

Serie Cuadernos

Consumos problemáticos de drogas de mala calidad

Aportes a los procesos de intervención del Trabajo Social



Ana Candil y Carmiña Macías

CTS

Documentos para el ejercicio
Profesional del Trabajador Social

Colección Digital

Serie Cuadernos

Consumos problemáticos de drogas de mala calidad

Ana Candil
Carmiña Macías

Serie Cuadernos

Consumos problemáticos de drogas de mala calidad

Ana Candil
Carmiña Macías

Cuadernos X

Consumos Problemáticos de Drogas de Mala Calidad

Comité editorial:

Ximena López, Nicolás Pellegrini, Manuel Mallardi, Carmiña Macías y Clarisa Burgardt
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Compiladoras:

Ana Candil
Carmiña Macías

Candil, Ana

Consumos problemáticos de drogas de mala calidad : aportes a los procesos de intervención del Trabajo Social / Ana Candil ; Carmiña Macías. - 1a ed. - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2022.

Libro digital, PDF - (Documento para el ejercicio profesional del Trabajo Social)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4093-30-1

1. Consumo de Drogas. 2. Trabajo Social. I. Macías, Carmiña. II. Título.
CDD 362.291

-

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la fuente. Todos los derechos reservados.

Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

Calle 68 e/ 7 y 8 Nro 619 - La Plata(1900) - Bs. As.

Tel-Fax (0221) 6191620 - E-mail: info@catspba.org.ar - www.catspba.org.ar

Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires

CONSEJO SUPERIOR

Mesa Ejecutiva:

Presidente: MIRTA GRACIELA RIVERO
Vicepresidente: ADRIANA ELISABET ROSSI
Secretario: MARCELA PATRICIA MOLEDDA
Tesorero: MARCELO ANIBAL ECHAZARRETA

Vocales Distrito Azul:

Titular: LORENA PAOLA CALVETE
Suplente: ANDREA ANTONIA OLIVA

Vocales Distrito Bahía Blanca:

Titular: SANDRA ELIZABETH VALENZUELA
Suplente: CLARISA BURGARDT

Vocales Distrito Dolores:

Titular: CLAUDIA MIRIAM CHIMINELLI
Suplente: SERGIO ESTEBAN BACCI

Vocales Distrito Junín:

Titular: NADIA CELESTE RODRIGUEZ
Suplente: CATALINA MARÍA BOCACCI

Vocales Distrito La Matanza:

Titular: ANDREA DEL VALLE MEDINA
Suplente: GRACIELA BEATRIZ ORLANDO

Vocales Distrito La Plata:

Titular: MARIA JOSE CANO
Suplente: JULIETA MASCOTRO

Vocales Distrito Lomas de Zamora:

Titular: MARTA SUSANA MONTE
Suplente: MONICA EDITH ETCHEVERRY

Vocales Distrito Mar del Plata:

Titular: MARIANA SOLEDAD BUSTOS YAÑEZ
Suplente: JESSICA MILENA GALLO

Vocales Distrito Mercedes:

Titular: IRMA CRISTINA ISABEL ACUÑA
Suplente: NICOLÁS PELLEGRINI

Vocales Distrito Moreno - Gral. Rodríguez:

Titular: ESTELA MARIS RODRIGUEZ VEDIA
Suplente: MARIANO EDUARDO COLOMBO

Vocales Distrito Morón:

Titular: PATRICIA LAURA BERTAZZA
Suplente: JORGELINA ALEJANDRA CAMILETTI

Vocales Distrito Necochea:

Titular: ADRIANA PEREZ
Suplente: NÉLIDA ROSANA D'ANNUNZIO

Vocales Distrito Pergamino:

Titular: SONIA VIVIANA SANCHEZ
Suplente: MARÍA BELÉN TABORDA

Vocales Distrito Quilmes:

Titular: MARCELO CLAUDIO KOWALCZUK
Suplente: -

Vocales Distrito San Isidro:

Titular: ADRIANA GRACIELA REYNOSO
Suplente: MARÍA MARTA CARNERO

Vocales Distrito San Martín:

Titular: SILVIA PATRICIA GARCIA
Suplente: MABEL JUANA ODORISIO

Vocales Distrito San Nicolás:

Titular: MARIA EUGENIA PINI
Suplente: MARIA VIRGINIA LATTANZIO

Vocales Distrito Trenque Lauquen:

Titular: MARÍA SOLEDAD FOSSAT
Suplente: ELEANA GALEANO

Vocales Distrito Zárate - Campana:

Titular: PATRICIA LAURA MANSILLA
Suplente: CAROLINA SABAROTZ

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales titulares:

Marisa Beatriz SPINA
María Carolina MAMBLONA
Silvia Alejandra COUDERC
Patricia Analia PARISI
Susana Beatriz RODRIGUEZ

Vocales Suplentes:

Tatiana María FINK
Regina Laura PARADELA
Dario Alejandro PETRILLO

Índice

- 6 Introducción
- 10 La construcción social del problema de las drogas y de sus múltiples abordajes
- 33 Padecimientos de los cuerpos/emociones y los autocuidados posibles
- 54 El cuidado y el acompañamiento familiar como problema
- 69 Claves para pensar los procesos de intervención profesional del Trabajo Social en los usos de drogas
- 93 Conversación sobre el Seminario
- 105 Sobre las autoras

Introducción

Ana Candil y Carmiña Macías

Este libro recupera el seminario "Consumos problemáticos de drogas de mala calidad. Aportes a los procesos de intervención del Trabajo Social" que formó parte de la propuesta de formación gratuita que desplegó el Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales (ICEP) del Colegio de Trabajadorxs Sociales de la Provincia de Buenos Aires durante los años 2020 y 2021. Este seminario se delineó a partir de la inquietud de colegas en relación con la temática, ya que se presentaba con frecuencia en sus espacios laborales y formaba parte de los múltiples diálogos del colectivo profesional, al punto de que el Colegio decidió sumarlo a la agenda de su propuesta de formación. Para ello, se convocó a dos trabajadoras sociales que trabajaron en procesos de intervención social profesional y en procesos de producción de conocimientos sobre la temática. Colegas que ahora escribimos estas páginas.

En los últimos años los cursos, seminarios, diplomaturas, materias de grado y posgrado sobre drogas comenzaron a proliferar. A partir de este contexto, nos hicimos la siguiente pregunta: ¿para qué otro espacio más para versar en torno de las drogas, los usuarios, los tratamientos y sus posibles abordajes? La respuesta que intuimos fue sencilla y enmarcada en nuestras propias trayectorias laborales: delineamos un seminario que nos hubiera gustado hacer cuando comenzamos, cada una en cada espacio socio-ocupacional, a reflexionar y desplegar procesos de intervención en el tema. Pensamos a este espacio (de formación, de escritura y de lectura) como oportuno para transitar interrogantes y senderos desde perspectivas analíticas que no siempre circulan en los espacios existentes. Además, otra respuesta que encontramos es que se trataría de un espacio pensado por y para trabajadoras sociales, especialmente.

El seminario tuvo dos ediciones. La primera edición se realizó durante los meses de septiembre y noviembre del año 2020, se inscribieron aproximadamente quinientos y finalizaron el mismo 173 colegas. La segunda edición se realizó durante los meses de mayo a agosto del año 2021, se inscribieron aproximadamente doscientos y finalizaron 41 colegas. La estructura material de la enseñanza y los aprendizajes fue la plataforma virtual del ICEP y la

estructura comunicativa fue diferida y/o asincrónica, es decir, Clases escritas subidas quincenalmente al aula virtual para que les cursantes pudieran leerlas en el momento en el que pudieran. Además de las clases, el seminario desarrolló cuatro actividades (dos de ellas, a elección de les cursantes, obligatorias en el proceso de acreditación del mismo): un multiple-choice y 3 foros de reflexión situada a partir de las invitaciones analíticas de la bibliografía y el desarrollo de los contenidos. Resulta importante mencionar que las textualizaciones escritas en los Foros fueron interesantes, oportunas, honestas; y que no las transcribiremos a lo largo del libro debido a que reconocemos la autoría de cada una de les colegas que las expresaron. El seminario, además, constó con otra instancia de acreditación: una Actividad Final grupal. Los grupos estuvieron conformados por colegas que, en general, no se conocían entre sí y la textualización que les solicitamos estuvo vinculada a los diferentes tópicos abordados en el desarrollo de la cursada en relación con una reflexión sobre los procesos de intervención profesional generales y particulares. Esta especificidad trajo una serie de incomodidades que nos fueron comunicadas y que, para la segunda edición del mismo, intentamos zanjarlas a partir de otorgar más tiempo para el debate. Sin embargo, sostuvimos que dicha actividad sea de carácter grupal debido a que consideramos que se trata de un trabajo provechoso y que posibilita conocer a otros colegas y otras experiencias socio-ocupacionales.

La propuesta, tanto del seminario como de este libro, lejos está de ofrecer respuestas a todas las preguntas que emergen cuando se habla sobre drogas de manera abarcativa. Por el contrario, una premisa que direccionó la labor fue compartir una serie de interrogantes, reflexiones e investigaciones que, consideramos, ofrecen pistas diferentes para pensar y, en el mejor de los casos, aportan elementos distintivos para transitar las preguntas o, quizás, para redefinirlas. Es por ello que les lectores encontrarán aquí tematizaciones basadas en producciones académico-científicas orientadas a desentrañar algunos aspectos relacionados con los procesos de intervención profesional en torno de los consumos intensivos de drogas, específicamente con aquellas sustancias de mala calidad. Esta especificidad implica que aquí no se encontrarán pistas firmes para abordar aquellos consumos esporádicos, recreativos ni terapéuticos. Sino que se encontrarán senderos para reflexionar y pensar procesos de intervención con, sobre y para los consumos problemáticos de drogas de mala calidad. Puntualmente, la propuesta de este libro consiste en colaborar a historizar, tematizar y problematizar la noción de consumos problemáticos de drogas de mala calidad así como algunas de sus múltiples implicancias que atraviesan a lxs usuarixs y sus redes de proximidad

y, también, delinear dimensiones generales sobre algunos de sus abordajes (prioritariamente públicos). Para ello, adherimos a la consideración de la noción de drogas como una categoría analítica y no sólo una categoría social. En ese sentido, consideramos que aquello que habitualmente se nombra como consumos problemáticos de drogas es una construcción socio-histórica en la que confluyeron múltiples aristas: la consideración de ciertas sustancias como drogas, la noción misma de consumo –indisociable del modo de producción y circulación de bienes– y la caracterización de lo que, en ocasiones y en la actualidad, adviene problemático –que problematiza y organiza la vida cotidiana– para algunas personas.

En línea con los objetivos del seminario, la propuesta de este libro es colaborar a: 1) tematizar las construcciones socio-históricas desde las que suelen pensarse los consumos de drogas; 2) ofrecer un acercamiento a perspectivas teóricas críticas sobre los consumos problemáticos de drogas de mala calidad y; 3) propiciar y participar del espacio de reflexión sobre los procesos de intervención del Trabajo Social en la temática.

En sintonía con estos objetivos, las premisas en las que nos apoyamos son: en primer lugar, consideramos que lxs usuarixs de drogas son personas que además de consumir drogas hacen, como todxs, muchas otras cosas; en segundo lugar, pensamos que los modos de abordaje –sociales, políticos, económicos, morales, disciplinares– en relación con los consumos problemáticos de drogas son modalidades formalizadas de trato, construidas históricamente y, por lo tanto, posibles de ser pensadas, tematizadas y modificadas; en tercer lugar, adherimos a la perspectiva que sostiene que los procesos de intervención profesional se despliegan en la cotidianeidad de la vida (no en mundos ideales) y se sustentan, tanto en términos individuales como colectivos, en valores que modelan la práctica de lxs profesionales en sus espacios laborales y; en cuarto lugar, reconocemos que la importancia de conocer múltiples perspectivas teóricas, especialmente las críticas, radica en que, al ser partícipes del mundo social, pensamos con teorías (explícitas o implícitas) y éstas atraviesan (querramos o no) la práctica profesional cotidiana.

La organización del libro se amolda a la secuencialidad de los contenidos de la propuesta pedagógica. Al avanzar en la lectura notarán que incluimos pausas con interrogantes y, también, las consignas que delineamos. Esta decisión se basa en que consideramos que un libro puede ser una compañía para pensar, para abrir puertas que antes estaban, quizás, entornadas. Ahora

sí, la estructura del libro. En el primer capítulo, nos adentramos en la construcción social del problema de las drogas y sus múltiples abordajes. En el segundo, en la cuestión de la corporalidad y las prácticas de cuidado de sí de les usuaries. En el tercero, en el problema del cuidado y del acompañamiento en situaciones extremas. Y, en el cuarto, en aspectos claves para pensar los procesos de intervención profesional en la temática. Posteriormente incluimos una conversación sobre el desarrollo del seminario y una breve síntesis de los riquísimos interrogantes, reflexiones y propuestas que señalaron les colegas que transitaron el espacio.

Nuestro propósito es socializar, mediante la publicación de estas páginas en formato virtual de manera gratuita, los aportes, reflexiones, pensamientos y propuestas enmarcadas en el seminario con tode aquel que guste leerlas, especialmente les trabajadores sociales que atraviesan en sus diferentes instancias laborales preocupaciones relacionadas con los consumos de drogas de mala calidad. Propósito que se hila con la gratuidad del seminario para les matriculades.

Anhelamos que estas páginas puedan aportar a construir horizontes posibles para pensar y actuar en relación con la temática.

La construcción social del problema de las drogas y de sus múltiples abordajes

Ana Candil¹

Introducción

El uso de sustancias para alterar la percepción se encontró desde la Grecia antigua, la lejana Asia y la América pre-hispánica (Escohotado, 1996; Vigarello, 1991; Aureano, 2003, Abduca, 1997). Poco tiene de novedoso que las personas usemos –aspiremos, ingiramos, fumemos– sustancias para alterar nuestros cuerpos y nuestras emociones –lo que antaño se llamó estados alterados de la consciencia.

A partir de la instauración del modo de producción capitalista y de los Estados Nación, la producción, transporte, tenencia y consumo de algunas mercancías-sustancias (concebidas como drogas) se reguló, penalizó o habilitó en función de los estatutos legales (o no) de las mismas, según las categorizaciones que realizaron los Estados. Estas categorizaciones como los modos de abordajes a lxs productorxs, transportistas, comercializadorxs y usuarixs, variaron en los diversos contextos históricos (Astarita, 2005; Vázquez, 2014; Renoldi, 2014; Corbele, 2019). Por ejemplo, a principios del siglo pasado y en nuestro país, se podía conseguir en farmacias compuestos que contuvieran cocaína mientras que en la actualidad el clorohidrato de cocaína no se encuentra legalizado, por el contrario, se encuentra penalizado.

Antes de avanzar, les proponemos que se tomen unos minutos para pensar sobre los siguientes interrogantes: ¿Cómo definirían la noción de drogas? ¿Cuáles conocen? ¿Consideran que hay diferencias entre ellas? ¿Cuáles? ¿Qué entienden por consumo? ¿Cuáles serían para Uds. las características de los consumos problemáticos de drogas?

¹ Este apartado retoma parte de los hallazgos del libro “Revisar Andares. Tratamientos ambulatorios sobre los consumos problemáticos de drogas”(Candil, 2019). En el acápite “Perspectivas generales sobre tratamientos a lxs usuarios de drogas” y en las propuestas de reflexión se contó con la colaboración de Carmiña Macías.

Algunas consideraciones en torno a los consumos problemáticos de drogas

A continuación pasaremos sintéticamente por algunas producciones que realizaron esfuerzos por dimensionar, desde una perspectiva histórica y/o genealógica, los consumos de drogas en las últimas décadas.

Las producciones analíticas argentinas sobre usos de drogas diferenciaron momentos –y contextos sociales– en relación con los consumos de sustancias. Kornblit, Camarotti y Di Leo (2010)² sostiene que desde mediados de la década de 1960 –momento en el que algunxs autorxs señalan que las drogas comienzan a percibirse como un problema social (Touzé, 2006; Manzano, 2014)– y hasta 1976 primó el consumo de marihuana y alucinógenos como una modalidad de expresión de rebeldía; y también plantean que inició el consumo de barbitúricos y anfetaminas. Identifican que durante la última dictadura militar (1976-1983) comenzó a percibirse el consumo de las distintas drogas como una desviación de la moralidad reinante –patriarcal y machista– expandiéndose el consumo de fármacos, alucinógenos, derivados del opio, sal de anfetaminas y marihuana. Lxs autorxs expresan que con la vuelta de la democracia en el año 1983 y hasta 1991 se diversificaron las sustancias (en cantidad y calidad) y sus modos de administración, observándose: la masificación del consumo de cocaína por vía inhalable; un incipiente consumo por vía endovenosa; y el llamado policonsumo (no detectado, según lxs autorxs, en los períodos anteriores). En la década que va desde 1992 hasta 2002, indican que el consumo de marihuana se masificó. Y que, con la agudización del neoliberalismo, las drogas a las que accedieron las distintas clases sociales se diferenciaron: mientras que en los sectores dominantes emergieron las llamadas drogas de síntesis, en los sectores menos favorecidos se expandieron las llamadas drogas baratas –pasta base/paco y pegamento–. Con un nivel amplio de generalidad, describieron la primera década de este milenio bajo las coordenadas de la masificación del consumo de drogas observada en: elevada ingesta de alcohol entre los jóvenes; tendencia a la feminización de los consumos; y consolidación en la diferenciación de acceso a distintas sustancias dependiendo de la clase social y de las fracciones de clase.

Por otros senderos analíticos y metodológicos, atendiendo a las dinámicas locales que se condensan en las prácticas de consumo y a partir de relatos de usuarios/as y ex-usuarios/as en barrios empobrecidos del AMBA, Epele (2010) identifica tres lógicas que involucran distintas sustancias y modos de administración en contextos económico-políticos cambiantes.

² Se sostienen las nominaciones de los autores a fin de ser respetuosa con su producción.

La primera es la "lógica del compartir" y tiene lugar a mediados de la década de 1980, momento en el que la autora señala que se expande el clorohidrato de cocaína prioritariamente inyectado. Esta lógica está caracterizada por un consumo no-individual (en redes de consumo localizadas barrialmente) en el que los objetos necesarios para inyectarse (jeringas, agujas, vendas) eran compartidos dentro de los grupos³. Estos se reunían en espacios relativamente resguardados –entre otras cuestiones como forma de prevención respecto de posibles sobredosis– a las miradas externas y en el resguardo de ciertas regulaciones basadas en el respeto y el castigo. El compartir, según la autora, hace referencia a:

Un tipo de transacciones en las que alguien que quiere o necesita tomar y no tiene, recibe por parte de otro u otros algo de droga (...) [enmarcadas en] los flujos de bienes y derechos se articulaban con una movilidad social y territorial. (Epele, 2010, p. 102-103).

Esa movilidad social y territorial que plantea Epele (2010), es porosa, no constreñida.

La segunda se trata de "la lógica empresarial" y se ubica aproximadamente desde mediados de la década de 1990 hasta la crisis económico-política del 2001-2002⁴. En este período, y fuertemente condicionados con la expansión del VIH-SIDA, los patrones de morbi-mortalidad aumentaron debido a la epidemia y a las muertes violentas. A partir de la muerte de los/as jóvenes usuarios/as, la modalidad de administración del clorohidrato de cocaína viró de la inyección hacia la inhalación. Esta modificación, según la autora, implicó mutaciones en las prácticas de consumo: es más accesible ya que no requiere un saber hacer propio de la inyección ("encontrar la vena", no desangrar, curar la herida, cuidar una infección); e implicó un corrimiento hacia una práctica individual e individualista posible de ser realizada en la vía pública. En esta década también se visibilizan y/o acrecientan los consumos de psicofármacos. Estas particularidades se articulan con la erosión de los códigos de antaño –la regulación territorial de la violencia, el aumento de presencia policial en los barrios, los cambios en las fuentes de provisión de dinero debido al incremento de la precarización y el desempleo– y a la emergencia de nociones locales tales como "cobrar", "asustar", "amenazar", "engañar" que comienzan a adquirir centralidad en detrimento del respeto y el castigo. Con posterioridad a la crisis económico-política del año 2001, la autora identifica la tercera lógica, "la lógica del consumir(se)", signada por la expansión de cocaínas de mala calidad, específicamente pasta base/paco.

³ Es necesario considerar que mientras que en algunos países –a fines de la década de 1980 y principios de 1990– se expanden las salas de consumo de drogas llegando a ser modalidades de abordajes formales (Schatz y Nougier, 2012); en Argentina, este tipo de iniciativas no han tenido lugar.

⁴ La "lógica empresarial" argumentada por Epele no se basa en la producción mercantil de sustancias –en lo que algunos llaman narcotráfico– sino en la consideración en la cotidianeidad de las poblaciones desfavorecidas de las consecuencias del postulado de que los sujetos son "individuos" en un contexto de precarización laboral, crisis económica, perpetración policial barrial, mala calidad de sustancias, entre otras dimensiones.

Este momento se encuentra impregnado por la consolidación de nuevos –y no por ello perdurables– códigos; la modificación en las transacciones territoriales; y la exposición abierta a la mirada de los otros debido al nivel de compulsividad y deterioro que generan las cocaínas fumables (Epele, 2010).

Siguiendo esta genealogía, Candil (2019), a partir de una investigación sobre tratamientos ambulatorios públicos sobre los consumos problemáticos de drogas entre los años 2012-2013, observó que existe una multiplicidad de modalidades de consumo intensivo que depende no solo de las diversas sustancias sino también de sus modos de administración y de sus variaciones en el tiempo. Tiempo signado por procesos económico-políticos que dan ritmo y posibilitan las modalidades de consumo, aun cuando quienes usan las diversas sustancias de forma intensiva se encuentran realizando tratamientos. También sostiene que las tres lógicas descritas por Epele (2010) parecieran modificarse en sus pesos relativos. La "lógica del compartir" pareciera virar de aquellas drogas y modalidades de administración (cocaínas inyectables) que son consideradas las más dañinas por los consumidores a aquellas que son consideradas, desde las perspectivas de los usuarios, las más leves (marihuanas fumables). Esto es debido a que, en términos locales, "se comparte lo que es barato", con lo cual queda planteada en términos de subsunción –subordinación e inclusión– a "la lógica empresarial" en el sentido de que el cálculo en lo que es intercambiable estaría dado por el precio. Inyectarse y fumar cocaínas aparecen como las prácticas más nocivas, siendo la inyección "respetada" a la vez que "discriminada". Las cocaínas fumables podrían continuar siendo localizadas en "la lógica del consumir(se)" en coexistencia con "la lógica empresarial".

La riqueza de las producciones reseñadas se basa en que, desde diferentes enfoques, dan cuenta de que la droga (en singular) es una categoría homogeneizadora en la que se engloban una multiplicidad de sustancias. A partir de este señalamiento, se interroga la consideración clásica de la droga –substancializada– al vincular las modalidades de consumo a los momentos históricos que dan forma a los lazos, transacciones y relaciones que se tejen en torno a su utilización, permitiendo reparar en la espesura que se oculta tras las estadísticas (Farmer, 2003). Esto permite ampliar la mirada sobre las clásicas producciones que asocian –sin un análisis detenido– juventud-pobreza-drogas-delincuencia (favoreciendo muchas veces y a pesar de sus esfuerzos, asociaciones estigmatizadoras) y también aquellas específicas que se focalizan en el consumo de alcohol según las franjas etarias –especialmente en la adolescencia y/o en la juventud temprana–. En las producciones reseñadas se ve que, si se prioriza una mirada global, se pierde de vista la cotidianeidad de las relaciones y vinculaciones. Y si se tiene una mirada detenida en las genealogías barriales, aparece el problema de la generalización.

Por otro lado, en nuestro país y en las últimas décadas, las agencias oficiales nacionales, realizaron estudios epidemiológicos que atienden a la magnitud del consumo de sustancias. El informe "La situación epidemiológica en Argentina al 2012" (OAD-SEDRONAR, 2012)⁵, por primera vez, realiza una comparación entre todos los estudios anteriores⁶. Según este informe, las personas buscaron tratamientos para reducir y/o dejar de consumir clorhidrato de cocaína (38%), alcohol (20.5%), marihuana (10.5%), pasta base (9.8%), policonsumo (9.9%) (consumir varias sustancias) y fármacos no recetados (4%). En este sentido, el clorhidrato de cocaína y los alcoholes fueron las sustancias más problematizadas socialmente en ese año, en el estricto sentido de que los/as usuarios/as acudieron a servicios especializados –profesionalizados o no– para reducir y/o dejar su consumo. En el año 2017, la misma agencia realizó otro estudio (OAD-SEDRONAR, 2017) que señala, en relación con la población general de 12 a 65 años (no necesariamente la que accede a los tratamientos), que:

El consumo de alcohol y tabaco presenta prevalencia más altas, ya sea de vida, año y mes, seguida por el consumo de marihuana; el consumo reciente de alguna droga ilícita pasó del 3.6% en el año 2010 al 8,3% en la actualidad; para todas las drogas ilícitas, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres. (OAD-SEDRONAR, 2017, p. 21).

Este mismo estudio asegura que "menos de 1 de cada 100 personas que registraron haber tenido algún tipo de consumo durante el último año, realizó tratamiento" (OAD-SEDRONAR, 2017, p. 23) y que el 73% de quienes realizaron tratamientos, no presentaban indicadores de necesidades básicas insatisfechas. También señala que del 100% de quienes buscaron tratamientos, el 52.9% realizó algún tipo de tratamiento mientras que el 44.2% no lo hizo (OAD-SEDRONAR, 2017) y que de ese 100%, la mayoría fueron varones (59.2%) y en menor proporción mujeres (35.8%)⁷ (OAD-SEDRONAR, 2017). En relación con las sustancias consumidas que motivaron las consultas, señalan que "las registradas en mayor proporción fueron marihuana (27.3%), cocaína (22.5%) y alcohol (22.3%)" (OAD-SEDRONAR, 2017, p. 29-30). También resaltan que la pasta base/paco fue de 10.4%, por lo que es posible afirmar que las consultas por cocaínas (en plural: en cualquiera de sus formas y calidades) ascienden al 32.9%.

⁵ La mayoría de los estudios, generalmente basados en metodologías cuantitativas, sostienen que desde principios del presente milenio se ha dado una expansión de los usos de drogas, dando cuenta de que con el paso de los años, y a medida que las unidades de análisis se empequeñecen (nacional-provincia-ciudades-"villas de emergencia"), aumenta tanto la prevalencia de vida (la cantidad de personas que consumió drogas alguna vez en su vida) como la intensidad del consumo (la cantidad de drogas consumidas y la frecuencia de ingesta). Si interesara ahondar en los históricos estudios epidemiológicos, se sugiere consultar la página web: www.sedronar.gov.ar

⁶ Es importante tener en cuenta que si bien se han realizado estudios epidemiológicos desde fines de la década de 1990, recién en el año 2005 se instituye en el país el Observatorio Argentino de Drogas, productor principal de estadísticas en la temática (Corda, Galante, Rossi, 2014). En otras palabras: hace poco más de una década que Argentina cuenta con un productor de estadísticas oficiales y recién en el año 2012, se pueden establecer comparaciones con los estudios previos realizados, debido a que se ajustaron los indicadores metodológicos que imposibilitaban tal pretensión. Este informe diferencia y disocia a los consumos en función de los estatutos que le otorga a las distintas sustancias: de uso indebido (tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica); ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base/paco, otras); tabaco y alcohol. Sostiene que las sustancias más consumidas en el país son el alcohol, estimulantes sin prescripción médica, marihuana, clorhidrato de cocaína y pasta base/paco –en este orden–. En todos los casos, la prevalencia de vida es mayor que lo que era en el año 2004, es decir, que más personas consumen drogas.

En el año 2015, otro estudio –no realizado por las agencias oficiales– señaló que, en Argentina, a medida que desciende el nivel socioeconómico –estudios, empleos y residencia–, se acrecienta la presencia de venta de drogas y también se intensifica su consumo (Salvia, 2015).

En lo que respecta a la consideración de consumo problemático, el artículo Nro. 2 de la Ley 26.934 sancionada en el 2014 y que dispuso del Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos, formaliza la siguiente definición:

Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Ley 26.934, 2014)

En lo que respecta a las perspectivas académicas socio-antropológicas críticas sobre la salud, en las últimas décadas se estableció una suerte de acuerdo sobre concebir a la noción de droga como una construcción médico-penal (que prohíbe y permite el consumo de ciertas sustancias y no de otras) y que la dosificación (la cantidad ingerida) es de importancia. También, existe una suerte de acuerdo implícito en nominar como consumidorxs a quienes usan las llamadas drogas y que esta nominación engloba la presencia y atravesamiento del modo de producción –capitalista– en la cotidianidad de la vida (Epele, 2009). Por su parte, se suele llamar como consumidores problemáticxs de drogas a aquellxs sujetxs que usan sustancias psicoactivas de manera intensiva y dependiendo de la contextualidad: mientras que en el clorhidrato de cocaína y pasta base usualmente se denomina "gira" al consumo durante varios días; en los alcoholes se identifica al estar "borrachx" varias veces a la semana; en la mezcla de pastillas con alcohol, estar "puestx" durante varias horas, en reiteradas oportunidades. En lo que respecta a las calidades, como todos los objetos y servicios, existe un amplísimo abanico de calidades –como la comida que comemos, como las telas de las ropas que vestimos, como los cobijos que creamos o encontramos y así podríamos pasar por cada detalle de nuestras vidas–, también de las drogas. En los apartados posteriores, nos centraremos en algunas de las implicancias de las drogas de mala calidad cuando son consumidas intensivamente.

Al tiempo que, en general, las perspectivas clásicas que abordaron los usos de tóxicos hicieron hincapié en los malestares que producen o pueden producir las ingestas de sustancias, las perspectivas críticas consideraron que los diversos usos– incluso

⁷ Dicho estudio no discrimina como categoría a las llamadas disidencias, por lo que no es posible señalar datos respecto de esta población.

aquellos considerados intensivos o problemáticos– pueden conllevar padecimiento, pero también placer para quienes las consumen (Epele, 2010; Renoldi, 2014). Desde esta perspectiva, no todo uso de drogas se constituye como un consumo problemático y ello estará determinado por una multiplicidad de factores vinculados a el tipo de sustancia, las cantidades y frecuencias de consumo, la relación que establecen las personas con dichas sustancias y las prácticas que realizan en el campo de lo posible que abren los contextos sociales, históricos, políticos, culturales particulares y, como sabemos, desiguales. Otra cuestión de importancia es que, desde las perspectivas críticas, las drogas son un elemento más (no el único) de las vidas de algunas personas y que, en ocasiones –y como veremos más adelante en un porcentaje pequeño, pero no por eso menos importante–, pueden organizar y problematizar la cotidianidad de la vida.

Hasta aquí, algunas consideraciones sobre las nociones de drogas y los consumos problemáticos. Como habrán visto, lejos de pretender una tipificación y/o de proponer una retícula clasificadora, les ofrecemos un acercamiento a diferentes cuestiones y textos (bibliográficos y en variadas fuentes secundarias) a fin de dimensionar –y evitar dar por sentada cierta claridad en– la complejidad que se engloba en una nominación que se convirtió en los últimos años en legítima dentro de un campo de saber y dentro de las políticas públicas.

A continuación, detengámonos brevemente en los modos históricos sobre los abordajes a lxs usuarixs de las mismas.

Las perspectivas generales sobre tratamientos a lxs usuarixs de drogas

Según las Naciones Unidas (2018), en el año 2018, aproximadamente 275 millones de personas consumieron drogas en el mundo (alrededor de 5,6% de la población mundial entre 15 y 64 años). Entre esos 275 millones de personas, 31 millones podrían considerarse, según este organismo, como consumidoras problemáticas: “el uso que hacen de las drogas es dañino hasta el punto de que necesitarían tratamiento” (Naciones Unidas, 2018, p. 6, traducción propia). Según las estimaciones de este organismo internacional, sólo una de cada seis personas consumidoras problemáticas de drogas, recibe tratamiento en el mundo (Naciones Unidas, 2018).

Lejos de presentarse como un bloque homogéneo en el que puedan equipararse los usos de sustancias en todo el mundo, las drogas, los patrones de consumo (qué drogas, dónde se consumen, de qué manera se ingresan al cuerpo, con quiénes) y los tratamientos que tienen por objeto trabajar con lxs usuarixs se diferencian. Estas diferenciaciones se establecen según la expansión de las distintas drogas en las

grandes áreas geográficas vinculadas a los procesos de producción de las drogas/mercancías (Escohotado, 1996; Astarita, 2005). Y, las demandas de tratamiento en las diversas regiones se correlacionan con la –amplia y general– división entre los opioides y las cocaínas (Naciones Unidas, 2012). En Europa, Asia –y crecientemente en Norteamérica–, los derivados del opio presentan gran extensión –las heroínas principalmente–. En las Américas, los derivados de la hoja de coca se han expandido fuertemente en las últimas décadas –el clorhidrato de cocaína y los productos vinculados al proceso de producción: el crack, la cocaína básica, el bazuco, la pasta base/paco, entre otros– (Arriagada y Hopenhayn, 2000).

Según los organismos internacionales, ciertas producciones académicas y organizaciones que disputan los abordajes sobre lxs usuarixs, pueden registrarse dos tendencias generales en los tratamientos a lxs usuarixs de los diferentes tóxicos en las distintas regiones planetarias: aquella tendiente a la supresión del uso de drogas, usualmente llamada abstencionista-prohibicionista; y aquella tendiente a la disminución de los padecimientos directamente asociados a los usos de tóxicos, usualmente llamada reducción de riesgos y daños. Estas perspectivas tienen lugar en las distintas regiones, naciones y ciudades con características diversas, y posibilitan una mirada abarcadora del panorama global. Genéricamente, se sostiene que estas tendencias adquieren particularidades en función de: la extensión de las diversas drogas por regiones; a la geo-localización de los Estados; a las riquezas de los países y a los presupuestos que destinan al abordaje de lxs usuarixs; a las prescriptivas que recaen sobre quienes las consumen según las regulaciones jurídicas nacionales, entre otras cuestiones (Organización Mundial de la Salud, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2010; Naciones Unidas, 2012; Centro de Estudios de Drogas y Derechos, 2014).

Ahora bien, ¿cuáles son los fundamentos e implicancias de cada una de estas perspectivas? La perspectiva abstencionista-prohibicionista plantea la tolerancia cero frente a la producción, venta y consumo de sustancias prohibidas. Según Inchaurrega (2003), esta perspectiva se fundamenta en la consideración del consumo de drogas como un delito y de las personas consumidoras como delincuentes que, por ello, deben ser castigadxs; y coloca el énfasis en la sustancia y en las medidas legales y penales dirigidas a sus usuarixs. Desde esta concepción, se desarrollan acciones con vistas a dificultar el acceso a las sustancias, divulgando algunas de las posibles consecuencias de su utilización, destacando sus efectos nocivos y las penas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión. A las personas consumidoras de sustancias suele considerárselas como transgresoras de las normas sociales que requerirían de atención para garantizar seguridad tanto para ellxs como para la sociedad. Asimismo, esta mirada suele entrecruzarse con concepciones basadas en

un modelo médico-sanitario clásico que considera a lxs sujetxs, en tanto pacientes, como "enfermos" que necesitan un tratamiento y no un castigo. Por ello, esta perspectiva sostiene (implícita o explícitamente) que el objetivo es curar a lxs "drogadictxs" y "reinsertarlxs" en la sociedad y que esa cura consistiría en la interrupción del consumo (Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2011).

Por su parte, la perspectiva de reducción de daños se plantea como una alternativa que, basándose en la consideración de lxs usuarixs como ciudadanxs, apunta a minimizar los daños ocasionados por las políticas represivas y abstencionistas, evitando que sean objeto de persecuciones policiales y exclusión social (Inchaurreaga, 2003). Algunos de los objetivos de esta perspectiva en Latinoamérica son: garantizar el contacto entre las agencias de salud y lxs usuarixs –con el objetivo de que las primeras brinden la ayuda necesaria (desintoxicación, tratamiento, etc.)–; distribución de jeringas, preservativos, materiales desinfectantes; impedir el contagio de enfermedades por vía intravenosa; reducir el consumo de drogas; evitar el consumo de estupefacientes rebajados con otras sustancias más peligrosas; buscar "soluciones" en relación con la situación laboral y familiar; disminuir los riesgos asociados a la criminalización que acompaña al consumo de drogas (Vázquez Acuña, 2003).

En Norteamérica, Europa Occidental y Oceanía, en las últimas décadas, se han extendido y formalizado iniciativas encuadradas en la perspectiva de la reducción de daños. Las principales estrategias de implementación son: intercambios de agujas y jeringas, y venta libre de agujas en las farmacias (directamente vinculados a disminuir la transmisión de VIH entre usuarixs inyectables); salas de consumo regulado (espacios higiénicos y con personal médico en los que consumir drogas); tratamientos de sustitución de opioides (principalmente de heroína inyectable por metadona oral y en menor medida buprenorfina sublingual); entrega de nalaxona (para tratar las sobredosis por heroína en Europa Occidental y los Estados Unidos), entre otras (Shatz y Nouguier, 2012; Naciones Unidas, 2012; Hunt, Trace y Bewley-Taylor, s/f). En cambio, en Europa del Este, Asia, África y América Latina, estas estrategias no cobraron carácter masivo (Organización Mundial de la Salud, 2008; Shatz y Nouguier, 2012; Naciones Unidas, 2012 y 2018).

En nuestro país, desde hace algunos años, existe una suerte de acuerdo en que no todx usuarix de sustancias presenta un consumo problemático y que los usos intensivos de drogas se vinculan a la esfera de la salud y no a la esfera punitiva. Sin embargo, a pesar de la modificación en los marcos regulativos –específicamente la llamada Nueva Ley de Salud Mental– así como también a los fuertes replanteos en las modalidades de intervención sobre la temática –tendiente a la reducción de riesgos y daños–, lxs consumidorxs de drogas suelen ser criminalizadxs, y las diversas líneas de

acción para abordar a lxs usuarixs, a grandes rasgos, se encuadraban en la directriz punitiva hasta hace poco tiempo atrás (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, s/f; Centro de Estudios de Drogas y Derechos, 2014). Así, la perspectiva abstencionista-prohibicionista que se vincula a la directriz punitiva se fue articulando desde principios del siglo XX y la propuesta de reducción de daños fue nombrada oficialmente como política de Estado hace pocos años.

Los abordajes a lxs usuarixs de drogas en Argentina

La regulación estatal en relación con las drogas en Argentina, según la bibliografía académica disponible, se remonta a principios del siglo XX. En el año 1919, se prohíbe la venta libre de fármacos que contuvieran opiáceos o cocaína (Touzé, 2006), se regula la importación de estas sustancias y se instituye un sistema de registro para documentar los estipendios de las mismas (Corda, Galante y Rossi, 2014). A partir de ese momento, se desarrollan una serie de lineamientos para el abordaje de la droga –cosa/mercancía–, basada en la penalización/despenalización/legalización de su tenencia (Garbi, 2009) y de lxs sujetxs que de ellas hicieran uso –consumidorxs/usuarixs–, fundada prioritariamente en la matriz abstencionista-prohibicionista (Splak y Grigoravicius, 2006; Corda, Galante y Rossi, 2014). Corbele (2019) al historizar la construcción del problema de las drogas en nuestro país, señala que, a principios del siglo pasado, los usos de drogas eran concebidos como:

Una aflicción con propensiones delictivas, la suerte de toxicómanos y narcotizantes no fue muy diferente a la de los vagos, mendigos, alcohólicos y homosexuales. Considerados portadores de una especie de estado de peligrosidad, se trataba de personas que estuviesen o no cometiendo un delito, era preciso encerrar y aislar para evitar el contagio por la imitación o sugestión y, de este modo, neutralizar la amenaza que suponían para la sociedad. (p. 16)

Y que para el abordaje de las personas que usaban drogas consideradas toxicómanas, se solaparon perspectivas higienistas, criminológicas y psiquiátricas de lxs incipientes científicxs que ocupaban puestos en el embrionario aparato burocrático del Estado (Corbele, 2019).

Según Touzé (2006), es en la década de 1960 que la cuestión de las drogas asume la forma de problema social en nuestro país, articulándose con la perspectiva estadounidense sobre el tema. En ese momento, se distinguió entre los países productores y de Drogas, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social Nacional. A mediados del año 1989, se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Droga-

dicción y el Narcotráfico, dependiente directamente del gobierno nacional. Ese mismo año, también, se sanciona la Ley 23.737 –vigente en la actualidad– que penaliza el tráfico de drogas, la tenencia simple y la tenencia para el consumo personal formalizando y criminalizando el uso de drogas⁸ (Touzé, 2006).

En la provincia de Buenos Aires, a principios de la década de los '90, se instituye la Secretaría de Atención y Prevención a las Adicciones –hoy llamada Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones–, que llegó a conformarse por dos centros de desintoxicación, 189 Centros Provinciales de Atención (comúnmente llamados CPA) y nueve comunidades terapéuticas distribuidos en la mayoría de los municipios de dicha provincia (SADA, s/f). Además, en las últimas décadas, algunos hospitales generales crearon servicios especializados en toxicomanías. También dentro de la esfera privada –aunque mayoritariamente con financiamiento público–, algunos nosocomios incorporaron tratamientos –mediante el aislamiento y/o el encierro⁹ – para lxs usuarixs de drogas. Y, en los últimos años, además, se crearon una multiplicidad de dispositivos especializados (Dispositivos integrales de abordajes territoriales, Casas de atención y acompañamiento comunitario, entre otros) en parte de los territorios del país¹⁰.

Los primeros abordajes institucionales a los usos de drogas se enmarcaron en los tratamientos ambulatorios: no requerían que lxs usuarixs residieran en la institución en la que se desplegaba la terapéutica. Los equipos de tratamiento estaban conformados por psiquiatras, posteriormente psicólogxs y más tarde, trabajadorxs sociales. En la actualidad se observa una preeminencia de psicólogxs, psiquiatras y trabajadorxs sociales –cuando las instituciones cuentan con la experticia profesional– en los servicios de salud que tratan a lxs jóvenes y adultxs que consumen drogas, indistinto del tipo de tratamiento¹¹. Es decir, no es novedosa la incorporación de nuestra disciplina en las instituciones de abordaje.

⁸ Si interesara ahondar en las diversas sanciones jurídicas, fallos judiciales y leyes que regularon las tenencias y consumos de drogas, se sugiere “El discurso jurídico en torno a la tenencia de drogas para consumo personal: un recorrido analítico por los precedentes jurisprudencias y fallos recientes” de Garbi (s/f), “Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina” de Corda (2010) y el primer capítulo del libro “Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas” de Camarotti, Jones y Di Leo (2017).

⁹ La expresión “aislamiento y/o encierro” aquí hace referencia a una multiplicidad de dimensiones: las internaciones psiquiátricas, la convivencia en comunidades terapéuticas, las prescripciones de internación mediante “oficios judiciales”, entre otras. En nuestro país, las instituciones y servicios que abordan los consumos de drogas bajo este régimen de movilidad son, generalmente, de “puertas abiertas”.

Paralelamente a la conformación de las instituciones públicas de tratamiento a usuarios/as de drogas, fueron creciendo los llamados "espacios de pares" y/o "grupos de autoayuda": Narcóticos Anónimos (NA) y Alcohólicos Anónimos (AA) son los más extendidos. Si bien los orígenes tanto de AA (1936) como de NA (1953) tienen orígenes estadounidenses (Ohio y Los Ángeles, respectivamente), se difundieron en Argentina rápidamente. El primer grupo de AA se reunió en 1952, en Buenos Aires; y el primer grupo de NA a inicios de la década del '80. Ambas modalidades se basan en la metodología de los llamados "Doce pasos" y/o método Massachusetts (Lorenzo, 2012). En la actualidad, se encuentran ampliamente difundidos en los barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires¹².

Por su parte, las comunidades terapéuticas, iniciadas en Estados Unidos y Europa, comienzan a implementarse en Argentina en 1978 bajo el denominado "Programa Andrés" (Renoldi, 1998)¹³. Actualmente, estos servicios desarrollan tendencias terapéuticas disímiles y hasta contrapuestas entre sí, que van desde grupos de pares hasta abordajes dirigidos por equipos profesionales interdisciplinarios. Es por tal multiplicidad de orientaciones terapéuticas, dentro de estas instituciones, que no es posible clasificarlas más que por el hecho de que todas ellas –al implicar residencia institucional– se sustentan en el aislamiento y/o encierro (Garbi, 2013). Sin embargo, se suele sostener que es la terapéutica más demandada por los/as usuarios/as de drogas y sus redes de proximidad, debido a que posibilita tomar distancia de los

¹⁰ Para un detalle se sugiere consultar el último Censo de centros de tratamientos realizados por la SEDRONAR (2018).

¹¹ Según un estudio oficial nacional sobre centros de tratamiento, realizado en el año 2008, "hay una mayor presencia de psicólogos y operadores terapéuticos (42.7% y 29.8% respectivamente) en el total de profesionales dedicados a la atención de pacientes" (SEDRONAR, 2009, 45). Para el año 2011, esa agencia señala que "tanto en dispositivos generales como específicos, el 80% cuenta con psicólogos y psiquiatras y en un 50% con trabajadores sociales, y por lo tanto son las profesiones con mayor presencia" (SEDRONAR, 2016: 7). Y, para el año 2018, el último estudio señala que "psicólogos y trabajadores sociales son los profesionales que se encuentran en mayor número de centros, indistintamente del tipo de atención" (SEDRONAR, 2018: 5).

¹² En el año 2008, Alcohólicos Anónimos contaba con 890 grupos distribuidos en el país, de los cuales el 50% se localizaban en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Narcóticos Anónimos, contaba con 150 grupos y la mayoría se encontraba emplazada en la misma área (SEDRONAR, 2009). En la actualización del Censo de Nacional de Centros Tratamientos de los años 2011 y 2018 realizado por la SEDRONAR no aparecen diferenciados Alcohólicos Anónimos ni Narcóticos Anónimos de otras organizaciones de la sociedad civil, con lo cual no se cuentan con datos oficiales para poder refrescar las cifras.

¹³ Los antecedentes de las comunidades terapéuticas son de raíces estadounidenses e italianas que datan de las primeras experiencias residenciales en la década de 1960. Ya en la década de 1970, se cuestiona el llamado "modelo estadounidense" desde la corriente de desmanicomialización promovida principalmente por Basaglia en Italia. Ambas corrientes, si bien se diferencian entre sí, tienen una continuidad en cuanto a que los/as usuarios/as son concebidos/as como sujetos frágiles (mientras que en la reminiscencia norteamericana son concebidos como fallidos moralmente, en la herencia italiana son pensados como frágiles en cuanto a su constitución de vínculos con el mundo). La expandida distinción entre uso, abuso y dependencia, es tributaria de la perspectiva italiana que ha descreído y criticado fuertemente la institucionalización de los/as usuarios/as de drogas, generando y sofisticando las modalidades de tratamiento, incluyendo en su desarrollo espacios de arte-terapia, talleres, etc. (Renoldi, 1998). Si interesara ahondar en la historia de las comunidades terapéuticas, se sugiere leer "Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos" de Rodríguez (2009).

conflictos que tienen lugar en los barrios en los que habitan, al menos en el AMBA (Epele, 2010). Y, además, los históricos discursos dominantes generaron la asociación de que el aislamiento y/o encierro es la mejor modalidad de tratamiento para que los/as consumidores/as intensivos de drogas dejen de usarlas. Para el año 2008, la mayoría de las comunidades terapéuticas eran privadas o estaban subvencionadas en parte por el Estado, siendo una minoría la que se encontraba en la esfera pública (SEDRONAR, 2009); en el año 2018, esta modalidad de atención residencial continuaba teniendo un mayor peso entre los "dispositivos privados, en OSC [organizaciones de la sociedad civil] o efectores de obras sociales" (SEDRONAR, 2018, p.3). Es decir, aun cuando eran las terapéuticas más demandadas por las poblaciones desfavorecidas, eran las de más difícil acceso en términos económicos.

En las últimas dos décadas, se expandió la modalidad de abordaje que se concretiza en los hospitales de día y de medio día¹⁴. Para el año 2008, existían 161 hospitales de día en el país (SEDRONAR, 2009); una década después, las agencias oficiales contabilizaron 202 hospitales de día de jornada simple, 156 de jornada completa y 92 hospitales de noche (SEDRONAR, 2018).¹⁵

A partir de la década de 1990, cobraron importancia los espacios en iglesias, prioritariamente evangélicas pentecostales. Este tipo de abordaje, que entremezcla terapéutica y religiosidad, opera a través del pasaje mediante el evangelio hacia la salud y la espiritualidad (Castilla y Lorenzo, 2013) y/o de la "conversión" (Camarotti, Di Leo y Jones, 2017).

En síntesis, la heterogénea dimensión sanitaria del dispositivo policial-judicial-sanitario, consolidado en las últimas décadas, en la actualidad se conforma de: servicios especializados y/o profesionalizados ambulatorios; comunidades terapéuticas que llevan a cabo una multiplicidad de abordajes disímiles; hospitales de día, de medio día y de noche; grupos de pares y/o autoayuda; espacios en iglesias; consultorios externos e internaciones en hospitales generales, monovalentes y clínicas; y centros comunitarios de diversas índoles.¹⁶

A partir de las críticas iniciadas por Goffman (1970)¹⁷, Basaglia (1972)¹⁸, Foucault (2009a)¹⁹ y Szasz (2001) hacia las instituciones totales / instituciones de encierro se

¹⁴ El primer Centro de Día en Argentina fue el RedA. El mismo surgió a partir de que los usuarios que eran atendidos en el Fondo de Ayuda Toxicológica –aquella institución fundada en la década de 1960–, no podían sostener la frecuencia de atención psicológica que estaba siendo implementada con una periodicidad de tres veces por semana. Esta cuestión motivó esta modalidad de tratamiento que implicaba ir todos los días, casi todo el día y firmar un contrato de tratamiento en busca de generar "un mayor compromiso" en la búsqueda de "la cura" a través de la participación en talleres además de los espacios psicológicos (Renoldi, 1998).

cuestionó fuertemente la modalidad de abordaje que implica encierro –en cárceles, comisarías, hospitales generales, nosocomios, entre otras–. Puntualmente en los usos de drogas en Argentina, el aislamiento y/o encierro que tiene lugar en la internación psiquiátrica y en las comunidades terapéuticas, fue criticado por: la oposición de las comunidades terapéuticas con la organización de las sociedades urbanas actuales (Kornblit, 2004); la administración de la palabra (Garbi, 2013); las relaciones de poder de tendencia disciplinaria (Bianchi y Lorenzo, 2013); y por la técnica terapéutica del confronto (Garbi, 2011).

Además, y en consonancia con la perspectiva crítica académica, la Ley 26.657 –llamada “Nueva Ley de Salud Mental”–, sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013, prohíbe la creación de nuevas instituciones de encierro –manicomiales y/o monovalentes–; postula que los usuarios de drogas deben ser considerados “pacientes” de las políticas de salud mental –las “adicciones” como parte de las problemáticas de salud mental–; que debe considerarse al aislamiento y/o encierro como último recurso terapéutico y una vez agotadas todas las intervenciones posibles en “la familia y entorno”; ha acotado el tiempo del aislamiento y/o encierro institucional a seis meses como forma de no perdurar la institucionalización; y ha estipulado que para que se suceda una “internación”, el “paciente” debe ser evaluado por un equipo profesional interdisciplinario.

En la misma línea que la crítica hacia el aislamiento y/o encierro y las sanciones jurídicas, se observa –institucional y organizativamente– una positiva ponderación tanto de las psicoterapias como de las llamadas “intervenciones comunitarias”, cuya característica es el tratamiento de las poblaciones –no solo– usuarias de drogas en los propios espacios en los que viven. La valoración de abordajes territoriales se observa también en otros países Latinoamericanos e incluso se enuncia como recomendación de abordaje (Galante, Rossi, Goltzman, Pawlowicz, 2009; Góngona, 2013; Goltzman y Amorín, 2013; Centro de Estudios de Drogas y Derechos, 2014; Capriati, et al, 2015; Camarotti, et al, 2015; Kornblit, et. Al, 2016). Sin embargo, según las agencias oficiales, es la modalidad de atención menos expandida: “la menor oferta es la comunitaria, que representa cerca del 24% total de los centros” (SEDRONAR, 2018, p.19).

¹⁵ No resulta prudente sumar estas cifras ya que un hospital de día puede ofrecer jornadas simples o completas o también puede ofrecer pasar la noche allí. Sin embargo, en cualquiera de los casos, ha crecido la cuantía de esta modalidad de atención en la última década.

¹⁶ Para un detalle se sugiere consultar el VI Censo Nacional de Centros de Tratamiento realizado por la SEDRONAR (2018). Aquí señalo únicamente algunos de los datos relevantes para circunscribir la investigación.

¹⁷ Goffman (1970) considera dentro de la categorización de “institución total” a las cárceles y los manicomios, entendiendo por institución total a toda aquella en la que los habitantes se encuentren encerrados por períodos prolongados de tiempo –aislados de “la sociedad”–, habiten y trabajen en un mismo espacio y donde se lleven a cabo rutinas diarias organizadas.

¹⁸ Tanto Szasz como Basaglia trabajan en torno de hospitales neuropsiquiátricos.

¹⁹ Siguiendo a Foucault (2009a), se consideran en esta categorización los barcos, prisiones, escuelas y manicomios signados por una vigilancia de tipo panóptica donde se despliegan técnicas disciplinarias de poder.

Independientemente de la pertenencia institucional –nacional, provincial y/o municipal, de organizaciones de la sociedad civil o privada– y de las orientaciones terapéuticas, la heterogeneidad de servicios y espacios que abordan a lxs usuarixs de drogas, pueden englobarse en tres grandes tendencias, atendiendo al *régimen de movilidad que implican: encierro y/o aislamiento, semi-residencial y ambulatorio*.

Tanto aquellas modalidades que implican aislamiento y/o encierro –hospitales monovalentes, o especializados, comunidades terapéuticas y nosocomios– como aquellas semi-residenciales –hospitales de día y de medio día y de noche– requieren que lxs usuarixs abandonen –por un largo período o por varias horas al día– el espacio que se encontraban habitando con anterioridad al tratamiento. En cambio, la característica central de la tercera modalidad, la ambulatoria –servicios especializados, grupos de pares, consultorios externos de hospitales generales, centros comunitarios–, es que se apoyan en que lxs usuarixs permanezcan en el espacio habitado y promueve la perdurabilidad de la cotidianidad de sus vidas.

En el año 2003, según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico (2004), existían 886 centros de atención en Argentina²⁰, –de los cuales 271 se encontraban en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires. Cinco años después, en el 2008, la misma agencia (2009) realiza un estudio que señala que la totalidad de centros existentes en Argentina eran 592 (294 centros menos en un lustro) (SEDRONAR, 2009). Para el año 2011, censa a 418 instituciones que atienden a personas que usan intensivamente drogas (SEDRONAR, 2016)²¹ y en el año 2018, 1028 centros de atención (SEDRONAR, 2018).

²⁰ El informe realizado por la SEDRONAR (2004) define a los centros de tratamiento como “todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancia psicoactiva. De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas como un centro especializado solamente en el tratamiento de la toxicomanía (...). Así, se consideran todos aquellos dispositivos terapéuticos, privados, estatales, religiosos u otros que separan al paciente, cualesquiera sea su edad, de su contexto cotidiano de vida: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, clínicas y centros especializados, comunidades terapéuticas, etc., al igual que los llamados “hospitales de día y de noche”. Dispositivos como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, en su modalidad ambulatoria o grupal, también” (SEDRONAR, 2004, 4). Las diferenciaciones que establece este informe pueden sintetizarse en: ambulatorio (29.1%); grupos de autoayuda (40.1%); semi-residencial –hospital de día y/o noche– (6.4%); y residencial (15%). En relación con el financiamiento de los mismos, se registraba que mientras que la esfera pública se concentraba en los tratamientos ambulatorios y los grupos de ayuda mutua, la asistencia privada se encuentra presente tanto en los tratamientos ambulatorios, los residenciales y grupos de autoayuda.

²¹ Y señala que la diferencia en la cuantía se debe a que “fue imposible contactar a los centros, no quisieron responder la encuesta por falta de confianza y falta de tiempo y, en menor medida, porque ya habían dejado de funcionar” (SEDRONAR, 2016); con lo cual, no es posible saber cuántas instituciones menos había en el país en el año 2011.

²² La SEDRONAR caracteriza como ambulatorio a los “dispositivos donde los pacientes asisten con una frecuencia estipulada a tratamiento, el tratamiento cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias individuales, familiares y grupales” (SEDRONAR, 2008: 16).

De la totalidad de los centros relevados en el 2008, el 40% (238 centros) se encontraban emplazados en la provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires; en el 2011, el 43.8% (183 centros); y en el 2018, el 58.2 % (602 centros) (SEDRONAR, 2009; 2016 y 2018). Es decir, en la última década se ha consolidado esta área geográfica como la mayoritaria del país en cuanto a la oferta terapéutica de tratamiento. En cuanto al financiamiento, en el 2008, el 62% contaba con financiamiento público y el 31% con financiamiento privado; en el 2011, el 57,2% tenían financiamiento público, el 29,2% privado y el 8.4% mixto; y, en el 2018, el 59,6% financiamiento público, el 24.5% financiado por obras sociales y cerca del 19% a través de becas estatales. De estos datos se desprende que las instituciones públicas (en cualquier nivel: nacional, provincial o municipal) son las más expandidas en el territorio nacional y se mantiene en el tiempo la tendencia. Considerando el tipo de tratamiento que ofrecen los centros, se constata que los ambulatorios²² fueron y son los más expandidos.

En el año 2008, esta modalidad terapéutica ascendía al 71,9% del total de los centros censados, en el 2011, el 78.5% y en el 2018, el 81,1%. A lo largo del tiempo también puede observarse una permanencia en cuanto al tipo de financiamiento, ya que en su mayor medida son de gestión pública. Otro dato relevante que se desprende del análisis de las estadísticas existentes es que para el año 2008, el 85% del total ofrecía psicoterapias; para el año 2011, 84.2% y para el año 2018, 80%. También el porcentaje de terapias familiares es constante y se puede encontrar en la mayoría de los centros de tratamiento (SEDRONAR, 2008, 2012 y 2018). Sin embargo, más allá de estas cuantificaciones, conviene tener presente que los centros de atención contienen múltiples barreras de acceso (económicas, simbólicas, geográficas y culturales) que dificultan la atención de lxs usuarixs (Touzé, 2006; Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007; Epele, 2010).

Contemplando tanto la magnitud, intensidad y frecuencia de los consumos de drogas, así como también los espacios en los que las mismas circulan, la totalidad de los servicios de atención, fueron caracterizados como heterogéneos (Pawlowicz, Galante, Goltzman, Rossi, Cymerman y Touzé, 2011) e insuficientes (Touzé, 2006). Además, las instituciones y servicios sobre lxs usuarixs de drogas generalmente se encuentran atravesados por los procesos de criminalización y medicalización. Es decir, los centros de atención

²³ En consonancia, Pawlowicz, Galante, Goltzman, Rossi, Cymerman y Touzé (2011) señalan que “el uso de algunas drogas es considerado socialmente un delito y una enfermedad, y las respuestas hacia el problema se enmarcan en el ámbito de lo sanitario y de lo punitivo, produciéndose un entrecruzamiento de lógicas diferentes” (p. 184).

sos de criminalización y medicalización. Es decir, los centros de atención –cualesquiera sean– en tanto partícipes del dispositivo policial-judicial-sanitario, solapan modalidades de criminalizar –concebir a lxs usuarixs como “delincuentes”– y medicalizar –caracterizar a lxs mismxs como “enfermxs”–, dando forma a una violencia específica que se imbrica en los consumos de drogas, según desarrollaron variadas investigaciones (Menéndez, s/f; Vázquez y Stolkiner, 2009; Corda, Galante y Rossi, 2014).²³

En los últimos años estamos atravesando una intensa modificación en lo que respecta a los modos de abordaje a lxs consumidorxs de drogas que lejos está de ser diáfana, por lo que nos desafía a repensar las instituciones en las que trabajamos –directa o indirectamente asociadas a la temática– y, también, nos invita a repensar nuestras prácticas profesionales.

Les proponemos las siguientes preguntas orientadas a la reflexión sobre sus espacios laborales:

- ¿Qué dispositivos pueden reconocer dentro del territorio donde viven/trabajan que aborden la problemática de los consumos de drogas? ¿Desde qué perspectiva lo hacen? ¿Cuáles son sus regímenes de movilidad, modalidades de financiamiento y criterios de acceso?

- Recuperando lo planteado en la actividad al inicio de este apartado, ¿perciben que se tensaron sus concepciones a partir de los aspectos desarrollados en él? ¿Cómo serían sus respuestas ahora?

Para finalizar, les proponemos que lean los siguientes textos:

- CORBELE, Florencia (2019) La construcción social del “problema de la droga” en Argentina, 1919-2018. Revista Ingesta, 1 (1).pp. 14-40. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/121597/CONICET_Digital_Nro.061650ed-afee-4e40-aa13-21c2f33338de_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- CAMAROTTI, Ana y GUELMAN, Martín (2017) “Historia de los tratamientos para los consumos de drogas”. En: CAMAROTTI, Ana, JONES, Daniel y DI LEO, Pablo (2017). Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas. Buenos Aires: Teseo. Disponible en: <https://www.editorialteseo.com/archivos/15055/entre-dos-mundos/>

Bibliografía citada

- ABDUCA, Ricardo (1997, agosto). Poder y consumo. En torno a la hoja de coca (Argentina: 1924- 1990). Ponencia presentada en V Congreso Argentino de Antropología Social. La Plata: UNLP.
- ARRIAGADA, Irma y HOPENHAYN, Martín (2000). Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. Serie Políticas Sociales Nro. 41. Santiago de Chile: CEPAL.
- ASTARITA, Rolando. (2005, agosto). Intervención sobre economía política de la droga. Conferencia en la Facultad de Psicología, UBA.
- AUREANO, Guillermo. (2003). Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política. En C. Cáceres et al. (Eds.) La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: UPCH.
- BASAGLIA, Franco (1972). La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Corregidor.
- BIANCHI, Eugenia y LORENZO, Gimena (2013). "La recuperación es para obedientes": Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas en RELMECS, 3, (1), 1-35.
- CAMAROTTI, Ana et al. (2015). "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo". Salud Colectiva, vol. 11, nº 2, pp. 211-221.
- CAMAROTTI, Ana, JONES, Daniel y DI LEO, Pablo (2017). Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas. Buenos Aires: Teseo.
- CANDIL, Ana (2019) Revisar andares. Tratamientos ambulatorios sobre los consumos problemáticos de drogas. Buenos Aires: Espacio.
- CAPRIATI, Alejandro et al. (2015). "La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar". Revista Argentina de Salud Pública, vol. 6, nº 22, pp. 21-28.
- CASTILLA, Victoria y LORENZO, Gimena (2013). "Consumo de pasta base/paco, prácticas de rescate y religiosidad pentecostal". Sociedad y Reli-

gión, vol. 9, nº XXIII, pp. 54-78.

- CENTRO DE ESTUDIOS DE DROGAS Y DERECHOS (2014). En busca de derechos. Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina. México DF: CIDE.

- RENOLDI, Brígida. (2014). Los problemas de las soluciones: una lectura antropológica de la política en drogas ilegales. Apuntes de Investigación del CECYP, 24: 121-143. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/apuntescecyp/article/view/4148/3391>

- COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA (s/f). Drogas y Democracia: hacia un cambio de paradigma. Disponible en http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf

- CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (2010) Ley Nro. 26.657, Ley Nacional de Salud Mental.

- CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (2014) Ley Nacional N° 26.934 Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos.

- CORBELE, F. (2019) La construcción social del "problema de la droga" en Argentina, 1919-2018. Revista Ingesta, 1 (1).pp. 14-40

- CORDA, Alejandro, GALANTE, Araceli y ROSSI, Diana (2014). Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

- EPELE, María (2009). "Cuerpo, consumo y sujeción: las paradojas del deseo en el estudio del género entre usuarios de drogas". En: GRINBERG, Mabel (ed.) Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia.

- EPELE, María (2010). Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.

- ESCOHOTADO, Antonio (1996) Historia elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama.

- FARMER, Paul (2003). Pathologies of power. California: UCP.

- FOUCAULT, Michel (2009). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI.

- GALANTE, Araceli, ROSSI, Diana, GOLTZMAN, Paula, y PAWLOWICZ, María (2009). "Programas de Reducción de Daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva". Escenarios, nº 14, pp. 113-121.

- GARBI, Silvana (2011). Discursos y prácticas terapéuticas. La noción de uso de droga como síntoma y enfermedad. Ponencia presentada en IX Reuniao de Antropología do Mercosul, Curitiba, Brasil [inédito].

_____ (2013). "La administración de la palabra en las Comunidades - Terapéuticas", en: Epele, María (comp.), Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia.

- GOFFMAN, Erving (1970). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

- GOLTZMAN, Paula y AMORÍN, Eva (2013). Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

- GÓNGORA, Andrés (2013). "Curar comunidades: gubernamentalidad, reducción de daño y políticas de drogas en Colombia", en: Epele, María (comp.), Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia.

- HUNT, Neil; TRACE, Mike y BEWLEY-TAYLOR, Dave. (s.f). Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global. The Beckley Foundation. Programa sobre Políticas de Drogas.

- INICHURRAGA, Silvia (comp.) (2003). Las drogas, entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización. Rosario: CEADS-UNR/ARDA

- KORNBLIT, Ana (comp.) (2004). Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad. Buenos Aires: Biblos.

- KORNBLIT, Ana, CAMAROTTI, Ana y DI LEO, Pablo (2010) Las respuestas legales y sociosanitarias frente a los usos problemáticos de drogas. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

- KORNBLIT, Ana, CAMAROTTI, Ana y DI LEO, Pablo (2011) Prevención del consumo problemático de drogas. Ministerio de Educación de la Nación - Unicef - Instituto Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires). Argentina.

- MENENDEZ, M. I. (s/f). Drogas y violencia simbólica. Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Menendez-15.pdf>.
-
- NACIONES UNIDAS (2012) Informe mundial sobre las drogas 2012. Viena: UNDOC.

- NACIONES UNIDAS (2018) World Drug Report 2018. Viena: UNDOC.

- OAD-SEDRONAR (2017) Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017. CABA: OAD.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Obstáculos para el acceso al tratamiento de sustitución y epidemias de VIH derivadas del uso de drogas inyectables. Disponible en http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/barriersspanish040808_0.pdf.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). Argentina. Datos estadísticos. Disponible en <http://www.who.int/countries/arg/es/>

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010) La política de las drogas y el bien público. Washington: OPS.

- PAWLOWICZ, María, GALANTE, Araceli, GOLTZMAN, Paula, ROSSI, Diana, CYMERMAN, Pablo y TOUZÉ, Graciela (2011). Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. Blanck, E. (coord.). Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional nro. 26.657. Buenos Aires: Eudeba.

- RENOLDI, Brígida (1998). Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes. (Tesis para optar por el título de Licenciatura en Antropología). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- RENOLDI, Brígida. (2014). Los problemas de las soluciones: una lectura antropológica de la política en drogas ilegales. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 24: 121-143.

- RODRIGUEZ, Ana (2009). Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la drogadependencia: sus comienzos. *Cuadernos FHyCS-UNJu*, 37: 317-327.

- ROMANÍ, Oriol (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. En *Salud Colectiva* 4 (pp. 301-318). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2008.v4n3/301-318/>

- ROSSI, Diana, PAWLOWICZ, María y SINGH, Dhan (2007). 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. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

- SALVIA, Agustín (coord.) (2015). Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones de riesgo. Buenos Aires: Educa.

- SCHATZ, Eberhard y NOUGIER, Marie. (2012). Salas de consumo de drogas: evidencias y prácticas. Disponible en http://fileserver.idpc.net/library/I-DPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms_SPA.pdf

- SEDRONAR (2004). Informes sobre el censo nacional de tratamientos. Buenos Aires: OAD.

- SEDRONAR (2009). Censo nacional de centros de tratamientos 2008. Buenos Aires: OAD.

- SEDRONAR (2016). Censo nacional de centros de tratamiento. Argentina. 2011. Buenos Aires: OAD.

- SEDRONAR (2018). Censo nacional de centros de tratamiento, Argentina, 2018. Buenos Aires: OAD.

- SZASZ, Thomas (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

- TOUZÉ, Graciela (org.) (2006). Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, Federación Internacional de Universidades Católicas.

 - VAZQUEZ ACUÑA, Martín (2003) El usuario en la actual política de drogas. En Inchaurreaga, Silvia (Comp.) Las drogas, entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización. Rosario: CEADS-UNR/ARDA

 - VÁZQUEZ, Andrea (2014). "Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento". Saúde Debate, nº 38, pp. 830-839.

 - VÁZQUEZ, Andrea y STOLKINER, Alicia (2009). "Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia". Anuario de Investigaciones, nº 16.

 - VIGARELLO, Georges (1991). La droga, ¿tiene un pasado? En Ehrenberg (comp) Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires. Nueva Visión.
-

Padecimientos de los cuerpos/emociones y los autocuidados posibles

Ana Candil²⁴

Introducción

En el apartado anterior nos centramos en la construcción social del problema de las drogas y de las formas de abordaje hacia lxs usuarixs. Aquí nos centramos en los cuerpos/emociones de lxs usuarixs de drogas y en algunas de las formas de (auto)cuidado para tratar sus padecimientos, estén o no transitando por los enjambres de las políticas sociales específicas. Para ello, primeramente, repararemos de manera sintética en algunos de los estudios de las ciencias sociales sobre la corporalidad a fin de circunscribir analíticamente la lectura de los cuerpos en general, y de lxs usuarixs de drogas en particular. Las perspectivas, dimensiones y análisis posibles que les ofrecemos hacen referencia a usuarixs intensivxs de drogas de mala calidad en las áreas desfavorecidas urbanas. Si bien existen múltiples usos de drogas y vastos y disímiles territorios en los que habitamos y trabajamos, dado el formato del seminario de 4 encuentros, nos abocaremos a las situaciones que suelen ser categorizadas –formal o informalmente– como críticas.

Consideraciones sobre la corporalidad

Leer y analizar la corporalidad puede dislocar dualismos centrales del pensamiento occidental clásico: sujeto/objeto, mente/cuerpo, interno/externo, biología/sociedad (Jackson, 2011). Ejemplos usuales: me duele la cabeza después de un día arrollador laboral, me duele el alma al ver las noticias o después de una ruptura vincular. Usualmente tendemos a pensar y sentir de manera descontextualizada, y, cuando podemos contextualizar nuestros cuerpos/emociones, tendemos a hacer difusas las condiciones de posibilidad de esos estados corporales y anímicos.

²⁴ Con la colaboración de Carmiña Macías en la formulación de las consignas de las Propuestas de reflexión.

Desde hace no tanto tiempo, algunas de las perspectivas analíticas críticas repararon en estos aspectos de modo explícito y señalaron que, mediante la consideración y análisis de algunos procesos, el cuerpo se convirtió en un tópico que permite comprender la estructuración social del capitalismo (Scribano, 2013). Específicamente, señalaron que los cuerpos manifiestan y exponen la modalidad en la que se inscriben las relaciones sociales en lxs sujetxs (Butler, 2009; Scribano, 2007 y 2013). En palabras de Esteban (2013) las "desigualdades sociales de diferente tipo [...] van inscritas en el cuerpo" (p. 14).

Sin embargo, lejos de ser un nudo novedoso de análisis, diversxs autorxs (Le Bretón, 2008; Citro, 2010; Scribano, 2013) mostraron que el cuerpo estuvo presente en el pensamiento occidental desde las reflexiones platónicas (aunque sea para detestarlo), pasando por las producciones antropológicas y sociológicas denominadas clásicas, hasta el día de hoy. Si bien en 1936, Mauss (1979) construyó la noción de técnicas corporales, y en 1975, Foucault (2009) abrió un camino analítico sobre los cuerpos dóciles productos de las disciplinas que datan de la segunda mitad del siglo XVIII, en las últimas décadas los cuerpos advinieron un campo de estudio específico en las perspectiva socio-antropológicas (Shepper Hughes y Lock, 1987; Lock, 1993; Csordas, 1994; Citro, 2010).

En la temática de los consumos problemáticos de drogas y desde la perspectiva crítica, se analizaron específicamente la delgadez (Epele, 2012), el cortar(se) (Epele, 2010), los tics o gestos involuntarios y las performances del rescate (Lorenzo y Castilla, 2013) en el Área Metropolitana de Buenos Aires, y la técnica corporal de la inyección (Bourgois y Schonberg, 2009) y la experiencia de la "abstinencia" (Connors, 1994) en los Estados Unidos. Estas marcas, características y procesos localizados en los cuerpos se vincularon a las formas de padecer de las clases subordinadas en el capitalismo actual. A continuación, y desde la perspectiva abierta por lxs autorxs antes señaladxs, nos detendremos en algunas lecturas sobre el deterioro corporal de lxs usuarixs intensivxs de drogas de mala calidad habitantes de los sectores desfavorecidos de áreas urbanas bonaerenses, para poder concebirlas en su espesor y también para abrir el registro de los modos en los que se tratan sus dolores y padecimientos. Las interpretaciones que les ofrecemos a continuación son producto de un estudio reciente (Candil, 2019).

Interpretaciones sobre algunos padecimientos corporales/emocionales

Interpretaciones sobre algunos padecimientos corporales/emocionales

1. La flacura

El enflaquecimiento pronunciado suele ser considerado como un indicador que misura la intensidad de la ingesta de drogas –mayor ingesta, menor peso– y se vincula directamente con el deterioro corporal. La consideración del cuerpo delgado como indicador de alarma informal pero operante suele ser compartida por lxs usuarixs de las diversas cocaínas, sus redes de proximidad y lxs profesionales especializadx.

A diferencia de lo sostenido desde el sentido común –“no se dan cuenta de nada”–, el registro del cuerpo para lxs usuarixs no resulta homogéneo ni perdurable, sino que presenta variaciones. Mientras que algunxs expresan que durante los largos períodos de consumo no tienen registro de cuánto comen, duermen y/o asean; otrxs tienen un registro de cómo se ven a sí mismxs y cómo posiblemente lxs ven otras personas. Butler (2009) sostuvo que no resulta adecuada la diferenciación radical entre el “yo” y el “tu” [“vos”], debido a que “el vínculo con ese ‘tu’ [vos] forma parte de lo que constituye mi ‘yo’” (p. 48). Retomando relatos de lxs usuarixs analizados en un estudio reciente (Candil, 2019), tanto en la convocatoria a la mirada; en la comparación con otros cuerpos diferentes; en el acceso²⁵ a determinados espacios en los que acudir (o no) en caso de necesitar y poder pedir ayuda; en el recuerdo de la mirada de otrxs próximxs o profesionales; el registro del enflaquecimiento y/o deterioro del propio cuerpo se suele dar a partir del encuentro con otrxs, presente o futuro. Pero cuando lxs jóvenes y adultxs suelen describir cómo se percibían/sentían mientras consumían intensamente, coinciden en señalar que no se daban cuenta o que no les importaba verse demacradxs. Siguiendo a Epele (2010), las modalidades de sentir dolor y placer están arraigadas a “un complejo conjunto de mecanismos de objetivación, fragmentación, extrañamiento y disociación. Por medio de estos procesos, los cuerpos son sentidos en ocasiones como ajenos” (p. 225). Es decir, el (no) sentirse, no se explica ni relaciona únicamente con los efectos de las drogas de mala calidad, sino que las maneras de sentir forman parte de los entramados mayores que condicionan, a la vez que producen, modalidades posibles de sentir(se), de ser sentidos, de percibir(se) y de ser percibidos.

La desigualdad encarnada de lxs jóvenes y adultxs que usan intensamente drogas de mala calidad se anuda en la vida cotidiana con la mirada de lxs

²⁵ Acceso, no habilitación, debido a que la accesibilidad se construye y regula social e institucionalmente, de ningún modo de manera individual (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007).

otrxs –que comparten las condiciones de vida precaria– sobre los padecimientos y enfermedades conocidas, pero también con las estrategias de cuidado: la ingesta de dulces suele amainar las ganas y/o la urgencia del consumo; la modificación de sus costumbres alimenticias ajustadas a la economía doméstica; la frecuencia de la alimentación (almorzar y cenar, es decir, comer dos veces al día, se suele tornarse en una práctica que antes no tenía lugar, debido a que, en ocasiones, "la merca quita el hambre").

Los complejos entramados de encuentros, desencuentros, miradas, preguntas y rumores en el camino a la mejoría no implican necesariamente una interrogación al par opuesto salud-enfermedad, sino que pueden reafirmarlo como eje regulador. Mientras que la delgadez usualmente se asocia al uso intensivo ligado a "estar perdido", a la "enfermedad" y al "estar mal"; aumentar de peso, no tener heridas abiertas, está asociado a un "buen vivir", a estar "bien" o "normal", que se liga al no consumo de drogas, o al menos con una ingesta menos frecuente. Siguiendo a Crawford (1994), la corporalidad está impregnada de "connotaciones respecto de lo que significa ser una buena persona, respetable y responsable" (p. 1348, traducción propia). Castro Pérez (2009), refiriéndose a la asociación gordx/sanx y flacx/enfermx en una comunidad mexicana segregada, sostuvo que "dadas las condiciones de marginación en este lugar, engordar (en el sentido de bien alimentado) es algo que no se da por sentado, como lo hacen las clases urbanas media y media alta" (p. 32). Si bien no es homologable la asociación directa, resulta significativo el llamado de atención que realiza, debido a que no se trata de patrones ni estándares de nutrición, sino que, en el caso de los usos intensivos de cocaínas en los sectores desfavorecidos, comer y/o alimentarse no se da por supuesto (Scribano y Eynard, 2011). Ni, incluso, tener hambre, que también suele ser percibido como una novedad en algunos casos.

El verse no tan flacx, no necesitar usar cinturón para sostener un pantalón, el tacto del propio cuerpo, el aumentar de peso, se suele vivenciar como un indicador de salud. En términos de Aguirre (2004), se acerca al cuerpo-fuerte anhelado en los sectores populares, que:

Se verifica en las formas, la postura y la actividad, seguramente relacionado con el valor de mercado del cuerpo (...) es una representación que mucho tiene de aspiración porque el sector de más bajos ingresos se enferma más, se atiende menos, se muere más y más joven que el resto. (p. 36)

Este cuerpo a alcanzar, proyectado a futuro, tiene que ver tanto con la no ingesta como con el despliegue del aseo, la planificación, el empleo, la

expansión del disfrute, entre tantas otras.

2. Los cortes

Los cortes en los brazos y las manos fueron identificados como una de las consecuencias de la expansión de encarcelamientos a jóvenes a partir de la década de los '90 en barrios populares bonaerenses (Epele, 2010). El cortar(-se) es una técnica corporal (Mauss, 1979), es decir, un determinado uso del y sobre el cuerpo, para no desangrar: hay que saber dónde y a partir de qué movimientos deslizar un elemento punzo-cortante por la piel. También, esta práctica, puede leerse desde las perspectivas post-estructuralistas que sostienen que el cuerpo es un territorio donde se inscriben las relaciones de poder (Foucault, 2009; Shepper Huges y Lock, 1987). En este sentido, desde las perspectivas de algunxs usarixs, implica resistir a las relaciones disciplinarias que tienen al cuerpo como objeto de encierro. Sin embargo, también implica reconocer que ciertas prácticas de resistencia conllevan dolor.

La práctica de cortarse la piel, en los casos en los que los usos de drogas problematizan fuertemente la cotidianeidad de la vida, aunque frecuente no suele ser masiva y, al menos en una investigación realizada en el AMBA (Candil, 2019), presenta diferencias por género. Mientras que, para los varones, el cortar(se) se vincula con estrategias de supervivencia en instituciones de encierro y las heridas se llevaban como "del pasado"; para las mujeres que no estuvieron institucionalizadas por largos períodos denota un nivel de deterioro y exposición concebido como sin retorno.

Desde las perspectivas de lxs usarixs, el cortar(se) las yemas de los dedos o las palmas de las manos o cortar a otrx en esos lugares también refiere a modalidades de contención y atención a las llamadas "sobredosis". Casadó (2012) define a las "autolesiones" como "todas aquellas acciones donde, sin que exista voluntad de muerte, se inscriben y expresan a través del cuerpo experiencias, emociones, vivencias y sensaciones de entumecimiento emocional" (p. 115). La autora señala que no todas las "autolesiones" pueden ser interpretadas de igual modo ya que están modeladas cultural e históricamente. Desde algunas perspectivas psi, las llamadas lesiones autoinflingidas no suicidas son consideradas como uno de los síntomas de los trastornos borderline que tendrían por objeto "liberar el afecto negativo" (Klonsky, 2010, p. 67). De acuerdo con el planteo de Casadó (2012), "si bien para la terminología biomédica la autolesión es un signo, esto es, 'una manifestación objetiva de un estado patológico' (DCM IV TR), en términos culturales la

autolesión es polisémica" (p. 113). A partir de esta consideración, puede inferirse que el cortar(se) la piel puede ser una de las consecuencias de las modalidades en las que los entramados institucionales actúan por acción y/u omisión sobre los cuerpos: que tenga lugar el cortar(se) como táctica para ser cambiado de espacio (de un pabellón penitenciario a la comunidad terapéutica dentro de la cárcel, por ejemplo) y el cortar(se) o cortar a otrx para tratar una sobredosis, expone los malos tratos y desamparo a los que son expuestas las poblaciones desfavorecidas por medio (o no) de la institucionalización. Desde esta línea analítica, es posible afirmar que las prácticas de cortar la piel "transmiten un mensaje sobre el sufrimiento social de las incontables emociones que son literalmente inscriptas en la piel" (Casadó, 2009, p. 79).

3. Las situaciones límite

La perspectiva biomédica define a la "sobredosis" como una "reacción adversa aguda secundaria (...) que cursa con coma más o menos profundo, miosis pupilar y depresión respiratoria que, si es intensa, puede llevar a una parada respiratoria y a la muerte en pocos minutos" (Anoro, Ilundain, Rodríguez, Rossell, Iglesias, Guinovart y Gabari, 2004, p. 602). También se la suele definir como un exceso en los tóxicos que el cuerpo puede metabolizar o "muerte por reacción aguda a las sustancias" (Gómez, Bermejo Barrera y Lopez de Abajo, 2005, p. 152). Estas definiciones fueron extendidas para la elaboración de protocolos para el tratamiento toxicológico que tiene lugar en las guardias hospitalarias (diferenciaciones entre los signos y síntomas de la abstinencia y sobredosis y sus modos de compensación) (SADA, 2012). Sin embargo, estas definiciones no engloban las múltiples implicancias sociales y subjetivas que adquieren los malestares que delinean la corporalidad de lxs usuarixs, ni de las situaciones en las que se despliegan estos padecimientos que, aun no llevando al fin de la vida, dejan marcas biográficas y corporales imborrables, en algunos casos.

Desde las perspectivas de algunxs usuarixs, la "sobredosis" y/o el "tocar fondo" incorporan más sentidos que los señalados por la biomedicina clásica. La "sobredosis" implica un "estar pasadx de droga" pero también otras dimensiones. La mala calidad de los tóxicos, los ritmos de consumo, la escasez de otrxs con quienes contar en caso de necesitar ayuda, los malos tratos y destratos en los servicios de salud, la responsabilización por realizar una práctica "autodestructiva", la escasez de condiciones para sentir placer, se anudan en las "sobredosis". La distancia entre la caracterización biomédica y la de lxs usuarixs puede leerse en la clave de que las prácticas, como así tam-

bién las emociones y los cuerpos, no existen de manera descontextualizada, sino que las condiciones políticas y económicas modelan las formas de vivir, de padecer, de sentir placer y también de morir (Scribano, 2007 y 2013; Pita, 2010).

La "sobredosis", desde las perspectivas de lxs usuarixs, guarda correspondencia, aunque se diferencia de lo que denominaron como "tocar fondo". La "sobredosis" se suele vincular directamente al progresivo deterioro corporal ante el exceso de sustancias ingeridas –usualmente de cocaínas de mala calidad– y a la posibilidad de morir. "Tocar fondo", en cambio, se suele relacionar con una situación extrema, que puede o no estar directamente vinculada al exceso de sustancias ingeridas. Pero que alude a la trama de relaciones que atraviesan lxs usuarixs en los períodos de alta intensidad de consumo. "Tocar fondo" implica un momento y/o situación en el que perciben que "así no se puede seguir". Las situaciones en las que se suele hacer referencia a "tocar fondo" se relacionan con: la sobredosificación de cocaínas; "comas alcohólicos"; olvidos de toda una noche y amanecer golpeado; persecuciones policiales y/o conflictos en el barrio; amenazas de muerte; "giras" de más de cuatro días; fuerte deterioro corporal y delgadez pronunciada. En todos estos registros, "tocar fondo" hace referencia a procesos culturales, sociales y económicos, pero que suelen ser experimentados, en la mayoría de los casos, como cuestiones individuales.

Epele (2001b) señaló que la experiencia de vastos sectores de la población está enraizada en la cronicidad del trauma vinculado al sufrimiento social. Lejos de las perspectivas que tienden a responsabilizar a lxs usuarixs y a sus redes vinculares, tanto "tocar fondo" como las "sobredosis" se inscriben en procesos que desbordan las individualidades, aunque generalmente suelen ser descritas en esos términos. No es excepcional escuchar frases tales como: "esto me pasó a mí porque yo quise, nadie me obligó". Justamente por ello, es necesario considerar que "la cronificación (...) de situaciones traumáticas ligadas a la profundización de la marginalización social, van cubriendo progresivamente todas las áreas de la vida cotidiana y se transforman en un daño que tiene consecuencias más o menos permanentes" (Epele, 2001, p. 119).

Funes Artiaga y Romaní (1985), a partir de una etnografía con usuarios intensivos de heroína en España, postularon la noción de situación límite para hacer referencia a una vivencia catastrófica, inminente o presente que puede ser generada por múltiples situaciones en las que el padecimiento se

presenta de manera plena. En palabras de los autores:

Se ha llegado al punto extremo y el padecimiento, el conflicto o una momentánea lucidez (...) quizás el modelo de situación límite más conocido en la práctica clínica sea el derivado del malestar y la frustración que genera el consumo en su fase más destructiva. (Funes Artiaga y Romaní, 1985, p. 98).

Las "sobredosis" y el "tocar fondo" hacen referencia a situaciones límite e implican un complejo que discurre en la vida de lxs usuarixs, en ocasiones a modo de hito, de acontecimiento importante en las trayectorias de consumo y de vida. Y en ambos complejos, estas vivencias se hilan, desde la perspectiva de algunxs usuarixs, a la necesidad (consumada o no) de acceso a un servicio de salud y/o tratamiento especializado. Mientras que en las "sobredosis" la primera institución referida suele ser el hospital, al que generalmente les resulta dificultoso acceder; el "tocar fondo" suele hilvanarse con la disposición de realizar un tratamiento especializado en consumos de drogas. Sin embargo, lejos de una causación lineal –situación límite–acceso al sistema de salud– generalmente los caminos son mucho más complejos. Cabe tener presente que estos caminos –llamados itinerarios terapéuticos desde las perspectivas analíticas e institucionales recientes–, concretizan procesos de psico-medicalización, desigualdad en el acceso a los servicios de salud, barreras institucionales (distancia geográfica, negligencias y/o negación en la atención, carencia de dinero para trasladarse, sospechas, ausencia de insumos en los hospitales, etc.) que se anudan, atraviesan y padecen con desesperaciones, angustias y miedos, además de con cierta esperanza de encontrar alivio y satisfacción.

Propuesta de reflexión

A partir de los planteos desarrollados hasta aquí, les proponemos seguir reflexionando a partir de la siguiente expresión:

Las "desigualdades sociales de diferente tipo [...] van inscritas en el cuerpo" (Esteban, 2013, p. 14).

- ¿De qué manera consideran que las desigualdades sociales se expresan en los cuerpos y en las subjetividades? ¿Se les ocurre algún ejemplo?

- ¿Cómo creen que las políticas sociales y las instituciones conciben estas manifestaciones de las desigualdades en los cuerpos y emociones de sus usuarixs? ¿Cómo creen que debieran ser concebidas?

Sobre el cuidado de sí

Los estudios críticos sobre los consumos de alcoholes y tóxicos identificaron diferentes modalidades de atención a los malestares. Menéndez (1983) distingue tres modelos de atención: modelo médico hegemónico, modelo médico alternativo subordinado y modelo basado en la auto-atención. Mientras que en las dos primeras formas de tratar los malestares y padecimientos se sostienen en un curador profesional, la tercera engloba aquellas prácticas que las personas hacen consigo mismas o con allegadxs inmediatxs y que se trataría del primer nivel de atención de todas las sociedades, siendo este modelo el sustento de las modalidades profesionalizadas²⁶. Por su parte, Copel y Castel (1991), en referencia directa a la temática de los usos de drogas, sostienen que los heterocontroles –instituciones, profesionales, saberes y reglamentaciones especializadas– incluyen tensamente dos áreas de especialización: la justicia y la medicina. A la vez, caracterizan a los controles societarios como las regulaciones sociales informales que no son llevadas a cabo por profesionales, sino que se refieren a lo que las personas cercanas hacen con quienes usan tóxicos (sobre esta cuestión girará el próximo apartado). Y, por último, describen al auto-control como las prácticas y saberes que lxs usuarixs realizan para consigo mismxs, a partir de haber interiorizado aspectos de los heterocontroles y los controles societarios.

En la actualidad resulta complejo sostener tales disociaciones entre las diversas modalidades de control/modelos de atención que resultaron muy provechosas años atrás. La circulación, transmisión, superposición y articulación de diversos saberes sobre prácticas de usos de drogas y de modalidades de reducir la ingesta hace difícil tal pretensión. Los saberes sobre las modalidades de administración y las diferenciaciones en la calidad de las drogas, así como también las prácticas cotidianas para reducir la ingesta y las cartografías de instituciones que concretizan las políticas sociales donde recurrir, fueron construidos y transmitidos a lo largo de las décadas. Es por ello que no resulta fácil distinguir qué saber es propio del sistema experto y/o profesionalizado, y qué saber es propio de las poblaciones. La complejidad de las modalidades de tratar y de tratar(se) de y a lxs usuarixs se relaciona con los saberes construidos y transmitidos históricamente en los territorios en los que habitan y también en las instituciones por las que circulan a lo largo de sus trayectorias vitales.

²⁶ Para un análisis específico de estas diferenciaciones en vinculación con “el alcoholismo” se sugiere consultar “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud” de Menendez (1984).

Foucault (1990) sostiene que la preocupación de sí y el cuidado de sí se remontan a la Grecia socrática. El autor distingue cuatro tecnologías que, si bien refieren a modalidades de dominación diferentes, se combinan y casi nunca funcionan por separado: de producción, de sistemas de signos, de poder y del yo. A éstas últimas las categorizó como aquellas que nos permiten:

Efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría. (Foucault, 1990, p. 49).

Es decir, lo que las personas hacemos y desarrollamos –prácticas, aptitudes, habilidades– con nosotrxs mismxs para llegar a un lugar/situación/estado que implicaría cierta mejoría o al menos algo deseable de alcanzar, que según el momento histórico adquiere diversos sentidos. En el conjunto de tecnologías del yo convergen la confesión, las prácticas de cuidado, la salud y la búsqueda de sabiduría, entre otras. Partiendo de esta noción, las perspectivas antropológicas sobre la salud retomaron aspectos de las tecnologías del yo para decodificar lógicas que signan los procesos de salud-enfermedad-atención. La noción de (auto)cuidado (Epele, 1997) está hilada con esta corriente de pensamiento y resulta fructífera para pensar aquellas prácticas y acciones que las personas despliegan para consigo mismas a fin de tender a vivenciar una vida saludable y/o, siendo estrictxs y en las situaciones más extremas, a garantizar la supervivencia en el capitalismo actual. La lógica de (auto)cuidado hace referencia al proceso mediante el cual la institución médica transfiere la responsabilidad del cuidado a las personas –en enfermedades crónicas principalmente–. Transferencia que acarrea la profundización de los procesos de medicalización, en tanto que estos se expanden a la vida cotidiana y no sólo son localizables en los actos terapéuticos y/o en la materialidad de la intervención social. Según Epele (1997), se produce un desplazamiento del control, desde la perspectiva médica, hacia un controlar(se) auto-regulado, auto-inflingido pero que se impone bajo la premisa explícita o implícita de: "te tenés que controlar". Este deslizamiento procura normalizar(se), bajo la inferencia de que previamente quien debe ahora (auto)controlarse, se encontraba en el polo opuesto: el (des)control. La lógica del (auto)cuidado en salud fue documentada en padecimientos crónicos tales como HIV (Epele, 1997) y migraña (Del Mónaco, 2013), entre otras.

En relación con los usos de drogas, se detectaron una heterogeneidad de prácticas que lxs sujetxs realizan para consigo mismos a modo de cuidado de

sí. Las nociones de cuidado de sí como de (auto)cuidado resultan fecundas ya que implican el desarrollo de estrategias a fin de sostener un estilo de vida ligado al aminoramiento y/o supresión de la ingesta de drogas. En el régimen de movilidad ambulatoria estas cuestiones son centrales ya que la preservación de la vida está a cargo de lxs propixs usarixs y sus allegadxs en los contextos en los que habitan. Entonces, puede hablarse de lógica de (auto)cuidado en el sentido de que, si bien no existe una delegación, es decir, un saber experto que sería deslizado a los "pacientes", sí se desplaza la gestión de su cotidianidad apoyada en los vínculos y territorios que lxs sostienen y/o expulsan.

Lxs usarixs realizan una amplia variedad de prácticas para reducir, administrar y controlar los consumos de drogas. Si bien estas prácticas tienden a la gestión/administración del tiempo, el espacio y de la experiencia corporal, estos saberes circulaban con mayor intensidad entre lxs consumidorxs de las cocaínas (al menos en el estudio de referencia). Este cuidado de sí tensiona y contradice al sentido común en varios aspectos. Por un lado, les importa verse mejor, en contraposición a la afirmación sumamente extendida de que "no les importa nada con tal de drogarse". Por otro lado, impugna la idea de que "se drogan todo el tiempo", debido a que existen ritmos, tiempos y lugares a fin de preservarse.

Prácticas de cuidado de sí en los usos intensivos de drogas

1. Tratar(se) el cuerpo, gestionar(se) las emociones, administrar el dinero

La ingesta de dulces, entre lxs usarixs de las cocaínas, se presenta frecuentemente. Desde sus versiones, no solo ayuda a despejar las ganas de consumir sino también es una estrategia para engordar. En los momentos de consumo no intensivo, también es frecuente el relato de comer más. Lo mismo sucede con el aseo: bañarse todos los días se suele vivenciar como novedad y como una práctica de (auto) cuidado disruptiva. A diferencia del "estar sucix", el "andar limpix" (que también incorpora afeitarse o utilizar elementos de higiene tales como desodorante) muestra preocupación y ocupación en la presentación personal. Y también, en las situaciones más extremas, que cuentan con un lugar donde asearse a diferencia de cuando habitan por períodos en la intemperie.

Además de estas prácticas que tienen por objeto al propio cuerpo, existe

otra serie de tácticas que, desde las perspectivas de lxs usuarixs, están "en la cabeza, es el pensamiento". Las imágenes que suelen convocarse en los momentos en los que se busca obnubilar el deseo de ingerir drogas, generalmente son de momentos felices pasados y que tienen como principales protagonistas a otrxs significativxs (usualmente familiares: hijxs, madres y/o parejas).

Otra serie de las regulaciones del controlar(se) tienen como dominio el ámbito de las transacciones. Desde sus versiones, no llevar dinero colabora en la reducción de la ingesta. Como documentó Epele (2010), los intercambios en algunos barrios implican equivalencias que para quienes no habitamos en ellos no podrían ser equiparables: pañales, carritos de bebés, remeras, zapatillas, mobiliario y rejas se tornan equivalentes a distintas cantidades y calidades de drogas. Para lxs usuarixs en tratamiento esas equivalencias suelen perder normalidad e implican desconcierto y, en muchos casos, horror. Otra de las estrategias para suspender o menguar el consumo, es el acceso o no a las calidades de las drogas consumidas. Lejos de ser uniformes, las drogas que circulan en los barrios son múltiples y variadas y a mayor calidad-mayor precio. No siempre se mercantilizan las mismas drogas, por el contrario, y acorde a las dinámicas de producción, transporte y comercialización de los diversos territorios, las calidades de las drogas varían, por lo que algunxs usuarixs transitan períodos de abstinencia debido a la baja calidad de las sustancias disponibles.

2. Administrar la ingesta de drogas

En algunos países de Europa Occidental y Norteamérica (como fue señalado brevemente en el desarrollo del eje temático anterior), la sustitución de sustancias es una política de Estado desde 1960 aproximadamente. Allá, los programas de reducción de daños tuvieron como directrices: el reemplazo de heroína por metadona y, dependiendo del lugar, el intercambio de jeringas. A partir de la epidemia de HIV-SIDA en los '80, aumentaron los programas por sustitución debido a que se tendió a prevenir el contagio por vía sanguínea. Específicamente, se apostó a paliar la transmisión del virus en los grupos de usuarixs de drogas por vía endovenosa-inyectable y a disminuir los daños vinculados con este modo de administración. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud incorporó a la metadona (que sustituye a la heroína) dentro de la lista modelo de los medicamentos esenciales (Hunt, Trace, Bewley-Taylor, s/f). En Argentina, estos abordajes no se convirtieron en lineamientos de las políticas sociales. Sin embargo, desde finales de la

década de 1990, cobró cierta atención, intervención e investigación el área de confluencia entre usos de drogas por vía inyectable y transmisión del VIH, desde el enfoque de reducción de daños (Touzé, 2006). En sus inicios, y en algunos barrios de Buenos Aires y Rosario, se contactaba a lxs usuarixs por vía inyectable, se entregaban preservativos, kits de inyección segura y materiales informativos, se acompañaba el testeo de infecciones, se promovía la accesibilidad al sistema de salud y se trabajaba con sus redes sociales (Goltzman y Amorín, 2013).

En las últimas dos décadas, a través de etnografías en barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires, se documentó que la mayoría de lxs usuarixs de cocaínas por vía inyectable murió a partir de la irrupción de la epidemia de VIH (Epele, 2010). Según los estudios disponibles, es excepcional contactar a usuarixs por vía inyectable en barrios que tenían tradición en esta modalidad de administración. Sin embargo, quienes continúan a través de ese modo de administración, suelen no compartir jeringas y/o viraron hacia la inhalación. Es decir, modificaron sus prácticas de consumo en lo que respecta al uso de los objetos necesarios para hacerlo y en la modalidad de incorporación como modo de cuidado de sí.

Lxs usuarixs de las cocaínas inhalables y fumables, en ocasiones, las reemplazan por alcoholes y marihuanas. En estas sustituciones suele operar el mismo criterio de diferenciación que fue identificado en relación con la metadona y la heroína. Ning (2005), a partir de un estudio sobre los programas de sustitución de heroína por metadona en Toronto (Canadá), considera que "las autoridades estatales y médicos han creado distinciones contrastantes entre la heroína y metadona, cuestión que gira en torno a las categorías morales destinadas a controlar el placer y la productividad: legal vs ilegal, remedios vs drogas" (p. 359). La autora sostiene que estas diferenciaciones tienen por objeto "disciplinar los usos del placer, proclamando a algunas drogas psicoactivas como medicina legal y otras como venenos ilegales" (p. 359). Esta distinción y jerarquización también se da en torno a los alcoholes, marihuanas y cocaínas, en estas latitudes. Los alcoholes, en nuestro país, son legales y de fácil acceso en comparación con las cocaínas. Lo mismo sucede con las marihuanas que, en algunos barrios, tienen una expansión casi legalizada. Desde las versiones de lxs usuarixs, fumar un porro o tomar unos vinos reemplaza, al menos por momentos, el consumo de cocaínas. Lejos de ser una estrategia homogénea, estas sustituciones surgieron a partir de la experiencia de las sustancias en los cuerpos, que varía de acuerdo con las personas: no a todxs la misma sustancia ni la misma cantidad ni calidad, nos produce el

mismo efecto. Estas sustituciones de sustancias, en la mayoría de los casos, para las redes de proximidad no suelen ser contempladas como cuidado ni como reducción de daños, sino que suelen pensar que sus seres queridxs cambian una droga por otra.

Distinto es lo que sucede con los fármacos legales. Algunxs usuarixs, dentro de sus itinerarios, fueron sujetadxs por andamiajes terapéuticos-farmacológicos institucionales y en estos encuentros adquirieron saberes sobre algunas pastillas –generalmente antidepresivos y ansiolíticos– y sus efectos. Haciendo uso de ese saber, en ocasiones toman medicamentos que les fueron recetados en otros momentos de sus vidas, ya que dicen conocer sus efectos. La sustitución de sustancias, así, no excluye a los fármacos recetados por psiquiatras, que, por más que están regulados legalmente, se suelen conseguir sin demasiado esfuerzo. Aquí hay otra diferenciación relevante. Mientras que si las pastillas se las toma con alcohol, producen efectos de alteración buscada y suele ser considerada como drogarse –a partir de la denominada "jarra loca"-; si se las toma solas, usualmente son consideradas como prácticas de cuidado.

La sustitución de sustancias, independientemente de su carácter legal o ilegal, intenta regular la ingesta y los malestares asociados: suele aminorar el nivel de conflictividad cotidiano desde la experiencia corporal y la posibilidad de planificación del consumo, la comida y el descanso. Quizás sea un modo de reducción de daños rutinario, cuando el daño ya está hecho, encarnado. Detengámonos en otras prácticas que tienen por objeto la modificación del espacio habitado y los recorridos habituales.

3. Variar los desplazamientos

La modificación y transformación del espacio habitado es una de las estrategias prioritarias para la preservación de la vida cuando se presentan situaciones extremas. Si bien desde las normativas legales –específicamente a partir de la sanción de la llamada Nueva Ley de Salud Mental– quedó relegada la terapéutica del encierro/aislamiento institucional, tanto lxs usuarixs como sus redes de proximidad suelen demandar ese régimen de movilidad cuando se acercan a las instituciones públicas.

Tiempo atrás, una de las alternativas privilegiadas que tenían lugar en las ciudades eran promover mudanzas "al interior" y/o a "las provincias". "Las granjas" y "el campo" dentro de las corrientes terapéuticas clásicas eran valo-

radas por el contacto con la naturaleza que llevaría a cierta paz interior que posibilitaría, a través de la voluntad y el trabajo, dejar de consumir drogas. Pero, la distancia física no se llevaba a cabo únicamente en las instituciones terapéuticas y/o asistenciales lejanas. Por el contrario, según lo que registró Epele (2010), quienes se desplazaron desde el AMBA hacia otros distritos, provincias y/o a países limítrofes por períodos de tiempo variables –desde un mes hasta años–, tenían allí redes de sostén y el recorrido no estuvo signado por instituciones sino por afectos y redes de parentesco.

A partir de la emergencia y expansión de la pasta base/paco hacia fines de la década de 1990 y su expansión en el presente milenio, los desplazamientos vinculados a las redes afectivas mutaron por al menos dos razones. Por un lado, esta sustancia acarrió mayor deterioro corporal en menos tiempo e impuso el despliegue de estrategias a corto plazo. Avisarle a un/a familiar, que el/la familiar estuviera dispuesto a recibirlo y organizar el traslado era un tiempo demasiado largo. Por otro lado, la expansión de las cocaínas de baja calidad, no solo tuvo lugar en el Área Metropolitana de Buenos Aires, sino que los circuitos de producción, refinamiento y comercialización se dieron –en diversas formas– en todo el país. Sumado a estas cuestiones, las redes de proximidad suelen referir que, a partir del consumo intensivo de sus allegados, los vínculos que sostenían con anterioridad, se resquebrajaron. La disminución de con quiénes contar tuvo como correlato, obviamente, menos lugares con los que contar.

Otra de las estrategias que despliegan para modificar los circuitos recorridos es el aislamiento en el hogar (Garbi, 2020). Este tipo específico de aislamiento suele ser experimentado como una necesidad frente a la imposibilidad de contar con otras opciones (desde las instituciones terapéuticas totales hasta las mudanzas a otros barrios, provincias y/o países). El aislamiento en los hogares dista del encierro institucional y, además de llevarse a cabo en las viviendas, suele remitir a la modificación de los recorridos habituales mientras transitaban períodos de consumo intensivo: cambiar las calles por las que caminaban y salir acompañados de mujeres no usuarias de drogas principalmente.

El aislamiento no institucionalizado puede superponer dos nociones diferentes: "estar encerrado" y "estar guardado". El "guardarse" suele hacer referencia a esconderse, es decir, a salir de los circuitos por los que se frecuentaba debido a la presencia de un peligro (por estar expuesto a un enfrentamiento con otro residente del mismo barrio, con un vendedor de drogas, con la poli-

cia). El "encerrarse" se refiere a quedarse en un lugar, generalmente en la casa habitada, no por un peligro de otxs, sino para evitar frecuentar los circuitos habituales. En ambos casos, de manera genérica, implica estar en un lugar por más tiempo del que estaban: quedarse en la casa generalmente días enteros o semanas. Esta estrategia es relatada en las terapéuticas institucionales, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento.

Modificar las maneras de habitar y de trasladarse en los barrios, suele tensar –al menos momentáneamente– los vínculos con "las juntas". Desde las versiones de lxs usuarixs, mientras dura el aislamiento en el hogar, atraviesan una relación de cercanía/distancia, reconocimiento y diferenciación muy compleja con quienes compartían la ingesta de drogas. Se suele establecer una distancia, que, aunque frágil y violenta en términos temporales y afectivos, parece ser inquebrantable. Lejos de ser entendidas como relaciones diádicas y/o personalistas, entre lxs usuarixs y no usuarixs de drogas de mala calidad opera el concepto de salud, no solo a partir de la ingesta o no de sustancias, sino vinculado a ella, la noción de cuerpo y persona. Tal como señala Crawford (1994), la salud y el cuerpo no remiten sólo a cuestiones biológicas, sino que también son capas metafóricas cargadas de lo que implica:

Ser una buena persona, respetable y responsable. (...) [Además] desde los 70s, la salud y su búsqueda se han convertido en un terreno crucial sobre el cual se basa la identidad personal. (...) el yo sano se sostiene en parte a través de la creación de otros no saludables. (Crawford, 1994, p.1348)

En este caso, más que la creación de otros, se trata, por un lado, de la diferenciación entre pares, y por otro implica una disrupción en la propia historia (yo antes era así, era como aquel; ahora soy otro, este).

Para reflexionar

- ¿Qué otras prácticas, acciones o disposiciones pueden reconocerse como estrategias de auto-cuidado o cuidado de sí?
- ¿Consideran que las políticas sociales recuperan y/o refuerzan el desarrollo de esas estrategias? ¿De qué manera y con qué sentidos?
- ¿Qué importancia consideran que tiene el reconocimiento y análisis de las estrategias de auto-cuidado en el ejercicio profesional del Trabajo Social?

Para finalizar, les proponemos que lean la siguiente bibliografía que seleccionamos para Uds.:

- Epele, M. (2010). "Padecer y aliviar" y "Sentir(se) en los márgenes" en *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Ed: Paidós. (págs. 169-190 y 215-234).

Bibliografía citada

- AGUIRRE, Patricia. (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual.

- ANORO, Manuel, ILUNDAIN, Enrique, RODRIGUEZ, Rosa, ROSSELI, Lali, IGLESIAS, Begoña, GUINOVART, Caterina y GABARI, Mercedes. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*. Barcelona, v. 78, n. 5, 2004, pp 601-608.

- BOURGOIS, Philippe y SCHONBERG, Jeff (2009). *Apartheid íntimo, Dimensiones étnicas del habitus entre los heroinómanos sin techo*. *Revista Pensar. Epistemología, Política y Ciencias Sociales*, 3 / 4, 66-90.

- BUTLER, Judith (2009) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

- CANDIL, Ana (2019) *Revisar andares. Tratamientos ambulatorios sobre consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Espacio.

- CASADÓ, Lina. (2012) "L'autolesió corporal: propostes per una interpretació cultural del símptoma". *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, nro. 12, 2012, pp. 107-129.

- CASTILLA, VICTORIA Y LORENZO, GIMENA (2013). "Las huellas del daño" en: EPELE, María (comp) *Padecer, cuidar y tratar*.

- *Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de droga*. Buenos Aires: Antropofagia Markez, I. y Poo, M. (1999) *Drogodependencias: disminución de riesgos y programas de sustitución*. *Goze*, 7, (3), 41-48.

- CASTRO PÉREZ, Roberto (2009). Salud y cotidianeidad: un análisis hermenéutico. En GRINBERG, Mabel (Ed) Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia.

- CITRO, Silvia. (2010). La antropología del cuerpo y los cuerpos en –el-mundo. Indicios para una genealogía (in)disciplinar. En Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos. Buenos Aires: Biblos.

- CONNORS, Margareth (1994). Stories of pain and the problem of AIDS Prevention: injection drug withdrawal and its effect on risk behavior. Medical Anthropology Quarterly, 8, (1), 47- 68.

- COPPEL, Anne y CASTEL, Robert (1991). Los controles de la toxicomanía. En Ehrenberg (dir.) Individuos Bajo Influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires: Nueva Visión.

- CRAWFORD, Robert (1994). Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: - Reflections on Health, Culture and AIDS. Social. Science and Medicine, 38(10), 1347-1365.

- CSORDAS, Thomas. (1994) The boody as a representation and being-in-the-world. En Embodiment and experience. Cambridge: Cambridge University Press.

- DEL MÓNACO, Romina. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. Salud Colectiva 9 (1), 65- 78.

- EPELE, María (2001). Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas. Cuadernos de Antropología Social 17 (14), 117-137.

- _____ (1997). Lógica causal y (auto)cuidado: Paradojas en el control médico del VIH- SIDA. Papeles de Trabajo: Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-Sociales, 6, 87-93.

- _____ (2010). Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.

- _____ (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza,

uso de drogas e marginalizacáo. Mana, 8, (2), 247-268.

- ESTEBAN, Mari (2013). Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

- FOUCAULT, Michel (1990) Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber. Buenos Aires: siglo XXI.

_____ (2009). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI.

- FUNES ARTIAGA, Jaime y ROMANÍ, Oriol (1985). Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación. Madrid: Cruz Roja Española.

- GARBI, Silvana (2020) De aislamientos y encierros. Modos "legos" y "expertos" de tratar los consumos problemáticos de drogas. Buenos Aires: Teseo.

- GOLTZMAN, Paula y AMORÍN, Eva (2013). Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

- GOMEZ, Cesar, BERMEJO BARRERA, Ana y LOPEZ DE ABAJO, Benito (2005). Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. Adicciones, 17 (2), 151-165.

- GRINBERG, Mabel (ed) (2009). Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia.

- HUNT, Neil; TRACE, Mike y BEWLEY-TAYLOR, Dave. (s.f). Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global. The Beckley Foundation. Programa sobre Políticas de Drogas.

- JACKSON, Jean (2011). El dolor crónico y la tensión que se presenta en el cuerpo como sujeto y objeto. En CABRERA, Paula (comp). Fichas del Equipo de Antropología de la Subjetividad. Alquimias corporales. Buenos Aires: FFyL-UBA.

- KLONSKY, David (2010) "Funciones de las lesiones autoinflingidas en adultos jóvenes que se cortan: clarificación de las evidencias para la regulación

- del afecto". *Psiquiatría Biológica*. Barcelona, v. 17, n. 2, pp. 63-70.
- LE BRETON, David (2008). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

 - LOCK, Margareth (1993). *Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge*. *Annual Review of Anthropology*, 133-155.

 - MAUSS, Marcel. (1979). *Las técnicas del cuerpo*. En *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

 - MENENDEZ, Eduardo (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología Social.

 - _____ (1984). *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, 3, 84-119.

 - NING, Ana (2005). *Games of Thruth: rethinking conformity and resistance in narratives of heroin recovery*. *Medical Antropology*, 24, 349-382.

 - PITA, María (2010). *Formas de morir y formas de vivir: el activismo contra la violencia policial*. Buenos Aires: Del Puerto / CELS.

 - ROCA, Alejandra (2003). *Cuerpo y medios de comunicación. Viejas obsesiones y nuevas tecnologías: el cuerpo en revistas femeninas argentinas*. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, p. 139-159.

 - ROSSI, Diana, PAWLOWINCZ, María y SINGH, Dan (2007). *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*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

 - SADA (2012) *Guía de Emergencias Clínicas por Abuso de Sustancias. Actualización 2012*. Disponible en <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/guiapdf.pdf> [consultado el 28 de abril de 2015]

 - SALAZAR MORA, Zaida (2007) *Imagen corporal femenina y publicidad en revistas*. *Revista Ciencias Sociales*, 16, p. 71-85.

- SCRIBANO, Adrián (2013). Sociología de los cuerpos/emociones. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, 10, (4), 93-113.

_____ (comp.) (2007). Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones. Córdoba: CEA-UNC.

- SCRIBANO, Adrián y EYNARD, Martín (2011). Hambre individual, subjetivo y social (reflexiones alrededor de las aristas límite del cuerpo). Boletín Científico Sapiens Research, 1, (2), p. 65-69.

- SHEPPER HUGES, Nancy y LOCK, Margareth (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropology Quarterly, New Series, 1, (1), 6-41.

- SHEPPER HUGES, Nancy (1997) La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Editorial Ariel.

- TOUZÉ, Graciela (org.) (2006). Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Federación Internacional de Universidades Católicas.

El cuidado y el acompañamiento familiar como problema

Ana Candil²⁷

Introducción

En el día de hoy nos centraremos en las modalidades en las que el cuidado y el acompañamiento familiar se despliega cuando los consumos de drogas de mala calidad problematizan la cotidianeidad. Antes que proponer los modos en los que deseamos y/o los que las políticas sociales prescriben y/o promulgan que debieran ser las prácticas de acompañamiento y quiénes debieran realizarlas, nos interesa adentrarnos en la urdimbre del acompañamiento en la vida contemporánea mediada por los usos intensivos de drogas como un problema antes que como una propuesta de solución, acción o abordaje. Consideramos que problematizar este ámbito es necesario ya que de no hacerlo pueden deslizarse responsabilidades hacia los vínculos íntimos que lejos están de ser idílicos –tanto los propios como los de las personas con quienes trabajamos– y que –como todos– se despliegan en las condiciones posibles. Nos adentraremos en las situaciones que suelen ser percibidas como extremas, centrándonos en los acompañamientos que se despliegan y que son solicitados desde el régimen de movilidad ambulatorios que, como vimos anteriormente, son los más expandidos en el país. Para ello, retomaremos parte de los hallazgos de una investigación reciente (Candil, 2019).

¿Quién acompaña a quién?

Siguiendo a Tronto (1993), en la respuesta de la pregunta ¿quién cuida a quién? puede advertirse la estructura de dominación de una sociedad ya que allí se anudan configuraciones morales, políticas y económicas. La producción académica en torno al cuidado descubrió que las prácticas enmarcadas en esta noción son desvalorizadas ya que se las vincula al mundo privado, afectivo, emocional y a la necesidad. Y, que quienes cuidan suelen ser mujeres, migrantes y/o pobres –o la conjunción de todas estas segmentaciones poblacionales²⁸– (Tronto, 1993; Mol, 2008; Jelín, 2010; Dominguez Mon, 2012; Pautassi, 2013; Epele, 2013). Al ser prácticas de cuidado des-

²⁷ Con la colaboración de Carmiña Macías en la formulación de las consignas de las Propuestas de reflexión.

²⁸ Desde una perspectiva histórica occidental, quienes cuidaron de otros eran esclavos y sirvientes. En los Estados Unidos, además se conjugaron variables étnicas: hispano-parlantes y negros principalmente (Tronto, 1993).

valorizadas, lo son también quienes las realizan, y conllevan –en el caso que se encuentren remuneradas– salarios bajos. Las áreas en las que el cuidado se despliega son múltiples: trabajo doméstico (asalariado o no), crianza de niños, prácticas de salud, la atención a enfermos y personas con discapacidad, etc. Si bien las características antes mencionadas operan en la totalidad de los dominios del cuidado, en el cuidado en salud es central la atención a los malestares y dolores (Ayres, 2004; Kleinman, 2004; Bonet y Tavares, 2007; Epele, 2012; Dominguez Mon, 2012).

En diálogo con estas producciones, en la respuesta de la pregunta ¿quién acompaña a quién cuando los usos de drogas problematizan la cotidianeidad? también es posible identificar algunas aristas de la estructuración social. Usualmente, las personas que son llamadas desde las instituciones públicas a acompañar son “las familias”²⁹ y/o “lxs familiares”³⁰. Sin embargo, quienes suelen asistir son, en su amplia mayoría, mujeres. Varias investigaciones esbozaron que la familia funciona como una sinécdoque que vela la delegación de las prácticas de cuidado a las mujeres (Schwarz, 2012; Navarro y Rico, 2013). Estudios específicos sobre la noción de cuidado demostraron que gran parte de la protección social en Latinoamérica es de resolución privada. Y que las prácticas de cuidado implican valor económico ya que son necesarias para la reproducción social: todos necesitamos que nos cuiden en algún momento de nuestras vidas y las tareas implicadas en el proceso de cuidar no siempre se invierten en la forma de empleo (Aguirre, 2005; Rodríguez Enriquez, 2012; Navarro Rico, 2013; Castilla, 2013; Voria, 2015).

La idea occidental de familia, específicamente de familia nuclear, heterosexual y co-residente, deviene de la diferenciación del mundo público –lo racional, la esfera de la producción, el empleo– y el mundo privado –lo emocional, la esfera de la reproducción, la domesticidad– en paralelo al –y como requisito de– el capitalismo industrializador (Torrado, 2007). Esta disociación entre domesticidad y empleo tiene como correlato una particular división sexo-genérica del trabajo dentro y fuera de la vivienda habitada. En el orden patriarcal –idealmente–, los varones son quienes salen a trabajar, y las mujeres son quienes están a cargo de la casa (Durham, 1998). Si bien esta caracterización clásica otorga pistas para analizar la historicidad de la conformación de este modelo de familia, no se dio del mismo modo ni en todas las regiones ni mucho menos en todas las fracciones poblacionales (Fonseca, 2007).

²⁹ Si interesara profundizar la historización y las múltiples implicancias que tienen las políticas sociales que en general abordan –construyan como objeto de intervención– a la familia, se sugieren las reconocidas producciones “La familia: un objeto polémico. Cambios en la dinámica de la vida familiar y cambios en el orden social” de Grassi (1998) y “Hogares y Familias en América Latina” de Torrado (2007).

³⁰ Pita, en su análisis sobre el activismo contra la violencia policial en Argentina, sostiene que la nominación de familiar es necesaria “someterla a un examen crítico que posibilite romper con la naturalidad que porta en tanto nominación que forma parte de la experiencia cotidiana y que precisamente por ello, la vuelve opaca respecto de las relaciones que la constituyen. Y, en ese caso, aparece como una doble fuerza que opera en la producción de su opacidad. Porque, como cualquier concepto de uso común, se presenta naturalizado e incorporado irreflexivamente como parte “del orden natural de las cosas” que, en caso –en tanto alude a la familia como categoría social subjetiva [...]–, trae consigo una serie de valoraciones morales asociadas. Y porque, además, al tratarse de un concepto que refiere al campo de las relaciones familiares, al parentesco, aparece ligado al mundo de la sangre en su sentido biológico, y por tanto, asociado, también desde allí, al campo de lo natural, lo no-social, lo ahistórico” (Pita, 2010, 18).

Por un lado, en los sectores populares –al menos latinoamericanos–, las mujeres trabajan –trabajamos– hace ya muchas décadas fuera del ámbito doméstico (Torrado, 2007; Jelín, 2010). Por otro lado, la normatización jurídica de las –para nada– nuevas dinámicas familiares ponen en jaque constante a aquella prescripción de la familia heterosexual (Stolkiner, 2004; Jelín, 2010; Tarducci, 2013; Maffia, 2014). La crítica feminista y marxista, además, cuestiona la disociación entre domesticidad y empleo, a partir de dos argumentos más. Por un lado, el trabajo doméstico tiene valor económico, aunque no encuentre asalariado en todos los casos (Pautassi y Zibecchi, 2013; Tarducci, 2013). Por otro lado, las relaciones de género –entendiendo a éstas como relaciones de dominación– engarzan domesticidad, cuidado y rol de la mujer (Durham, 1998; Fuller, 2001; Torres Dávila, 2004). Es decir, las mujeres trabajan y cuidan a lxs niñxs y enfermxs. También, diversos estudios que abordan la noción de cuidado y la construcción socio-cultural de la maternidad (Shepper Hugges, 1997; Palomar Veréa, 2005; Castilla, 2013) señalan que sobre las mujeres-madres recae el imperativo moral del cuidado. La “buena maternidad” condensa el ideario –enlazado con la idea de “hecho natural” y/o “instinto materno”– del:

Amor incondicional hacia los hijos, la entrega de tiempo y recursos, la postergación de los proyectos personales y la vigilia constante para que los hijos logren ser seres felices y competentes, [estas] son dimensiones que se encuentran estructuradas y que, a la vez, estructuran las prácticas y normativas maternas y los sentidos atribuidos al ser mujer. (Castilla, 2013, p. 210).

Conviene tener presente que la construcción de la idea de maternidad que debieran desplegar las mujeres-madres suele estar ligada a los tópicos de pureza, virtud, amor y baluarte moral (Schwarz, 2007).

Si bien las relaciones de género operan obviamente en ambas clases sociales, en los sectores populares adquieren ciertas particularidades en lo que respecta a sujeciones públicas mediante las intervenciones sociales. Investigaciones previas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, señalaron que los varones son asociados al mundo público y son sujetados por políticas de control social³¹ duro; mientras que las mujeres, vinculadas al ámbito privado, son objeto de control social blando. En otras palabras, mientras que los varones de las poblaciones desfavorecidas son –en ocasiones– objeto de –en los casos más extremos– encierro penitenciario y “gatillo fácil”; las mujeres son objeto de sujeción y normalización a través de las políticas asistenciales (Varna y Fernández Tuñón, 2008). Incluso, recientemente, se señaló que estamos atravesando un período de feminización de la política social (De Sena, 2014)³².

³¹ Si interesara ahondar en la categoría de control social desde la perspectiva crítica de la criminología, se sugiere “Control y Dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico” de Pavarini (2002) y “Teoría social, control social y seguridad. El nuevo escenario de los ‘90” de Pegoraro (1995), así como también la vasta producción que contiene la revista Delito y Sociedad, dirigida por éste último.

Propuesta de reflexión

Les proponemos que se tomen unos minutos para reflexionar a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes ocupan el papel del cuidado y realizan las prácticas que el cuidado prescribe en las instituciones en las que trabajás?
- ¿Qué funciones se les asigna a las mujeres en estas instituciones? ¿Y en tus actuaciones profesionales?

Sobre rescates y modos de trato

Los tratamientos englobados en el régimen de movilidad ambulatoria sobre los consumos problemáticos de drogas que, como señalamos en el desarrollo del primer eje temático, son los preponderantes, no son una excepción. Quienes mayoritariamente acompañan –no solo durante el tratamiento– a los varones usuarios suelen ser mujeres categorizadas en función de los papeles y filiaciones para con los usuarios: madres o parejas heterosexuales en su mayoría.

Estudios previos sobre pobreza, salud y uso de drogas identificaron que los vínculos entre quienes las usan y las que no se dan en un contexto de expansión de la intimidad frente a la ausencia y/o negligencia de instituciones, políticas y terapéuticas que operen in situ en los barrios segregados. Por un lado, las parejas heterosexuales en las que se vinculan varones usuarios y mujeres no usuarias en contextos de pobreza, fueron categorizadas dentro de las lógicas de "rescate" como aquellas modalidades en las que el amor y el romance opera y constituye una modalidad específica de búsqueda de alivio (Epele, 2010). Por otro lado, mostró de qué manera, a partir de la emergencia e irrupción de la pasta base/paco, se modificaron las modalidades del cuidar, específicamente de madres no usuarias a hijxs usuarixs –a través de la compra y preparación y traslado de alimentos a los "fumaderos" en los períodos de intenso consumo– (Epele, 2012).

Pero no siempre el "rescate por amor" –de pareja– se disocia de diferentes modalidades de "ser rescatado" –por las madres–. En ocasiones, son estrategias complementarias. Similar –aunque con múltiples distancias territoriales y culturales– a lo que Shepper Huges (1997) sostuvo cuando analizó el amor materno/amor alterno y

³² Aguilar (2011) realiza una genealogía de la categoría de feminización de la pobreza y, al analizar sus implicancias en la planificación de las políticas sociales, advierte que "el discurso sobre la feminización reificada como un hecho y vinculada directamente con la focalización en la jefatura femenina de los hogares refuerza los diagnósticos acerca de la pobreza (en tanto fenómeno) como un problema social aislado de sus causas estructurales y desvinculado del mercado de trabajo. Se evidencia una preocupación por las formas más visibles del fenómeno a partir del diagnóstico (...), y no por el conjunto de causas a partir de las cuales los hogares que tienen esta característica, en particular, tienen por correlato necesario situaciones de desigualdad o vulnerabilidad para sus miembros" (p. 130).

la muerte de niñxs en el nordeste de Brasil, "en las barriadas urbanas inhóspitas donde la vida es muy dura [...] la indiferencia materna (ya sea intencional o no) aumenta los riesgos y expone a los niños vulnerables a una muerte prematura" (p. 342). La usual "abnegación" de las madres de lxs usuarixs de drogas se suele inscribir en un contexto de ausencia de espacios institucionales en las que tanto la maternidad y el cuidado, como la protección y el acompañamiento, pueda ser compartido. Específicamente, que se pueda contar con otrxs que no sean casi exclusivamente las redes de proximidad y las relaciones que se establecen en los tratamientos con lxs profesionales de la salud, prioritariamente.

Las poblaciones desfavorecidas suelen circular por instituciones públicas en las que los malos tratos y des-tratos no son excepcionales, y en los que la insistencia resulta necesaria para la obtención de aquello que anhelan encontrar en dichos espacios. No es que el buen trato no forme parte del tejido vincular de las instituciones. Los modos de tratarse y de tratar son delineados por las formas en las que fueron tratadas con anterioridad³³. Sin embargo, para lxs profesionales, estas formas de trato pueden implicar situaciones en las que la agresión y el maltrato se nos presenta sin velos. Es por esto que es necesario situarlas en los modos en los que han sido tratadas las mujeres y vincularlas a las tácticas que se despliegan en las instituciones a fin de obtener los bienes, servicios y, genéricamente, "soluciones" buscadas. Epele (2013a y b) sostuvo que la noción de trato permite corroer la disociación entre un dominio relacional y una especie de esencia subjetiva, ya que posibilita "reconocer tanto la materialidad de lo vincular como su carácter productivo con relación a la subjetividad" (p. 16). En este sentido, el trato es "aquel proceso vincular complejo que caracteriza y, al mismo tiempo, califica las acciones orientadas hacia otro(s) y de los otros con respecto a uno, de modo tal que adquiere ciertos patrones" (p. 16).

Acompañar a otro/a implica complejidades en la cotidianeidad de las vidas de los/as usuarios/as de drogas y de sus redes de proximidad. Bien distante de las coordenadas de la denominación de co-dependientes –que implica que quienes acompañan son tan dependientes a lxs usuarixs como estxs a las drogas– propuestas por las perspectivas clásicas, a diario, el acompañar requiere del despliegue de estrategias, tácticas y prácticas que implican tiempo, energía y predisposición.

³³ Si interesara rastrear otros espacios y dinámicas donde se vean las modalidades de tratar a otros y tratar(se) dentro de políticas sociales y de salud, se sugiere consultar "La odisea de sacar un turno: la condición de acceso al derecho a la salud. Una aproximación etnometodológica a las prácticas hospitalarias" donde Gradín y Perez (2012) problematizan las disposiciones espaciales que regulan los hospitales públicos del AMBA; sobre los tiempos de espera en instituciones estatales en el AMBA, "Pacientes del Estado" de Auyero (2013); sobre las tácticas para ser incorporados en políticas habitacionales en el conurbano bonaerense sur, "Tensiones en las versiones de una política pública: los Programas Federales de Construcción de Viviendas en Avellaneda" de Olejarczyk (2013). Para un análisis de las tácticas desplegadas por los sujetos a fin de ser considerados como "merecedores" de subsidios en Francia, se sugiere consultar, "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia" de Fassin (2003).

Sobre la noción de acompañamiento

Si bien acompañar se convirtió en una palabra usual, recurrente, cargada de valoraciones positivas y anhelos de satisfacción, es una noción desafiante cuando se intenta delimitar sus implicancias. Analizar las modalidades de acompañar impone el desafío de desarmar las miradas idílicas y las interpretaciones causales. La noción de acompañar se refiere al proceso mediante el cual se hace "algo", generalmente valorado positivamente, por otra persona que se encuentra en una condición de necesidad/padecimiento. Se la considera una propulsora del intento generar alivio, satisfacción y compañía, pero sin imponer(se) a la otra persona. Acompañar, entonces, implica la consideración de tiempos diferentes, y la realización de tareas, acciones y prácticas donde el/la otro/a es quien marca el ritmo; en este estricto sentido puede establecerse un puente entre acompañar y cuidar a otros (Tronto, 1993; Epele, 2012). Pero, acompañar no es equiparable a la conceptualización académica del cuidar ya que no siempre rigen las necesidades de quienes son cuidadx –que es la piedra de toque principal de la categoría de cuidado–. Acompañar suele mixturar el cuidado con la protección –que presupone "la mala intención de un daño que el otro es posible de ejercer contra sí mismo o contra un grupo e implica una respuesta a un daño potencial" (Tronto, 1993, p. 105)–.

El acompañamiento no es monolítico ni liso. Por el contrario, es polisémico, ambivalente y condensa distintos sentidos: una persona puede estar desarrollando una acción orientada al cuidado, pero la destinataria puede percibirla como persecución y quien escucha acerca del desarrollo de esa acción puede decodificarla como control. Es decir, la noción social de acompañar combina múltiples significaciones y técnicas de registro. Además, el acompañamiento puede ser corrosivo ya que la cotidianidad de la vida mediada, organizada y problematizada por las drogas —sea por su consumo o porque alguien queridx las consuma— se torna de una textura ríspida. En otras palabras, acompañar a quienes usan drogas de manera intensiva implica desgaste y, en ocasiones, malestar.

Propuesta de reflexión

Les invitamos a que se tomen unos minutos y reflexionen en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Qué es para Uds. acompañar a otrx?
- ¿Cómo imaginan que es para las personas con las que interactúan en tus procesos de intervención profesional acompañar a otrxs?
- ¿Cómo piensan al acompañamiento desde los procesos de intervención profesio-

nal? ¿Qué implica ese acompañamiento? ¿Cuáles piensan que son las emociones y las condiciones objetivas involucradas en esas prácticas?

Las prácticas de acompañamiento

Las prácticas de acompañamiento suelen ser múltiples. En una investigación reciente (Candil, 2019) se registraron diversas y variadas prácticas que fueron señaladas en centros de tratamiento –sean desde los discursos de las mujeres como de lxs usuarixs–. Por ejemplo, acompañar a seres queridos a hospitales en búsqueda de un tratamiento por sobredosis o de tratamientos por diversas dolencias. Los hospitales públicos no suelen considerar en sus instalaciones a quienes acompañan a lxs pacientes, por ello en ocasiones, estxs suelen dormir en sillas y/o en el piso mientras pasan las noches con quienes quieren. Para las mujeres, a veces, estas condiciones materiales de las políticas sociales suelen quedar veladas ya que los modos de pensamientos rondantes sobre el tema de las drogas asocian la autodestrucción como la explicación causal: si tengo que dormir en el piso para cuidarlo es porque mi ser queridx es un autodestructivx. De este modo queda depositado en la individualidad de lxs usuarixs de droga –y en las prácticas auto-referenciales que realizan–, el padecimiento provocado por las condiciones macro-estructurales profundamente desiguales: el hostil sistema de salud que no contempla más que a quien se encuentra institucionalizadx, la precaria infraestructura hospitalaria, el achicamiento de las redes vinculares con quienes compartir las prácticas, entre otras cuestiones.

Estas prácticas suelen ser identificadas por lxs usuarixs, a excepción de los períodos de consumo muy intensos. Lxs usuarixs cuando registran este acompañamiento –que nada tenía que ver con una conversación idealizada en la que las redes de proximidad dicen “estoy cansada”, el/la otro/a escucha y responde, “te ayudo entonces”–, suelen acompañarlas, principalmente, en las tareas domésticas, por ejemplo, ir al mercado y llevar alimentos al hogar. En combinación con lo antes mencionado, en situaciones más hostiles, para lxs usuarixs acompañar se enlaza con la disminución de prácticas que cristalizan las lógicas de las violencias, tal es el caso de no insultar(las) o pegar(les).

Ser –en algunos casos– objeto de malos tratos, recorrer hospitales e innumerables instituciones, ajustar la economía doméstica para pagar garantizar la reproducción social, elaborar alimentos, curar heridas, son sólo parte del proceso de acompañar. Otro dominio está ligado directamente al intento de resolución de situaciones en las que se dirimen otros estados del sentir, acciones, preocupaciones y ocupaciones. Las condiciones materiales de vida y de muerte –frecuentes–, en los barrios segregados y en las poblaciones desfavorecidas, son las que dan ritmo a la cotidianeidad en la que se despliega el acompañar. Es necesario insistir con esto para que puedan volverse descifrables ciertas prácticas que realizaban las redes de proximidad hacia lxs usuarixs que pueden causar conmoción. El acompañamiento suscitado por los consumos intensivos de drogas de mala calidad opera en situaciones en las que la integridad corporal y emocional no se dan por descontadas, sino que necesitan la

intervención efectiva, muchas veces, para garantizar la supervivencia. Intervención que no suele ser desplegada por las instituciones, sino que se llevan a cabo por las redes de proximidad que también están atravesadas por la fragilidad y las lógicas de las violencias. Sólo situando a las personas en los procesos que las conforman es que se pueden tornar inteligibles prácticas que se rozan con el horror. Por ejemplo, las golpizas. En el estudio de referencia (Candil, 2019), se registran relatos en los que "las golpizas" son encuadradas, desde la perspectiva de lxs usuarixs y redes de proximidad, como parte significativa de la manifestación de "qué me importa", de "importarle" a otrx, de que "no le doy lo mismo". De tal modo, en algunos lugares, tiempos y vínculos, está normalizada la violencia corporal, que hasta para quienes son golpeadx, implica sentidos de registro, de no ser indiferente a otrx. En este mismo –y de muy difícil procesamiento– sentido de decodificación local de importarle a otros, es que –en la minoría de los casos– se descifran las ataduras y los encierros forzosos en el hogar.

Las lógicas de las violencias anclaron profundamente en los barrios segregados y ante la emergencia del conflicto, la muerte no es un miedo fantasioso debido a los enfrentamientos con vecinos del barrio, los "transas" y/o la policía. El caso de las relaciones entre lxs usuarixs y las fuerzas represivas del Estado son paradigmáticas. En ocasiones, las redes de proximidad convocan al aparato represivo para realizar intervenciones con sus seres queridos: llamar a la policía para que lo arresten y desde ahí convocar al sistema judicial para obtener una regulación jurídica que posibilite el encierro compulsivo. Sería capcioso señalar que las redes de proximidad avalan el monopolio legal de la violencia sin concebir que desde las políticas sociales asistenciales y sanitarias existen vacíos que dificultan la convocatoria a otras modalidades de intervención que operen in situ. Ante la escasez de lo que institucionalmente se denominan "dispositivos intermedios", en ocasiones, lo que se configura como forma de resolución es recurrir a la violencia física explícita y a los aparatos represivos del Estado.

En los momentos en los que la conflictividad barrial es elevada y/o lxs usuarixs transitan un período de ingesta intensiva, las redes de proximidad suelen llevar a cabo una serie de prácticas vinculadas con la obtención de drogas. Esta práctica suelen relacionarla con que si ellas son las que salen y compran, su ser querido está resguardado de los conflictos y el nivel de exposición a peligros disminuye. Ir a comprar sustancias y/o facilitar el dinero suelen apostar, desde las versiones de las redes de proximidad, a disminuir la conflictividad y evitar la exposición a enfrentamientos dentro del barrio –lo que suele ser enunciado como una relación causal–. Y, también, tramitar emociones de lxs usuarixs –como percepciones de persecución y extrañeza– y de quienes los querían –deseo de ayudar–. Estas prácticas son plausibles de

categorización dentro de los dominios del cuidado: se toma en cuenta la necesidad de quien es acompañadx y se tiende a la satisfacción/alivio de las necesidades/malestares. Sin embargo, estas prácticas suelen ser señaladas con cierta vergüenza y desvalorización. Lo mismo suele suceder cuando las madres y parejas salen en la noche para buscar a sus seres queridos, para intentar que interrumpa el consumo y esté en un lugar considerado como seguro. A la inversa, cuando las mujeres-madres y/o parejas heterosexuales suelen llamar por teléfono o mandar mensajes constantemente, suelen referirlo desde un lugar de preocupación y desesperación legítimo. Muchas veces, estas prácticas para lxs usuarixs implican persecución.

Otro ámbito delineado con cierta autonomía dentro del acompañamiento son los tratamientos terapéuticos institucionales. Nuevamente, no son abstractos sino que se despliegan en el mundo material de la vida. Implica recordar un turno, conseguir el dinero para el traslado, escoltar y esperar mientras duran las entrevistas y/o las diversas actuaciones profesionales, volver al espacio habitado, conseguir los medicamentos –en algunos casos– y administrarlos, prestar atención a horarios y a estados anímicos, lidiar con las sensaciones posteriores a la terapia, y también, cuando las instituciones ofrecen espacios de terapéuticas denominadas familiares, asistir a los grupos.

Como podemos imaginar, lejos de ser el acompañamiento ideal, las prácticas del acompañar son realizadas como se pueden en una cotidianeidad vertiginosa.

Les invitamos a transitar los siguientes interrogantes:

- ¿Qué prácticas de acompañamiento (re)conocen? ¿Qué análisis pueden hacer de las mismas? ¿Cómo recuperan/promueven esas prácticas las instituciones?

- Deténganse unos minutos a pensar sobre la vida de las personas que realizan prácticas de acompañamiento en situaciones extremas. Imaginen cómo son sus días y sus noches. Luego, esbocen una interpretación.

Los cuerpos y las emociones de quienes acompañan

Siguiendo las perspectivas socio-antropológicas que pensaron los cuerpos/emociones (Scribano, 2013), no resultan diferenciables –analíticamente– las prácticas, los cuerpos ni las emociones. Los estados del sentir se localizan en la carne. Las mujeres que acompañan a usuarixs de drogas suelen señalar que al estar las terapéuticas dirigidas a ellxs, se relega la atención hacia ellas que también sufren. Esta diferenciación en delimitación de la población sujeto de la intervención suele fundarse en la

organización del –escaso– tiempo de trabajo de los –escasos– profesionales de las instituciones. No se trata de una distribución azarosa de la atención, sino que al haber sido históricamente priorizadxs lxs usuarixs, quedan relegados otros malestares y padecimientos que atraviesan a otras personas. Además, las políticas referidas a los usos de drogas estuvieron orientadas, desde sus inicios, a lxs usuarixs ya que concebían a las drogas como un elemento que introducían en sus cuerpos y que les imposibilitaba desplegar una vida “normal”.

Las emociones involucradas en el proceso de acompañar suelen ser variadas. Las mujeres que dedican su tiempo, energía y disposición en acompañar usualmente refieren vivir cansadas, desganadas, agotadas. Las coordinadas en las que se experimenta el acompañamiento son posibles de relación con los dolores crónicos. El despliegue del acompañamiento también está cargado de incertidumbre, no-linealidad, constancia, mantenimiento en detrimento de “cura” y larga perdurabilidad (Good, 1994; Salslavski, 2007; Mendez Diz, 2012). En otras palabras: no son sólo lxs usuarixs quienes padecen, sino también sus redes de proximidad.

Los requisitos del acompañamiento suelen vincularse a “tener ganas”, “tener aguante”, “bancárselá”. La categoría social de “aguante” fue detalladamente analizada en hinchadas de fútbol por Garriga y Alabarces (2008), por Epele (2010) en usuarios de drogas y por Del Mónaco (2013) en personas que viven con dolor crónico. Sin embargo, aquí, esta noción es referida principalmente entre las mujeres que acompañan y adquiere otros matices diferenciables a lo que señalaron las investigaciones precedentes, debido a que cobra preeminencia el “aguante emocional” sobre el “aguante corporal”. Las sugerencias que suelen ser promovidas en las instituciones públicas implican un repertorio de técnicas corporales/emocionales, entre ellas: “poner límites”; “tratar de no llorar”; “escuchar lo que le pasa”; “preguntarle cómo está”; “apoyarlo en los proyectos”. Los tratamientos públicos, así, suelen adquirir un movimiento paradójico. Mientras que, por un lado, se intenta persuadir a las mujeres de no hacer todo por lxs hijxs / parejas (que involucraba a las prácticas), se promueve un acompañamiento (emocional) minucioso y detallista. Esto implica –en algunos casos– más desgaste y cansancio que las prácticas de protección extremas, debido a que, para las mujeres, las prácticas de acompañamiento corporal ya se encuentran en sus repertorios vinculares y no tanto las de acompañamiento emocional.

Los actos terapéuticos profesionales suelen deslizar que la paciencia es necesaria y que constituye casi un requisito. Para las redes de proximidad, en cambio, no siempre es posible tener paciencia porque suelen acceder, cuando de consumos problemáticos se trata, a tratamientos cuando ya intentaron lo posible sin ellos. Por otro lado, el acotamiento de las redes vinculares se suele vivenciar como un costo del

acompañar, sea por una disminución de las redes de proximidad, o porque compartir con otrxs suele implicar más agotamiento y/o juicio moral de lxs próximxs.

Las prácticas, las actitudes, las sensaciones y emociones involucradas en el complejo de acompañar que encarnan las mujeres que despliegan este papel suelen ser revisadas en las terapéuticas institucionales. La importancia de la participación de las familias en los tratamientos suele ser sumamente relevante ya que suele ser considerada un "indicador de buen pronóstico". En las antípodas de asimilarse a una retícula clasificadora en la que se tildan indicadores, suele constituir más bien una esperanza y también una posibilidad de trabajo para aliviar su padecimiento. De este modo, quedan gran parte de las conflictividades de la cotidianidad –que atraviesan también a las redes de proximidad– constreñidas a las relaciones vinculares y afectivas directas. Este tejido genera relaciones difíciles: mientras que usualmente para las mujeres "la culpa" es de lxs usarixs, para lxs usarixs "la culpa" es de sí mismos, y para lxs profesionales, gran parte de la "responsabilidad" es de "las familias" que no lxs acompañaron con debieran haberlo hecho.

Para reflexionar

- Imagine libremente una idea que apueste a ofrecer reparo y/o a satisfacer las necesidades de quienes realizan prácticas de acompañamiento en la cotidianidad de sus vidas mediadas por los consumos de drogas de sus seres queridxs.

- Evalúe con honestidad: ¿es viable? ¿por qué? ¿qué sería necesario construir a fin de producir viabilidad?

Para finalizar, les acercamos la bibliografía que seleccionamos como privilegiada para este tema:

• Castilla, V., Olsen y Epele, M. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología, enero-junio: 209-229. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-54072012000100010&script=sci_abstract.

• Fonseca, C. (2005) Concepcoes de familia e praticas de intervencao: uma contribuicao antropológica. Saúde e Sociedade, 14 (2): 50-59. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000200006&script=sci_abstract&tlng=pt.

• Voria, M. (2015) Dilemas analíticos en torno de la categoría de cuidado. Revista de estudios de género La Ventana, 41: 113-152. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362015000100113.

- DE SENA, Angélica (ed.) (2014). Las políticas hechas cuerpo y lo social devenido emoción: lecturas sociológicas de las políticas sociales. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

- DEL MONACO, Romina (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. Salud Colectiva 9 (1), 65- 78.

- DOMINGUEZ MON, Ana (comp.) (2012). Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Documentos de Trabajo N 60. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- DURHAM, Eunice (1998). Familia y reproducción humana. En Neufeld, M. et. All. (comps.) Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento. Buenos Aires: Eudeba.

- EPELE, María (2010). Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalizacão. Mana, 8, (2), 247-268.

_____ (2013a). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica "políticamente correcta". Cuadernos de Antropología Social, 38, 7-31.

_____ (2013b). Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia.

- FASSIN, Dider. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. Cuadernos de Antropología Social, 17, 49-78.

- FONSECA, Claudia (2005) Concepcoes de familia e praticas de intervencao: uma contribuicao antropológica. Saúde e Sociedade, 14 (2): 50-59.

- FULLER, Norma (2001). Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. En Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional.

- GARRIGA, José y ALABARCES, Pablo (2008). El "aguante": una identidad corporal

y popular. *Intersecciones en Antropología*, 9, 275-289.

- GOOD, Byron (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: University Press.

- GRADÍN, Agustina y PEREZ SCHREBLER, María (2012) *La odisea de sacar un turno: la condición de acceso al derecho a la salud. Una aproximación etnometodológica a las prácticas hospitalarias*. En MARTINEZ, Alejandra y BELVEDERE, Carlos (dirs.). "Para ustedes, del otro lado". *La producción del orden y las marginaciones sociales en las rutinas cotidianas de "hacer la cola" para acceder a servicios públicos en la ciudad de Buenos Aires*. Documentos de Trabajo Nro. 63. IIGG-FSOC-UBA.

- GRASSI, Estela (1998). *La familia: un objeto polémico. Cambios en la dinámica de la vida familiar y cambios de orden social*. En NEUFELD, María, GRINBERG, Mabel

- TISCORNIA, Sofía y WALLACE, Santiago (comps.). *Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Buenos Aires: Eudeba.

- JELIN, Elizabeth (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- KLEINMAN, Arthur y BENSON, Peter (2004). *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. En BAYES, Ramón (Ed.). *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

- MAFFIA, Diana (2014) *Géneros, identidades y familias diversas. Desafíos al derecho a la igualdad*. *Voces del Fenix*, 32: 14-21

- MENDEZ DIZ, Ana (2012) *Las enfermedades crónicas. Un nuevo paradigma de abordaje desde lo médico y lo social*. En DOMINGUEZ MON, Ana, MENDEZ DIZ, Ana

- SCHWARZ, Patricia, ROSAS, María., CAMEJO, Magdalena, y CARUSO, Paula. *Agencias y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documentos de Trabajo Nro. 60. Buenos Aires: IIGG.

- MOL, Annemarie. (2008). *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. Londres: Routledge.

- NAVARRO, Flavia y RICO, María (2013). *Cuidado y políticas públicas: debates y*

estado de situación a nivel regional. En PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla (coords.). Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. Buenos Aires: Biblos.

- OLEJARCZYK, Romina (2013). Tensiones en las versiones de una política pública: los Programas Federales de Construcción de Viviendas en Avellaneda. Tesis para optar por el título en Maestría en diseño y gestión de Programas Sociales. FLACSO. Buenos Aires.

- PALOMAR VEREA, Cristina (2005). Maternidad: historia y cultura. Revista de Estudios de Género La ventana, 22: 35-67.

- PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla (2013). Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. Buenos Aires: Biblos.

- PAVARINI, Massimo (2002). Control y dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico. Buenos Aires: Siglo XXI.

- PEGORARO, Juan (1995). Teoría social, control social y seguridad. El nuevo escenario de los años 90. En PAVARINI, Massimo y PEGORARO, Juan, El control social en el fin del siglo. Buenos Aires: Secretaría de Posgrado, Facultad de Ciencias Sociales.

- PITA, María (2010). Formas de morir y formas de vivir: el activismo contra la violencia policial. Buenos Aires: Del Puerto / CELS.

- RODRIGUEZ ENRIQUEZ, Corina (2012). "La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?". Revista CEPAL, abril 2012.

- SASLAVSKI, Liliana (2007). ¿Por qué no se cura (todavía) la diabetes? Un abordaje antropológico de la enfermedad considerada la epidemia del siglo XXI. Buenos Aires: Antropofagia.

- SCHWARZ, Patricia (2007). Prácticas, estrategias y percepciones de la maternidad en mujeres jóvenes de clase media urbana. En: KORNBLIT, Ana (comp.) Juventud y vida cotidiana. Buenos Aires: Biblos.

_____ (2012). Las mujeres y el cuidado en las enfermedades crónicas. Entre autonomía y la heteronomía. En DOMINGUEZ MON, Ana, MENDEZ DIZ, Ana

- SCHWARZ, Patricia, ROSAS, María, CAMEJO, Magdalena, y CARUSO, Paula. Agencias y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles.

Documentos de Trabajo Nro. 60. Buenos Aires: IIGG.

- SCRIBANO, Adrián (2013). Sociología de los cuerpos/emociones. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, 10, (4), 93-113.
- SHEPPER HUGES, Nancy (1997) La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Editorial Ariel.
- STOLKINER, Alicia (2004). Las familias y la crisis. Cuestiones de infancia, 8, 135-149.
- TARDUCCI, Mónica (2013). Adopción y parentesco desde la antropología feminista. Revista de Estudios de Género. La ventana, 4, (37), 106-145.
- TORRADO, Susana (2007). Hogares y familias en América Latina. Revista Latinoamericana de Población, 1, (1), 57-65.
- TORRES DAVILA, María (2004). Género y discapacidad: más allá del sentido de la maternidad diferente. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- TRONTO, J. (1993). Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care. Nueva York: Routledge.
- VARNA, María & FERNANDEZ TUÑÓN, Victoria (2008). Ser varón en el Barrio La Unión. Pensando la masculinidad como ejercicio del control social. Tesina de Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- VORIA, María (2015) Dilemas analíticos en torno de la categoría de cuidado. Revista de estudios de género La Ventana, 41: 113-152.

Claves para pensar los procesos de intervención profesional del Trabajo Social en los usos de drogas

Carmiña Macias

Introducción

En este apartado recuperaremos algunas consideraciones teórico-conceptuales para la reflexión sobre los procesos de intervención profesional del Trabajo Social en relación a los consumos problemáticos de drogas.

Cabe mencionar que, si bien el análisis de los procesos de intervención profesional ha sido abordado desde múltiples perspectivas teóricas, a los fines del desarrollo del presente Seminario y atendiendo a su extensión y objetivos, nos interesa recuperar brevemente los principales aportes de autorxs propxs de la perspectiva histórico-crítica. Estxs nos permitirán develar las determinaciones y condiciones del ejercicio profesional a partir de su comprensión en el marco de los procesos de producción y reproducción social propios del orden social vigente, con sus particularidades en cada momento histórico.

En función de ello, les proponemos algunos elementos y claves para problematizar los procesos de intervención del Trabajo Social en relación a los consumos problemáticos de drogas. La idea es dar cuenta de tendencias generales que atraviesan a las políticas sociales y a los servicios sociales en los que las mismas se materializan en la contemporaneidad y sus implicancias en el cotidiano profesional, y aproximarnos al develamiento de sus límites y posibilidades concretas.

Algunas consideraciones teórico-conceptuales para el análisis de los procesos de intervención del Trabajo Social

Para analizar los procesos de intervención profesional del Trabajo Social desde una perspectiva histórico-crítica es preciso partir de comprender el significado social de dicha profesión en el marco de la división social y técnica del trabajo, recuperando para ello el conjunto de condiciones y relaciones

sociales que le otorgan ese significado y que la tornan posible y necesaria. Siguiendo los planteos de lamamoto (1997):

Se trata de un esfuerzo de captar el significado social de esa profesión en la sociedad capitalista, situándola como uno de los elementos que participa en la reproducción de las relaciones de clases y de la contradictoria relación entre ellas. En este sentido, se realiza un esfuerzo de comprender la profesión históricamente situada, configurada como un tipo de especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo peculiar de la sociedad industrial. (p. 85)

En otros términos, se vuelve necesario comprender el conjunto de condiciones sociales, políticas y económicas en las cuales surge y se desarrolla la profesión, de identificar las mediaciones que permitan reconstruir los procesos sociales y tendencias generales que se particularizan en los procesos de intervención profesional. En ese sentido, y en contraposición a aquellas perspectivas que conciben al surgimiento del Trabajo Social como el resultado de un proceso de evolución de la filantropía, la ayuda y la caridad, se parte de considerar que la profesión se gesta en el marco de la consolidación del capitalismo en su etapa monopolista. Y, con ello, del desarrollo de nuevas modalidades de intervención por parte del Estado para enfrentar la "cuestión social"³⁴ que emerge en ese contexto socio-histórico bajo nuevas formas que se expresan en la vida cotidiana de amplios sectores de la población, de la clase trabajadora: las políticas sociales y su concreción en la implementación de servicios sociales (lamamoto 1997, Netto 1992).

Es en ese contexto que se instaura el Trabajo Social, ocupando un lugar en la división social y técnica del trabajo, constituyéndose así lxs profesionales como trabajadorxs asalariadxs, como vendedorxs de su fuerza de trabajo en el mercado, vinculadxs directamente a la ejecución de las políticas sociales. Por lo tanto, el ejercicio profesional está necesariamente atravesado por las relaciones sociales propias del orden social vigente, esto es, por las contradicciones e intereses antagónicos propios de las clases sociales fundamentales, burguesía y proletariado, y los reproduce (lamamoto, 1997). Es decir: Responde tanto a demandas del capital como del trabajo y sólo puede fortalecer uno u otro polo por la mediación de su opuesto. Participa tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo y

³⁴ La "cuestión social" es entendida como "...el conjunto de problemas políticos, sociales y económicos que el surgimiento de la clase obrera impuso en la constitución de la sociedad capitalista. [y que, por lo tanto,] está fundamentalmente vinculada al conflicto entre el capital y el trabajo..." (Cerqueira Filho, 1982, p. 21 citado en Netto, 2002, p. 5). La expresión comenzó a utilizarse en la tercera década del siglo XIX para dar cuenta del fenómeno de pauperización masiva de la clase trabajadora en el contexto de instauración del capitalismo en su fase industrial competitiva, proceso acompañado por la protesta de los pauperizados, lo cual configuraba una amenaza real a dicho orden. (Netto, 2003).

por la misma actividad, da respuesta a las necesidades de sobrevivencia de las clases trabajadoras y de la reproducción del antagonismo en esos intereses sociales, reforzando las contradicciones que constituyen el móvil básico de la historia. Es a partir de esa comprensión que se puede establecer una estrategia profesional y política para fortalecer las metas del capital o del trabajo, pero no se puede excluirlas del contexto de la práctica profesional ya que las clases sólo existen inter-relacionadas. (Iamamoto, 1997, p. 89)

Desde esta perspectiva, entonces, no es posible pensar a la profesión y su práctica cotidiana abstrayéndola de las relaciones sociales de clase y de los procesos de producción y reproducción social propios de la sociedad capitalista, procesos que no se restringen a la reproducción material, de la fuerza de trabajo y los medios de producción, sino que implica también la reproducción espiritual, de determinadas formas de conciencia, de un determinado modo de vida.

Por el contrario, el análisis del lugar que ocupa el Trabajo Social en ese movimiento de reproducción de la sociedad, en la dinámica de las relaciones sociales constitutivas del orden social vigente con sus particularidades en cada momento socio-histórico, y la forma en que las mismas se concretizan en la práctica profesional, se vuelve fundamental para visibilizar los márgenes de autonomía relativa de los que disponen lxs profesionalxs en el ejercicio de sus funciones, en tanto trabajadorxs asalariadxs que venden su fuerza de trabajo a cambio de una retribución. Lo que hace posible sobrepasar la demanda institucional y construir estrategias de intervención que, en el marco de las contradicciones mencionadas anteriormente, respondan prioritariamente a las demandas de la clase trabajadora o del capital.

En este marco, y siguiendo los planteos de Gianna y Mallardi (2011), es posible analizar las determinaciones de los procesos de intervención del Trabajo Social a partir de la consideración de las tres dimensiones que se mencionan a continuación:

- *la dimensión socio-institucional*, que permite dar cuenta del posicionamiento del Estado respecto a la "cuestión social" que se materializa en las políticas públicas, así como de las dinámicas organizacionales, sus objetivos y sus recursos. Se trata de develar y analizar los elementos propios del ámbito institucional donde se desarrolla la práctica profesional y los múltiples factores en el marco de los cuales se define la finalidad y los objetivos de la misma.

En ese marco, "una de las determinaciones fundamentales del ejercicio profesional (...) está dada por la fragmentación de la "cuestión social" y el consecuente recorte de la realidad en aspectos aislados unos de otros" (p. 25). Por lo que lxs profesionales desarrollan sus procesos de intervención en el marco de la vida cotidiana de lxs usuarixs pero abordando las cuestiones reconocidas como legítimas y susceptibles de intervención por parte de las instituciones. Asimismo, como explican los autores, es preciso considerar que las tendencias a la psicologización de las manifestaciones de la "cuestión social"³⁵ y a la familiarización de las políticas sociales³⁶, se expresan en los objetivos de esas instituciones reforzando la responsabilización de lxs usuarixs, y se constituyen, al mismo tiempo, como determinantes y/o condicionantes de la práctica profesional del Trabajo Social.

Las cuestiones mencionadas se expresan en distintos elementos que es fundamental considerar en el análisis de las determinaciones de los procesos de intervención: el marco jurídico-normativo sobre las manifestaciones de la "cuestión social" atendidas por los servicios sociales; las finalidades de la política social o institucional en la que se enmarcan dichos servicios y que se vinculan a la reproducción material, priorizando la transferencia de bienes de uso o recursos monetarios, y a la reproducción espiritual, que abarca aquellas acciones educativas relativas a modos de ser y pensar considerados propios para la vida cotidiana de lxs usuarixs; los recursos profesionales o técnicos y los recursos materiales o prestaciones³⁷; y los criterios que hacen a la delimitación social de los servicios sociales y la definición de la población usuaria de los mismos.

- *la dimensión subdeterminante popular* que refiere tanto a la capacidad de los distintos sectores de la clase trabajadora de incidir y/o interpelar a aquellas instancias que intervienen sobre las manifestaciones de la "cuestión social" como a la relación que lxs usuarixs de los servicios sociales establecen con estas últimas, recuperando sus posicionamientos respecto a las causas y responsabilidades, el grado de problematización de esas situaciones vividas. En otros términos, "se trata de conocer las explicaciones y valoraciones que los sujetos construyen en torno a su vida cotidiana en tanto elementos que objetivamente inciden en la finalidad de los procesos de intervención, pues plantean límites y posibilidades concretas al profesional" (p. 28), dando cuenta de su directa vinculación con aspectos objetivos, con sus condiciones de vida, con la correlación de fuerzas vigentes.

³⁵ Ver Netto (2002)

³⁶ Ver De Martino (2001)

³⁷ Ver Oliva (2007)

- *la dimensión ético-política*, esto es, los valores que sustentan la práctica profesional tanto en términos individuales como colectivos, así como la reflexión en torno a la relación entre los medios y los fines de los procesos de intervención.

Se trata de la esfera vinculada a las bases del proyecto ético-político profesional, a los valores que sustentan a la profesión y su práctica y que permiten clarificar su direccionalidad, ello en directa vinculación con un proyecto societal que, desde una perspectiva histórico-crítica, es el de las clases subalternas cuyo horizonte es la emancipación humana.

Este proyecto colectivo es llevado a cabo a la práctica concreta por la mediación del accionar particular de lxs profesionales y se constituye como una herramienta fundamental para ampliar los márgenes de autonomía relativa, otorgar nuevos significados y contenidos al ejercicio profesional, y superar los roles atribuidos por las instituciones donde los mismos tienen lugar para orientar los procesos de intervención a dar respuesta a determinadas demandas e intereses presentes en la sociedad.

Volviendo a los planteos de Iamamoto (1997), recuperar estas múltiples determinaciones de los procesos de intervención profesional construyendo las mediaciones que permiten comprenderlos en el marco de las relaciones sociales propias del orden social vigente, con sus particularidades en cada momento histórico, develando así su carácter social, histórico y político, es fundamental para la superación de dos comportamientos o tendencias frente a la práctica profesional: por un lado, el fatalismo que en base a la naturalización de la vida social implica la consideración de que el Trabajo Social nada puede hacer frente a las redes de poder, y por el otro el mesianismo utópico que, al no develar las determinaciones del ejercicio profesional, plantea una visión heroica de las posibilidades de transformación del mismo.

Acerca de las funciones y modalidades de intervención del Trabajo Social

Siguiendo los planteos de Oliva (2015), es posible recuperar las atribuciones que se han configurado históricamente en torno al espacio socio-ocupacional del Trabajo Social a partir del reconocimiento de tres funciones ejecutivas que están presentes en su origen y desarrollo, asistencia, gestión y educación. Las que están determinadas por las condiciones macro-sociales y particulares que atraviesan a los procesos de intervención en momentos determinados y que han sido recuperadas anteriormente.

La función de *asistencia* implica la atención de las demandas a través de aquellos recursos pre-definidos como prestaciones, esto es, aquellos destinados a la cobertura de determinadas necesidades y cuya forma y alcance varía de acuerdo a las características de la institución, a las necesidades que la misma absorbe y al grado de organización y movilización de lxs usuarixs y los sectores a los que lxs mismxs pertenecen. (Oliva, 2003).

Por su parte, la función de *gestión* refiere a la "consecución y administración de los recursos, planteando distintas formas de organización, de obtención y registro de información, de planificación y evaluación" (Oliva, 2015, p. 16), dando cuenta así de la insuficiencia de las prestaciones institucionales para dar respuesta a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana de la clase trabajadora y, por tanto, de la necesidad de coordinar y articular tareas, prestaciones y recursos.

Finalmente, la función de *educación* involucra los modos de ver, de pensar, buscando incidir en ellos, incluyendo así "la transmisión de información, la enseñanza, así como también la acción de dirigir, considerando que la educación siempre es un hecho político" (p. 16), estando directamente vinculada al desarrollo de las funciones mencionadas anteriormente.

Cabe mencionar que, como explica la autora citada, las funciones descriptas no se desarrollan de manera aislada una de la otra sino que se articulan en el marco de los procesos de intervención profesional, sus finalidades y las estrategias desarrolladas, llevándose a cabo de diferentes modos y mediante distintas actividades o, más precisamente, a través de la puesta en práctica de diferentes tácticas operativas, tales como entrevistas, observaciones, visitas domiciliarias, elaboración de informes sociales y registros escritos, entre otras.

En este marco, es necesario preguntarnos ¿existe un método de intervención profesional?

Al respecto de esta cuestión, aquellas concepciones fundamentadas en una *racionalidad formal-abstracta*³⁸, esto es, que abordan la realidad social de manera superficial, fragmentada y deshistorizada, ha intentado definir mo-

³⁸ Ver Guerra, Y. (2006)

delos de intervención en tanto conjunto de procedimientos y técnicas definidas "a priori", abstraídas de los procesos y relaciones sociales generales, a ser "aplicadas" el profesional de Trabajo Social de manera unidireccional.

Por el contrario, con base en una racionalidad crítico-dialéctica, es decir, desde una perspectiva histórico-crítica que nos permite comprender la complejidad y dinámica constitutiva de la realidad en tanto totalidad socio-histórica, recuperando para ello sus múltiples determinaciones y mediaciones, se considera necesario superar esas concepciones para avanzar hacia la problematización y construcción de estrategias que partan de concebir a la intervención profesional en clave de proceso que se desarrolla en un momento histórico determinado, en un lugar determinado y a partir de la interrelación entre diferentes actores, con diferentes intereses, objetivos, posicionamientos y recursos (Mallardi y Oliva, 2011).

Para reflexionar

Antes de avanzar, les proponemos reflexionar sobre los planteos recuperados hasta aquí a partir de los siguientes interrogantes:

- ¿Qué actores pueden reconocer como parte de los procesos de intervención del Trabajo Social?
- ¿En qué ejemplos concretos podrían visualizar el movimiento que describe lamamoto (1997) al explicar que al mismo tiempo y por la misma actividad, el Trabajo Social responde a intereses antagónicos?
- ¿Qué implicancias tiene en el ejercicio profesional de lxs trabajadorxs sociales el hecho de ser trabajadorxs asalariadxs? ¿Influyen en los límites y posibilidades de ese ejercicio profesional las condiciones de trabajo? ¿De qué manera? ¿Pueden recuperar ejemplos?

Hasta aquí, un breve repaso en torno a algunos elementos teórico-conceptuales para reflexionar sobre los procesos de intervención profesional del Trabajo Social, sus condiciones y determinaciones. Ahora les proponemos recuperar algunos elementos para pensar esos procesos en relación a los consumos problemáticos de drogas, dando cuenta fundamentalmente de algunas tendencias o lineamientos generales presentes en las políticas sociales implementadas al respecto.

Trabajo Social, Políticas Sociales y Consumos Problemáticos de Drogas: algunos elementos para la reflexión.

1. Lxs usuarixs de drogas como sujetxs de derechos: debates y tensiones en torno a la categoría "ciudadanía".

Como vimos anteriormente, a partir de la primera década del presente siglo se produjeron importantes cambios en relación a la concepción de los consumos de drogas y los abordajes propuestos al respecto por parte del Estado. Estos estaban dados por el reconocimiento de las consecuencias negativas de la denominada "guerra contra las drogas" y el modelo prohibicionista-abstencionista y el desarrollo de políticas alternativas basadas en la salud pública y la promoción de los derechos humanos (Camarotti y Güelman, 2017).

Así, a partir de la crítica en relación a aquellas perspectivas teórico-metodológicas que, articulando enfoques médicos y jurídicos, se fundamentan en una concepción de las personas que consumen sustancias en tanto enfermas y/o delincuentes y, por tanto, proponen como únicas respuestas posibles el encierro y aislamiento en cárceles y/o centros de tratamiento, estas políticas reconocen a lxs usuarixs de drogas como ciudadanxs activxs titulares de derechos que deben ser garantizados.³⁹

Pero ¿qué es la ciudadanía? ¿Qué implicancias tiene en el desarrollo de abordajes la consideración de lxs consumidorxs de drogas como sujetxs de derechos?

Para aproximarnos a la respuesta a estos (y otros) interrogantes, es preciso considerar que la categoría "ciudadanía" así como, en relación a ella, las nociones de emancipación política y emancipación humana, han sido analizadas por distintxs autorxs y desde distintas matrices teóricas. Algunas de las cuales recuperaremos y pondremos en diálogo aquí a partir de las obras del sociólogo británico Thomas H. Marshall y el sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos, en tanto perspectivas antagónicas a la marxista que han

³⁹ Esta tendencia, como ya ha sido mencionado, se materializó a través de la sanción de dos leyes: de dos leyes: la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, sancionada en Noviembre del 2010, la cual, en su artículo 4º, plantea que las adicciones deben ser abordadas como parte de las políticas de salud mental, poniendo el eje en la interdisciplinariedad de las intervenciones y en el carácter ambulatorio del tratamiento al considerar a la internación como un recurso de carácter restrictivo; y la Ley Nacional N° 26.934 que da origen al Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP), sancionada en Abril del 2014, la cual, partiendo de entender a los consumos problemáticos en tanto aquellos consumos que afectan crónicamente y de manera negativa la salud física y/o psíquica y las relaciones sociales de una persona, plantea como objetivos de dicho plan la prevención desde un abordaje intersectorial y con actuación directa del Estado, la asistencia sanitaria gratuita y la integración social de quienes atraviesan situaciones de consumos problemáticos.)

influenciado los debates sobre estas categorías en el Trabajo Social (Cappello y Gianna, 2012).

En su ensayo titulado *"Ciudadanía y Clase Social"*, Marshall plantea que "...La ciudadanía es aquel estatus que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad. Sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica..." (Marshall y Bottomore, 1998, p. 37). A su vez, propone un análisis de su desarrollo histórico a partir de la consideración de tres aspectos o elementos: civil, compuesto por aquellos derechos vinculados a la libertad individual tales como la libertad de expresión, de pensamiento, de religión, el derecho a la propiedad privada y a establecer contratos, a la justicia, siendo, precisamente, los tribunales de justicia las instituciones directamente relacionadas a ellos; político, que hace referencia al derecho a participar en el ejercicio del poder político y en la administración de los asuntos de la comunidad, ya sea como miembro del parlamento o las juntas de gobierno o como elector de sus miembros; y el elemento social que incluye "...desde el derecho a la seguridad y a un mínimo bienestar económico al de compartir plenamente la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares predominantes en la sociedad..." (p. 23), vinculado directamente a instituciones educativas y de servicios sociales.

En ese marco, el autor analiza la influencia de la ciudadanía y el principio de igualdad que la misma supone sobre la clase social, entendida como un sistema de desigualdad, planteando que los derechos que componen a la primera fueron y son necesarios para garantizar la conservación de esas desigualdades. Consideradas también necesarias y útiles en tanto incentivos para el esfuerzo y estructuradoras de la distribución de poder en la sociedad, otorgando a cada persona, en su individualidad, la libertad y la capacidad de implicarse, como unidad independiente, en la competencia económica propia de la economía de mercado y poniendo, asimismo, límites a sus excesos, aliviando sus consecuencias, volviéndolo menos vulnerable.

Desde esta perspectiva, entonces, "...La desigualdad del sistema de clases sería aceptable siempre que se reconociera la igualdad de ciudadanía..." (Marshall y Bottomore, 1998, p. 21). Esto es, la pertenencia de cada individuo a una comunidad revestida por un cuerpo de derechos y obligaciones propios de la sociedad moderna que no interfieran en la libertad del mercado competitivo y a los que cada individuo debe responder individualmente.

Por su parte, Sousa Santos (1998) en su obra titulada *“De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la posmodernidad”* parte de considerar que el proyecto de la modernidad está caracterizado, en su matriz, por un equilibrio dado por el desarrollo armonioso y las relaciones dinámicas entre dos pilares: el pilar de la regulación, constituido por los principios del Estado, del mercado y de la comunidad, y el pilar de la emancipación, constituido por la articulación entre tres dimensiones propias de la racionalización y la secularización de la vida colectiva. Esto es, la racionalidad práctica del derecho moderno, la racionalidad cognitivo-experimental de la ciencia y la técnica modernas y la racionalidad estético-expresiva de las artes y las literaturas modernas.

Dicho equilibrio, según explica el autor, nunca fue alcanzado debido a que a medida que la trayectoria de la modernidad se identificó con la del capitalismo, el pilar de la regulación se fortaleció a costas del pilar de la emancipación en el marco de un proceso histórico que no ha sido lineal sino contradictorio y que ha resultado en desequilibrios en ambos pilares. Este desequilibrio se expresó en el desarrollo hipertrofiado del principio del mercado en detrimento del principio del Estado y de ambos en perjuicio del principio de la comunidad, en un proceso que incluye tres fases: una fase inicial atravesada por la hipertrofia total del mercado, en el periodo del capitalismo liberal que cubrió todo el siglo XIX; una segunda fase de mayor equilibrio entre el principio del mercado y del Estado bajo la presión del principio de la comunidad, periodo del capitalismo organizado y su forma política, el Estado Providencia que se inició a fines del siglo XIX y alcanzó su desarrollo pleno en el periodo entre las guerras y las primeras décadas después de la Segunda Guerra Mundial; y una tercera fase dada por la rehegemonización del principio del mercado hacia fines de la década del 70' y hasta la actualidad, momento designado como el periodo del "capitalismo desorganizado".

Esta última fase se caracteriza no sólo por el agotamiento del proyecto de la modernidad y la crisis del contrato social y sus valores, sino también por la adquisición de una pujanza sin precedentes por parte del principio del mercado. De modo tal que el mismo traspasó lo económico, tratando de colonizar tanto al principio del Estado como el de la comunidad, en un proceso que produjo, como consecuencia, la desregulación de la vida económica, social y política y la emergencia de una nueva contractualización de las relaciones sociales caracterizado por el predominio e intensificación de procesos de exclusión. (Sousa Santos, 2004).

En este marco, propone el desarrollo de una nueva articulación entre los

principios del Estado y la comunidad, entre la lógica de la ciudadanía propia del primero y la lógica de reciprocidad propia del segundo, bajo el predominio de éste último, alcanzando así credibilidad política los valores de la cooperación, la solidaridad, la democracia y la prioridad de las personas por sobre el capital y contrarrestando la fuerza avasalladora del principio del mercado. Ello atravesado por la construcción de una nueva teoría de la democracia, basada en la articulación entre la democracia representativa y la democracia participativa y que proceda, fundamentalmente, a la repolitización de la práctica social, a la ampliación y profundización del campo político en todos los espacios estructurales de interacción social, entre los cuales el autor distingue el espacio doméstico, el espacio de la producción, el espacio mundial y el propio espacio de la ciudadanía.

Con respecto a este último, Sousa Santos (2004) plantea la necesidad de, con base en esta nueva teoría democrática y las nuevas formas de articulación entre los principios del Estado, la comunidad y el mercado, reconstruir el concepto de ciudadanía de modo tal que la misma "...se constituya tanto en una obligación política vertical entre los ciudadanos y el Estado, como en la obligación política horizontal entre los ciudadanos..." (p. 340). Generando así, rupturas con los mecanismos excluyentes predominantes en la fase desorganizada del capitalismo, combinando formas individuales y formas colectivas de ciudadanía, recuperando una concepción multicultural y transcultural de los derechos humanos.

Desde la perspectiva marxista, es preciso comprender a la ciudadanía, esto es, a la emancipación política, como parte de las contradicciones propias del orden social capitalista desde una visión de totalidad, de sus múltiples determinaciones, de su estructura y dinámica, en el marco de las cuales los denominados derechos humanos generan, por la mediación del Estado, una apariencia de igualdad y libertad, al tiempo que persisten las desigualdades entre las clases fundamentales del orden burgués, al tiempo que la propiedad privada de los medios de producción perdura. Entonces, la verdadera emancipación humana implica, por tanto y necesariamente, la superación del orden social burgués (Marx, 2008).

En igual sentido, explica Fleury (1997) que la ciudadanía constituye una relación que se establece entre individuos considerados iguales a nivel formal y el Estado que, por un lado, es condición necesaria para la reproducción del orden vigente ya que oculta la existencia de las relaciones contradictorias entre clases sociales antagónicas y no cuestiona las desigualdades entre ellas

(y, agregaría, las desigualdades entre los géneros), lo cual significaría poner en jaque la esencia de la sociabilidad capitalista. Mientras por el otro, significa la concreción de avances y conquistas de la clase trabajadora en el marco de la lucha de clases, constituyendo, así, importantes progresos en el marco del orden social vigente.

En este marco, recuperando un interrogante propuesto por Pulido (2002), y atendiendo a las consideraciones planteadas anteriormente, "¿Qué pasará cuando comencemos a decir que el usador de drogas es un ciudadano? ¿Cómo lo llamaremos? ¿Qué nombre tendrá la tarea social con ellos?" Al respecto, Inchaurreaga, S. (2003) plantea que ello implica que lxs mismxs poseen obligaciones y derechos: a la salud, a la dignidad y el honor, a la libertad, a la privacidad, a la propiedad, incluso el derecho a las drogas. En palabras de la autora:

Las políticas públicas si se reformularan y consideraran a los sujetos consumidores de drogas y a los drogadependientes como ciudadanos podrían reducir los daños sociales y de salud relacionados con las condiciones actuales de consumo que, en tiempos de prohibición, de SIDA, y de prisiones llenas de personas que consumen drogas, demuestran ser mayores que los daños que pueden producir las drogas mismas. (p. 28)

Así, se plantea la reducción de daños como una alternativa que, justamente, basándose en la consideración de lxs usuarixs como interlocutorxs y ciudadanxs, apunta a minimizar los daños ocasionados por las políticas represivas y abstencionistas, evitando que sean objeto de persecuciones policiales y exclusión social.

En su análisis sobre los procesos de estigmatización social vinculados a los consumos de drogas y sus implicancias en las trayectorias de lxs sujetxs por los servicios de salud y en el acceso a sus derechos ciudadanos, Vázquez (2004) expresa que "Uno de los efectos principales de la estigmatización es su capacidad de producir grupos específicos de ciudadanos que ven limitado su cumplimiento de derechos tales como el derecho a la atención en salud" (p. 836). Por lo que su cuestionamiento, reducción y eliminación es, desde su mirada, fundamental para la construcción de políticas públicas que promuevan la inclusión y el respeto por los derechos humanos.

Para pensar en las implicancias de estas consideraciones en el marco de los procesos de intervención del Trabajo Social, se considera oportuno recuperar el análisis desarrollado al respecto por Cappello (2014), quien propone consi-

derar a la ciudadanía en tanto parte de la estructura sincrética de la profesión⁴⁰, como fundamento objetivo de la misma, entendiendo que acrecienta tanto el sincretismo científico, atravesado por la perspectiva positivista y sus derivaciones, como el sincretismo ideológico, dado por la preeminencia del pensamiento conservador, no permitiendo, en su dimensión fenoménica, trascender el carácter formal de los derechos y la igualdad en términos jurídicos. Para explicar dicho planteo, la autora menciona y describe cuatro mitos o supuestos que subyacen al mismo:

- el primer mito refiere a la consideración de que "el Estado somos todos", lo cual implica no visibilizar y problematizar su carácter clasista al considerarlo en tanto esfera donde se resuelven los problemas que se relacionan con los derechos de los ciudadanos, velando la desigualdad entre las clases.
- el segundo mito refiere a la consideración del usuario en tanto "sujeto de derechos", desconociendo su pertenencia de clase y su constitución en tanto sujeto socio-histórico;
- en relación a lo anterior, un tercer mito que alude a la consideración de que las necesidades o demandas sociales se deben constituir como una "restitución de derechos" por parte de un otro que es externo, la noción de que todo problema social se aborda a partir del mero cumplimiento normativo de esos derechos que se logra a través de la implementación de políticas públicas, esto es, en la esfera estatal.
- el cuarto mito planteado por la autora hace referencia a la consideración de que "cada caso es un caso", esto es, la consideración del sujeto social en su individualidad, despojado de las relaciones sociales que lo constituyen como sujeto social e histórico, y de los problemas sociales como problemas personales, psicologizándolos.

Con base en la perspectiva histórico-crítica desde la que proponemos este análisis, es preciso comprender, entonces, que Trabajo Social y Ciudadanía

⁴⁰ Netto (2002) recupera la noción de sincretismo para dar cuenta de la confluencia de elementos diversos y heterogéneos que se encuentran en su estructura, tanto profesional como teórica (Oliva, 2015), y lo reconoce como constitutivo del Trabajo Social, como el hilo conductor en su afirmación y desarrollo como profesión. De acuerdo al autor, tres son los fundamentos objetivos de su estructura sincrética y los enuncia como sigue: "el universo problemático original que se le presentó como eje de demandas histórico-sociales, el horizonte de su ejercicio profesional y su modalidad específica de intervención" (p. 89). En ese marco, propone un análisis en torno al sincretismo ideológico, recuperando las líneas o tendencias presentes en la historia ideológica de la profesión y su vinculación con el ethos burgués, con el orden capitalista, y el sincretismo científico, dando cuenta de la influencia de la tradición positivista en su desarrollo teórico reconociendo dos líneas principales: la construcción de un sistema de saber de segundo grado con base en el eclecticismo, y la sistematización de la práctica profesional.

son categorías vinculadas desde su génesis y que esa vinculación es permanente y continua, entendiendo que, como planteamos al inicio, la profesión surge y se vuelve necesaria en el momento socio-histórico en que las demandas emancipatorias de la clase trabajadora, sus reclamos por el reconocimiento de su ciudadanía, son incorporadas por el Estado en su búsqueda de legitimidad y consenso social, materializándose en políticas sociales sectoriales implementadas a través de instituciones, en servicios sociales en los cuales se desempeñan lxs Trabajadorxs Sociales.

Así, los procesos de intervención profesional están necesariamente atravesados por esas contradicciones que es fundamental develar y problematizar, y aproximarnos, así, al reconocimiento de los límites y posibilidades del ejercicio profesional del Trabajo Social. Considerando, en lo que hace particularmente a los consumos problemáticos de drogas, el importante progreso que ha implicado e implica la crítica hacia miradas que estigmatizan y criminalizan a lxs consumidorxs y el viraje hacia la construcción de abordajes y políticas de asistencia basadas en su reconocimiento como ciudadanxs y, al mismo tiempo, sus implicancias en el marco de la dinámica que sumen las relaciones sociales vigentes en determinadas coyunturas históricas.

2. Debates en torno a la comunitarización y familiarización de las Políticas Sociales.

En su análisis acerca de la configuración de las políticas sociales en la contemporaneidad, De Martino Bermudez y Vecinday Garrido (2011) explican que a partir del cambio de siglo:

Familias y comunidades resurgen. Las primeras como unidades que deben resolver sus problemas, obviamente multicausales y muchos de ellos generados por el propio modelo de desarrollo - pobreza, desempleo, etc. -. La segunda como compañera del Estado en asumir los costos de los ajustes efectuados a las políticas de protección y reproducción social de los ciudadanos. (p. 36).

En otros términos, los autores plantean el desarrollo de una nueva racionalidad que atraviesa a las políticas sociales la cual se basa en la incorporación de individuos, familias y comunidades en tanto sujetos activos y privilegiados, previendo intervenciones con modalidades prescriptivas que apuntan a modelarlos a través de la transferencia de herramientas para capacitarlos en el desarrollo de sus funciones. Así, se observa una recurrente individualización, familiarización y comunitarización de los problemas sociales y de la intervención del Estado sobre los mismos, a partir de una perspectiva que

considera que cada individuo y cada familia debe ser capaz de administrar sus riesgos y movilizarse y movilizar sus recursos para enfrentarlos, al tiempo que se apela a las comunidades y a su participación fundamentalmente en la gestión activa y responsable de su propia miseria, todo ello bajo un discurso basado en el reconocimiento de derechos.

En el mismo sentido, Rossi y Mallardi (2017) aportan elementos que permiten comprender la esencia de esa racionalidad que subyace a las políticas sociales propias del momento histórico atravesado por la denominada "alternativa neodesarrollista", políticas que, tanto en su retórica como en su materialización en servicios sociales implementados mediante espacios institucionales, dan cuenta de la centralidad adquirida por la comunidad, la familia y el territorio en los abordajes propuestos. En ese sentido:

En esa territorialización de las políticas sociales, se construye una nueva institucionalidad que da lugar a nuevos formatos organizacionales con base en el territorio, coordinados por la presencia de un Estado Nacional que monitorea, define, propone, establece formas de intervención y que deja en manos de la comunidad la "construcción artesanal" para la solución a los propios problemas, acompañadas por medidas desde el Estado y bajo el discurso de la participación popular. La política social se organiza otorgando centralidad al denominado territorio, bajo la finalidad de crear herramientas transversales e interdisciplinarias con eje en la familia y en el trabajo y en pos de la inclusión social y el desarrollo local. (p. 137)

Así, la intervención social del Estado sobre las distintas manifestaciones de la "cuestión social", como los consumos problemáticos de drogas, se fundamenta en la consideración del territorio como el espacio en el cual implementar las políticas sociales con la presencia de un Estado activo y promotor de la participación ciudadana, así como, en relación a ello, en una concepción del individuo en tanto parte de una familia y una comunidad, ámbitos donde es colocada la génesis de los problemas sociales y a quienes se transfiere la responsabilidad de resolverlos, apelando para ello a la movilización de sus recursos, esfuerzos, habilidades y capacidades.

En ese sentido, es posible observar que estas tendencias que atraviesan a las políticas sociales en la contemporaneidad recuperan aspectos propios del abordaje resiliente de los problemas sociales, tanto en su enfoque individual como familiar y comunitario, entendiendo por resiliencia al producto de un proceso dinámico de construcción de una estructura de protección, dado por la interacción entre diversos factores, que permite a las personas afrontar y superar situaciones adversas y adecuarse positiva y exitosamente al medio social. Para lo cual se vuelve fundamental no sólo el desarrollo de

competencias y habilidades individuales sino también, y junto a ello, el apoyo y acompañamiento interpersonal y de las redes solidarias comunitarias. (Fiorentino, 2008; Grotberg, 2002).

Camarotti y Kornblit (2015) denominan "modelo integral comunitario" a esta forma de abordaje de los consumos problemáticos de drogas al que definen como "la estrategia de intervención que tiene como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas" (p. 213), entendiendo a la comunidad como un espacio atravesado por conflictos, tensiones, relaciones de solidaridad, diversidad.

Este modelo se basa, fundamentalmente, en la incorporación de las dimensiones propias del contexto en el que se dan los consumos de drogas y, por tanto, propone la construcción de respuestas que contemplen una mirada trans-disciplinaria y multisectorial, que recupere perspectivas económicas, culturales, sociales, psicológicas, médicas y, al mismo tiempo, próximas a los grupos sociales que atraviesan dicha problemática. Esto último partiendo de entender que:

Son los actores sociales los que, junto a las instancias estatales, deben construir las respuestas posibles, basándose para ello en lo que ya existe y en la creación de formas novedosas de encarar el problema. No puede esperarse que esta capacidad de innovación surja de actores externos a una comunidad específica, sino que tiene que surgir de los mismos actores de dicha comunidad, que han transitado los problemas derivados del consumo de drogas no solo como consumidores, en algunos casos, sino también como familias y como comunidad en su conjunto. (p. 214)

Desde esta propuesta, se trata, entonces, de habilitar y promover el encuentro entre lxs distintxs actores sociales presentes en la comunidad, de fortalecer redes en el territorio articulando acciones y recuperando el rol activo de todas las personas en tanto sujetxs de derecho, entendiendo que a partir del proceso colectivo de problematización y reconocimiento de los determinantes sociales y estructurales de los consumos problemáticos de drogas es posible identificar fortalezas, debilidades y potencialidades para modificarlos.

Al respecto, les invitamos a consultar las distintas experiencias de trabajo en el abordaje de los usos problemáticos de drogas llevadas adelante por equipos de personas situadas en determinados territorios. Estas son recuperadas para su análisis en el Documento elaborado por Gotzman y Amorín (2013)

titulado "Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta". En este punto, cabe mencionar que otrxs autorxs han desarrollado análisis críticos en torno a la comunitarización de las políticas sociales y sus implicancias en, como plantea Cravino (2004), la "puesta en acto" de este discurso. Al respecto, la mencionada autora, en su reflexión sobre las políticas de vivienda implementadas en la década del 90 en el Área Metropolitana, explica que:

Apelar a la "comunidad" aparecía en el imaginario estatal como sinónimo de proceso democratizador, cuando aquí se cree que en realidad presentaba facetas más complejas en cuanto a responsabilidades y conflictividades, las cuales fueron transferidas a las organizaciones barriales para que en este ámbito fueran asumidas o dirimidas (...) Esto mismo fue utilizado en muchos casos como un mecanismo culpabilizador cuando ciertas acciones fracasan. (p. 84)

Es decir, desde esta mirada se coloca como sujeto receptor de las políticas sociales a sujetos colectivos, se promueve la creación de espacios comunitarios a los que se transfiere parte de la gestión de dichas políticas y de quienes se espera un comportamiento homogéneo y solidario dejando de lado, por tanto, la posibilidad de recuperar el conflicto, de reconocer la heterogeneidad y trabajar desde la diferencia.

Por su parte, Rose (2007) plantea que se ha producido un cambio en relación al sujeto de gobierno, constituyéndose la comunidad como, en sus propios términos, una nueva especialización del mismo, como un nuevo espacio para la gestión de la existencia tanto individual como colectiva. Al respecto, el autor sostiene:

Los seres humanos a ser gobernados - varones y mujeres, ricos y pobres - pasaron, así, a ser concebidos como individuos que han de volverse activos en su propio gobierno. Y su responsabilidad ya no seguiría siendo entendida como una relación de obligaciones entre el ciudadano y la sociedad, promulgada y regulada gracias a la mediación del Estado, sino que sería una relación de lealtad y responsabilidad para con los seres cercanos, con quienes el propio destino está asociado. (p. 117)

Se coloca, así, en las formas de pensar y actuar y, como indicativo de ello, en el plano discursivo, el énfasis en las responsabilidades y obligaciones de individuos, familias y sus comunidades de erigirse como sujetos activos en el logro de su bienestar. Para profundizar la reflexión al respecto y atendiendo a los objetivos de este apartado, resulta oportuno recuperar los interrogantes que plantea Candil (2011) en su análisis sobre una política social de abordaje del consumo de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires que toma como estrategia la intervención comunitaria:

Con qué objeto se interviene en las comunidades? (...) ¿A qué fines, más allá o más acá de los explicitados, se recurre a las comunidades desde el gobierno? (...) ¿qué y a quiénes construye y qué y a quiénes permite gobernar? (p 36)

Y también:

¿De qué manera opera el status de ciudadanía como garante de derechos (individuales) frente a un Estado que podría responsabilizar a cada quien por su "propio destino" mediado por la pertenencia a cierta(s) comunidad(es)? ¿Cuál sería la abarcabilidad y ejercicio posible de ciudadanía en este entramado de relaciones? (p. 37)

Habiendo desarrollado brevemente algunas miradas en torno a la comunitarización y familiarización de las políticas sociales, nos preguntamos ahora ¿qué implicancias tienen estos elementos en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social? A modo de aproximación a la respuesta a este interrogante, es posible sostener que en el marco de estas tendencias, los procesos de intervención del Trabajo Social son ubicados en el nivel de la individualidad y lo relacional y se orientarían a favorecer y fortalecer ese proceso de identificación, movilización y articulación de los recursos, habilidades, capacidades, potencialidades y posibilidades de los sujetos individuales, las familias y las comunidades contribuyendo, asimismo, a que sean reconocidos por ellos con vistas a lograr la superación de los problemas sociales que atraviesan en sus expresiones inmediatas.

3. Desigualdades de género y acceso a servicios de atención a usuarixs de drogas.

En el marco de esta recuperación de elementos que proponemos aquí con vistas a reflexionar sobre las tendencias generales que atraviesan a las políticas sociales desarrolladas en torno a los consumos de drogas y sus implicancias en los procesos de intervención del Trabajo Social, es importante mencionar los aportes de las lecturas feministas al respecto. Las mismas han contribuido a problematizar no sólo la incidencia de la intervención del Estado en las relaciones desiguales de género y su impacto en la vida cotidiana de amplios sectores de la población, sino también la incidencia de esas relaciones sociales desiguales en el conjunto de la intervención estatal, concebidas como constitutivas del Estado (Anzorena, 2017).

Así, es preciso considerar que a partir de los años 70' la denominada "cuestión de las mujeres" comenzó a adquirir lugar en la agenda pública a través de la incorporación de algunas demandas de los movimientos feministas y la cons-

titución de las mujeres como sujetos de determinadas políticas públicas ampliando así su condición de ciudadanas. Sin embargo, al tiempo que lograron, en el marco de un proceso de fortalecimiento de los movimientos feministas, plantear legítimamente sus demandas al Estado, su inclusión en las políticas públicas se realizó colocando en ellas las expectativas de supervivencia y reproducción de las familias, fundamentalmente en hogares vulnerables, y las responsabilidades de cuidado de lxs sujetxs dependientes, asignando y reforzando roles estereotipados, lo cual se consolida como una constante en la intervención estatal. (Anzorena, 2017).

En particular, en lo que hace a los consumos problemáticos de drogas, a partir de la información planteada en el "Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por becas de tratamiento y llamadas al servicio de atención de la línea 141" elaborado por la SEDRONAR, es posible observar que el perfil de lxs usuarixs asistidxs durante el tercer trimestre del año 2019 es principalmente de hombres jóvenes. Mientras que la mayoría de las personas que consultaron a la línea 141 son mujeres y en cuanto al tipo de consulta realizada, la mayoría de ellas fueron indirectas, es decir, solicitando información, orientación y/o tratamiento para otra persona (familiar, cónyuge, amigx o conocidx).⁴¹

Por su parte, los datos relevados en el marco del "Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas" también desarrollado por la SEDRONAR en el año 2019, reflejan una mayor presencia de varones dentro de la población en tratamiento bajo la modalidad residencial, representando el 92,6%.

En el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas presentado por la mencionada Secretaría para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2020, se menciona la perspectiva de género como uno de los principios rectores de las políticas públicas en relación a los consumos de drogas en nuestro país, explicando que:

Las mujeres usuarias de drogas padecen una doble estigmatización derivada de la confluencia de ser mujeres y consumidoras. La situación de las mujeres resulta aún más crítica si se contempla la falta de oferta de tratamientos que incluyan una perspectiva de género en esta problemática; y, más aún, cuando a la situación de consumo se acompaña la condición de embarazo y/o tenencia de hijos a cargo.

⁴¹ Esto último podemos vincularlo con los elementos desarrollados en el apartado en torno al cuidado y acompañamiento familiar en situaciones de consumos problemáticos de drogas y a la forma en la que las relaciones entre los géneros propias del orden patriarcal y, en particular, la división sexo-genérica del trabajo, atraviesan estas dinámicas.

Con vistas a promover la reflexión al respecto de los elementos mencionados, se considera pertinente recuperar el planteo desarrollado por García Gaytán (2011) en el Prólogo del libro titulado "Mujeres y Adicciones", donde expresa que:

Esta visión en parte es propiciada por la vigencia que aún tiene en la sociedad del modelo tradicional de roles y estereotipos de género, que percibe el consumo de drogas en las mujeres como inaceptable o inadecuado. La mujer es juzgada con menos indulgencia que el hombre, se considera más grave su degradación moral y se contempla con mayor severidad la alteración de su papel en la familia. Al presentarse una adicción en la mujer, se trastornan completamente sus funciones de ama de casa, madre y esposa. (García Gaytán, R. 2011, p. 11)

Es decir que, desde esta mirada, los consumos problemáticos de drogas asumen particularidades en la demanda y acceso a tratamientos y servicios de asistencia que es posible explicar a partir de la consideración de aquellas construcciones sociales e históricas propias de una sociedad patriarcal⁴² que definen, desde una perspectiva binaria, el "ser mujer" y "ser varón" y relaciones sociales desiguales, jerárquicas, de poder que atraviesan y se expresan en la vida cotidiana.

Así, develar esas desigualdades de género y las formas en que, en su interrelación con otras como las de clase, se expresan en la cotidianeidad de la población usuaria, se vuelve fundamental en el marco del ejercicio profesional del Trabajo Social y la construcción de estrategias de intervención transformadoras. Aquí, el concepto de interseccionalidad adquiere relevancia en tanto aporte a la construcción de análisis de situación que contengan y reflejen la multiplicidad de opresiones y desigualdades que atraviesan a las poblaciones con las que la profesión interviene en la ejecución de las políticas sociales y sus implicancias en el acceso a derechos y recursos sociales. Por lo que permite, a partir de la ruptura con la homogeneización de los grupos sociales que se constituyen como destinatarios privilegiados y estereotipados de dichas políticas, delimitar prioridades, configurar campos de actuación, seleccionar alternativas (Pombo, 2019).

⁴² Partimos de entender al patriarcado en tanto "sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia" (Fontenla, 2008)

Para reflexionar

- ¿Cómo piensan/definen a la comunidad en sus propios procesos de intervención? ¿Y las políticas sociales con las que trabajan y/o que reconocen en sus territorios?

- ¿Qué implicancias consideran que tiene en los procesos de intervención la consideración de lxs usuarixs de los servicios sociales en tanto sujetxs de derecho? ¿Pueden reconocer límites y posibilidades en ese sentido? ¿Cuáles?

- ¿Qué importancia consideran que tiene asumir una perspectiva de género en el análisis de la problemática? ¿Y en la construcción de intervenciones profesionales al respecto? ¿Reconocen en las comunidades en las que viven/trabajan políticas sociales y/o experiencias de trabajo atravesadas por esa perspectiva? ¿Cuáles?

Referencia bibliográfica

ANZORENA, C. (2017). "Lecturas feministas para el análisis teórico y empírico de las políticas públicas" en ALVARADO, M y DE OTO, A. (Ed) "Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista, poscolonial, latinoamericana". Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

CANDIL, A. L. (2011). ¿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. Revista Regional de Trabajo Social. Año 25 N° 52 (pp. 30-37)

CAPPELLO, M. (2014). "Dialéctica de la ciudadanía: ¿libres e iguales? Aportes para la intervención crítica del Trabajo Social". Tesis de Maestría. Facultad de Trabajo Social - Universidad Nacional de La Plata

CAPPELLO, M. y GIANNA, S. (2012). "Emancipación política y emancipación humana: un debate necesario sobre ciudadanía a partir de Marx". Revista Em Pauta N° 29 Vol. 10 (pp. 101-118). Facultad de Servicio Social. Universidad de Río de Janeiro. Brasil.

CRAVINO, M. C. (2004). El barrio concebido como comunidad. Reflexiones acerca de algunos supuestos presentes en la focalización territorial de políti-

cas asistenciales. en Cuaderno Urbano N° 4. (pp. 75-98) UNNE. Resistencia.

DE MARTINO BERMUDEZ, M. Y VECINDAY GARRIDO, L. (2011). "Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individualización, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales" en Revista Tendencias y Retos N° 16 (pp. 33-42). Universidad de la Salle. Bogotá, Colombia.

FIORENTINO, M. P. (2008). "La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud" en Revista Suma Psicológica Vol. 15 N° 1 (pp. 95-113). Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

FLEURY, S. (1997). "La naturaleza del Estado capitalista y de las políticas públicas" en Estado sin Ciudadanos. Seguridad Social en América Latina. (pp. 9-72) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

GARCIA GAYTAN, R. (2011). "Prólogo" en ROMERO MENDOZA, M. P., MEDINA MORA, M. E. y RODRIGUEZ AJENJO, C. J. (Ed.) Mujeres y Adicciones. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) México.

GIANNA, S. S y MALLARDI, M. W. (2011). Tensiones y contradicciones en la teleología de los procesos de intervención en Trabajo Social. Tend. Ret. N° 16 (pp. 17-31)

GROTBERG, E. H (2002). "Nuevas tendencias en resiliencia" en MELILLO, A. y SUAREZ OJEDA, E.N (comps.) "Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas". Paidós. Buenos Aires, Argentina.

IAMAMOTO, M. (1997). "Servicio Social y división del trabajo". Cortez Editora. San Pablo, Brasil.

INCHAURRAGA, S. (2003). "Drogas, políticas prohibicionistas y daños. La disyuntiva de legalizar consumos, drogas o mentiras" En INCHAURRAGA, S. (Comp.) Las drogas, entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización. CEADS-UNR/ARDA

MALLARDI, M. W. Y OLIVA A. A (Comps.). (2011). Aportes táctico-operativos a los Procesos de Intervención del Trabajo Social. Colección Enseñanzas. Editorial Universidad Nacional del Centro.

MARSHALL T. H. y BOTTOMORE T. (1998). "Ciudadanía y Clase Social". Alianza Editorial. España.

MARX, K. (2008). "Escritos de juventud sobre el Derecho. Textos 1837-1847". Anthropos Editorial. España.

OLIVA, A. A. (2003). Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Grupo de Investigación y Acción Social (GlyAS). Facultad de Ciencias Humanas-Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

_____ (2015). Trabajo Social y lucha de clases. Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. Editorial Dynamis. La Plata

POMBO, G. (2019). "La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo" en RIVEIRO, L (Comp.) Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

PULIDO, M. E. (2002). "Los agenciamientos sociales y la prevención integral del uso indebido de drogas: una lectura cultural" En Hopenhayn, M. (Comp.) Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Serie Políticas Sociales N° 61. CEPAL.

ROSE, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. Revista Argentina de Sociología. Año 5 N° 8. (pp. 111-150)

ROSSI, A. Y MALLARDI, M. W. (2017). "Alternativa neodesarrollista" y política social. Tendencias en la Argentina reciente". En Revista Rumbos TS año XII, N° 15. (pp. 125-144). Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central de Chile.

SEDRONAR. Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. 2016-2020. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional-reduccion-demanda-drogas.pdf

_____ (2019). "Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por becas de tratamiento y llamadas al servicio de atención de la línea 141" Disponible en <http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/TercerZtrimestreZ2019.pdf>

_____ (2019). "Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas". Disponible en <http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/EstudioZNacionalZsobreZPerfilesZdeZPacientesZenZTratamientoZporZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZ.AoZ2019.ZBoletnZN1ZPrincipalesZresultados.pdf>

SOUSA SANTOS, B. (1998). "De la mano de Alicia: lo social y lo político en la postmodernidad". Siglo del Hombre Editores.

_____ (2004). "Reinventar la democracia. Reinventar el Estado" Ediciones Abya-Yala / Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales-Friedrich Ebert Stiftung (ILDIS-FES). Quito, Ecuador.

Conversación sobre el seminario

Ana Candil y Carmiña Macías

¿En qué contexto surge la idea de hacer el seminario?

CM. En el marco del ICEP, Comisión del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires de la cual soy parte desde el año 2019, se planteó la necesidad de generar un espacio de formación e intercambio sobre la temática de los consumos problemáticos en relación a la cual en ese momento y actualmente estoy pensando mi Tesis de Maestría a partir del interés surgido luego del trabajo desarrollado en la ciudad donde vivo, Lobería, como coordinadora de dispositivos de la SEDRONAR. A partir de esa idea nos pusimos en contacto con Ana para poder pensar juntas esa propuesta que finalmente se concretó en las dos ediciones del Seminario.

AC. A través de una comunicación telefónica con un participante del Colegio. Por mi parte, trabajé 3 años en el CPA de Esteban Echeverría, después realicé mi Tesis Doctoral sobre tratamientos para consumidores problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires que, posteriormente, a partir de su reescritura se transformó en libro. A partir de esa comunicación, quedamos en contacto y hacia finales del año 2019 me propuso diseñar algún tipo de espacio de formación sobre el tema y meses después nos pusimos en contacto con Carmiña para vehicularlo y conformarnos como pareja pedagógica de esa propuesta.

¿Se conocían antes del Seminario?

AC. No, nos fuimos conociendo a medida que chateábamos por whatsapp para definir la propuesta, lo cuál no fue fácil ya que estábamos comenzando a transitar la pandemia y vivimos a casi 500 kilómetros de distancia una de la otra.

CM. *Antes del Seminario no nos conocíamos, lo que significó un gran desafío: poder construir juntas una propuesta y llevarla adelante poniéndonos de acuerdo a través de la virtualidad no sólo en relación a cuestiones prácticas u operativas sino también, y sobre todo, en relación a los puntos de partida desde los cuales pensábamos la temática y sobre los que queríamos basar este espacio que estábamos empezando a construir.*

¿Cuáles fueron esos puntos de partida?

AC. *Fueron muchos y a mí varios de ellos me parecían innegociables. Además, eran dos ámbitos en los que construir acuerdos: sobre los consumos de drogas y sobre la modalidad pedagógica. Recuerdo que un viernes a la tarde, hablamos por teléfono largo y tendido y explicitamos nuestros puntos de partida que, afortunadamente, eran coincidentes. Uno de ellos era la idea de considerar a les cursantes como colegas que tenían múltiples saberes e ideas, y que posiblemente en sus espacios laborales se encontraban con personas directa o indirectamente relacionadas con los consumos problemáticos de drogas. Aquí se une con otro punto de partida, ya que una particularidad que se delineó fue que el seminario fuera no sobre drogas en general, sino sobre consumos problemáticos de drogas de mala calidad. Eso imprimió algo específico ya que no abordaríamos otro tipo de consumos, como por ejemplo los considerados recreativos, terapéuticos, ocasionales, etc. ya que otras personas se dedican con mucha seriedad a esos temas, pero, por mi parte, no tengo experiencia laboral como sí la tengo en los consumos de drogas de mala calidad que problematizan fuertemente la cotidianeidad. A partir de ese acuerdo inicial, también acordamos en que el Seminario no tendería a proponer cómo debieran ser o nos gustaría que sean las políticas sociales sino que uno de sus principales objetivos fue acercar a quienes lo cursaran perspectivas teóricas sobre nudos temáticos que permitieran reflexionar sobre los procesos de intervención que posiblemente estaban desplegando.*

CM. *Para desarrollar esta propuesta supimos desde el principio que era fundamental ponernos de acuerdo sobre la dinámica de trabajo nuestra, como equipo docente, pero también sobre la que íbamos a proponerles a les colegas que participarían en el Seminario. Recuerdo que una de las primeras cuestiones que conversamos y sobre las que rápidamente nos pusimos de acuerdo fue que el objetivo de este espacio sería promover el intercambio y el diálogo democrático, horizontal y honesto, en el que no habrían personas que ocuparían el lugar del saber y lo transmitirían a les demás sino en el que todes seríamos protagonistas y tendríamos la posibilidad de compartir ideas, experiencias, preocupaciones, preguntas, con la certeza de que serían leídas y consideradas por otros. También éramos conscientes de que, proba-*

blemente (luego lo confirmamos con la puesta en marcha del Seminario), el grupo de colegas que se sumaría a la propuesta iba a ser plural y diverso, que tendrían trayectorias formativas y laborales distintas y particulares, y también distintos posicionamientos teóricos y políticos en relación a la problemática y a los modos de abordarla. Eso nos entusiasmaba mucho. Pero también sabíamos que implicaba comprender que al usar determinadas categorías, palabras,

expresiones, no todos entenderíamos lo mismo o les imprimiríamos los mismos sentidos y significados. Por eso, desde un inicio el principal objetivo que acordamos fue el de constituir al Seminario como un medio desde el cual formularnos interrogantes, desde la virtualidad pero aún así de manera colectiva y desde el diálogo, fomentando el planteo de preguntas antes que juicios de valor y, como decía antes, posiciones cerradas, como verdades absolutas e incuestionables.

AC. *Para ejemplificar lo que trae Carmiña sobre la diversidad de los espacios socio-ocupacionales, en el Seminario participaron colegas que se desempeñan en campos de actuación profesional sumamente diversos: Pami, escuelas primarias, secundarias, técnicas y especiales; centros de atención primaria de la salud; servicios locales de promoción y protección de los derechos del niño; cárceles; fiscalías; programas de jóvenes en conflicto con la ley penal; hospitales generales y monovalentes; CPA; Patronato de liberados; residencias en salud; Programa Autonomía Joven; casas de acompañamiento y asistencia comunitaria; movimientos sociales; centros de día de salud mental y consumos de drogas; Programa envión; sindicatos; centros de orientación familiar; servicios territoriales; centro de día para niños y adolescentes; jardines de infantes; dispositivos de la SEDRONAR; industrias; clínicas; centros de día para personas con discapacidad; residencias socioeducativas de libertades restringidas; casas convivenciales comunitaria; juzgados de familia; casas de abrigo; línea 148... Y que además habitan diferentes lugares de la provincia de Buenos Aires (muchas localidades del conurbano bonaerense, Loma hermosa, City Bell, San Pedro, Bahía Blanca, Junin, Mar del Plata, Azul, La Plata, Tandil, Olavarría, Tigre, Baradero, Carmen de Patagones, Mariano Acosta, Bolívar, Luján, Lobos, Salto, Pergamino, Arrecifes, Villa Ramallo, Salto, Pigue, Chascomús, entre muchísimas otras). También participaron colegas de otras provincias como Neuquén (Neuquén, Villa La Angostura, Aluminé), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán, Santa Fé (Santa Fé, General Villegas), Entre Ríos (Colón), Río Negro (Cipoletti), Santiago del Estero y la lista sigue...*

CM. *Y eso fue posible por la realización de Convenios de colaboración entre el Colegio de la Provincia de Buenos Aires y otros colegios profesionales, lo que permitió que colegas de otros lugares de nuestro país puedan ser parte de esta y otras*

propuestas de formación.

¿Cómo fue el proceso de elaboración de la propuesta de formación?

AC. Fue complejo y sencillo a la vez. Por un lado, estábamos comenzando la pandemia, y ese contexto, más allá del seminario en sí, implicó aumentar la cantidad de horas diarias de trabajo, “virtualizar” parte de la vida, andar por los días con muchísima incertidumbre, aprender a intercambiar por pantallas, intensificar los procesos de cuidado de sí y de cuidado de otros... Por otro lado, la forma en la que fuimos comunicándonos fue fluida y continua, lo cuál fue un gran facilitador para poder motorizar la propuesta. Rápidamente decidimos que la comunicación fuera diferida y las Clases fueran escritas para que cada quién pudiera leerla en el momento de la semana que pudiera. Para la escritura de las clases, en un primer momento nos dividimos los temas e hicimos borradores que la otra leyó, comentó y sugirió cambios y luego cada una editó sus clases, que, a su vez, después fueron revisadas por un editor del ICEP, a quién agradecemos por su delicado trabajo. Esa fue una particularidad también y un aprendizaje, junto con el uso del campus virtual. Por mi parte, si bien vengo trabajando en docencia universitaria desde hace varios años, nunca había desplegado la labor mediada por tecnologías (estaba aprendiendo a hacerlo para mis empleos) ni con grupos tan grandes como fue el de la primera edición del seminario, que contó con más de 100 colegas.

CM. La elaboración de la propuesta fue un proceso que llevó tiempo, pero que pudimos llevar adelante de manera fluida. Sobre todo para la primera edición, en la que todo era nuevo, había que pensar y desarrollar los contenidos, plasmarlos en clases, armar las actividades. Todo eso en un contexto atravesado por una pandemia que sin dudas había transformado nuestra vida cotidiana y nuestras formas de vincularnos con otros, donde la virtualidad se hizo presente en todos (o casi todos) los ámbitos. Pero como decía antes, rápidamente nos pusimos de acuerdo y distribuimos las tareas para avanzar. Si bien cada una se concentró en el desarrollo de algunos temas en particular, las dos hicimos aportes hasta llegar a una propuesta que nos pareció acorde a lo que queríamos generar junto con les colegas que luego participarían en este espacio del Seminario. En mi caso, no tenía experiencia en docencia así que sin dudas fue un gran desafío y un proceso de mucho aprendizaje. Para la segunda edición, el proceso fue distinto ya que contábamos con la base y, como se decía antes, con la experiencia y el aprendizaje de la edición anterior.

¿Y el desarrollo de los Seminarios?

CM. *Poner en práctica la propuesta que pensamos fue también otro desafío. Para ambas ediciones definimos un cronograma de trabajo que implicaba subir las clases escritas a la plataforma virtual del Colegio y luego, una semana después, compartir en ese mismo medio la actividad para reflexionar sobre los contenidos de cada clase. Para eso contamos con la ayuda y el acompañamiento permanente de diseñadores del Colegio que se encargaron de subir el material y de enseñarnos a manejar algunas cuestiones de la plataforma para poder estar en contacto con las colegas, compartir información con ellas para que pudieran acceder a todas las instancias y responder a sus dudas e inquietudes. En el camino fuimos incorporando esa dinámica y para la segunda edición fue más sencillo porque teníamos como base las ideas, el material y la experiencia de la primera. Por eso también entendimos que era necesario hacer algunos cambios, en particular en relación a la instancia del trabajo final, momento en el que las colegas señalaron obstáculos para llevar adelante una dinámica grupal desde la virtualidad y a través de una plataforma para muchas desconocida hasta ese momento. Por eso, sostuvimos la decisión de apostar en ambas ediciones a esa dinámica entendiendo que sería una instancia que, a partir de la conformación de grupos más pequeños, les permitiría profundizar el intercambio desarrollado en los foros, destinando en el caso de la segunda edición más tiempo para que las colegas pudieran familiarizarse con los canales de comunicación propuestos, ponerse en contacto y escribir juntas algunas páginas que sintetizaron el recorrido por el espacio del Seminario.*

¿Cuáles fueron los aspectos que resaltan de las participaciones de las colegas durante el Seminario?

AC. *Como dijo Carmiña, desde el primer foro observamos que las participaciones eran, en su amplísima mayoría, muy honestas. Es decir, las colegas compartían sus inquietudes, referían situaciones que se presentaban en sus empleos, señalaban contradicciones de la intervención social del Estado y los modos que éstas contradicciones operaban en sus procesos de intervención, se formulaban preguntas que son distintas a las que en ocasiones se delinean desde los espacios de formación académicas... Esto es sumamente valioso: la posibilidad de decir, de interrogar, de situarse desde un no saber aún sabiendo un montón. En estos tiempos en los que pareciera que las certezas son piedras de toque, que en un espacio de formación se genere la posibilidad de nombrar lo que conflictúa, de construir preguntas y pensar con otras es toda una oportunidad. También fue una oportunidad compartir con colegas que el tema les generaba curiosidad, más allá de que en sus espacios laborales no se les presentaran situaciones directamente relacionadas.*

CM. *Desde el comienzo, en ambas ediciones, fue una alegría ver y sentir la predispo-*

sición de las colegas a participar, a apropiarse de los espacios y las propuestas que hacíamos en cada clase como una herramienta para poder expresarse e intercambiar, como venimos señalando con Ana, desde el respeto, la honestidad, la confianza y la puesta en valor de la palabra de los otros. Y eso fue sumamente enriquecedor. También considero importante señalar al respecto de las participaciones de las colegas que, a pesar de las dificultades que les significó llevar adelante la instancia del trabajo final con una modalidad grupal en un contexto, como decíamos antes, atravesado por la virtualidad y por importantes transformaciones en sus vidas cotidianas y, en particular, en sus ámbitos de trabajo, apostaron al igual que nosotras a la reflexión colectiva y a la construcción de consensos y plasmar también en esa instancia, ya no de manera individual sino a partir del diálogo con un grupo de colegas, experiencias, preocupaciones, incomodidades, interrogantes y propuestas. Pero ello sin dejar de hacer explícitas, con absoluta honestidad, esas incomodidades.

¿Cuáles fueron los ejes que más convocaron a las colegas en las producciones escritas finales?

AC. La mayoría de las colegas optaron por desarrollar el eje sobre cuidados y acompañamiento familiar. Creemos que no es casual ni que se debe a la Clase o a la bibliografía que seleccionamos para trabajar esa dimensión. En los últimos tiempos (¡por fin!) la perspectiva de género se incorporó -luego de largas décadas de disputas- a los debates como nunca antes y consecuentemente, a la agenda pública.

CM. A partir de la lectura de los trabajos, subrayamos que, además del eje temático que cada uno de los grupos seleccionó, recuperaron aspectos generales vinculados a la problemática de los consumos de drogas de mala calidad y al análisis de las políticas públicas y sociales en relación con los procesos de intervención profesional. Observamos que en general fundamentaron sus reflexiones desde una perspectiva histórico-crítica y que consideraron a los consumos problemáticos de drogas como una problemática social compleja constituida como una manifestación -y fragmentación- de la “cuestión social” que excede las diferentes políticas sociales (salud, justicia, educación, tratamientos especializados, cárceles y un larguísimo etcétera). También observamos que varios grupos señalaron la distancia entre lo jurídicamente sancionado, las diferentes directivas de las instituciones en las que trabajan, las distintas maneras de leer la temática en los espacios que habitan, etc. Creemos que esto es nodal, porque permite pensar el presente de manera compleja y ello permite abrir los debates más que cerrarlos.

AC. Algunas de las propuestas que realizaron, a nivel general, fueron sobre lo que debieran contener los modos de abordaje a la temática (tanto en lo referido a las

directrices de las políticas sociales como a los procesos de intervenciones profesionales): perspectiva de género y derechos humanos, perspectivas sobre la complejidad que incluyan abordajes situacionales, integrados, intersectoriales, interdisciplinarios. Otros aportes también fueron relacionados con la responsabilidad social del Estado. Otros, también señalaron que las normativas jurídicas, los protocolos y las directrices institucionales no son suficientes sino que consideraron la necesidad de continuar revisando y cambiando los lineamientos formativos en relación con la temática en las diferentes áreas de incumbencia gubernamental.

¿Cuáles fueron algunos de los aspectos que les colegas señalaron sobre el eje construcción social del problema de las drogas y sus abordajes?

CM. Algunos de los grupos que trabajaron sobre esta consigna subrayaron la necesidad de concebir la historicidad de la construcción del problema de las drogas y de sus diversos abordajes para reflexionar sobre el presente. En ese sentido, reconocieron diferentes momentos socio-históricos, identificaron sus particularidades y recuperaron hechos, perspectivas y algunos dispositivos creados en relación con el abordaje a la temática. De diversos modos y a través de distintas reflexiones y disparadores, señalaron las dos perspectivas generales en cuanto a la forma de concebir a los consumos problemáticos de drogas y a los modos de abordarlos: la perspectiva abstencionista-prohibicionista y la perspectiva de reducción de daños. A partir de la identificación de estas perspectivas, en general, sostuvieron que en la actualidad asistimos a la coexistencia del punitivismo con distintas perspectivas de reducción de daños y riesgos. Y también marcaron con pertinencia algunos avances (y los múltiples desafíos) en el camino hacia la descriminalización de les usuaries de drogas a partir de su consideración como sujetos de derecho y la construcción de intervenciones fundadas en una mirada integral, interseccional, intersectorial y comunitaria/territorial, mencionando como un hecho importante en ese sentido la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. También señalaron que lejos de que lo promulgado es efectivamente lo implementado, identificaron múltiples desacoples y divergencias.

AC. En este sentido, consideramos muy importante que hayan avanzado en el planteo de un conjunto de propuestas para transitar los desafíos actuales y seguir profundizando este proceso de revisar las formas de pensar a la problemática de los consumos construidas y transmitidas social e históricamente. Todas las propuestas que elaboraron comparten el horizonte del fortalecimiento de los vínculos, del encuentro, de la escucha activa, del diálogo.

CM. *Algunas de estas propuestas son: fomentar la incorporación a los diversos espacios educativos (no solo formales) de lecturas críticas sobre consumos problemáticos de drogas; exigir el cumplimiento de la Ley de Salud Mental; contemplar a las redes vinculares de les usuaries en los procesos de intervención; generar instancias para repensar los procesos de intervención en los espacios laborales; considerar las afectaciones y los malestares de les profesionales intervinientes; promover abordajes interinstitucionales; reflexionar continuamente sobre los modos en los que las relaciones de género y de clase atraviesan la temática y, más específicamente a las personas con quienes se encuentran en sus empleos...*

AC. *También, y en cuanto a los procesos de intervención profesional, realizaron reflexiones y propuestas interesantísimas. Entre ellas: considerar el trabajo interdisciplinario e integral como un proceso complejo, no exento de fallas y desafíos; insistir con la propuesta de habilitar y habitar encuentros con diferentes actores sociales (políticos, institucionales, organizacionales, territoriales, etc.) para construir redes; reconocer los determinantes sociales a fin de identificar fortalezas y dificultades en la tematización de (e intervención con) les usuaries y sus vínculos próximos...*

¿Y sobre el eje corporalidad y cuidado de sí? ¿Cuáles fueron algunos de los aspectos que les colegas señalaron?

AC. *Si bien pocos grupos desarrollaron su trabajo en torno a este eje temático, observamos que otros realizaron algunos planteos al respecto estableciendo relaciones con los demás ejes. En todos los casos se remarcó la importancia y necesidad de considerar que los consumos pueden conllevar tanto placer como padecimientos.*

CM. *También se subrayó la necesidad de considerar que las relaciones sociales se instalan en los cuerpos, los atraviesan y materializan y que, por tanto, las manifestaciones y procesos de deterioro y padecimientos corporales y emocionales que recuperaron y describieron, como la delgadez, los cortes en la piel y la sobredosis, el borramiento de las huellas dactilares y el deterioro de la dentadura, se constituyen como expresiones de las relaciones sociales y sus desigualdades en los cuerpos de las personas consumidoras.*

AC. *A partir de estas consideraciones, mencionaron una serie de estrategias que, entendidas como prácticas de autocuidado y cuidado de sí y desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, podrían contribuir a aliviar esos dolores y padecimientos y, quizás, mejorar la calidad de vida de lxs usuarixs de drogas de mala calidad. Algunas de esas propuestas fueron: asesorar para la participación en espacios insti-*

tucionales especializados y/o comunitarios; generar espacios de escucha; propiciar la generación de grupos de referencia; fomentar la actividad física...

CM. Otro de los grupos señaló que sería pertinente que en las instituciones barriales haya personas capacitadas para la contención de los consumidores, para que estén dadas las condiciones para generar espacios de pertenencia donde se sientan a gusto y acompañados. Respecto de la labor profesional situada, también consideraron necesario promover distintas prácticas de autocuidado ligada a reducir riesgos en los espacios en los que los usuarios habitan. Y señalaron también la importancia de incorporar a los procesos de intervención las voces, miradas y maneras de sentir(se) y percibir(se) de los usuarios de drogas. Además se formularon varios interrogantes. Algunos de ellos orientados a pensar de qué manera promover intervenciones en los que los usuarios sean los protagonistas, desde una perspectiva emancipadora. En este sentido, advirtieron que el punitivismo dificulta el advenimiento de las voces de los usuarios y se interrogaron sobre las condiciones de posibilidad sobre el decir, el sentir y el habilitar el acontecimiento en los encuentros con los usuarios incluso cuando se encuentran sumamente frágiles...

AC. En este punto, también se interrogaron sobre los modos en los que las prácticas de autocuidado y las prescripciones institucionales se anudan de maneras dificultosas, ya que, según señalaron, no hay que dar por sentada cierta coherencia en los abordajes. Otra cuestión que también apareció con claridad fue la necesidad de interrogar los modos en que concebimos la corporalidad, cómo leemos los cuerpos, de qué manera el deterioro corporal imprime especificidades... además, los colegas señalaron que no tiene porque haber correspondencia con los modos en los que otros trabajadores institucionales los leen. Aquí apareció también otra cuestión, los espacios habilitados, ocupados y disputados en las instituciones sobre los modos de ver, decir y actuar para con los usuarios y sus redes de proximidad. Entonces, también apareció la necesidad de construir viabilidad, es decir, ¿cómo generar las condiciones para que procesos de intervención respetuosos puedan efectuarse?

¿Y sobre el eje de cuidados y acompañamientos? ¿Cuáles fueron algunos de los aspectos que los colegas señalaron? Hace un ratito decían que había sido el eje que a más colegas había convocado para la reflexión...

CM. Si, como señalamos antes, en ambas ediciones del Seminario la mayoría de los grupos decidieron desarrollar este eje temático y reafirmamos aquí que estamos convencidas de que no es una casualidad, lo entendemos como un reflejo del momento históricos que estamos viviendo en el que la cuestión del cuidado (y sus

múltiples desafíos y contraluces) adquirió un espacio central, tanto en la agenda pública como en las conversaciones diarias.

AC. Con respecto a este eje, les colegas reflexionaron sobre la necesidad de considerar en los procesos de intervención profesional no sólo a los consumidores de drogas de mala calidad sino también a quienes los quieren, acompañan, controlan y cuidan así como la sobrecarga, el desgaste físico y emocional, los malestares e incomodidades que implica desarrollar esas tareas de cuidado y acompañamiento, que suele quedar oculto o invisibilizado en los diseños de las políticas sociales... Sus planteos y reflexiones estuvieron atravesadas por los vínculos entre sistema patriarcal y modo de producción, circulación y consumo capitalista, por cierta deconstrucción de la idea modélica de familia nuclear, heterosexual y co-conviviente y por la clásica división sexo-genérica del trabajo, señalando expresamente que, en este contexto y en general, son las mujeres las que asumen y a quienes se les adjudica la responsabilidad de desarrollar las tareas de cuidado y acompañamiento y la sobrecarga que ello les significa. Tarea cuyo valor económico fue, históricamente, invisibilizado al ser entendida en el ámbito de lo privado, desde lo emocional y lo afectivo, como ya todes sabemos.

CM. También analizaron la categoría de cuidado que, como decíamos antes, está teniendo mucha vigencia y debate social, académico y político-institucional, y lo hicieron dando cuenta de la necesidad de problematizar y construir concepciones superadoras de aquellas miradas idílicas para atender a los procesos y a las condiciones materiales en las que se desarrolla la cotidianeidad de las personas. Además señalaron algunos elementos y tensiones y plantearon cuestionamientos en torno a las políticas sociales y a los dispositivos institucionales, entendiendo que, como tendencia general, suelen ubicar en la familia tanto las causas de la problemática como la responsabilidad de llevar adelante y garantizar la efectividad de los abordajes propuestos. A partir de sus reflexiones, elaboraron propuestas y pistas para pensar intervenciones posibles: plantearon la necesidad de incorporar la perspectiva de género, clase social y derechos humanos como transversal a las políticas públicas elaboradas e implementadas en relación a los consumos de drogas y, al mismo tiempo, a las intervenciones profesionales construidas y llevadas a cabo al respecto; visualizaron la necesidad de construir políticas públicas que reconozcan a quienes llevan a cabo las tareas de cuidado y que garanticen a las mismas el acompañamiento tanto económico como emocional/subjetivo, generando espacios individuales y colectivos de escucha, contención, capacitación y deconstrucción/problematización de ese rol, fortaleciendo el trabajo articulado entre las instituciones presentes en el territorio y el trabajo interdisciplinario para construir un abordaje

integral que considere el acompañamiento a quienes cuidan y acompañan; y consideraron importante promover la incorporación de otros actores en el desarrollo de las tareas de cuidado y acompañamiento a las usuarias de drogas, no sólo ampliando sus redes de apoyo y contención a través del reconocimiento de otros miembros del grupo familiar o de proximidad de las usuarias de drogas para que esa responsabilidad no recaiga exclusivamente sobre las mujeres, sino también las redes y recursos institucionales presentes en el territorio, por ejemplo, a través de la creación de dispositivos tales como centros de día para usuarias de drogas o de la formación de acompañantes/promotores que cuenten con las herramientas para llevar a cabo esas prácticas.

¿Cómo surgió la idea de este libro?

AC. Surgió de la posibilidad de compartir con más colegas la propuesta que elaboramos, de socializarla, democratizarla, por así decirlo. Además del gusto por los libros, sean en papel o en .pdf. Al momento de pensarla, sabiendo que en los últimos años están creciendo las investigaciones y publicaciones sobre diferentes aspectos relacionados con los consumos de drogas, nos preguntamos ¿para qué otro libro más? ¿es necesario? y nos respondimos que sí, que era interesante y que una particularidad era poder socializar las propuestas e interrogantes que les colegas fueron pensando durante el desarrollo del curso...

CM. Luego de cada actividad propuesta en el marco del Seminario y de recuperar las reflexiones, preocupaciones, ideas y experiencias expresadas con honestidad por les colegas en cada espacio, charlábamos sobre cuánto nos enriquecen esos intercambios con otras personas, aunque sean desde la virtualidad. Creo que en esa convicción y en esas sensaciones compartidas estaba la base de la idea de elaborar una publicación para compartir con les colegas no sólo una síntesis de algunos planteos teóricos sino también propuestas y nuevas preguntas que nos inviten a seguir problematizando algunas cuestiones sobre la problemática y sobre nuestros propios procesos de intervención en relación a ella.

A modo de cierre (siempre provisorio)

Luego de esta conversación que nos permitió recuperar algunas cuestiones que formaron parte del desarrollo del Seminario en sus dos ediciones, a modo de cierre queremos agradecer a todas les colegas que fueron parte de esta propuesta, que transitaron con compromiso y honestidad cada espacio. Para nosotras fue un placer y un aprendizaje muy grande llevar a cabo este espacio de formación desde su planificación, redacción de las clases, organi-

zación de la estructura comunicativa del campus virtual, lectura de sus participaciones, elaboración de las devoluciones en los foros, respuestas de sus inquietudes mediante la mensajería instantánea y varios etcéteras que nos enriquecieron y alentaron a continuar sosteniendo que la vía reflexiva -mucho antes que reiterativa- es un camino posible para construir futuros más auspiciosos. Este proceso, de alguna manera, tiene su cierre con esta publicación pero sin dudas deja abiertas muchas puertas, preguntas y propuestas para que sigamos construyendo espacios de encuentro. Creemos que es un aporte a la consolidación de la premisa de que el respeto y el diálogo son medio y fin para la construcción colectiva, que nunca es sin conflictos (como la vida misma).

Sobre las autoras

Ana Candil

Licenciada en Trabajo Social y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Trabajó en diversas instituciones públicas en el conurbano bonaerense sur entre los años 2003-2010, entre ellas el CPA de Esteban Echeverría. Fue becaria doctoral y posdoctoral en CONICET entre los años 2010-2018. En la actualidad se desempeña como docente en la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad Nacional de José C. Paz. Recientemente publicó "Revisar Andares. Tratamientos ambulatorios sobre consumo problemático de drogas" a través de la Editorial Espacio.

Carmiña Macías

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Maestría en Trabajo Social en curso por la misma Universidad. Se desempeñó como Coordinadora de Puntos de Encuentro Comunitario de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (SEDRONAR), Ciudad de Lobería, Provincia de Buenos Aires. Actualmente forma parte del Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales (ICEP) del Colegio de Trabajadorxs Sociales de la Provincia de Buenos Aires.