitación, abstinencia, los doce pasos. Es difícil sacar el chip de la cabeza. Hay gente que tiene no sé, tres, cuatro internaciones, hay algo que falló ahí y no es que falló la persona, fallan las intervenciones, fallan el cómo pensarlas.

E: ¿Observas la interrupción de tratamientos como algo recurrente en el DTC?

P: Sí, más los que vuelven que los que abandonan definitivamente.

E: Y ¿en qué momentos se da más esto?

P: Cuando bajan las crisis, si hay algo que pasa es que la gente recurre a la ayuda cuando las estrategias que implementó toda su vida no están funcionando o cuando hay una crisis estallada a nivel familiar o laboral. Cuando la crisis amansa o se sienten un poquitito mejor abandonan el tratamiento, pero retoman.

E: ¿Cuáles son los motivos por los cuales las personas usuarias suelen interrumpir sus tratamientos? ¿Esto que me comentabas de las crisis sería?

P: Cuando baja la situación de crisis sí, cuando ya no se sienten tan angustiados quizás. Por situaciones económicas muchos dejan.

E: ¿Por traslado o horarios?

P: Porque tienen que hacer changas... Por la accesibilidad es otra, el ingreso al barrio no es tan fácil, si bien estamos a diez cuadras del centro, hay mucha gente que llega hasta (calle céntrica) y (calle céntrica) que es la entrada y dice: 'yo no entro, te llaman y dicen no entro'. Y después, la vida, digo hay momentos en los cuales las personas necesitaban ese momento de escucha y después ya no. Hay multiplicidad de variables por las cuales se interrumpen. Las más nombradas son porque la crisis se tranquilizó o la demanda familiar de que haga el tratamiento bajó, con la accesibilidad, situaciones económicas. Pero en líneas generales, después hay multiplicidad de casos que son casos más puntuales o que no tienen mucho que ver para decir que hay una incidencia ahí.

E: Bueno, y para finalizar... ¿me podrías contar algún momento que fue significativo en algún proceso de intervención? ¿Por qué?

P: Me parece que el momento más bisagra que tuvo el dispositivo y más importante fue desde el 2014 hasta el 2017, nosotros nos enfocamos mucho en cómo ayudar a aquellos que no tenían un espacio en ningún lado. Nos transformamos en un centro de día, estábamos muchas horas, entrábamos a las 8 de la mañana y nos íbamos a las 8 de la noche y a veces más tarde. Laburábamos de lunes a sábados, sin fines de semana porque hacíamos jornadas o estábamos en un torneo y en diferentes barrios. Trabajábamos con 10 chicos muy complejos de aca de Villa Tranquila, en esta lógica de querer acompañar aquellas trayectorias de estos pibes a ver qué es lo que les había pasado. Eso hizo mucho que la gente del barrio estigmatizara nuestro trabajo. Como que nosotros cubríamos a los pibes más chorros y gente que por ahí era familiar de los pibes, que nosotros apañábamos a estos pibes, que teníamos a los pibes acá haciendo nada, que éramos un aguantadero. Esos 10 pibes, hoy podemos tener 60 intervenciones pero lo que nosotros laburamos con esos 10 pibes, el nivel de intensidad, de cuerpo, de cabeza, de intervención, de discusión, de equipo, de estrategias y demás fue terrible. A tal punto, que cuando empezamos a poner ciertos límites de convivencia ellos estaban tan apropiados del espacio que les costó muchísimo. Eso desarrolló muchas cosas dentro del dispositivo, daños a la institución, robos al equipo, cosas que no se daban y se dieron. Ahí estábamos como 'bueno, ¿qué hacemos?' y ahí abrimos el juego a lo comunitario. Empezamos a incorporar organizaciones sociales, cooperativas para que empezaran a usar el espacio, lo

cual nos hizo a nosotros crecer como equipo y entender que solos no podíamos, que las redes son sumamente importantes, no nada más las redes formales, también las informales y que a veces es necesario que los límites los ponga el barrio, no nosotros. Nos dolió muchísimo porque muchos de esos pibes no siguieron asistiendo, si tenemos vínculos porque los vínculos se construyen y se mantienen. Y también entender que hacíamos, o abríamos el juego para toda la comunidad o seguíamos sosteniendo un centro de día con diez pibes, con un nivel de agotamiento físico y mental bastante importante. Para mí, ese es el momento como más bisagra del dispositivo y más importante. El poder crecer como equipo. Desde lo individual o intervenciones que he tenido todo logro es importante, a veces uno festeja pequeñas cosas que ellos dicen ‘bueno, tampoco es para tanto’, pero sí porque la capacidad que nosotros tenemos es visualizar esas potencialidades que ellos no ven.