



**CADES “Camino de esperanza”**

**Aproximación a una experiencia terapéutica en  
adicciones**

***Director:*** Osvaldo R. Furci

***Co-Directora:*** Giselle Alejandra Lapalma

***Alumna:*** Martínez Úrsula Gabriela

## RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de los interrogantes surgidos ante la problemática del consumo de sustancias psicoactivas prohibidas y las consecuencias que provocan en las personas que hacen un uso desmedido de ellas. Así como también se indagarán el funcionamiento y la articulación de los diferentes organismos gubernamentales y privados encargados en otorgar respuestas y contención a las personas que sufren de adicción. Por otra parte, se buscará reconocer la forma de trabajo que realizan las comunidades terapéuticas, surgidas desde el impulso privado y asociadas en algunos casos con la red pública de contención. A fin de lograr entender la profundidad del trabajo que llevan adelante las Comunidades Terapéuticas; realizaremos un recorrido histórico, puesto que es de suma relevancia abordar el tema haciendo una contextualización de los modos de intervención a lo largo de la historia, para juntamente, analizar en sus diferentes etapas los diversos modos de abordaje, de contención y de recuperación que éstas tuvieron. Al mismo tiempo, ordenaremos y redefiniremos desde diversos campos de la sociología, la filosofía y la antropología una red de conceptos claves que nos permitirán encontrar un enfoque y punto de vista no punitivo sobre quiénes recaen los problemas de adicción.

Ubicaremos esta problemática en la ciudad de Trelew; y en particular abordaremos la descripción de la Comunidad Terapéutica CADES para indagar el trabajo que realizan con las personas que ingresan allí por abuso en el consumo de sustancias psicoactivas. Dentro del cuadro normativo se analizarán tanto la Ley de Salud Mental como así también la Ley de Estupefacientes que referencian y dan marco a los posibles tratamientos y abordajes.

La recolección de datos obtenidos fue a partir de realizar visitas, entrevistas y encuentros, tanto con integrantes del personal que trabaja en la Comunidad como así mismo, con personas que realizaron el tratamiento en CADES. En la investigación se relatará y describirá cómo es la institución; el funcionamiento interno; las reglas y normas que la regulan; las fases del tratamiento para lograr la rehabilitación; la inserción social y laboral final que realiza. También se hará mención en el trabajo a otras instituciones públicas que brindan apoyo, contención y tratamiento a personas bajo consumos problemáticos; SEDRONAR a nivel Nacional, C.I.T. Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo a nivel Provincial y Municipios en Acción a nivel Municipal. Todas ellas ofrecen

otras posibilidades como alternativas de tratamiento para problemáticas relacionadas con las adicciones.

La intención del trabajo es reflexionar sobre la relación que existe entre las posibilidades interventoras del Trabajador Social bajadas a la realidad particular del abordaje de la problemática de las adicciones en el contexto presente de redefinición de conceptos a partir de la inclusión de autores provenientes de diversos campos de las ciencias sociales.

**Palabras claves: Adicción, Drogas, Sustancias Psicoactivas, Trabajo Social, Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral, Salud Mental, Comunidad Terapéutica, Intervención desde el Trabajo Social. Incumbencia Profesional.**

*El hombre puede conservar un reducto de su libertad espiritual, de independencia mental, incluso en aquellos crueles estados de tensión psíquica y de indigencia física... Quizás no fuesen muchos , pero esos pocos representan una muestra irrefutable de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas, la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino, para decidir su propio camino...y es precisamente esa libertad interior la que nadie nos puede arrebatar, la que confiere a la existencia una intención y un sentido*

(El hombre en búsqueda de sentido Víctor Frankl, 2005, 90).

## **Agradecimiento**

Quiero agradecer a tantas personas que me acompañaron en el proceso que comenzó al inicio de esta carrera, por darme herramientas para la profesión y para la vida misma. En éste transcurrir del tiempo han pasado infinidad de cosas que han modificado mi forma de ver el mundo, de pensar, actuar, de pararme ante situaciones de diferentes índoles. Nada ha sido fácil, la lucha continua conmigo misma y con lo que la vida nos presenta día a día. Pero lo más importante fue prepararme para ser una buena profesional y ser útil al momento que se demande mi servicio.

Agradezco a Dios por darme la fortaleza e integridad para seguir adelante, a mi familia por su apoyo, a mis amigas por darme aliento para continuar, a mi Co-directora Giselle Lapalma por su dedicación y apoyo, a mi director Osvaldo Furci por su acompañamiento y dirección, a la UNPSJB por darme la oportunidad de formarme en la carrera que tanto amo. ¡Gracias!

## Índice

<b>1</b>	<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Supuestos de investigación</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Estado de la cuestión</b>	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>Metodología</b>	<b>12</b>
	<b>Marco teórico.</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Sujeto</b>	<b>15</b>
<b>1.2</b>	<b>Noción de familia</b>	<b>16</b>
<b>1.2.1</b>	<b>La Familia descontrolada</b>	<b>16</b>
<b>1.3</b>	<b>Salud mental</b>	<b>18</b>
<b>1.4</b>	<b>Genero</b>	<b>19</b>
<b>1.4.1</b>	<b>Sexo y género</b>	<b>21</b>
<b>1.4.2</b>	<b>Género y Sustancias psicoactivas</b>	<b>22</b>
<b>1.5</b>	<b>Síntoma</b>	<b>23</b>
<b>1.6</b>	<b>Conducta Adictiva</b>	<b>23</b>
<b>1.7</b>	<b>Consumo</b>	<b>24</b>
<b>1.7.1</b>	<b>Hiperconsumo</b>	<b>27</b>
<b>1.8</b>	<b>La posmodernidad</b>	<b>28</b>
<b>1.9</b>	<b>Adicción</b>	<b>29</b>
<b>1.10</b>	<b>Patología Dual</b>	<b>30</b>
<b>1.11</b>	<b>Dependencia</b>	<b>31</b>
<b>1.12</b>	<b>Uso</b>	<b>32</b>
<b>1.12.1</b>	<b>Abuso</b>	<b>32</b>
<b>1.12.2</b>	<b>Adicción</b>	<b>32</b>
<b>1.13</b>	<b>Toxicomanía</b>	<b>32</b>
<b>1.14</b>	<b>La drogadicción</b>	<b>33</b>
<b>1.15</b>	<b>Drogodependencia</b>	<b>34</b>
<b>1.16</b>	<b>Cuestión social</b>	<b>35</b>
<b>1.16.1</b>	<b>Clase social</b>	<b>36</b>
<b>1.16.2</b>	<b>Pobreza</b>	<b>37</b>
<b>1.16.3</b>	<b>Vulnerabilidad</b>	<b>37</b>
<b>1.16.4</b>	<b>Estigma</b>	<b>38</b>
<b>1.16.5</b>	<b>Exclusión</b>	<b>39</b>
<b>1.17</b>	<b>Imaginario social</b>	<b>39</b>
<b>1.18</b>	<b>Ciudadanía</b>	<b>40</b>
<b>1.19</b>	<b>Intervención Profesional</b>	<b>41</b>
<b>1.20</b>	<b>Instituciones</b>	<b>42</b>
<b>1.20.1</b>	<b>Sistemas culturales</b>	<b>43</b>
<b>1.20.2</b>	<b>Sistemas simbólicos</b>	<b>43</b>
<b>1.20.3</b>	<b>Sistemas imaginarios</b>	<b>44</b>
<b>1.21</b>	<b>Características de las instituciones terapéuticas</b>	<b>44</b>
<b>1.21.</b>	<b>La Comunidad Terapéutica</b>	<b>45</b>
<b>1.21.1</b>	<b>Noción de Comunidad Terapéutica</b>	<b>45</b>

<b>Capítulo I: Organizaciones que intervienen en la problemática de las adicciones. Marco legal y paradigmas que orientan la acción</b> -----	46
<b>I.1 SEDRONAR</b> -----	46
<b>I.1.1Ejes de Gestión.</b> -----	48
<b>I.2 Municipios en Acción</b> -----	50
<b>I.3 Marco legal: Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 194 (antes Ley 4334) y Ley de Estupefacientes.</b> -----	51
<b>I.3.1 Análisis de Ley Nacional de Salud Mental.</b> -----	51
<b>I.3.2 La ley N° 194 (antes Ley 4334)</b> -----	57
<b>I.3.3 La ley 23.737 de Estupefacientes.</b> -----	58
<b>I.4 Paradigmas que orientan la acción</b> -----	60
<b>I.4.1 Modelo ético-jurídico</b> -----	60
<b>I.4.2 Modelo médico-sanitario</b> -----	61
<b>I.4.3 Modelo psicosocial</b> -----	62
<b>I.4.3 Modelo sociocultural</b> -----	63
<b>I.4.4 Modelo geo-político estructural</b> -----	64
<b>I.4.5 El modelo ético-social</b> -----	64
<b>I.4.6 El modelo multidimensional</b> -----	65
<b>I.4.7 El modelo de la promoción de la salud</b> -----	65
<b>I.4.8 Modelos que explican el consumo de drogas: Estereotipos y representaciones.</b> -----	66
<b>Capítulo II: El CADES “Camino de Esperanza”. Breve recorrido histórico acerca del origen de las Comunidades Terapéuticas. Una aproximación a la institución y su modalidad terapéutica</b> ----	68
<b>II.1 Breve recorrido histórico acerca del origen de las Comunidades Terapéuticas</b> -----	68
<b>II.2 Estructura Organizacional del C.A.D.E.S</b> -----	72
<b>II.2.1 Operadores / Socio -terapeutas (Guardias 48x 12)</b> -----	73
<b>II.3 ¿Cómo se originó CADES? Breve relato por la Psicóloga Social</b> -----	74
<b>II.3.1 Estructura del programa terapéutico que ofrece el CADES</b> -----	75
<b>II.3.2 Los servicios que presta la institución a los pacientes que ingresan son los siguientes:</b> -----	75
<b>II.3.4 Tratamiento en consultorios externos</b> -----	80
<b>II.4 Comunidad terapéutica: Tercer nivel de atención. Programa residencial.</b> -----	81
<b>II.4.1 Centro de Noche</b> -----	84
<b>Capítulo III: Problematización; análisis de la modalidad terapéutica en la C T CADES. Registros de las experiencias recogidas.</b> -----	85
<b>Capítulo IV: Metodología de la intervención del trabajo social. Propuesta de intervención en la Comunidad Terapéutica CADES</b> -----	96
<b>IV.1 El Modelo Ecológico o de Vida</b> -----	103
<b>IV.2 El modelo psicosocial</b> -----	103
<b>IV.3 Modelo conductual-cognitivo</b> -----	104
<b>IV.4 Modelo sistémico</b> -----	105
<b>IV.5 Modelo humanista y existencial</b> -----	107
<b>V. CONCLUSIÓN</b> -----	110
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b> -----	111
<b>VII. Anexo 1 Breve Glosario de Sustancias Psicoactivas</b> -----	117
<b>VIII. Anexo 2 Entrevistas</b> -----	125
<b>Entrevista a ex Asistido 1</b> -----	125

<b>Entrevista a Asistido 2 -----</b>	<b>138</b>
<b>Entrevista a Psicóloga Social, Marcela Narez -----</b>	<b>150</b>
<b>Entrevista a trabajadora social del CIT Lic. Echegaray Rocío -----</b>	<b>159</b>

## **Introducción**

El siguiente trabajo se elabora en el marco de una tesina para cumplimentar el requisito de título de grado para la Licenciatura Trabajo Social. La temática elegida es aproximación a una experiencia terapéutica en adicciones y las posibles respuestas del Estado y otras organizaciones que apuntan a la atención de aquellas personas que padecen conductas adictivas y su problemática de entorno. Para realizar el enfoque de la problemática se redefinirán conceptos claves desde el punto de vista de las ciencias sociales, la filosofía y la antropología. El motivo de elección del tema se debe a que ésta problemática toca vivirla de cerca a quienes se dedican a la tarea del Trabajo Social. En el contexto de crisis y redefinición de paradigmas sociales actuales muchos adolescentes y jóvenes caen en el consumo problemático de sustancias adictivas. En tales casos también se les dificulta encontrar apoyo en el entorno familiar y por extensión en la comunidad misma. Como resultado terminan siendo excluidos, marginados y estigmatizados; lo cual provoca un refuerzo de sentimientos de rechazo y hostilidad hacia la sociedad toda por parte de estos jóvenes.

La adicción a las sustancias psicoactivas ha generado un problema social que afecta a un porcentaje muy alto de personas desde etapas muy tempranas (niños, adolescentes, jóvenes, adultos) y atraviesa a diferentes clases sociales. La dependencia hacia las sustancias llega a darse como consecuencia de innumerables situaciones entre las cuales las ciencias han podido distinguir elementos biológicos o hereditarios; psicológicos/ conductuales; ambientales y sobre todo, hoy en día, elementos socioculturales.

Para realizar un abordaje reflexivo se debe considerar al sujeto que se encuentra bajo la dependencia de alguna sustancia psicoactiva como un enfermo/a; ya que su salud mental y física se ve afectada. Además, el consumo continuo en el tiempo produce deterioros progresivos que se vuelven más severos según las sustancias que se consuman. Se observan deterioros en la salud física y psíquica del paciente; trastornos en su capacidad de atención y en el aprendizaje; alteraciones en la conducta con incremento de agresividad; trastornos en la alimentación y de sueño; riesgos de sobre dosis y de enfermedades cardíacas. Este escenario se ha vuelto parte de nuestro trabajo cotidiano como Trabajadores Sociales ya que el consumo se ha naturalizado entre

muchos jóvenes y también adultos y solo sale a la realidad cuando son estigmatizados o excluidos.

Entre los factores sociales que a un nivel macro conducen a tantos jóvenes y adultos hacia el consumo de sustancias psicoactivas debemos entender las derivaciones que generó la propia sociedad capitalista avanzada, la cual solo considera a los sujetos como fuerza de trabajo o de consumo que requiere dicho sistema para reproducirse. Así como también, la falta de políticas sociales a nivel de infraestructuras para dar contención y reeducación a quienes sufren de adicciones. Igualmente, cabe remarcar en este nivel macro, la responsabilidad de los propios estados en ejecutar, aplicar y legislar otras leyes de intervención frente al tráfico de estupefacientes, puesto que muchas veces las tramas de la política suelen estar entrelazadas con las del narcotráfico.

Dentro de la sociedad, un espacio de importancia es el que tienen las familias que, a pesar de las transformaciones, ejercen un efecto poderoso de constitución sobre la mayor parte del desarrollo de la vida social de los niños, adolescentes y miembros jóvenes-adultos. Para bien o para mal, las familias actúan como modelos, articulan actitudes, creencias, comunican y aplican demandas conductuales sobre los sujetos. Por eso es muy importante reconocer su dinámica, observar las interrelaciones de los roles y discernir lo que fue transmitido a sus miembros. Teniendo en cuenta que la organización familiar ha variado significativamente en lo que tiene que ver con la división sexual del trabajo, nuestra observación revisará los conceptos de familia y las formas que cobran la redefinición de roles a partir de la óptica de los estudios de género.

Por otro lado, siguiendo las ideas que propone la autora Eloísa De Jong (2001) las transformaciones sociales producidas en las últimas décadas han contribuido a la desarticulación de los modelos tradicionales a partir de la relevancia que cobra el mercado transnacional en la reorganización de la sociedad y habiéndose retirado el Estado como mediador de estas relaciones sociales; los modos de existencia sufren profundas transformaciones. Para dicha autora, estas transformaciones tienen su origen “en el mundo del trabajo que produce un aumento de la pobreza económica en la Argentina incrementando las tasas de desempleo, subempleo, desocupación, subocupación. Sumado a esto las grandes transformaciones tecnológicas y culturales inducen a profundas desigualdades en la sociedad civil.” (De Jong, 2001:15,16)

A partir de lo desarrollado hasta aquí surgen las siguientes preguntas ¿cómo están capacitadas las instituciones con que cuenta el Estado para dar respuesta a esta problemática? En el contexto de pobreza estructural que muchas localidades tienen ¿qué canales u organizaciones existen de asistencia a las familias que no tienen solvencia económica ni obra social para brindarle atención al sujeto que se encuentra bajo consumo problemático de sustancias psicoactivas? ¿Qué tipo de instituciones públicas y privadas tenemos en la provincia de Chubut y en nuestra localidad Trelew para trabajar esta problemática? ¿Qué comunidades terapéuticas podemos encontrar en el V.I.R.C.H. (Valle Inferior Del Río Chubut)? ¿Con qué posibilidades cuentan las instituciones estatales para asistir?

A modo de sinopsis presentamos a continuación una breve descripción de los temas a abordar en los diferentes capítulos:

- En el capítulo I realizaremos un repaso de las organizaciones estatales que intervienen en la problemática de las adicciones desde el SEDRONAR; analizaremos en el marco legal que las encuadra y describiremos los diferentes paradigmas que orientan las acciones.
- En el capítulo II Realizaremos un recorrido histórico para observar los orígenes de las Comunidades Terapéuticas, sus transformaciones a lo largo de la historia; y en particular la comunidad CADES. También describiremos su estructura y los servicios que brinda a la comunidad.
- El capítulo III realizamos una problematización acerca del modelo terapéutico del CADES fundamentada a partir del registro de las experiencias recopiladas.
- Finalmente, en el capítulo IV elaboramos una ampliación del marco teórico acerca de la Metodología de intervención del Trabajador Social. Modelos de intervención desde diferentes perspectivas y autores. Propuesta de intervención en la Comunidad Terapéutica CADES.

## **Hipótesis**

La modalidad de trabajo de la comunidad terapéutica C.A.D.E.S, es una alternativa viable, contribuyendo en el proceso de recuperación de personas con problemáticas de adicción a sustancias psicoactivas.

### **Objetivo general:**

- Conocer la forma de tratamiento que brinda CADES en la atención integral de la salud a las personas adictas a las sustancias psicoactivas entre 2016-2017.
- Describir la modalidad de tratamiento que brinda el CADES a las personas que padecen adicciones a las sustancias psicoactivas. Años 2016-2017

### **Objetivos específicos:**

- Conocer aspectos teóricos - prácticos que refieren al consumo problemático de sustancias.
- Revisar aspectos conceptuales referidos al campo semántico del trabajador/ra Social relacionados al abordaje de pacientes con problemas de adicción.
- Indagar sobre el marco legal/judicial que por un lado, ampara a los sujetos que padecen adicciones, y por otro lado, señalan las responsabilidades y obligaciones que poseen las instituciones que se encargan de trabar con ellos.
- Conocer los trastornos conductuales que derivan del consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Distinguir las etapas del tratamiento que brinda el CADES como comunidad terapéutica a las personas que padecen adicción a las sustancias psicoactivas.
- Detallar las etapas del tratamiento que brinda CADES a las personas adictas a las sustancias psicoactivas.
- Sugerir aportes posibles a realizar desde el campo del Trabajo Social en la institución CADES.

## **Supuestos de investigación**

El consumo de sustancias psicoactivas afecta la salud mental.

Quiénes pueden ingresar al CADES.

La provincia cuenta con becas para las personas que no tienen recursos para ingresar al CADES.

De qué otras formas se pueden ingresar al CADES.

Qué posibilidades de recuperación ofrece el CADES a personas con consumo problemático a sustancias psicoactivas.

Cuál es el grado de actualización conceptual dentro del Trabajo Social en relación a la problemática de adicciones peligrosas.

El Trabajo Social realiza investigaciones sobre el consumo problemático a drogas psicoactivas.

Cómo es el protocolo desde el marco legal y de la justicia en relación a la consideración de los sujetos que sufren adicciones a sustancias psicoactivas.

Cómo se enfoca la intervención del Trabajo Social respecto de la problemática de las adicciones.

## **Estado de la cuestión**

En el contexto de progreso y avance de los estudios con perspectiva de género y de revisión de las categorías que se utilizan para describir las diversas problemáticas que atraviesan los sujetos en las sociedades tecno-avanzadas del capitalismo contemporáneo, consideramos relevante tomar perspectivas críticas sobre algunos conceptos en los que se apoya la tarea del Trabajador Social que se dedica al tratamiento con personas que padecen adicciones. Dentro de los estudios de las ciencias sociales, de la antropología, de la filosofía, de la psicología y la sociología emergen nuevas definiciones que modifican las perspectivas de las cuales construimos la mirada que nos mira para entendernos. Las primeras críticas hacia la modernidad que planteo el marxismo, junto con el psicoanálisis; las críticas postmodernas al mundo capitalista; las visiones de la crítica cultural y los recientes estudios de género, serán los paradigmas desde los cuales perfilaremos el enfoque crítico de los conceptos con los que vamos a trabajar.

Por otro lado, también desde finales de la década del noventa las experiencias de tratamiento y de proliferación de los centros y comunidades terapéuticas, han dejado una experiencia plasmada en trabajos de colegas donde se registran reflexiones, opiniones y evaluaciones de las diversas posibilidades terapéuticas que conllevan las instituciones.

Así mismo, una serie de leyes sancionadas también en los últimos años del siglo XX y primeros de éste, muestran la posición de un estado, que, por una parte, busca tomar partido por el asunto y hacerse cargo; pero por otra, deja en manos privadas, o en acciones voluntarias sujetas a disposiciones individuales, el tratamiento y la contención de los sujetos que padecen adicciones. Una lectura crítica del marco legal será puesta en cuestión para ajustar los alcances y los límites de la intervención del estado en relación al tratamiento; así como también nos permite examinar la perspectiva que asume el propio Estado en relación a la consideración del sujeto adicto consumidor como sujeto de derecho.

La observación directa de la Comunidad Terapéutica CADES fue parte importante -aunque breve- como aporte a la construcción del Estado de la Cuestión. De

allí se obtuvo entrevistas al personal profesional de la planta; como a dos jóvenes que atravesaron el tratamiento dentro de la Comunidad. Esas voces registran observaciones y críticas desde las propias experiencias, tanto del trabajo diario dentro de ellas, como así también, de las secuelas dejadas en propia vivencia por quienes las atravesaron. Cabe señalar la lectura del trabajo realizado recientemente por dos alumnos, Rodolfo Guerrero Núñez y Raúl Jeria Cabello (2006) de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano de Chile. Ellos realizaron su tesis sobre “Comunidades Terapéuticas Femeninas” para recibir el título de Asistente en Trabajo Social. Su trabajo de investigación se centra en el tratamiento que se brinda allí a las mujeres, dado que como señalan en su trabajo, hay elementos diferenciadores en el inicio y en las pautas del consumo en las mujeres respecto los varones. Para los autores en el caso de las mujeres, las fuentes de ansiedad, la baja autoestima, la depresión, el stress, la forma en que se definen frente a los roles familiares y relaciones interpersonales, las condiciones diversas de vulnerabilidad, llevan a considerar de manera diferencial el tratamiento de recuperación.

La autora Graciela Touzé (2006) Trabajadora Social, sostiene que el consumo de drogas se construye como problema a partir de la construcción de estereotipos y de los modos en que el sujeto asume la representación social que construyen los diferentes modelos. Por otro lado, la autora Mónica Cuatrocchi (2008) responsabiliza los problemas de consumos adictivos en los sujetos a factores sociales. Para la autora, la combinación de una sociedad con profundas desigualdades económicas, junto con la ausencia de una efectiva represión al tráfico de drogas, lleva a que quienes se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad se vean condicionados por la problemática del consumo.

Otras posturas frente a la problemática de la adicción en las sociedades modernas, apuntan su reflexión sobre los factores culturales en que se apoya las diversas nociones de familia. Estos autores analizan los códigos de comportamientos, los roles que se juegan y desdibujan dentro de los modos familiares. Los autores asumen que se produce una pérdida del sentido de la noción de familia a partir de las mutaciones y cambios en los roles intrafamiliares. Dentro de esta corriente, se considera al trabajo de S. Minuchin, (2004) o Elizabeth Jelín (2010).

Para la reconstrucción histórica de la noción de Comunidad Terapéutica tomaremos los aportes de los trabajos realizados por Cuatrocchi Estela Mónica (2008), R Kaes, (1989) y Frederick Glaser (1977). Estos autores realizan un recorrido histórico así mismo permiten pensar y comparar los diversos modos de organización de las comunidades dedicadas a la recuperación de personas. Estos trabajos describen como se remontan a los orígenes de la cultura la labor terapéutica dentro de comunidades a la vez que permiten identificar las reglas propias desde las que se organizaron.

El marco legal y el modelo ético jurídico que abarcan las diversas leyes dedicadas a Estupefacientes y Salud Mental serán analizados desde la perspectiva de los trabajos de Graciela Touzé (2006) y Pawlowicz María Pía (2017). Esta autora destaca que nos enfrentamos con una fisura entre una ley, como la de Salud Mental, que promulga y declara transformaciones auspiciosas, que reconoce derechos y promueve respuestas innovadoras; y las resistencias que se observan en algunas prácticas institucionales cristalizadas y en procesos de institucionalización burocratizantes. Las personas que se encuentran bajo situaciones de consumos problemáticos tienen derecho a ser tratadas dignamente dentro del marco de la ley que las ampara y no como delincuentes. La autora Pawlowicz sostiene que es necesario la participación y el compromiso de todos/as para lograr convertir la letra de estas normas existentes en letra viva.

Los resultados de las entrevistas y observaciones son puestos bajo la lupa crítica en el Capítulo III a partir de un paradigma cualitativo interdisciplinario utilizando como fuente los trabajos provenientes tanto de la filosofía como Michel Foucault, así también como trabajos periodísticos y sociológicos como Juan Ignacio Lozano quien realiza una crítica a los modelos que tomaron las comunidades terapéuticas.

## Metodología

La problemática escogida para desarrollar en la tesis involucra, por un parte, la observación de aspectos propios y concretos de la realidad, como ser el estudio comparativo de las leyes sobre Salud Mental y Estupefacientes, así como también, el análisis de las observaciones y de las entrevistas realizadas en centro terapéutico CADES tanto a pacientes internados como al personal. Por otro lado, se trabajará reelaborando, revisando y reconfigurando las nociones y los conceptos que conforman el campo de sentido alrededor del cual se representa el consumo problemático para obtener un entendimiento más profundo del tema a partir del cruce de campos disciplinarios diferentes. Es por todo esto que, en cuanto a los criterios metodológicos elegidos para abordar la investigación, hemos preferido transitar los paradigmas de la investigación cualitativa de carácter exploratorio.

Creswell (1998) sostiene que el diseño de las investigaciones cualitativas supone “(...) un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos– que examina un problema humano o social.” (Creswell, 1998: 13) Así mismo, quien investiga “(...) construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural.” (Vasilachis, 2006: 25)

Las observaciones realizadas durante la visita al centro terapéutico, así como los encuentros con ex pacientes fueron pensados y estructurados a partir de las consideraciones que plantea Vasilachis Irene (2006) en su trabajo teniendo en cuenta las determinaciones del contexto socio cultural. Para dicha autora, las historias personales “(...) son representaciones de acción con sentido, que se construyen en condiciones concretas, que tienen lugar en determinados contextos y organizaciones ocupando un lugar relevante en las diferentes formas en las que ocurren sus vidas cotidianas.” (Vasilachis, 2006: 5,6)

Siguiendo la metodología planteada por Guber Rosana (2004), y entendiendo que una entrevista implica un vínculo de relación social a la vez que es una herramienta de suma importancia para la realización del trabajo social, se ha tenido en consideración

su metodología, actuando como observador no participante dentro de los espacios de trabajo grupal, interactuando y registrando entrevistas estructuradas y semi estructuradas a personas que recibieron tratamiento. Haciendo uso de esta herramienta se logra acceder al mundo de las significaciones de los individuos. Teniendo en cuenta que son de suma relevancia para la investigación las acciones pasadas o presentes, la historia personal de los sujetos, su contexto histórico y su presente. Para la autora referida, la entrevista es entendida como una relación social “(...) por medio de la cual se obtienen formulaciones expresadas verbalmente, teniendo la posibilidad de observar de manera directa al entrevistado.” Existen variantes para realizar entrevistas como ser las entrevistas dirigidas a través de un cuestionario preestablecido o las semi estructuradas focalizadas en una temática. (Guber, 2004: 203)

Una consideración importante a la hora de realizar las observaciones en todo trabajo de campo, refiere al punto de vista desde el cual se coloca el observador. Según la autora, la observación nunca es del todo neutral porque incide en los sujetos observados. También expresa que la participación como técnica de campo antropológica alude al hecho de comportarse según las pautas de los informantes. Destaca la autora la intrínseca relación entre la observación y la participación, porque allí se involucran en las actitudes y en el ritmo de vida, volviendo significativo el orden sociocultural desde donde es posible divisar prácticas y sentidos. (Guber, 2004: 177,180, 182)

Por otra parte, además de lo expresado verbalmente durante las entrevistas, es relevante observar cómo se constituye la subjetividad de los entrevistados a partir de la interacción de unos con otros, de las formas de comunicación gestual, el tono de la voz, las diferentes posturas que se toma y demás referencias kinésicas.

Para profundizar los aspectos conceptuales, como se señaló anteriormente, la investigación realizada aborda también la metodología cualitativa. Mason señala tres elementos comunes a la rica variedad de estrategias y técnicas que posee la investigación cualitativa. Para el autor una investigación de estas características debe estar: “A) Fundada en una posición Filosófica que es altamente interpretativa en el sentido que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido. B) Basada en método de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen. C) Sostenida por métodos,

análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto.” (Vasilachis, 2006: 2)

Como han señalado varios autores especializados, la variedad de enfoques y métodos interpretativos de la investigación cualitativa permite abordar el estudio de las instituciones, las organizaciones sociales y las dinámicas de los grupos de toda índole. Resulta totalmente necesario realizar este tipo de investigación para poder alcanzar los objetivos propuestos y dilucidar los objetivos específicos para finalmente llegar a comprender el carácter del tratamiento recibido en la institución CADES; obtener conocimiento sobre la problemática de adicciones, la implicancia de la salud mental y las consecuencias que provoca la no intervención en los casos que se necesita internación. Este paradigma interpretativo por medio de la observación y la comprensión de las estructuras significativas, tiene como supuesto básico dentro de la investigación realizada llegar a comprender el sentido de la acción social en el contexto socio histórico y contemplando la perspectiva de los participantes.

A través del análisis del contenido de las entrevistas se realizó un acercamiento a la realidad que vive la persona que sufre de una adicción problemática. Este enfoque nos permitió conocer qué información poseen sobre las consecuencias que traen aparejadas el consumo y sobre los daños que provoca en la salud. Así como también, del lado institucional, nos permitió estar al tanto de los diversos modos de tratamiento en caso de ser internada/o, de cómo se lleva a cabo la reinserción social de los pacientes y de la implicancia que tiene el Trabajo Social en dicha temática.

## **1. Marco teórico.**

### ***Consideraciones conceptuales***

En el siguiente punto se tratará de ajustar aquellos conceptos que consideramos claves y relevantes para la redefinición de las nociones que determinan el campo semántico del trabajo de recuperación de personas con problemas de adicción. En tiempos de redefiniciones conceptuales, como se expuso en la introducción, consideramos importante para esta investigación abordar desde una perspectiva crítica las reconfiguraciones de conceptos que desde campos disciplinarios muy diversos como la filosofía, la antropología, la sociología, la psicología y la historia se viene realizando dentro del marco de los estudios sociales. Es significativo el aporte que implica dicha reconfiguración a la hora de pensar cómo designamos o nombramos la realidad que atañe a nuestro desempeño laboral y a la vez permite ampliar el campo de conocimiento.

### ***1.1 Sujeto***

El trabajo social es fundamentalmente un trabajo con sujetos, personas que encierran una historia propia, la de sus vidas, determinada por sus propias experiencias; y otra historia que es común con la nuestra. Esther Custo (1994) concibe al ser humano como un sujeto activo con posibilidades de transformar la naturaleza y la sociedad. Teniendo en cuenta eso la autora define al sujeto como:

Un ser social porque entabla relaciones sociales con otros. Es un ser histórico y cultural condicionado y condicionante de su contexto social. Es al mismo tiempo, un sujeto de necesidades que trata de satisfacerlas en su relación con otros hombres.  
(Custo, 1994: 53)

### ***1.2 Noción de familia***

La familia sería la primera institución espontánea ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y modos culturales de organización social. De la familia proceden los sujetos que conforman la sociedad. Como primera forma de organización, no se debe ser naturalizar como buena en sí misma ya que hacia su interior pueden consolidarse y reproducirse desigualdades sociales, tanto de género, entre hombres y mujeres; como así también, de autoridad entre padres/madres e hijos/hijas. Hacia su

interior puede haber relaciones de autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios. (De Jong, 2001: 12).

Para proponer una reflexión sobre el concepto de familia, se debería tener en cuenta los cambios y las transiciones por las cuales está atravesada esta forma de organización en relación con las transformaciones sociales. A partir de la revolución industrial y el surgimiento y desarrollo del capitalismo se refuerza el proceso de disciplinamiento de las subjetividades impactando con fuerza en la estructura de las familias, transformándolas en depositarias de la responsabilidad social por la conducta de sus miembros. La familia se consolidada como célula básica de la sociedad, pasando a ser la única responsable por el destino de sus miembros. Todo lo que le suceda a una persona será producto de lo que hizo la familia con ella, como si ésta fuera una estructura funcional autosuficiente, aislada del contexto en el que sienta su existencia. En nombre de las libertades y derechos individuales, el capitalismo avanzado acaba por romper los lazos de solidaridad comunitarios que estructuraron a la familia. (De Jong, 2001: 13,14).

Minuchin S. (2004) arma una configuración hipotética de familia:

### ***1.2.1 La Familia descontrolada***

En este tipo de familia padre y madre demuestran incapacidad para adaptarse a las etapas de crecimiento de sus hijos. Dentro de las familias con hijos delincuentes el control de los progenitores depende de su presencia, esto significa que las reglas existen mientras ellos están presentes para imponerlas, pero el hijo aprende que estas reglas no están en otro contexto. En dichos casos, los padres elevan sus respuestas controladoras, muchas veces inútiles. Las reglas de comunicación se vuelven desorganizadas en estas familias, los partícipes no son escuchados y los mensajes sobre la modalidad del vínculo son más importantes que el contenido. La comunicación es secuencial, las interacciones mínimas, incoherentes, dotadas de un valor afectivo. (Minuchin, 2004: 74)

Otra autora, Elizabeth Jelín, define a la familia más allá de las relaciones de parentesco como “La institución social ligada a la sexualidad y la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, en el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva.” (De Jong, 2001: 15)

Por otra parte, la autora De Jong señala que la familia además de ser una institución social es “(...) una organización material, que particularmente se da en un tiempo y en un espacio, en el cual se comparten responsabilidades con determinadas funciones y con la finalidad de reproducir la vida socialmente, a su vez necesita y utiliza determinados medios para lograrlo. Al constituirse como una institución, posee un cuerpo normativo, jurídico, cultural, por los que trasmite valores, costumbres, leyes, reglas que establecen las formas de producción y reproducción social, también se encuentra atravesada por la sexualidad, el matrimonio, el trabajo, la propiedad, la justicia, la salud, la educación, etc.” Así mismo la autora afirma que “La familia moderna como modelo justificado y organizada en base al patriarcado se encuentra en crisis, esto se ve reflejado en una cadena de modificaciones en el área socioeconómica, lo que crea nuevos roles en el papel de la mujer y de los niños en la sociedad. Dentro de la familia se produce una crisis de su sistema social, en las expresiones sintomáticas, conflictos graves, situaciones de violencia, despedazamientos de vínculos, situaciones de abandono, maltrato, etc.” (De Jong, 2001:67)

Buttiglione (1994) Sostiene que la familia

(...) constituye el espacio humano esencial dentro del cual se verifican los acontecimientos que influyen en forma decisiva en la constitución de la persona y en su crecimiento hasta su madurez. Por ello, la familia es considerada, ante todo, no como una institución que se relaciona con otras instituciones sociales, sino como una dimensión fundamental de la existencia, una dimensión de la persona, su modo de ser: el modo más inmediato en el que se manifiesta que la persona existe para la comunión, y que se realiza a sí misma sólo en comunión con otras personas. (Buttiglione, 1994: 13).

Teniendo en cuenta la importancia fundamental de la función de la familia en la disposición del sujeto y el valor que guarda para el sostenimiento de su salud mental; las definiciones elaboradas anterior mente amplían la visión a la hora de comprender y analizar en concreto lo que serían las problemáticas de la adicción. Partiendo de la base que es importante pensar y estar al tanto de los motivos que llevan a un individuo al

consumo de sustancias dañinas; conocer el proceso de su tránsito familiar se vuelve clave.

Otra autora Estela Mónica Quatrocchi (2008) en su libro “La adicción a las drogas” sostiene que en todos los casos que llegan a la internación, los sujetos afectados por el consumo: “(...) provienen de familias deterioradas, con comportamientos transgresores, donde los roles parentales están desdibujados o definitivamente ausentes, donde los padres son consumidores habituales o adictos a drogas, psicofármacos o alcohol, también al juego.” Para esta autora, la mayoría -aunque cabe señalar que no todos los casos- de personas que se ven en la necesidad de consumir sustancias psicoactivas provienen de sectores vulnerables y marginales de la sociedad. En la práctica cotidiana según dicha autora, se puede observar que la historia familiar de la persona que consume sustancias psicoactivas “puede registrar padres sometidos a malos tratos, con parejas mal convenidas, con personalidades narcisistas o psicóticas o con antecedentes de adicciones” (Quatrocchi, 2008: 49)

### ***1.3Salud mental***

Cuando hablamos de los sujetos que sufren adicciones o son consumidores compulsivos de sustancias psicoactivas, debemos considerar indefectiblemente el estado de la salud mental, dado que ésta se ve severamente afectada por el hábito cotidiano de consumo que altera y afecta las funciones cerebrales. La ley Nacional de salud Mental N°26.657, da una definición en su Art. 3°:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

A) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.

c) Elección o identidad sexual.

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010:12)

En el Art. 4º de dicha ley se menciona que

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

Por lo tanto, se considera al paciente como un sujeto de derecho que hay que velar por preservar.

Más adelante, en el artículo 5º señala que

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010: 13).

La salud mental es compartida con los demás miembros de la comunidad social, se construye entre otros lados, a través del vínculo familiar que es el medioambiente donde surge el desarrollo psico-emocional. Dado que la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, no discrimina en qué tipo de familia puede encontrarse un adicto, hay que tener en cuenta las diferentes descripciones de la familia.

#### **1.4 Género**

El concepto de género ha sufrido transformaciones en el trascurso del tiempo. Históricamente se ligaba el concepto a los estudios basados en las experiencias solo de

mujeres. En la actualidad este concepto cambió dando paso a un nuevo campo de investigación sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres. En tal sentido, hoy el concepto de género hace referencia a la construcción que se realiza culturalmente de lo femenino y de lo masculino. Como señala Burin Mabel “(...) el género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y varones”. (Burin, 1996: 64).

Los elementos trascendentales dentro de la perspectiva de género consisten, desde un punto de vista descriptivo en las formas de sentir, pensar y comportarse de los sujetos. Las perspectivas de género quebrantan las construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. En nuestra sociedad se supone como femenino todo lo que está relacionado con la reproducción, la crianza de los hijos, las tareas del hogar, el mundo afectivo y el desempeño en el ámbito privado. En tanto que lo masculino es asumido a partir del cumplimiento de las funciones de jefes de hogar, de proveedor económico, pertenencia al mundo público y la ocupación de posiciones de conquista y jerarquía. También se considera terreno de lo masculino la trasgresión a ciertas normas; la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo. Esta diferenciación de los roles es producto de un histórico proceso de construcción social que no solo crea diferencias entre los géneros, sino que, a la vez, esas diferencias involucran desigualdades y jerarquías entre ambos. A su vez que niega y obtura otras formas de representación y auto percepción.

Existen distintos factores en la configuración de la personalidad e identidad de las personas, desde características intrínsecas propias de cada ser, hasta factores de carácter social y educacional. También intervienen elementos simbólicos, sociales, personales y psicológicos, que no corresponden a un carácter genético, pero son responsables de interés en la formación de la identidad sexual.

Esta construcción de identidad no se da de igual forma en mujeres que en varones, ya que existiría una diferencia jerárquica entre ambos. Esta diferencia se crea desde el nacimiento, debido a que cada uno imita los modelos ya establecidos según su sexo. Tomar en cuenta una visión de género para abordar problemáticas psicosociales, implica considerar que los roles, las expectativas de la sociedad y la auto percepción que tiene los sujetos de sí mismos; condicionan la fenomenología del síntoma. Las diferencias de género son construcciones culturales que se van construyendo y des-

construyendo en un continuo acontecer; no se dan de una vez y para siempre, la sociedad elabora un orden simbólico genérico dentro del cual se configura el modelo de la ética y del deber ser.

La antropóloga Rita Segato (2003) sostiene que a través de su encarnación en actores sociales o en personajes míticos “(...) los géneros constituyen una emanación de posiciones en una estructura abstracta de relaciones fijada por la experiencia humana acumulada en un tiempo muy largo, que se confunde con el tiempo filogenético de la especie.” Para la autora esa “estructura impone al mundo una ordenación jerárquica y contiene la simiente de las relaciones de poder en la sociedad.” (Segato, 2003: 54) Es decir una sociedad se ordena a partir de la estructura de género dominante que impone un orden patriarcal. Las perspectivas de género cuestionan dicho ordenamiento establecido

Los géneros constituirían, desde este punto de vista, transposiciones del orden cognitivo al orden empírico. Podría decirse que la estructura a partir de la primera escena en que participamos (la escena familiar-o sustituta- primigenia, no importa la cultura de que se trate o el grado de desvío en relación con el patrón social vigente en una cultura particular) se reviste de género emerge en caracterizaciones secundarias con los rasgos del hombre y la mujer o con los gestos de la masculinidad y la femineidad en personajes dramáticos que representan sus papeles característicos. (Segato, 2003: 57)

#### ***1.4.1 Sexo y género***

Estos dos términos en el sentido común de las personas, tienden a ser relacionados e incluso suelen ser interpretados como sinónimos. Sin embargo, la palabra sexo tiene vinculación con la parte biológica, física o reproductiva de los seres humanos y género guarda relación con los hechos sociales que involucra a la mujer u hombre como sujeto social. Como sostiene Subirats Mariana (1994) en su trabajo “El género es un conjunto de normas diferenciadas para cada sexo, que cada sociedad elabora según sus necesidades y que son que son impuestas a los individuos a partir del nacimiento, como pautas que deben regir sus comportamientos, deseos y acciones de todo tipo” (Subirats, 1994: 20)

La palabra sexo no tiene lugar para diferentes interpretaciones, dado que desde el inicio de la vida humana las características biológicas han sido las mismas. En cambio, género tiene diferentes interpretaciones dependiendo del momento y lugar. Estas interpretaciones o valoraciones diversas son determinadas socialmente; por lo tanto, el valor establecido también sufre modificaciones de acuerdo a los cambios sociales imperantes.

#### ***1.4.2 Género y Sustancias psicoactivas***

Desde la construcción social de los imaginarios de los roles sociales establecido el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres y hombres tiene connotaciones socialmente distintas.

En relación con la mujer, la perspectiva dominante dentro de la sociedad patriarcal le impone a ella una mayor carga y exigencia de responsabilidades y de demostración de fortaleza, referida tanto al espacio privado de la familia o la casa, como así mismo, frente el comportamiento en los espacios públicos. De esta forma, el argumento del control -recurrente en los discursos sobre los usos de sustancias prohibidas- en la situación de las mujeres, no sólo se refiere a la capacidad para manejar los límites de su propio consumo, sino también, tienen relación con los requerimientos de demostrar y ejercer esa capacidad, mucho más de lo que respecta a los varones.

Un elemento que sustenta lo planteado se relaciona con que las conductas de trasgresión a las normas socialmente establecidas serían más sancionadas entre las mujeres ya que la violación de ellas se asocia a lo masculino. Esto genera profundos sentimientos de culpabilidad sobre las mujeres que sufren adicciones y que incluso según lo estudiado, las lleva a ocultar su dependencia, por lo tanto, a hacer mucho más compleja su búsqueda de ayuda. El consumo de estupefacientes dentro del género femenino, no puede ser analizado de manera fragmentada o generalizada; es necesario para su correcta interpretación considerar el mundo de relaciones, interacciones de todo tipo que se tejen a su alrededor. (Consejo Nacional para el Control de Estupefaciente C.O.N.A.C.E. Chile 2004)

#### ***1.5 Síntoma***

Freud lo relaciona con la angustia y la represión. Es fundamental para este autor la presencia de la angustia para la posterior formación de síntoma. Este síntoma sería un intento de escapar a esta angustia que aflige al sujeto. Portador de un saber inconsciente,

para Lacan, el síntoma es una metáfora, ya que es expresado por el paciente; es un mensaje cifrado dirigido al Otro que es posible descifrar por un profesional terapeuta.

En el síntoma, tanto para Freud, como para Lacan, existe un goce; el paciente goza del síntoma, y no quiere en el fondo desprenderse de él; razones por las que hay que respetarlo. Respecto de las formulaciones de la medicina, hubo un cambio importante en la forma en que se concibe al síntoma al considerarlo portador de displacer, pero además de una satisfacción inconsciente para el sujeto. (Cerrone 2016:5)

### ***1.6 Conducta Adictiva***

El rasgo peculiar de una conducta adictiva es la pérdida paulatina del control por parte del sujeto de su propia realidad y la relación que guarda con su entorno. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre su comportamiento. La adicción produce trastornos a nivel físico y psíquico. Esta dependencia no es un fenómeno exclusivo de las drogas de abuso, ya que muchos fármacos utilizados en medicina también producen un exceso de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Por otra parte, la calidad de vida del sujeto adicto, conlleva paulatinamente una incidencia negativa muy importante que va a ser en muchos casos la causa para que acuda en busca de tratamiento. Gossop definió como elementos característicos de una adicción:

- A) Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible).
- B) La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre).
- C) Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- D) Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. (Becoña & Oblitas, 2003: 4)

En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Entre las adicciones del pasado y las del tiempo presente, hay tres diferencias fundamentales:

A) La disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos.

B) La pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado.

E) El cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando con ello caer más fácilmente en las adicciones. (Becoña & Oblitas, 2003: 74)

En los casos donde se detecta consumos problemáticos de sustancias, el sujeto se encuentra franqueado en parte por la búsqueda para satisfacer el placer de manera inmediata que le propone la sustancia; y por otro lado, la intensión de evasión del sufrimiento que le genera su propia realidad perturbada. Por ello es necesario entender a qué nos referimos cuando hablamos de consumo.

### **1.7 Consumo**

El antropólogo García Canclini (1995) sostiene que el consumo en las sociedades de capitalismo avanzado se debe a una serie de

(...) procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos. Esta caracterización ayuda a ver los actos a través de los cuales consumimos como algo más que ejercicios de gustos, antojos y compras irreflexivas, según suponen los juicios moralistas, o actitudes individuales, tal como suelen explorarse en encuestas de mercado. (Canclini, 1995: 2)

Para analizar la temática del uso o consumo de drogas tenemos que tener en cuenta su complejidad y la multiplicidad de formas que pueden asumir. Entre ellos consideramos: las diferentes representaciones sociales<sup>1</sup> pueden definirse como formas de percibir la realidad compartidas socialmente y construidas culturalmente que se ponen en juego; las prácticas individuales y colectivas; los sujetos; las sustancias; los diferentes contextos socio-económicos, políticos, culturales e ideológicos en los que dicho uso se lleva a cabo. Hay que tener presente fundamentalmente que para trabajar el tema de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas debemos tomar en cuenta la perspectiva relacional; ¿Por qué se plantea esto? Porque las sustancias no existen como algo independiente de las diferentes y variadas formas de su uso. Por otra parte, debemos tener claro que no siempre responden al estereotipo que se mueve en los discursos formales como en los del sentido común de la sociedad.

En este sentido, lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe “así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales organizados alrededor de la toma del producto (Castel & Coppel, 1994: 230).

Hay que preguntarse cuáles son las motivaciones que las llevan a consumir sustancias psicoactivas de modo compulsivo a una persona, sin dejar de lado que el problema siempre está vinculado con los factores ambientales ya que son una parte importante de estos motivos. Socialmente se concibe a los consumidores/usuarios de sustancias psicoactivas desde estas dos lógicas: la que procura su “cura”, o método sanitario; y la que busca el “control”, o lógica punitiva. No obstante, lo cual, no significa que sean las únicas formas de analizar este fenómeno. Las dos lógicas mencionadas están edificadas sobre la noción de conducta “desviada”, vinculada a la falta de aceptación de las normas<sup>2</sup> sociales. Estas establecen pautas para las varias conductas, por ejemplo: dónde dar a luz, cómo y dónde tener relaciones sexuales, cómo comer, cómo vestirse, etc. Sin embargo, la conducta puede no ajustarse a las normas. En las sociedades complejas como las nuestras las personas pueden tener normas diferentes

---

<sup>1</sup> Las representaciones sociales pueden definirse como formas de percibir la realidad compartidas socialmente y construidas culturalmente.

<sup>2</sup> Las normas son ideas compartidas acerca de cómo deben comportarse las personas

según sus convicciones personales. (Presidencia de la Nación, Ministerio de Educación: Modulo 1, 2016)

Appaduri (2001) sostiene que aún en situaciones absolutamente modernas, el consumo no es algo privado, fragmentado e indiferente, sino predominantemente social, continuo y activo. Para dicho autor todo consumo está “(...) subordinado a un innegable control político de las élites. Los gustos de los sectores hegemónicos tienen esta función de embudo, desde los cuales se van seleccionando las ofertas externas y suministrando modelos políticos, culturales para administrar las tensiones entre lo propio y lo lejano”. (García Canclini Néstor, 1995: 6)

La autora Graciela Touzé (2006) Trabajadora Social, sostiene que el consumo de drogas se construye como problema a partir de estereotipos que sería las representaciones sociales que una sociedad determinada se construye como modelo. La autora sostiene en primer lugar que la definición se vincula arbitrariamente pues no responde a la lógica científica, por lo que incluye despóticamente ciertas sustancias tales como la cocaína, la marihuana, el éxtasis y excluye otras que también causan adicciones como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos. Para la autora en cuanto a los fundamentos que se dan para sostener esta representación no se relaciona el daño social con en la nocividad de la sustancia o la dependencia que ocasionan. Por tales motivos afirma que “las significaciones del término “toxicómano”, “adicto”, “drogodependiente” o “drogadicto” corresponden a construcciones que fueron variando a lo largo de la historia y que dependen también de quién las formula”. (Prevención del consumo problemático, Modulo 1, 2016: 10)

La autora Mónica Cuatrocchi (2008) observa la cuestión desde una perspectiva social y manifiesta que

(...) donde se da la combinación de una sociedad con profundas desigualdades económicas, ausencia de una efectiva represión del tráfico de drogas, campaña millonarias que se realizan para elevar las ventas del consumo de alcohol, inexistentes campañas de prevención del consumo, la insuficiente atención de los enfermos adictos, generó que la República Argentina este primera en la lista de los países de mayor consumo de cocaína. El consumo habitual y la adicción a diferentes drogas se han

transformado en cuasi epidemia en las clases sociales más bajas de las ciudades de América Latina, llegando a gran cantidad de jóvenes de edades cada vez más temprana. Como toda situación social tan amplificadora, complicada y multicausal (culturales, sociales, policiales, jurídicas, políticas e individuales). (Cuatrocchi, 2008: 16)

A partir de la consolidación del modelo capitalista y sobre todo en las últimas décadas, el devenir de las sociedades; de las familias; la influencia masiva de los medios de comunicación; todo esto ha llevado a que la mayoría de los sujetos se transformen en hiperconsumidores que buscan el bienestar psíquico a partir de la relación que entablan con los objetos. Este un maridaje solamente busca obtener placer y felicidad a través de la obtención de bienes materiales.

### **1.7.1 Hiperconsumo**

A fines de los años 70 los cambios a nivel social dan origen a un tipo especial de sociedad que los especialistas dan en llamar “sociedad de Hiperconsumo”. Esta nueva era del capitalismo tardío se estructura básicamente ante dos agentes fundamentales; el accionista y el consumidor. Los especialistas han denominado “homo consumericus” a una especie de sujeto móvil y flexible; que se ha liberado en buena medida de las ataduras de la antigua cultura de clases y estamentos. Este sujeto móvil posee gustos y adquisiciones imprevisibles y siempre cambiantes. De esta manera se pasó del consumidor sometido al *standing* al hiperconsumidor al acecho de experiencias emocionales y mayor bienestar obtenidas a través del consumo de mercancías. En una situación paradójica; el hiperconsumidor, por un lado, se afirma como un consumidor informado y libre que ve cómo se amplía su abanico de opciones para consumir: consulta portales, comparadores de costes, aprovecha las ocasiones de compra barato, se preocupa por optimizar la relación calidad precio. Al mismo tiempo que, los estilos de vida, los placeres y los gustos se muestran cada vez más dependientes del sistema comercial. Gilles Lipovetsky (2007) realiza una descripción precisa del hiperconsumidor de nuestros tiempos y sostiene que este tipo particular de sujeto

(...) no desea solo lo material, sino que demanda exponencialmente confort psíquico, armonía interior y plenitud subjetiva, esto queda demostrado por el auge de las técnicas

derivadas del desarrollo personal, el éxito de las doctrinas orientales, las nuevas espiritualidades, las guías de felicidad y la sabiduría. Atrás quedo el individualismo de la primera sociedad de consumo, hoy se expande el mercado del alma y su transformación, el equilibrio y la autoestima, proliferan así las farmacopeas de la felicidad, en el contexto de una época en el que el sufrimiento carece totalmente de sentido, la cuestión de la felicidad aparece como algo primordial. (Lipovetsky, 2007: 2,3)

### ***1.8 La posmodernidad***

Este concepto surgió a finales del siglo XX, y se refiere a una tendencia en la cultura, el arte y la filosofía que se asocia al culto de la individualidad, a la ausencia de interés por el bienestar común y el rechazo al racionalismo. Para la posmodernidad la modernidad falló al pretender modernizar las formas de pensamiento y expresión. El pensamiento posmoderno se lo asocia al desencanto y a la apatía que se entiende como parte del fracaso de la sociedad moderna. Los pensadores posmodernos sostienen que la posibilidad de progreso es solo individual. En término a los ideales de la modernidad la posmodernidad los reemplaza por los del consumo. Otra característica del pensamiento posmoderno es que da más importancia a las formas que al contenido, es decir, para esta corriente importa más como se trasmite un mensaje y los efectos que provoca que el mensaje en sí mismo. Por otra parte, la corriente posmoderna otorga relevancia fundamental al momento presente y remarca su valor por el hecho mismo que se trata de un tiempo que es efímero. La espiritualidad y la religión pierden importancia ante la valorización del cuerpo como instrumento de libertad y fuente de placer.

El pensamiento posmoderno es antidualista, sus seguidores rechazan los dualismos creados por la sociedad occidental porque no colaboraron con la apertura de pensamiento. Este movimiento está a favor de la diversidad y el pluralismo; busca satisfacer las necesidades de aquellos individuos o grupos que sufrieron opresión y marginalidad causadas por las ideologías del modernismo y las estructuras sociales y políticas que lo apoyaban. (Pérez Porto & Gardey: 2015)

Federick Jamenson (1989) que profundizó el estudio sobre el pensamiento posmoderno lo caracteriza como

(...) una nueva superficialidad que encuentra su continuación en la teoría contemporánea y en una nueva cultura de la imagen o el simulacro, un consecuente debilitamiento de la historicidad, en relación con la historia pública, como en las nuevas formas de nuestra temporalidad privada, cuya estructura esquizofrénica (según Lacan) determinará nuevos tipos de relaciones sintácticas o sintagmáticas en las artes más temporales; aparece un nuevo tipo de emocionalidad, las intensidades, para comprenderla retomo teorías más antiguas sobre lo sublime; la profunda relación constitutiva de todas estas características como una tecnología absolutamente nueva, constituye la corporación de un sistema económico internacional nuevo.(Jamenson, 1989: 22)

El hiper-consumo está fuertemente vinculado con las conductas adictivas así llegamos a la idea de adicción como un problema social que podría identificarse con las principales tendencias de nuestro tiempo.

### ***1.9 Adicción***

El Glosario realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra las drogas y el delito define la de la siguiente manera

*Adicción:* “La O.M.S. dejó de utilizar los términos “adicción” y “habitación” en 1964 a favor de “dependencia de las drogas”. No obstante, dado que el uso de ambos términos sigue estando muy extendido, a continuación, se ofrece una definición de “adicción”. El término “adicción” se refiere al consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia o sustancias de que se trate, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias

psicoactivas por cualquier medio. (Terminología e información sobre drogas O.N.U., 2018: 60)

Al analizar esta definición nos damos cuenta de lo peligroso que resulta para los sujetos perder el control. La licenciada Cuatrocchi (2008) define adicción de esta manera:

Se refiere al uso casi continuo compulsivo, de una o varias sustancias, creándose una dependencia emocional de consumo, el sujeto lo necesita para sentirse bien; si no se droga se siente ansioso, irritable, angustiado y esto lo vuelve intolerable. La vida del adicto gira en torno al consumo, no tiene interés social o afectivo, solo busca estar drogado. La salud física y psíquica se ve seriamente implicada, poniéndose en riesgo a sí mismo y a terceros. (Cuatrocchi, 2008:19)

Cuando los tiempos de consumo de una sustancia psicoactiva se prolongan, nos encontramos con sujetos que pueden arrastrar problemas de salud mental y muchas veces con dos patologías juntas. Por ello es primordial desarrollar el siguiente concepto de patología dual.

### ***1.10 Patología Dual***

Es la manifestación simultánea de una patología psiquiátrica y adictiva en una misma persona, ambas interactúan modificando el curso y la evolución de cada una de ellas. La patología psiquiátrica como la adictiva pueden ser la causa o el resultado de la otra. Los términos “Diagnostico Dual”, “Comorbilidad” y “Concurrencia” son sinónimos de Patología Dual. De esta manera se genera una nueva patología considerada mixta. La sintomatología, la respuesta al tratamiento y el pronóstico de este nuevo trastorno mixto depende firmemente de la evolución de ambas patologías; no pudiendo esperarse mejoría en uno de ellos sin la evolución, también positiva, del otro. El Dr. Bobes (2017) sostiene al respecto que

Si el paciente recae en alguna de las dos patologías, recae también en la otra. La admisión de la existencia de Comorbilidad entre enfermedades psiquiátricas clásica y conductas adictivas, Patología Dual, implica la necesidad de programar abordajes terapéuticos integrados y la formación de

profesionales sanitarios expertos en esta nueva área de conocimiento. Esta debe ser atendida como norma en la red pública general de salud mental. Si bien sus particularidades clínicas y asistenciales hacen aconsejable disponer de unas unidades de referencia supra sectoriales para atender los casos más complejos y refractarios; habitualmente asociados a severos trastornos de personalidad, a agresividad y a conductas violentas. (Bobes, 2017: 23, 24)

Mediante lo expuesto queda claro que la salud mental se ve seriamente afectada por el prolongado consumo de sustancias psicoactivas generando además de la adicción, posibles patologías en el sujeto, comprometiendo cada vez más su salud mental.

### ***1.11 Dependencia***

Dunn Matthew (2011) expresa que la dependencia nace cuando la persona continúa consumiendo una determinada sustancia a pesar de los problemas que le ocasiona en su vida, tanto en lo personal como en lo social. Los estados de dependencia producen en los sujetos una pérdida de control total sobre las acciones. Ante las conductas adictivas, generalmente la dependencia puede diagnosticarse en una persona cuando se cumplen tres o más de las siguientes características puntualizadas por Dunn Matthew:

(...) la mayoría de su tiempo la pasan buscando conseguir la sustancia; usándola y recuperándose del consumo de la misma, a pesar de los daños físicos y psicológicos que les produce, tratan de recuperar el control del consumo insatisfactoriamente, la sustancia que prefieren tarda más en causar el efecto deseado por lo que tienden a aumentar las dosis, el consumo reduce o elimina por completo la realización de actividades importantes, como las sociales, familiares, recreacionales y/o laborales y posteriormente se presentan los síntomas de abstinencia tras abandonar el consumo de sustancias. (Dunn Matthew, 2011: 2,3)

### ***1.12 Uso***

Cuando un sujeto llega a la dependencia de una sustancia para sentirse bien, en primer lugar, se denomina que hace uso de ella, o sea; un consumo esporádico,

circunstancial con la intención de probar o utilizar dicha sustancia en algunas ocasiones personales.

### ***1.12.1 Abuso***

Cuando el uso o consumo de la sustancia psicoactiva se vuelve frecuente, motivado por la sensación de bienestar que obtiene, asociado muchas veces a la necesidad de superar situaciones que sólo no puede enfrentar o resolver. Esta conducta reiterada encamina al sujeto a buscar consumir con más frecuencia e ir aumentando las dosis creando una dependencia psicológica, dado que la sustancia es utilizada a modo de ayuda.

### ***1.12.2 Adicción***

Según la especialista Mónica Cuatrocchi (2008) la adicción se determina por “(...) el uso continuo y prolongado de una o varias sustancias de manera compulsiva. Genera una dependencia emocional al consumo, ya que el sujeto necesita de la sustancia para lograr sentirse bien. La falta de la misma generará ansiedad, angustia, irritabilidad, y situaciones que le resultan intolerables”. (Cuatrocchi, 2008: 18, 19)

### ***1.13 Toxicomanía***

Sánchez Miguel (2001) asegura que la Organización Mundial de la Salud en un principio comenzó a utilizar el término toxicomanía para definir el concepto de consumo de sustancias peligrosas. “Lo que significaba un invencible deseo o necesidad de seguir consumiendo la droga y buscando conseguir la dosis de cualquier forma posible, con tendencia a aumentar dicha dosis, debido a una dependencia psicofísica, la cual resulta nociva para el consumidor como para la sociedad en la que se encuentra inserto.” (Sánchez, 1991: 6)

García Jiménez José María (2001) caracteriza el estado de intoxicación periódica y dañina para el individuo a partir de:

- Un deseo abrumador de continuar tomando la droga y como consecuencia, obtenerla por cualquier medio o precio.
  - Una tendencia a aumentar la dosis.
  - Una dependencia psíquica (fisiológica y física) y sus efectos.
- (García Jiménez José, 2001: 12)

Sánchez Miguel (1991) profundiza en su trabajo y explica que en un principio debido a esta definición y caracterización; los sujetos considerados como toxicomaníacos evidenciaban anomalías en la personalidad y esto no era conceptualizado como un problema de salud mental. Además, señala el autor tampoco se tenían en cuenta las implicaciones sociales, ni biológicas, que podían estar relacionadas con el consumo de sustancias. Para el autor esta definición no poseía tampoco ninguna tipificación de las diferentes sustancias consideradas como tóxicas, sino que aglomeraba a todas de manera generalizada, tomando en cuenta los síntomas antes mencionados. Será en años posteriores, según Sánchez Miguel (1991), cuando la OMS introduce el término “habituación”<sup>3</sup>

(...) para diferenciar el consumo generado por un hábito o sea continúa consumiendo, pero no de manera compulsiva, para continuar sintiendo la sensación de bienestar, manteniendo la dosis sin aumentar, por ello conceptualiza que la dependencia es de tipo mental pero no presenta síntomas físicos. Marcando que los daños son de tipo individual no hacia la sociedad. (Sánchez, 1991: 6,7)

### ***1.14 La drogadicción***

Es una enfermedad en la que los tóxicos de las sustancias psicoactivas afectan el sistema nervioso central y sus funciones cerebrales, originando alteración en la percepción, el comportamiento, las emociones, el juicio. En casos más severos puede llegar a producir enfermedad mental o incluso la muerte. La gravedad de dichas alteraciones depende del tipo de sustancia que se consuma, la cantidad y la frecuencia con la que se haga.

Como venimos sosteniendo, la dependencia a una sustancia, según Suarez Sofía (2012)

(...) está sujeta a varios factores individuales; el estado de ánimo, el contexto en el que se consuma, la capacidad para digerirla, los factores culturales, familiares, sociales, económicos, las experiencias de vida, la historia del sujeto y sus vivencias. También inciden la falta de capacidad para adaptarse

---

<sup>3</sup> El individuo por consumo repetido se habitúa al consumo de la sustancia psicoactiva

a la realidad, de resolver conflictos, de manejar emociones.  
(Suarez, 2012: 91)

### ***1.15 Drogodependencia***

Para Becoña (2002) “drogodependencia” es el término por el cual la O.M.S. (1964) reemplazó a “Toxicomanía” y “Habitación” por tratarse de términos confusos a la hora de emplearlos. Debido al aumento del consumo en la población y a las nuevas sustancias que fueron apareciendo se ha determinado cambiar por el término dependencia. Dicho término, según la O.M.S., puede ser empleado para cualquier tipo de consumo de sustancias. De esta manera la dependencia es un estado producido por el consumo y la administración de cualquier tipo de sustancias en forma periódica o continua. Sánchez Miguel en su trabajo observa que ya en 1965 la O.M.S. introduce la definición de “droga” como “cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias funciones”. Término que incluía todas aquellas sustancias farmacológicas disponibles en el mercado. A raíz de dicha definición, se comienza a utilizar el término “drogodependencia” que unifica las características de la dependencia a una sustancia y a las modificaciones funcionales que ocasiona la droga en el sistema del individuo. Sánchez Miguel continúa sosteniendo que paralelamente buscaron una mayor especificación definiendo dos tipos de dependencia en relación a la drogodependencia. Gutiérrez (2011) en su trabajo hace referencia a los dos tipos de dependencia:

Primero la dependencia psíquica que es la capacidad que tiene una droga para generar sensaciones placenteras en el individuo de tipo mental, que lleva a repetir o a aumentar el consumo para regresar a la sensación placentera o disminuir el malestar psíquico por la ausencia de la droga. En segundo lugar, la dependencia física, que es un trastorno físico producido por la ausencia de una droga en el cuerpo y produce signos y síntomas de tipo somático y psíquico por el abandono de la sustancia. Esta dependencia, señala la autora, genera necesidad de consumo por el malestar físico ocasionado. (Stierand Lemus, 2017: 27)

Esta problemática del consumo de sustancias psicoactivas en los sujetos se ha acrecentado a lo largo de la historia en nuestra sociedad, afectando los sujetos y las familias; haciendo colapsar los sistemas de salud pública quienes deben realizar convenios con la parte privada para dar respuesta. Desde mediados de los años sesenta ha pasado a estar en la agenda pública de los gobiernos, por ser parte de lo que llamamos cuestión social.

### **1.16 Cuestión social**

Este concepto, incorporado al lenguaje de los Trabajadores Sociales argentinos, se ha ido simplificando y mecanizando. Castel (1996) lo define como “(...) una aporía fundamental, una dificultad central, a partir de la cual una sociedad se interroga sobre su cohesión e intenta conjurar el riesgo de su fractura. Es, en resumen, un desafío que cuestiona la capacidad de una sociedad de existir como un todo, como un conjunto ligado por relaciones de interdependencia” (Castel, 1996: 3)

Otra autora, Margarita Rozas Pagaza (2001) cita a Paulo Netto, quien se refiere a la cuestión social en cuanto su relación con la intervención profesional y señala que “(...) es absolutamente indispensable para esbozar la contextualización histórico-social que hace posible el surgimiento del servicio social como profesión, demarcado por el estatuto socio-ocupacional del que se nutre en relación a las conductas filantrópicas y asistencialistas consideradas convencionalmente como sus protoformas. (Rozas Pagaza, 2001: 21)

El consumo de sustancias no discrimina clases sociales, pero debemos ser conscientes que los estratos sociales más empobrecidos son seriamente afectados por esta problemática social. Más aún, si pensamos en términos de la calidad de las sustancias que se venden en el mercado -por ejemplo, *el paco*, sustancia de más baja calidad- con gran difusión entre éstos jóvenes y que se traduce en máximos deterioros en términos de salud física y mental, en cortos lapsos de tiempo.

#### **1.16.1 Clase social**

El autor Karl Marx afirma que la historia de la humanidad, es la historia de la lucha de clases; el desarrollo progresivo de las sociedades hasta las más emancipadas, no son más que el producto de la contradicción de los intereses de las clases opresoras y las que son explotadas por estas, también son concreciones de las contradicciones que existen entre fuerzas productivas y relaciones sociales. (Britez Rojas Guillermo, 2011:3)

La introducción de la categoría de “clase social” se debe complejizar pues en la vida real no se dan las clases “puras”. Es decir, las clases que participen exclusivamente en el mercado de bienes (propietarias) por un lado, y clases que participen únicamente en el mercado de trabajo (lucrativas) por otro. Por tal motivo siguiendo a las autoras Celia Duek e Inda Graciela, “la “clase social” podría entenderse como una categoría que resume los conceptos típicos ideales de clase propietaria y clase lucrativa que, como tales, acentúan unilateralmente uno de los aspectos de la determinación de clase. (Duek Celia e Inda Graciela, 2006:12)

La especialista Mónica Cuatrocchi (2008) sostiene que “ante el aumento de la pobreza y la marginalidad, también se produjo un incremento en la delincuencia y la violencia callejera de manera simultánea con el consumo de sustancias psicoactivas, en las grandes ciudades.” Por otro lado, también afirma la autora

(...) los medios de comunicación toman parte de esto porque manipulan la información para aumentar la audiencia y un creciente reclamo de medidas represivas por parte de la sociedad. Generan enfrentamientos entre los sectores de la sociedad, por un lado, los que quieren mayor dureza policial, por otro los que defienden mediante los derechos humanos a las delincuentes víctimas de la sociedad. (Cuatrocchi, 2008: 22,23)

### **1.16.2 Pobreza**

Para el pensador y sociólogo Horacio González la pobreza, concebida como privación de medios de vida y pérdida de estirpe, es una de las fronteras más antiguas del pensamiento social, la densidad ideológica del concepto de pobreza lo convierte en un yacimiento de subjetividades muy diversificadas. ¿Cuáles son los sujetos de la pobreza? La teoría social trata de responder esta pregunta como afirma Gattino Silvia (1994) “(...) se vuelve hacia sus fines para responder esta pregunta, el examen del sistema de necesidades y el análisis de la producción socialmente determinada de la desigualdad”. (Gattino 1994: 108)

Entendida como carencia, la pobreza y la marginación refieren a un estado de deterioro, a una situación de pérdida que indica ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal. Una insuficiencia de herramientas necesarias para abandonar dicha posición. Estas carencias describen dificultades más estructurales o

más coyunturales, según sea la índole de los indicadores que se utilicen y el método por el cual se mida y clasifique el fenómeno. A raíz de esta situación nos encontramos frente a sujetos vulnerables en sus diferentes dimensiones.

### **1.16.3 Vulnerabilidad**

Este concepto, utilizado en diferentes enfoques disciplinares con distintos sentidos, es incorporado por muchos autores en ciencias sociales en las últimas décadas ya que posibilita el análisis de contextos sociales determinados por un aumento y diversificación de condiciones de exclusión. En lo que respecta al campo de la Salud Pública, la introducción de este concepto ha permitido ampliar y complejizar el análisis en relación a los enfoques que se centraban en factores de riesgo.

La vulnerabilidad remite a la posibilidad de que las personas desarrollen una enfermedad como resultante de un conjunto de aspectos individuales colectivos y contextuales que acarrear mayor susceptibilidad a la enfermedad y mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse. Los entornos de la vulnerabilidad son según la licenciada Silvina Fuentes:

-Múltiple: Se expresa en múltiples dimensiones (psíquica, social, económica, política, etc.) y condiciones (se puede ser vulnerable en función del género, del grupo social al que se pertenece, de la inserción laboral, del contexto histórico, de la situación socio-económica, etc.)

-No unitaria: existen diferentes grados de vulnerabilidad (las personas o grupos pueden estar en situaciones de mayor o menor vulnerabilidad)

-Inestable: Las dimensiones y grados de la vulnerabilidad se pueden modificar a lo largo del tiempo, no son rasgos estables o inmutables de las personas o grupos. (Fuentes, 2014: 5).

Desde que se hace presente la problemática de consumo transformándose en cuestión social en la agenda pública de los gobiernos, los enfrentamientos entre clases sociales, generan, descreimiento de las instituciones públicas. Los contextos de vulnerabilidad dentro de los que se encuentran los sujetos comprometen los tratamientos que deberían recibir. Por todo ello el sujeto que sufre una adicción es estigmatizado.

#### **1.16.4 Estigma**

Término que proviene del griego para referirse a los signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual. Goffman Erving (2006) nos ayuda a actualizar el término desde un punto de vista social. Según dicho autor

En la actualidad se designa con dicha palabra al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. Es la sociedad quien instituye los medios para categorizar a las personas y el complemento de particularidades que distinguen como normales y naturales en cada una de esas categorías. El medio social es quien decide las categorías de personas que pueden entrar. Esto sería; la sociedad crea un estereotipo, por medio del prejuicio estigmatiza al que no encaja en ese estereotipo, por lo cual lo excluye, esto muchas veces no ocurre de manera consciente, porque esta naturalizado e instalado en el imaginario social. (Goffman, 2006: 7, 11,12)

#### **1.16.5 Exclusión**

El término refiere a aquellas personas que se encuentran fuera de las oportunidades vitales que son definidas por la ciudadanía social. Se presenta en un sentido negativo; lo que queda afuera, lo que carece de recursos. El término exclusión marca una relación adentro y afuera, es la expresión de una relación social, una perspectiva de construcción social de la realidad. El concepto de exclusión se muestra en esta triangulación: individualidad, racionalidad y sociedad. El individuo y su relación con los mecanismos reguladores del mercado, en el cual se produce una falta de articulación del sistema social a través del Estado que produce un quiebre entre dicho Estado y la sociedad de derecho. En esta sociedad moderna se busca establecer fronteras más permeables y débiles entre las distintas situaciones sociales. Es una práctica edificada que tiende a hacer posible un procedimiento especializado.

Robert Castel (1996) define la exclusión y manifiesta que hoy consideramos toda una serie de situaciones con status diferenciados, pero que tienen en común el hecho de estar al margen de la imagen ideal que la sociedad da de ella misma, pero esta relación de ideales de sociedad ha sido históricamente construida de forma diferente. La exclusión no es un concepto estático, sino dinámico, implicando un interjuego complejo entre espacios de la vida política, económica, social y cultural. Así, “(...) situaciones de

inclusión parcial en una u otra esfera implican riesgo y vulnerabilidad. El estar excluido en una esfera no implica necesariamente el estarlo en las otras ” (Minujin, 1988: 175)

Otro autor Vilmar Farías, señala que el concepto de exclusión social ofrece una manera de integrar nociones vagamente interrelacionadas tales como la pobreza, privación, falta de acceso a bienes, servicios y activos, precariedad de derechos sociales y provee un marco legal. (Minujin, 1998: 170)

### ***1.17 Imaginario social***

Castoriadis distingue el concepto de “imaginario social” del utilizado por el psicoanálisis. Según el autor, dentro de esta corriente la acepción de imaginario refiere a

(...) lo especular, imagen reflejada, reflejo y, en tal sentido, a la mirada del otro. Considera que la idea de lo imaginario pensada como la imagen en el espejo o en la mirada del otro es sujeta de aquella acepción de lo ilusorio como ficción y trae como dificultad una ontología por la cual, desde la famosa caverna platónica, es necesario que las cosas, el mundo, sean imagen de otra cosa. (Fernández, 2016:6).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es relevante decir que el sujeto es sujeto de derecho, aunque la sociedad lo margine, lo estigmatice e invisibilice la situación por la que atraviesa cuando su vida gira en torno al consumo de una sustancia.

### ***1.18 Ciudadanía***

En los últimos tiempos esta categoría ha impactado con fuerza en los diferentes campos profesionales especialmente en la profesión del Trabajo Social. Este tema alerta a la sociedad civil en pos de construir alternativas en la recuperación de los derechos civiles, políticos y sociales en los diferentes espacios públicos y societales. La ciudadanía hace referencia la pertenencia y a la convivencia de los individuos dentro del Estado y constituye un camino para dirimir los conflictos políticos sociales. Su proceso de construcción es esencialmente social. La práctica ciudadana se origina por medio de actividades de las personas en situaciones particulares y según la autora Custo Esther (2010) “(...) deben incluir familia, comunidad y vida asociativa, o sea sociedad civil y esferas públicas y políticas, por lo que no deben centrarse solo en Estados y Economía. La noción de ciudadanía apunta a una doble pertenencia, al ámbito Estatal y Societal.” (Custo, 2010: 103)

Según la autora analiza en su trabajo la ciudadanía puede ser considerada en tres dimensiones:

La ciudadanía se identifica con los derechos civiles, políticos y sociales.

Significa pertenencia a la comunidad política, vinculada a la nacionalidad y a la oportunidad de contribuir a la vida pública de la comunidad.

Es participación, donde sus derechos significan su ejercicio, y pertenencia es participación en la construcción de la identidad y un orden político democrático. (Custo, 2010: 107, 108)

La autora también menciona los efectos que el neoliberalismo ha producido en la estructura de la ciudadanía actual

(...) destruyendo los valores que sustentaban distintos lazos sociales. Donde se constituye la lógica mercantilista en el eje vertebrador donde transcurre toda relación mercancía-cliente. A partir de esta lógica de mercado se disponen los derechos del sujeto. Por lo que la falta de empleo, la desocupación, la pérdida de trabajo es sinónimo de expresión de las diversas formas de pobreza. Las mismas se instalan en todos los órdenes de la vida. Por ello se hace referencia no solo a la pobreza material, sino también a la pobreza de participación, de representación, de conocimiento, produciendo determinadas subjetividades. Los efectos de esta situación son el gran número de sujetos que se encuentran excluidos en una sociedad que honra la producción de bienes, la utilidad y el consumo de los mismos. No solamente los condena a una pérdida creciente de la dignidad humana, del trabajo, de la participación, de la capacidad de decidir en los procesos sociales, aumentando su vulnerabilidad enfermando física y psíquicamente. (Custo, 2001: 101,102)

Los sujetos que sufren adicciones, necesitan tanto de la intervención de un profesional que responda a su demanda, como del reconocimiento de su condición

ciudadana Por eso el Trabajador social es quien en su quehacer profesional posee un tipo de intervención específica que conjuga ambas perspectivas.

### ***1.19 Intervención Profesional***

La intervención se realiza en el campo problemático de la cuestión social, en el que se expresan diversas manifestaciones de ésta en la vida de los sujetos, en quienes se lleva a cabo el proceso de intervención. Históricamente el trabajo social es parte de esta relación, dado que crea mecanismos para garantizar la funcionalidad de las relaciones en el sistema capitalista. Son un conjunto de acciones que se estructuran en relación con las demandas generadas por los sujetos, con los cuales se dinamiza dicha intervención. Demanda y respuesta contando con los recursos que se posean desde el lugar al que pertenezca el trabajador social. Las acciones llevadas a cabo por el profesional tienen una entidad propia y una direccionalidad teórico-política. Existe otra definición que dice que la intervención es una instrumentalización de un conjunto de técnicas aplicables a la solución de cada demanda en particular, esto será eficaz siempre que se perfeccionen las técnicas de intervención. Paulo Netto sostiene que es una práctica, “(...) empirista, reiterativa, paliativa y burocratizada, que realizaban y siguen realizando los agentes (Trabajadores Sociales) efectivamente en América Latina.” (Rozas Pagaza, 2002: 25,26)

### ***1.20 Instituciones***

En ella suceden y se construyen las historias de los sujetos. La familia es la primera institución donde nos relacionamos, dentro de ellas cada uno desarrolla un rol específico. Se cohesionan por medio de reglas para mantener un orden en la familia, donde los límites marcan hasta donde pueden llegar. Sus interrelaciones enriquecen su aprendizaje y los lleva a interactuar con otras instituciones, en otros contextos donde las reglas y los límites cambian. Por otra parte, en las instituciones es donde lo privado y lo público se cruzan. Cuando un sujeto con problemas de adicción no puede manejar su vida aparecen otras instituciones que pueden ser públicas o privadas. Por ello es importante definir a que nos referimos cuando hablamos de instituciones.

Foucault introduce la metáfora del panóptico la que se corporiza en la realidad de las diferentes instituciones. En el funcionamiento cotidiano las instituciones encuadran la vida y los cuerpos de los individuos. Así el individuo pertenece a un grupo y el grupo se desenvuelve en las distintas instituciones que conforman la sociedad disciplinaria, como la prisión, la escuela, el hospital, la fábrica etc. Tales instituciones son denominadas por el autor estructuras de vigilancia y todas tienen: un fin común el

fijar o vincular a los individuos a un aparato de normalización de los sujetos. Foucault sostiene que las instituciones tienen como objetivo "ligar al individuo al proceso de producción, formación o corrección de los productores que habrá de garantizar la producción y a sus ejecutores en función de una determinada norma." (Foucault, 2002: 180, 181,182)

Sus funciones se centran en el control del tiempo, basado en la apropiación y explotación de la cantidad del mismo y en el control del cuerpo, basado en un sistema determinado encargado de formarlo y valorizarlo. Foucault afirma que durante "el siglo XIX el cuerpo adquiere una significación totalmente diferente y deja de ser aquello que debe ser atormentado para convertirse en algo que ha de ser formado, reformado corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades y calificarse como cuerpo capaz de trabajar"(Foucault, 2002:199)

Las instituciones de tratamiento tales como el CADES intentan de manera sistemática organizar, reformar y corregir el cuerpo del asistido. Hay que destacar que, todas las instituciones que conforman esta trama están especializadas, en su funcionamiento, cada una admite una disciplina general en su existencia superando ampliamente las finalidades para las que fueron creadas.

*Las instituciones presentadas como:*

### ***1.20.1 Sistemas culturales***

Son un sistema de pensamientos, valores, normas y acciones que modelan la conducta de sus agentes y de los individuos que le son confiados o que expresaron una demanda respecto de ellas. Dentro de las instituciones se establece cierta manera de vivir todas ellas poseen una estructura fija que pauta los tiempos, expectativas de roles, conductas más o menos estereotipadas, costumbre de pensamiento y acción. Desarrollan un proceso de formación y socialización de los diferentes actores para que cada uno pueda definirse en relación con el ideal propuesto. Cabe dejar en claro que "(...) lo que se pone en práctica efectivamente puede ser muy diferente a lo que se expone en los principios teóricos. La permanencia en la institución garantiza la identidad a la que aspira todo conjunto social." (Kaes ,1989: 89)

### ***1.20.2 Sistemas simbólicos***

Una institución vive por medio de mitos unificadores, instaura ritos de iniciación, de tránsito y de logro, sin proporcionar héroes tutelares (muchas veces

tomados de los fundadores reales o imaginarios de la institución) o una historia que ocupara el lugar de la memoria colectiva. Los mitos, los ritos o los héroes tienen como función sedimentar la acción de los miembros de la institución; servir como sistema de legitimación, dando así sentido a sus prácticas y a sus vidas. Kaes postula que

La institución se ofrece como objeto ideal al que todos deben manifestar su lealtad o sacrificarse por ella si es necesario. Plantea exigencias y estimula a cada cual a cumplir con orgullo su trabajo. Todas las instituciones no son iguales pueden tener un sistema simbólico cerrado para sí mismos y obligatorios para sus miembros, pero buscarán de manera consciente o inconscientemente edificarlo. (Kaes, 1989: 90)

### ***1.20.3 Sistemas imaginarios***

Las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, funcionan como conjuntos englobantes, aspirando imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros. Siguiendo la representación que realiza Kaes “Buscan formar individuos que le sean reverentes. Sin embargo, pocas veces logran sus fines de posesión total y de formación de estructura clausurada porque terminarían engendrando un universo conformista, repetitivo, dedicado a degradarse irresistiblemente y morir, salvo que se dé una tregua persiguiendo la muerte de los otros. Aun así, va a “perseverar en su ser.”” (Kaes, 1989: 92)

### ***1.21 Características de las instituciones terapéuticas***

En las instituciones terapéuticas las relaciones o posiciones son asimétricas. La asimetría como categoría, coloca de un lado los médicos, enfermeros, educadores, analistas, formadores, poseedores de técnicas más o menos sofisticadas y del otro lado, los pacientes/asistidos que se pueden especificar como objeto de esas técnicas. La diferencia con otras instituciones mencionadas donde las relaciones asimétricas se darán por un tiempo, por ejemplo el niño dentro de la familia crecerá y será padre, el soldado comandante, etc.; en las instituciones terapéuticas las relaciones se mantienen asimétricas permanentemente “Dado que los individuos que son atendidos allí, salvo algunas excepciones, difícilmente llegaran a ser miembros activos de éstas, porque todos ellos expresan una demanda de sanidad, porque son pacientes que llegan en busca de ayuda, de asistencia, de consejo.” (Kaes, 1989: 93)

## ***1.21. La Comunidad Terapéutica***

### ***1.21.1 Noción de Comunidad Terapéutica***

Las comunidades terapéuticas han sido concebidas como un espacio donde se conforma un tipo de institución residencial que atiende a personas con problemas de adicción a las SPA. Pocos saben que estas instituciones nacieron como una metodología ajena a las adicciones y que en la actualidad se trata de recuperar este perfil “Procurando presentarse junto con una metodología adecuada especialmente para la gestión y la intervención asistencial, su tarea principal está dedicada al cuidado de personas en centros residenciales dirigidos hacia a diversos perfiles de trastornos y problemas de comportamiento.” (Comas Arnau, 2010: 9)

En Argentina, como respuesta sanitaria en relación al consumo de SPA, prevalece el modelo abstencionista. Este modelo tiene como objetivo la abstinencia total de sustancias como condición previa de un tratamiento. Las CT son ambientes residenciales libres de sustancias prohibidas en los que en general se mantiene una fuerte disciplina apoyada en relaciones sociales jerárquicas. El modelo terapéutico alcanza etapas de tratamiento que muestran niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. A través de una variedad de procesos grupales, se emplea la influencia mediada entre los mismos compañeros para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces. Los beneficios que más reconocen los pacientes que siguen estos tratamientos tienen que ver con la aceptación de las rutinas que los ayudan a manejarse en lo cotidiano y con el afecto necesario recibido para sentir que se es alguien para alguien y que se forma parte de una trama sostenedora; siendo éste el convencimiento que más los ayuda para salir de su adicción.

## **Capítulo I: Organizaciones que intervienen en la problemática de las adicciones. Marco legal y paradigmas que orientan la acción.**

A partir del relevamiento de instituciones que brindan servicio acerca de la problemática de adicciones, delimitamos en principio a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico *SEDRONAR* que trabaja con profesionales en línea las 24hs. vía chats o mail. El organismo se extiende a través de los barrios y en las diferentes provincias del país. Asimismo, dentro de la secretaría funciona El Consejo para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y el Narcotráfico *COFEDRO* que trabaja en coordinación con las diferentes provincias mediante el programa Municipios en Acción.

La provincia de Chubut cuenta además con los servicios del Centro Integral de Tratamiento de las problemáticas de Consumo *C.I.T.* ubicados estratégicamente en las ciudades de Trelew, Rawson, Puerto Madryn y Comodoro Rivadavia. Además de brindar atención a los ciudadanos locales atienden a personas de otras localidades de la provincia.

Municipios en Acción es otro programa implementado desde el *SEDRONAR* que funciona en las diferentes localidades de la provincia para realizar estrategias preventivas en el consumo problemático. La o el referente es elegido por el Intendente de cada localidad.

A continuación, realizaremos una descripción detallada de cada organismo.

### **1.1 *SEDRONAR***

Es el Organismo Nacional que coordina y regula las políticas en materia de adicciones. Este organismo cuenta con diferentes *canales de ayuda*. Entre ellos está la línea de atención gratuita 141 que es atendida por profesionales las 24hs. y se pueden llamar de cualquier punto del país. También pone a disposición un canal de chat que se llama “Chatea con nosotros”. Otra de las vías de contacto es la del correo electrónico, el cual es recibido y respondido por los profesionales. Por cualquiera de las vías, las personas pueden comunicarse durante las 24hs. ya sea; que tengan ellas mismas problemas de adicción, o conozcan algún familiar, amigo o conocido que los tenga.

Los servicios que prestan son:

- *Atención personal*: realizan contención y asesoramiento sobre consumo de sustancias. Se le realiza la consulta y luego se le informa teléfonos, horarios, lugar de atención.
- *Encontramos en tu barrio*: informa acerca de los dispositivos que se encuentran en cualquier punto del país. Por ejemplo, las Casas Educativas Terapéuticas (C.E.T.) abiertas a la comunidad que ofrecen atención individual, grupal; con una metodología psicosocial asistencial y redes territoriales, contemplando la restitución de derechos de forma integral.
- *Centros Preventivos Locales de las Adicciones (C.E.P.L.A.)*: Son espacios de recreación y juegos. donde se realiza la prevención a través de actividades culturales, formativas, deportivas y de encuentro.
- *Puntos de Encuentro Comunitario (P.E.C.)*: En estos espacios se nuclean los actores territoriales, los cuales desarrollan actividades de prevención, promoción de salud y sensibilización a la población en relación con la temática.
- *Actúa en tu Medio*: Promueve la prevención en las escuelas, en el trabajo. En este espacio se invitan a trabajar como agente de prevención ante el consumo problemático de drogas y alcohol. Ofrece asesoramiento para realizar el trabajo, información: mail y números telefónicos.
- *Capacítate en Prevención*: Es un programa que invita a profundizar la formación con estudios de pos grados. Ofrece Diplomatura para operador socio-terapéutico en adicciones. Y un post grado en consumo problemático de sustancias. Pose también un campus virtual que cuenta con tutores, moderadores, los que realizan el seguimiento para orientar y dar apoyo en el proceso de formación.
- *Registra tu Institución*: Invita a formar parte para que trabajen con el SEDRONAR como prestador/a y así brindar servicios asistenciales a fundaciones, organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles. En este caso se solicita una serie de documentación para registrar y trabajar bajo su línea.

- *Accede a Nuestros Estudios*: Es el Observatorio Argentino de drogas, analiza, sistematiza datos estadísticos, investigación, diagnósticos locales, información consumo problemático de sustancias psicoactivas. Realizan análisis epidemiológicos, geográficos, que sean útiles y de calidad.

### ***1.1.1Ejes de Gestión***

- *Plan Nacional de drogas*:

Se elabora un plan quinquenal de reducción de la demanda de drogas, consensuado con todas las provincias del país.

- *Coordinación Federal de Políticas*: Se plantean cuáles serán las políticas y programas en la materia con todas las provincias, a través del Consejo Federal de Drogas (COFEDRO)<sup>4</sup>.
- *Observatorio Argentino de Drogas*: Se encarga del análisis y sistematización de los datos estadísticos sobre consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el territorio nacional y se encarga de diseñar líneas de investigación que contribuyan al desarrollo de políticas públicas en la materia.
- *Enfoque preventivo Integral*: Asume el consumo de drogas como una problemática social que debe ser abordada desde una mirada integral junto a organismos nacionales, provinciales, comunales y de la sociedad civil.
- *Municipios en Acción*: Trabaja en red de manera articulada con los municipios, fomentando procesos de inclusión y fortalecimiento del entramado social.

El objetivo de este programa es que en cada municipio se cree un área específica para trabajar en torno a la problemática. 25 Intendentes de la provincia de Chubut firmaron un convenio con el programa nacional. Se capacitarán y darán herramientas necesarias para la elaboración de políticas de drogas. Este programa busca desarrol

---

- <sup>4</sup> *COFEDRO* Consejo Federal para la prevención y asistencia de las adicciones y control del narcotráfico. Decreto 623/96 art 5, por el poder Ejecutivo Nacional 7 de Junio de 1996, previo a la elaboración de un acuerdo con los gobiernos provinciales. 11 de Diciembre se aprueba el reglamento y estatuto del COFEDRO con la presencia de 21 provincias y la ciudad de Buenos Aires. Conformada por dos mesas de trabajo, mesa 1 por representantes de salud mental y prevención de adicciones de las diferentes provincias. Mesa 2 compuesta por representantes regionales de las fuerzas de seguridad.

estrategias preventivas y asistenciales en materia de consumo problemático. La página cuenta con un sitio de noticias referente al trabajo que realizan.

- *Centro de tratamiento de las problemáticas de consumo (C.I.T.):* El centro de tratamiento de las problemáticas de consumo funciona en inmigrantes N° 50, en el horario de 8 a 17 hs de lunes a viernes. Depende del Área de salud mental del Hospital zonal TW y del Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut. Realizan tratamiento ambulatorio con o sin obra social. El requisito para ser atendido en este centro es tener sospecha de consumo o que algún familiar crea que alguna persona está en riesgo de consumo. Si después de ser evaluado por el equipo técnico se decide por una internación y no posee obra social, el Ministerio de Salud se hace cargo 100% de los gastos de internación en el CADES. u otra institución fuera de la provincia al ser derivados a otras comunidades. El Centro Integral de Tratamiento de las problemáticas de Consumo no realiza entrega de medicación, no cuenta con personal de enfermería, en caso de necesitar se deriva al hospital. Las personas llegan derivadas desde otros lugares de la meseta. En los casos en los que se necesita trasladar una persona se solicita una ambulancia al hospital que está destinada para estos casos. Trabajan directamente con justicia, escuelas, municipio y policía. Cuentan con custodia policial.

## *Organigrama*

### *Staff*

---

CENTRO DE  
TRATAMIENTO  
DE LAS  
PROBLEMATI  
CAS DE  
CONSUMO

Psiquiatra (1)

---

Lic. en Psicología (4)

---

Lic. en Trabajo Social (1)

---

Técnica en Minoridad y Familia (1)

---

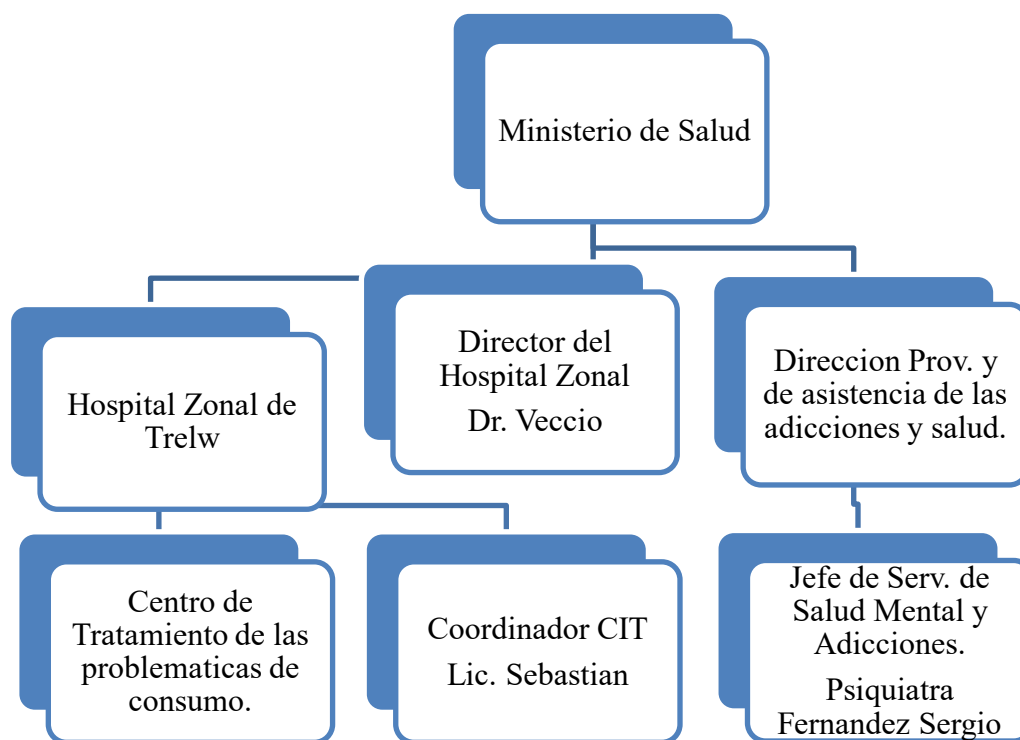
Profesor de Educación Física

---

Tallerista de Arte (1)

---

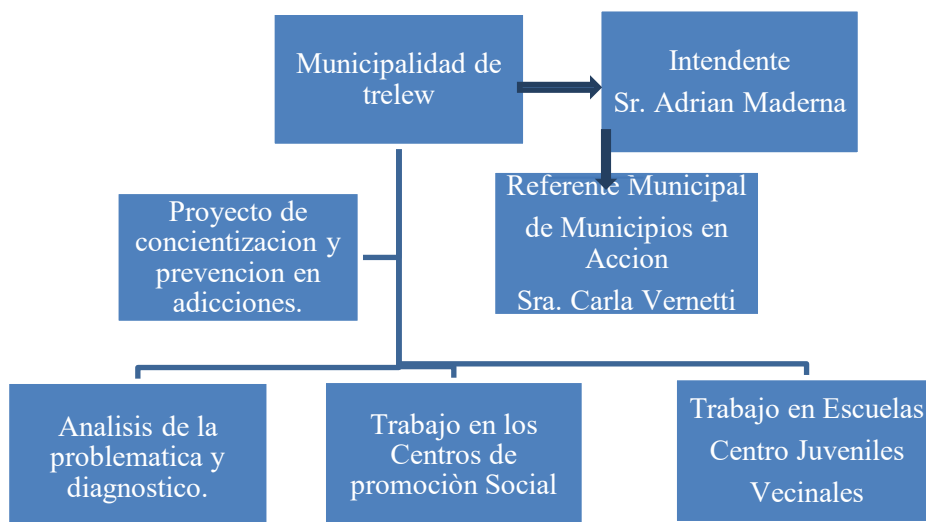
## Organigrama



### *1.2 Municipios en Acción*

Esta área funciona en el municipio de la localidad de Trelew provincia del Chubut, con el objetivo de promover estrategias preventivas y asistenciales en el consumo problemático. La referente Carla Vernetti acude a llamados de escuelas, de centros de promoción social, vecinales, centros juveniles en caso de sospecha de consumo por algún adolescente, niño o joven intoxicado, cuenta con el acompañamiento de la guardia urbana en los casos de traslado o un caso complicado. La relación es directa, SEDRONAR -Intendente Adrián Maderna, Intendente a Referente Municipal Carla Vernetti, en entrevista realizada la misma informa que: “No se pueden realizar actividades de otro tipo porque no poseen recurso humano destinado a esta área, ni recurso económico para realizar actividades de prevención, información, etc.” La Referente cuenta con la ayuda del Director del área de guardia urbana para traslados u otras actividades.

## Organigrama



### ***1.3 Marco legal: Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 194 (antes Ley 4334) y Ley de Estupefacientes***

Aquí Realizaremos un breve recorrido por las leyes vigentes que tratan sobre la temática abordada. Principalmente abordaremos desde una perspectiva crítica la Ley de Salud Mental y la Ley de Estupefacientes.

#### ***1.3.1 Análisis de Ley Nacional de Salud Mental***

A los efectos tomaremos el análisis de la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LSM) desarrollada por la autora María Pía Pawlowicz (2017) quien realiza un detallado informe de los cambios de la misma desde la óptica de un nuevo paradigma. También se menciona la Ley de Estupefacientes en los casos que competen al tema tomado para dicha investigación, y las respectivas adhesiones de las leyes nacionales a las de la provincia de Chubut. La nueva LSM apuesta a un cambio de paradigma y

oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. Establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. De esta manera se podría reducir los niveles de estigmatización de vastos sectores que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, pero para evitar las resistencias arraigadas en algunas prácticas institucionales burocratizantes, es necesaria la participación y el compromiso de todos. La Ley de Salud Mental 26.657, sancionada en noviembre de 2010 y reglamentada en mayo de 2013, en su artículo 4 establece que

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (Pawlowicz, 2017: 22, 23)

Esta propuesta legal en primer lugar ubica el consumo de sustancias como un asunto que corresponde a la salud mental, como así también a los DD HH, dejando de lado el paradigma que asocia el consumo con la inseguridad. La nueva normativa conlleva una oportunidad política dado que rompe con el estigma del “adicto” para empoderarlo como sujeto de derecho, esto es importante para realizar el abordaje interdisciplinario e intersectorial con base comunitaria dando mayor acceso a las instituciones obteniendo de esta manera una representación integral de la cuestión. Esta ley es un gran logro de la lucha de varios sectores de la comunidad, marca un antes y un después en la historia de la salud mental. Fueron los movimientos de desinstitucionalización, las redes de usuarios y familiares, las organizaciones sociales, colectivos y profesionales, los organismos de derechos humanos, los actores sociales de la salud colectiva y de la psicología comunitaria, los sectores de la sociedad que buscaron la ampliación de derechos para las personas con padecimientos mentales, a fin de reducir los daños y romper con los estigmas.

Debemos pensar a los sujetos que padecen adicciones como sujetos de derechos, para luego planificar qué posibles respuestas brindar. Pensar la complejidad del problema y ampliar la discusión para no caer en estereotipos. El imaginario social que circula en nuestra sociedad posee representaciones sociales, de saberes del sentido común, imágenes, emociones y valoraciones morales, que dan forma a la construcción simbólica que hacemos de los “adictos” que entorpecen a la hora de poner en práctica

estrategias de ayuda dirigida a los sujetos que padecen adicciones. Al enfocarse y personalizar solo en las sustancias dejando en segundo plano a los sujetos y sus contextos particulares se invisibiliza la realidad del problema. Desde muchas instituciones existen discursos con conceptos religiosos que crean una imagen del sujeto adicto como un sujeto poseído por un espíritu maligno por recaer en el pecado que necesita ser re-educado. Otro prejuicio que existente es concebir al sujeto adicto con una patología crónica como algo propio de identidad, presumiendo que nunca dejara de serlo, incluso aunque haya dejado de consumir por varios años. En lugar de pensar que puede ser un estado puntual en un momento determinado en el camino de su vida. La realidad compleja muestra que los sujetos llegan al consumo por diferentes motivos y que muchos de estos son de origen social; existe el sujeto que consume porque busca atenuar el malestar de la cultura, o el estrés por las condiciones de trabajo y de vida, por la situación del sufrimiento familiar, etc. Respecto de los adolescentes, la cuestión es más compleja debido a que se suma el demérito, la negativización de la juventud que la sociedad misma crea, así como el pensamiento de la “mala junta” que supuestamente “contagia” y no permite a los sujetos tomar buenas decisiones. En todas estas circunstancias, la mirada está puesta en el déficit no en la potencia; no se ven los aspectos “protectores” del acontecer adolescente como la agrupabilidad o la flexibilidad propia de una subjetividad en proceso de constitución sin esas fijeza solidificadas difíciles de modificar en la adultez. Las frases estigmatizantes generalmente utilizadas como: “son todos iguales”, sirven solo para la naturalización del problema y la invisibilización de otros consumos legales tales como el alcohol y tabaco, o el uso indiscriminado de psicofármacos. Estos temas no se abordan solo racionalmente, dado que los saberes están empapados por las emociones como el miedo, el peligro, la culpa impidiendo que se piense con claridad en los debates. Estas representaciones sociales conviven, superpuestas y contradictorias, en un corpus simbólico que se entremezcla con conocimientos teóricos de las disciplinas.

En contraste con este panorama de sujetos desdibujados y pasivos, la LSM afirma que “se debe partir de la presunción de capacidad” (Ley de salud mental N° 26.657 art. 5) y “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos” (Ley de salud mental N° 26.657 art. 3). El Estado reconoce el “derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable” (Ley de salud mental N° 26.657 art.7). Se debe interpelar

prejuicios y teorías que sin evidencia científica comprobada sostienen la idea de una patología progresiva e irreversible, como también una “carrera de consumo” lineal siempre ascendente hacia consumos de mayor riesgo, como un “viaje de ida”. La realidad nos muestra que el uso de sustancias suele ser variado, complejo y fluctuante. Para las personas en estado de vulnerabilidad social la situación se vuelve más difícil, por la estigmatización que toma fuerza y se multiplica con los diferentes discursos antes mencionados, la posición de subalternos, el estatus, hace difícil el acceso a instituciones que podrían brindar la ayuda que necesitan, el consumo problemático se agudiza articulándose con los problemas estructurales de integración social. Pasan a ser excluidos. Frente a estas realidades, la LSM es contundente. En el artículo 3 dicta: “en ningún caso puede hacerse diagnóstico sobre la base exclusiva de: estatus político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; elección o identidad sexual; o la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”. (Ley de salud mental N° 26.657) Las teorías, las representaciones sociales y los modos de abordaje se relacionan dialécticamente. Los saberes científicos y del sentido común matizan e influyen en el modo en que se interviene, se mira, se dialoga corporalmente, se escucha a los/as otros/as. Si las instituciones ejercen disponibilidad más una actitud de escucha positiva los efectos van a ser diferentes en las prácticas de cuidado y en la forma en que se significan los padecimientos. Para lograr esto es necesario que los/as profesionales cuenten con óptimas condiciones de trabajo, asignaciones presupuestarias que efectivicen dispositivos alternativos, decisión política para la articulación, formación académica que jerarquice el trabajo en atención primaria en salud, y decisión a nivel de la micro política institucional de trabajar comprometidamente desde los postulados de la LSM. Esta convoca a instalar el reconocimiento de los “adictos” como sujetos de derecho, y superar la idea del paciente/beneficiario como objeto de asistencia. Se les otorga otra entidad donde se les reconoce su capacidad de tomar decisiones y participar de los procesos de intervención o asistencia. Se les reconocen los derechos a: la intimidad; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas

para su atención; derecho a acceder a su historia clínica, y derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Ley de salud mental art.7). Esta ley exige que se proscriban algunas estrategias que se implementaban, como impedir la comunicación con familiares o amigos, leer correspondencia o teléfonos celulares sin autorización de los/as usuarios/as o no aplicar el consentimiento informado. En el caso de las Comunidades Terapéuticas donde no se permite en el primer mes contacto alguno con la familia, ningún dispositivo electrónico que lo conecte con el exterior, se les revisa cada objeto que poseen, para protegerlo y llevar a delante el tratamiento que recién inicia. Debido a que cuando ingresan a dicha institución se encuentran con altos niveles de toxicidad por el consumo elevado y constante de sustancias psicoactivas.

Frente a violaciones de derechos: la ley establece que “en caso de que la internación fuera involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión” (Ley de salud mental N° 26.657art.7). También se prevé que el Estado deba “proporcionar un abogado a la persona internada involuntariamente desde el momento de la internación” (Ley de salud mental N° 26.657 art.22). Y se reconoce el derecho “a no ser sometido a trabajos forzados; y a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades que impliquen obras o servicios que luego sean comercializados” (Ley de salud mental N° 26.657art. 7). Acá nos encontramos con una contraposición en los casos de las Comunidades Terapéuticas, dado que los internos realizan todo tipo de actividades dentro y fuera de la misma. El trabajo en la huerta incluye trabajo en la tierra, sembrar, cuidar, cosechar, mantener limpio de malezas, en invierno y verano. Limpiar todo el predio de la CT, acarrear las bolsas de alimentos, asear la cocina, los dormitorios, sea trabajo pesado o no. Cuando los/as usuarios/as de drogas consultan en los servicios de salud, muchas veces se encuentran con barreras organizacionales y culturales que entorpecen una atención adecuada y de calidad, por estar atravesados por representaciones sociales estigmatizantes o creer que “con esta gente no se puede hacer nada” los derivan y así van “rebotando de un lado a otro”.

En ese contexto, la LSM establece que el Estado “garantiza el derecho de toda persona a: acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial; ser atendida en hospitales generales,

sin discriminación; que no se creen nuevos manicomios, y a que los existentes se adapten a los principios de esta ley, hasta su sustitución por dispositivos basados en la comunidad (art.27); ser tratada en base a la estrategia de atención primaria de la salud en el lugar más cercano a su domicilio”.

Estas condiciones requieren cambios en la organización del sistema de salud, en la articulación intersectorial, en el involucramiento de cada trabajador en cuanto a la receptividad y escucha, aunque no sea “hiperespecialista” en el tema.

Urge un cambio profundo en las culturas y tiempos institucionales que supere el modelo biomédico y que se inicie en la formación académica de las diferentes disciplinas que participan de los procesos de atención de usuarios de drogas, ya sea en áreas de salud o sociales. Es necesario formar a los/as profesionales en los marcos éticos mencionados, donde se cumplan el respeto por la confidencialidad, el anonimato y el uso correcto del consentimiento informado. Que se puedan generar cambios curriculares que incluyan la conceptualización y las competencias técnicas, para actuar en situaciones complejas, reconociendo y articulando con otros saberes no académicos. Extender la apropiación de herramientas para el trabajo comunitario extramuros, las intervenciones institucionales y las grupales, entrenar en el uso de instrumentos legales que faciliten la efectivización de derechos y eviten la tendencia a la judicialización de los problemas sociales. Formar a las/os profesionales para que desarrollen habilidades para ser gestores de políticas públicas en los ámbitos del Estado, por ser esta una cuestión social que figura en la agenda pública y en los movimientos sociales, y descentrar los modelos hegemónicos que enfatizan las prácticas en el ámbito privado, de la atención clínica asistencial e individual.

Este nuevo marco legal legitima tradiciones teóricas y técnicas. Por eso no es sencillo. Esta lucha se dio entre disputas de los sectores económicos, ideológicos y corporativos. La reglamentación de esta ley demoró dos años y medio. Por eso, y a pesar del compromiso de diferentes actores sociales, la plena implementación de la LSM se enfrenta con obstáculos como lo son las resistencias ideológicas que asocian la salud mental al peligro y que naturalizan la internación como recurso inicial, la escasez de dispositivos sustitutos al encierro, los procesos de medicalización de problemas sociales, la poca participación de los diferentes actores y la creencia de que los/as usuarios/as de los servicios de salud son incapaces de tomar decisiones, entre otros.

Pero además en el tema drogas se suma un proceso de reforma que no termina de definirse. Aún está vigente la ley de estupefacientes 23.737 que penaliza la tenencia de drogas ilícitas para consumo personal con una pena de un mes a dos años de prisión (Ley de estupefaciente Art. 14), que el juez podrá dejar en suspenso “y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación” (Ley de estupefaciente Art. 17). Y aunque la penalización de la tenencia para consumo personal fue declarada inconstitucional por el fallo “Arriola” de la Corte Suprema de Justicia, hasta que no se reforme la ley de drogas puede dar lugar a diferentes interpretaciones. En tales circunstancias consideramos válida la reflexión de la especialista María Pía Pawlowicz (2017) quien afirma que

Nos enfrentamos con una brecha entre, por un lado, una ley como la de Salud Mental que promulga y declara transformaciones auspiciosas, que reconoce derechos y promueve respuestas innovadoras; y por otro, resistencias que se observan en algunas prácticas institucionales cristalizadas y en procesos de institucionalización burocratizantes. Las personas con situaciones de consumos problemáticos tienen derecho a ser tratadas dignamente, y no ser ubicadas como parias sociales. Es necesario la participación y el compromiso de todos/as para lograr convertir la letra de estas normas en letra viva. (Pawlowicz, 2017:24,25)

### ***1.3.2 La Ley N° 194 (antes Ley 4334***

Es la ley provincial que regula en el ámbito de la provincia la prescripción de los medicamentos clasificados como psicofármacos según las Listas III y IV de la Ley N° 19.303- Sustancias Psicotrópicas- y la Lista III de la Ley Nacional N° 17.818- sustancias estupefacientes. Como también los profesionales habilitados para la prescripción de los psicofármacos están establecidos en los art. 17 y 21 de la Ley Nacional 17.818 y en el art. 14 y 17 de la Ley Nacional N° 19.303. Los recetarios son especiales y se utilizarán bajo las condiciones de la presente ley, debe constar en ellos los datos exigidos por la ley 19.303 para las listas II, III y IV, se pondrá tipo y número de documento nacional de identidad del paciente con carácter obligatorio. Los profesionales autorizados para prescribir los psicofármacos tendrán que ajustarse a las

disposiciones que describe la ley. Las prescripciones de psicotrópicos están sujetas a control por la secretaria de salud, se realizan recetarios especiales numerados, que dicha autoridad sellará con filigrana correspondiente a la zona, estos talonarios estarán disponibles previo pago de arancel respectivo. Tendrán que llevar una ficha correspondiente a cada paciente, donde consten los datos personales de los mismos, fecha y detalle de la prescripción. Los profesionales son responsables de los talonarios, en caso de pérdida o extravío deben denunciar inmediatamente ante el departamento de Inspectoría de Farmacias y la autoridad policial. El farmacéutico debe colocar al dorso de la receta archivada los datos personales del paciente y N° de documento de la persona a quien se le expende el medicamento. En esta ley detalla lo correspondiente a lo que debe ser en cuanto a la prescripción y control del mismo, expedición y seguimiento del psicofármaco al paciente que se le ha recetado, pero nos encontramos con la contradicción de que hay profesionales que expenden recetas a personas adictas que mezclan los psicofármacos con alcohol para potenciar su efecto. Una de estas sustancias por ejemplo el Rivotril, se receta para tratar el pánico, fobias, desordenes obsesivos compulsivos, depresión, etc. Nos encontramos que no existe un control estricto de la prescripción y de la venta de psicofármacos que son solo de venta con receta archivada bajo control estricto.

### ***1.3.3 La ley 23.737 de Estupefacientes***

Los Estupefacientes, también conocidos como psicotrópicos, actúan sobre el sistema nervioso central sea excitándolo o deprimiéndolo. En general son opioides (derivados del opio) y también conocidos como narcóticos por ser vendidos en el mercado negro con fines de lucro. La palabra en si se refiere en su mayoría a productos de uso medicinal como el Difenoxilato o la Metadona, pero no se limita a estos, porque las sustancias ilegales como la Cocaína o Heroína tienen los mismos efectos, ya que afectan al sistema nervioso central, una excitándolo y otra deprimiéndolo. Un estupefaciente tiene la característica de ser sustancias psicotrópicas de carácter o con potencial altamente adictivo y con un perfil similar a la morfina o incluso a la mariguana debido a sus efectos (La Morfina es el estupefaciente por excelencia mientras que la mariguana es un psicotrópico). La ley de Estupefaciente sanciona al que esté autorizado a la venta de sustancias medicinales, si las suministra en especies, cantidad o calidad no correspondiente a la receta médica o diversa de la declarada o convenida o sin la receta archivada. También sanciona al administrador de control o vigilancia,

venta, expendio de medicamentos, que no cumpliere con la presente ley. Se reprime con prisión al que al que produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes, comercie, distribuya, de en pago, almacene o transporte, entregue, suministre o facilite, materia prima para la fabricación de estupefacientes. Se le aplicara reclusión o prisión de tres a doce años y multa de 3000 a ciento veinte mil australes (cifras actualizadas), si fuera un funcionario autorizado quien realice el suministro o facilitación de estupefacientes se le aplicara además la inhabilitación especial de cinco a veinte años. En el art. 14 estipula multa o prisión al que tuviera en su poder estupefacientes, una pena de un mes a dos años si tuviere una escasa cantidad. Porque se entiende que es de uso personal por escasa cantidad. La tenencia y consumo de coca para masticar o como infusión no se contempla como tenencia o consumo de estupefaciente. En el caso del art. 16 advierte que el condenado por cualquier delito que dependiera física y psíquicamente de un estupefaciente, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa, el que consiste en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo que sea necesario para su recuperación, cesara por resolución judicial, previo dictamen realizado por peritos que así lo aconsejen. La parte más relevante de esta ley para el caso de mi investigación es: en la que el juez interviene imponiendo además de una pena, una medida de seguridad curativa, que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario. Quedando en suspenso la aplicación de la pena hasta que acredite resultado satisfactorio. Si tras haber transcurrido dos años no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por falta de cooperación del mismo, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario. Se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine en una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial y será difundida en forma pública. El tratamiento podrá aplicársele al procesado cuando diere su consentimiento o cuando existiere peligro de que se dañe así mismo o a terceros. El tratamiento estará regido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo efectuarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso. El art. 20 especifica que para la aplicación de los supuestos establecidos en los art. 16, 17, 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de

estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito, para que el tratamiento en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada. En el caso de que el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por ser un principiante o experimentador, el juez podrá por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad curativa en la forma y modo que judicialmente se determine. Dicha medida debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que, con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementara a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley. En muchos casos esta medida no se logra, porque predomina el hecho de que es un delincuente, se lo estigmatiza y se lo envía a prisión a cumplir la pena prevista por la ley. Como mencionaba la autora Pawlowicz María Pía en el relato de la nueva ley de salud, hay que trabajar mucho todavía para que el adicto sea concebido como sujeto de derecho, un enfermo que necesita atención urgente, porque la Ley de estupefaciente habla de delincuentes, aunque especifica los casos, el que delinque para conseguir droga (principiante) y el delinque haciendo abuso indebido de estupefacientes. En los dos casos hay enfermedad, solo que muchos jóvenes y adultos no son observados de la misma manera por el Juez, no les aplican la medida de seguridad curativa, se los envía a prisión, en las cuales no siempre hay equipos de trabajo formados por profesionales que atiendan los casos por abuso de estupefacientes o enfermos adictos. Habría que reformular ciertas normas de la ley o palabras dentro de estas, que se acerquen más a la realidad de un enfermo por causa del abuso de estupefacientes, porque se contraponen a la ley de salud mental en cuanto al derecho de ser tratado como sujeto de derecho como lo estipula la Ley de Salud Mental. (Ley de Estupefaciente 23.737)

#### ***1.4 Paradigmas que orientan la acción***

A continuación, presentaremos los diferentes modelos que parten de diversos paradigmas útiles para reflexionar sobre las posturas y acciones consecuentes respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

#### ***1.4.1 Modelo ético-jurídico***

Paradigma Prohibicionista: Desde el paradigma punitivo, basado en el Derecho, se categorizó al consumo de SPA como delito. Exponiendo que, si los sujetos trasgreden la ley con total responsabilidad e intencionalidad, se convierten en culpables, por cual deben recibir castigo. Este modelo está centrado en la sustancia como referente, enfatizando las medidas legales y penales dirigidas a los usuarios de drogas, percibidos como “delincuentes” que violan la ley. La SPA es concebida bajo la lupa del delito, de manera que este modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, produciendo así la creación de un mercado negro cada vez más poderoso. Según para la autora Graciela Touzé (2006) el modelo presenta una incongruencia intrínseca debido a que, por un lado, presenta al consumidor como vicioso; y por otro, a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un delincuente. También se presenta otra contradicción dado que se toma como sujeto activo a “la droga”, la persona como una víctima, por lo cual el consumidor de SPA se convierte en delincuente y víctima paralelamente. El modelo jurídico busca obstaculizar la disponibilidad de la sustancia. Su táctica preventiva está basada en difundir las espantosas consecuencias que genera la utilización de drogas, recalando sus efectos nocivos como las penas regimentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión. Este modelo aísla a las personas que se encuentran consumiendo del resto de la sociedad, castigándolas por su conducta desviada. En estos casos se está destinando una importante suma para los recursos públicos y privados para dichos fines. “Para garantizar seguridad a la población o sociedad este modelo continuó siendo el que más persuade y genera más adhesiones en la población en general. También utilizado por los medios de comunicación social, los que asocian el consumo de sustancias a la delincuencia.” (Educar, 2010: 11)

#### ***1.4.2 Modelo médico-sanitario***

Desde el paradigma punitivo pasamos a otro basado en la desviación. La medicina como disciplina o ciencia relevante encargada de dar respuesta a esta problemática, considera en que los sujetos o “pacientes” no son responsables de la práctica de consumir SPA. Aquí cambia el sentido de “vicioso” a “enfermo”, lo hace acreedor de un “tratamiento” en lugar de un “castigo”. Según Touzé (2006), la medicalización de la vida, concepto que retoma el autor Iván Illich (1975), cambio el paradigma de la concepción de las situaciones tomadas como problemas ingresándolas a

la jurisdicción de la medicina. Vale mencionar que cuando se hablaba de la medicalización de la anormalidad, tienen que ver con las definiciones médicas sobre conducta desviada, las que fueron en aumento con las sociedades industrializadas. El análisis médico vino a reemplazar lo que antes, para los discursos religiosos, era considerado pecaminoso, inmoral y lo que más tarde fue parte del discurso jurídico caracterizado al “vicioso” como “criminal”. Según algunos autores la rehabilitación médica apareció para reemplazar el castigo, aunque de un modo encubierto. El auge que fue obteniendo el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990), caracterizado por la medicina alopática, científica y “oficial”, condujo a muchos conflictos socio-personales que no eran afrontados hasta ese momento por esta disciplina, convirtiéndose en problemas médicos sobre los que se interviene fundamentalmente desde una óptica biologicista e individualista; por lo que la drogodependencia paso a ser en materia de estudio de la medicina. Este modelo toma al usuario de SPA como un “drogadicto” un “enfermo” al que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad. Generalmente las intervenciones curativas del especialista consisten más en la prescripción, consejo e información que en la “escucha” personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular. Desde esta perspectiva las SPA, las personas y el contexto se analizan en términos de “agente”, “huésped” y “ambiente”, aplicando la lógica con la que se estudian las “enfermedades infectocontagiosas”. La falta de prescripción médica en la administración de una droga es lo que hace que esa sustancia sea nociva para las personas. Romaní (1999) explica que a los inicios de la década de los '70 surgió con potencia la idea de que los drogadictos son enfermos no delincuentes; por lo cual, se debía introducirlos en los dispositivos médicos CT, o sea su institucionalización, como enfermos, luego como convalecientes, en algunos casos, a mitad de camino entre la re-inserción y la manifestación de una cierta cronicidad, les otorgaba un nuevo rol social como “exdrogadependientes” o “adictos en recuperación” (Educar 2010: 11, 12).

### ***1.4.3 Modelo psicosocial***

Este modelo que surge a mediados de los años '80, corre el foco de la sustancia y lo coloca en el sujeto. Explica que el adicto es un enfermo y la adicción es la resultante de un malestar psíquico. El interés se coloca en el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia. Touzé (2006) sostiene que el discurso psico-social concibe el concepto de adicto como sinónimo de esclavo. Se plantea que lo no dicho

queda tapado u cegado por la práctica del consumo. En lugar de centrarse en buscar signos de drogadicción, hay que estar atentos a las dificultades que presentan algunas personas para poder decir o expresar su sentir, más allá del síntoma del consumo.

Este modelo se respalda en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y de la forma que inciden los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Centrándose en el sujeto, indaga para saber cuáles son las necesidades que lo llevaron al abuso de sustancias tóxicas. Fundado principalmente en el encuadre psicológico, es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales. Es de primordial importancia conocer las causas que llevan a la persona a consumir drogas, por lo que se enfatiza la importancia que tiene en primer lugar la familia, como responsable de la socialización primaria y en segundo lugar el grupo de pertenencia (amigos, compañeros, etc.). Se resalta el peso del medio social cercano, reduciendo el del medio social más amplio, político, económico, cultural, social. Tanto la población en general como los usuarios de drogas en particular, han incorporado de manera acrítica este discurso, divulgado por los profesionales de comunidades terapéuticas y de centros de rehabilitación. (Educar 2010: 12)

#### ***1.4.3 Modelo sociocultural***

Touzé (2006) especifica que este modelo explica a la SPA como una forma de evasión de la realidad. Así el consumo de las SPA pasa de nuevo formar parte del síntoma, pero en términos sociales; es decir, como catalizador de una disfunción del sistema. El supuesto es creer que si funciona el sistema preventivo disminuirán las situaciones de conflicto, desigualdad social y simultáneamente disminuirá la demanda de SPA. La situación de emergencia económica es un determinante fundamental para este modelo, porque relaciona la pobreza al consumo de drogas y conlleva a estigmatizar por estas prácticas a los sectores de menores recursos.

Este modelo postula que el significado asociado a las drogas está determinado por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas que utiliza con los consumidores. Se fundamenta en una política preventiva teniendo en cuenta la estructura socioeconómica y los aspectos culturales que constituyen el contexto social de los consumidores de SPA. Deben considerarse como factores causantes de la aparición masiva de las SPA, las desigualdades sociales, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la pobreza, el

desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, así como también los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada. Este modelo es poco usual y no está totalmente instalado en la sociedad actual, por lo que no encontramos muchas explicaciones del abuso de SPA que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y de protección a partir de su pertenencia a determinados contextos culturales. Los programas implementados en la última década para reducir daños, parten de este modelo, dado que posibilitó el surgimiento de políticas más tolerantes, que buscan generar la aceptación y tolerancia del consumo y de los consumidores como un hecho más de nuestras sociedades; exponer la peligrosidad que generan las SPA legales como las ilegales; brindar información veraz y objetiva, primordialmente no generar alarma o miedo en la población. (Educar 2010:12,13)

#### ***1.4.4 Modelo geo-político estructural***

La SPA es vista como mercancía y se acentúan los determinantes estructurales de su consumo. Parte de la ineficacia de los modelos preventivos copiados de los países del primer mundo. Debe entenderse que no se pueden obviar las características específicas latinoamericanas, como elementos fundamentales para comenzar a pensar en cómo resolver el problema del consumo de SPA ilegales en nuestro contexto. Este modelo toma como fenómeno global y sostiene en la conceptualización del consumo de SPA ilegales y el narcotráfico a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo y propician la dependencia de los países latinoamericanos. Recalca el marco geopolítico de América latina como responsable de las peculiaridades del problema del consumo de SPA. Este modelo tiene en cuenta todo el contexto no es sólo el ambiente individual, familiar y comunitario, sino la sociedad toda, con sus factores, cambios y contradicciones. Es el más reciente y el que está menos instalado socialmente.

Estos modelos se han ido desarrollando sucesivamente y cada uno incorpora un mayor nivel de inclusión de factores respecto del anterior, ninguno ha perdido vigencia. Todos siguen presentes, incorporados en los diferentes discursos de los sectores que intentan explicar el fenómeno de las SPA. Estos diferentes modelos nos permiten realizar un análisis en cuanto a la idea de que el problema del consumo de SPA sólo tiene una única forma de abordaje. Es importante tener en cuenta que, para entender el consumo de SPA, es necesario comprender su carácter múltiple y complejo, lo que nos obliga a utilizar enfoques cada vez más inclusivos. (Educar 2010: 13)

#### ***1.4.5 El modelo ético-social***

En 1975 en Buenos Aires el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) presentó en la UNESCO dicho modelo, el cual toma en cuenta la interacción de la tríada sustancia-sujeto-contexto, como también la inquietud por la existencia, por el sentido de la vida. Para establecer los alcances de una ética social afirma que es necesario construir un proyecto grupal regido por las siguientes premisas:

1. La felicidad es producto del tiempo creador, se debe privilegiar la participación activa de docentes y alumnos en las actividades preventivas.
2. La enseñanza preventiva en drogadicción debe dirigirse preponderantemente a los educadores y a los padres.
3. La metodología de enseñanza debe tender a desarrollar un proyecto común entre docentes y alumnos.

#### ***1.4.6 El modelo multidimensional***

Modelo desarrollado por Touzé (2006), supone el consumo de SPA como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan como condicionantes que pueden incidir en el consumo de SPA, los factores de riesgo y los factores protectores, pero resaltando que deben tomarse como probabilidades y no como determinantes. El modelo preventivo registra la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno más cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial. (Educar 2010: 14, 15)

#### ***1.4.7 El modelo de la promoción de la salud***

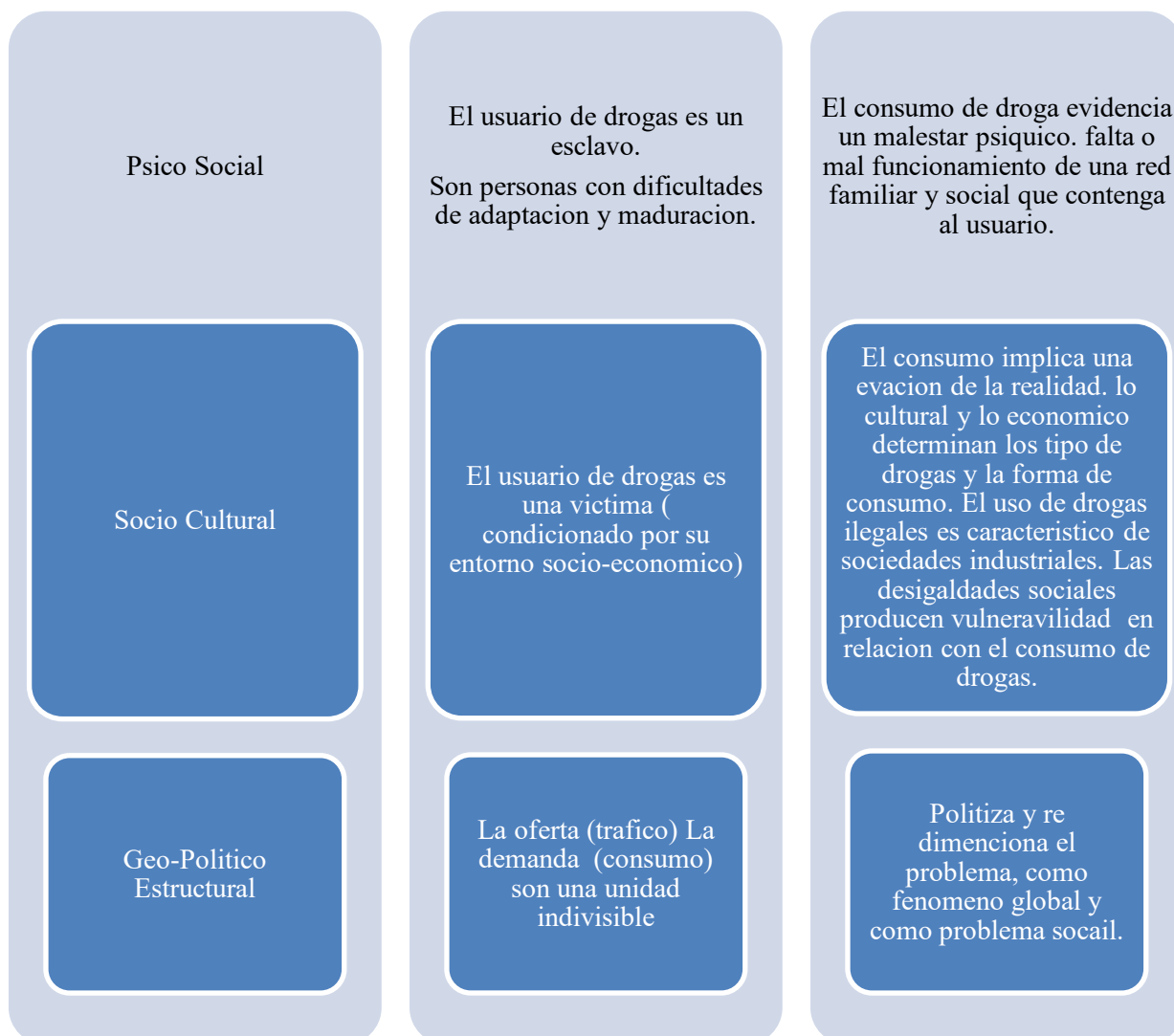
La socióloga brasileña Dina Czeresnia (2001,9) explica que la promoción de la salud será definida de un modo amplio, apunta a mejorar la salud en general y la calidad de vida a través de acciones orientadas a transformar las condicionantes de la salud. Este modelo intenta vincular a los actores con sus entornos y lograr la participación comunitaria. El modelo requiere que la población se organice y participe más activamente desde una perspectiva de trabajo intersectorial y de acción coordinada de todos los involucrados, gobiernos, sectores sanitarios, ONGs y medios de comunicación. Por lo general, en la práctica se trabaja de manera conjunta con el modelo de prevención de las enfermedades y con el de promoción de la salud, es

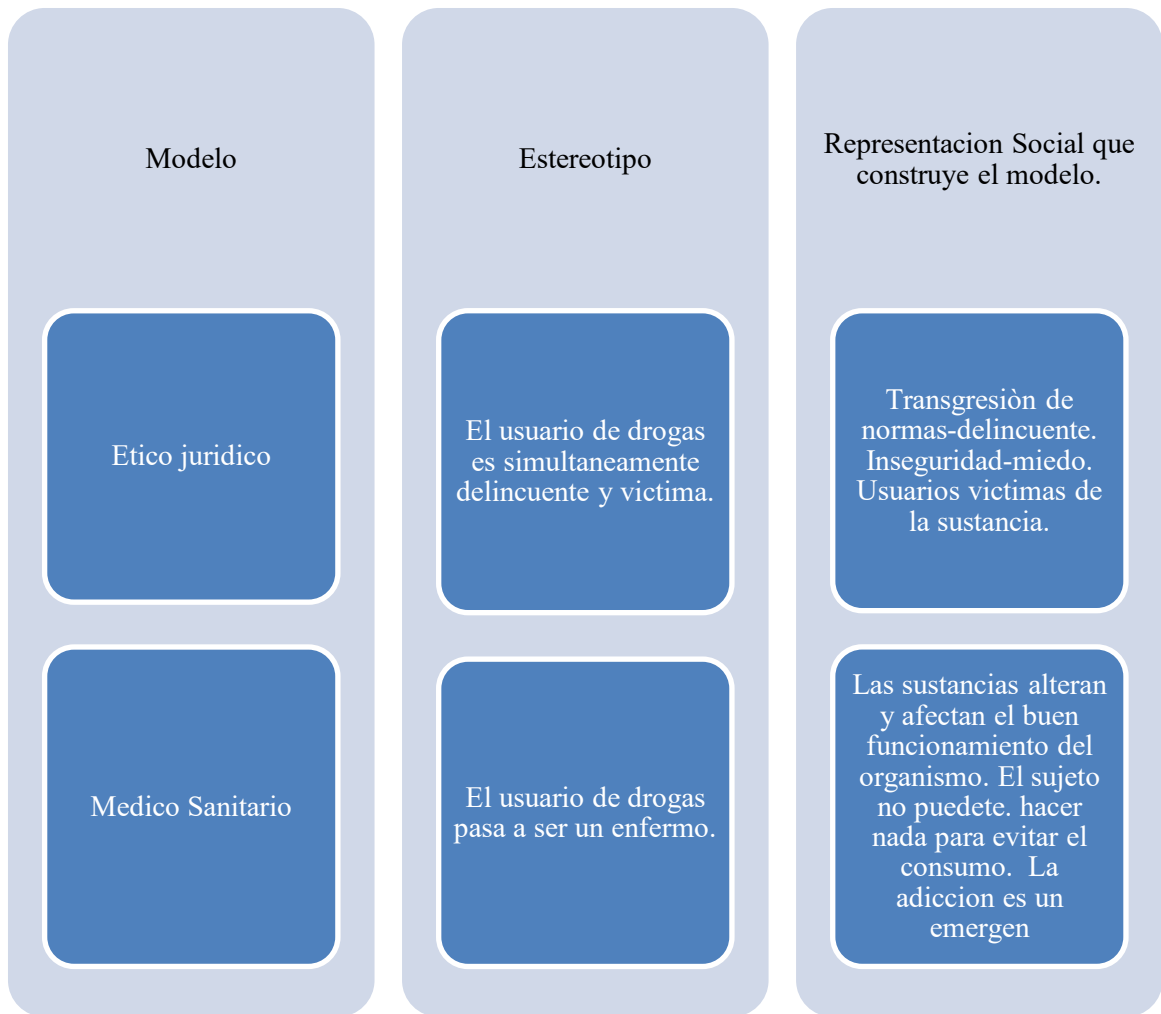
importante que se tenga en cuenta la información sobre las enfermedades, formas de transmisión y riesgos de las mismas, también es imprescindible fortalecer las capacidades de los actores para que puedan elegir dentro de un marco más amplio de opciones.

En los '90 en el contexto del cambio del discurso científico que surgió en la salud colectiva, surgen los valores, como la subjetividad, la autonomía y la diferencia. Tomando como referencia los hechos que nos movilizan para elaborar e intervenir, se busca articular los diferentes niveles, modos de comprender y aprehender la realidad.

Jensen (1997) expresa que el paradigma de la promoción de la salud tiene una idea democrática, que se orienta hacia los actores involucrados, teniendo en cuenta la perspectiva de las personas con las que se va a trabajar, buscando vincular los saberes de las ciencias naturales y también de las ciencias sociales. Esto lo sitúa un paso adelante, obligándolo a modificar el objetivo, en lugar de lograr cambios en la conducta, pasar a lograr competencias para la acción. (Educar 2010: 15)

#### ***1.4.8 Modelos que explican el consumo de drogas: Estereotipos y representaciones.***





## **Capítulo II: *El CADES “Camino de Esperanza”. Breve recorrido histórico acerca del origen de las Comunidades Terapéuticas. Una aproximación a la institución y su modalidad terapéutica.***

### ***II.1 Breve recorrido histórico acerca del origen de las Comunidades Terapéuticas***

En 1977 Frederick Glaser realiza un rastreo sobre los orígenes de las Comunidades Terapéuticas (en adelante CT) hasta sus orígenes más remotos. En su trabajo describe las actividades que en la antigüedad realizaban las comunidades que habitaban en Egipto cerca de Alejandría. Glaser cuenta que, en uno de los Rollos el Mar Muerto, llamado “regla de la comunidad” o “manual de disciplina” se describe allí el problema por el cual la gente ingresaba a dicha comunidad. Para su asombro lo que se refiere es análogo a lo que se vive hoy; modos de vida, códigos de convivencia que se remiten a los vigentes hoy en día, pautas de trabajo, y demás ordenamiento de las actividades. El doctor Glaser manifiesta que las CT tienen dos milenios de antigüedad y fuertes raíces religiosas.

En su recorrido histórico Glaser demuestra que el ser humano desde siempre consumió sustancias psicoactivas que produjeron cambios en su conciencia. En la antigüedad estas sustancias eran utilizadas en ciertos rituales religiosos o celebraciones, y eran privilegios limitados a las castas superiores. Se las utilizaba para la preparación a las guerras, etc. En la antigüedad no se registraron consumos de sustancias psicoactivas (en adelante SPA) de manera masiva. En la edad media durante la época de la inquisición, se condenaba al hospicio o también inclusive a la hoguera a quienes, por motivos médicos llegaban a consumir SPA. Entre el siglo XIX y XX hubo un proceso gradual donde se dejó de considerar a los consumidores de SPA como “pecadores”, “desclasados”, o “escorias sociales”, y pasaron a ser considerados ciudadanos a los cuales la sociedad debía dar una respuesta terapéutica. Este cambio en la evolución del concepto de consumidor va ligado conjuntamente con el proceso de secularización y el lugar que toma lo religioso frente a lo secular conjuntamente con el gran avance de la ciencia y la técnica. Coincidentemente en el campo de la salud mental dejó de juzgar a los enfermos mentales como personas que padecían fenómenos sobrenaturales y dejar de encerrarlos en asilos y cárceles. Philippe Pinel quitó las cadenas a los “locos” en 1793 en París; a partir de ahí la psiquiatría comenzó a considerar las personas como

enfermas a las que la sociedad debía dar respuesta terapéutica. Más adelante, los aportes del psicoanálisis en el cambio de visión fueron determinantes.

Ya en los años '50 del siglo pasado ingresamos en la historia moderna de los CT; su iniciador es Charles E. Dederich, nacido en 1914 en Ohio. Dederich, un ejecutivo exitoso, perdió todo por el alcohol y se puso en contacto con los A.A. con quienes recupero su sobriedad. Más tarde abrió un local de A.A. en su propia casa en los Ángeles; allí comenzaron a solicitar para el tratamiento abordajes más desafiantes y más interactivos a fin de lograr la abstinencia. Paulatinamente se fueron sumaron en su casa heroinómanos y otros sujetos que padecían adicciones varias. Allí se estimulaban las discusiones y las charlas grupales entre los adictos. Por razones económicas los heroinómanos que se encontraban en condiciones más precarias, comenzaron a vivir juntos y así se formó la primer CT. Estos primeros grupos se transformaron en la primera piedra fundacional de la las CT como sistema de tratamiento. La brecha entre los tratamientos para abusadores de sustancias psicoactivas y salud mental siguió y se amplió ya en los '70. Fue recién hacia mediados de los '80 donde se reconocen los resultados logrados en los tratamientos y se inician los primeros acercamientos de parte de la salud mental, buscando expandir las técnicas hacia otras patologías, utilizando estrategias gestálticas, cognitivas, conductistas, confrontacionales y sistémicas, hacia el de la autoayuda en general. Todo este movimiento se consolidó en los años '90 cuando los profesionales comenzaron a realizar pasantías más o menos prolongadas dentro de las CT. Los profesionales de la salud se integraron a los equipos y aprendieron sobre la autoayuda e hicieron aportes, adaptando sus técnicas. Desde las CT los operadores valoraron el input que llegaba desde el ámbito profesional. Goti (2003) explica que con la epidemia de abuso de la cocaína se logra la integración real entre ambos campos por su fuerte componente psi y el régimen ambulatorio que los obligo a trabajar juntos. Hoy podemos asegurar que la brecha entre las diferentes prácticas es historia pasada, ya que no hay CT que no cuente con sus equipos de operadores, voluntarios, profesionales de diferentes ramas académicas.

En la actualidad la autora Cuatrocchi Estela Mónica, Lic. En Trabajo Social, describe las comunidades terapéuticas a partir de una idea rectora; la democratización de las relaciones entre profesionales y pacientes. Este vínculo favorece la comunicación en un contexto de abstinencia con reglas de convivencia claras. Tiene la finalidad de lograr la participación activa del asistido en su propio tratamiento. De esta manera, se

inquiére al sujeto para que se conecte con sus conflictos y dificultades y así logre comprender lo que le sucede, a fin de conseguir una adaptación activa a su realidad para conocer qué sentimientos lo impulsan al consumo y lograr que explice verbalmente lo que siente para disminuir la fuerte impulsividad que lo aqueja. Una de las herramientas fundamentales para lograr la articulación entre los pacientes y los profesionales, sostiene la autora, es la asamblea diaria en la cual se dialoga sobre los conflictos emergentes. Allí se busca poner en palabras los conflictos y complicaciones que surgen entre los pacientes y los profesionales, evitando discursos autoritarios de parte de los expertos. En el caso particular de las observaciones realizadas en el CADES, sus operadores y profesionales se reúnen varias veces en el día para tratar los casos que surgen en lo cotidiano. Todos los pacientes se reúnen cada cambio de turno en grupo junto con la Psicóloga social para pasar los partes de operador a operador y estos comunican a los profesionales de turno.

Las CT tienen una modalidad residencial, por lo que la convivencia y su especial modalidad es algo muy importante para destacar; sobre todo porque de lo que se trata es de restablecer lazos de manera primordial entre los pacientes asistidos. Para que el funcionamiento sea fluido es preciso que las reglas sean claras, precisas y conocidas por todos los miembros. Dichas reglas varían según la institución dado que dependen de la ideología que tenga y el marco teórico en el que se basa la institución. Sin embargo, existen normas básicas que se encuentran en todas las comunidades; ni drogas, ni alcohol, nada de sexo dentro de la comunidad, ni a la violencia tanto hacia las personas, como hacia la comunidad misma. La finalidad de las reglas es fijar los límites, lo que se puede o no hacer, quién trasgreda las reglas sabe claramente a las consecuencias que se enfrenta, una de las más graves puede ser la expulsión de la institución. Normas fundamentales para el encuadre del tratamiento pueden ponerse en discusión, pero no cambiarse. El marco teórico en el que se posiciona la institución en cuanto al cumplimiento de las reglas y la inexorabilidad de su cumplimiento, pueden variar. Por ejemplo, las comunidades norteamericanas utilizan la terapia conductual como forma central de tratamiento. Esto es un modelo que en principio nos sirvió de ejemplo para nuestras comunidades. Vale aclarar aquí en qué consiste la terapia cognitivo conductual. Cognitivo viene de conocimiento, es la forma de entender cómo piensa uno de sí mismo así también, como de otras personas y del entorno que nos rodea. También comporta la reflexión acerca de cómo las acciones afectan el pensar y el

sentir del sujeto. Esta terapia puede ayudar a cambiar los modos de actuar por eso es conductual. Esta terapia se centra en el “aquí y ahora”; busca mejorar el estado anímico del sujeto.

La especialista Mónica Cuatrocchi asegura que el uso de técnicas que siguen el modelo estímulo- respuesta (premio-castigo) resulta necesario en estos casos y son de gran utilidad. El objetivo de la institución es recuperar al adicto de las drogas por lo que se requiere el compromiso de éste para abandonar el consumo y asumir el mandato para trabajar el tiempo que requiera su propio tratamiento. La autora describe la etapa inicial del tratamiento como una etapa de adaptación e integración al dispositivo terapéutico donde el interno permease todo el día sin salir, aislado del mundo externo. La duración de esta etapa puede variar según el programa que se esté trabajando; las variaciones van de un mes a un año. Así mismo, según el programa se prohibirá o no la relación con los familiares. Dentro de la CT se desarrollan actividades durante todo el día. Los talleres, con diferentes propuestas, buscan objetivos comunes, por ejemplo, que el paciente tome conciencia de las dificultades que posee. Estos talleres lo orientaran al paciente a volver a hablar, a reconocer al otro, a reconocerse y cuidar a sí mismo. La finalidad es crear vínculos solidarios aspirando a realizar un aprendizaje de nuevas formas de conexión con los demás y lograr un cambio en su actitud que lo lleve a fortalecer su autoestima, valorizándose y valorizando también a los demás. Lo que se busca es que se vinculen con otros dejando de lado las mentiras y las manipulaciones a las que están acostumbrados. La actividad grupal es básica como instrumento en estas comunidades para lograr los objetivos mencionados, así como también, las asambleas comunitarias que como ya mencionamos anteriormente, caracterizan de manera específica este instrumento.

Como señalamos anteriormente las asambleas son un pilar importante dentro de las CT. Se llevan a cabo diariamente y hay asambleas generales o particulares con los asistidos. La asamblea diaria, como lo dice la palabra se organiza durante el día; puede darse una por la mañana en la que se planifica y coordinan las actividades del día y otra a la noche será que servirá para realizar la evaluación de lo ocurrido durante el transcurso de todo el día. La participación incluye a pacientes y al personal que se encuentre trabajando en la institución. En dichas asambleas se planteará las situaciones que acontecieron en lo cotidiano, al mismo tiempo que se charlan los problemas y las

inquietudes que se suscitaron tanto en el cumplimiento de la tarea, como en las interrelaciones personales.

La asamblea comunitaria general se realiza una vez cada semana, en ella participan la totalidad de los pacientes como la totalidad del personal de la comunidad. En dicho ámbito se tratarán y resolverán las cuestiones más importantes que no fueron resueltas en las sucesivas asambleas diarias. Los temas a tratarse en dichas asambleas generales inciden en la mayoría de la población comunitaria, como así también en las propuestas para los cambios en la organización de las actividades o en las normas de planificación y organización de eventos especiales; presentación, despedidas o cambios de pacientes o del personal.

En la etapa final, casi llegando al egreso del paciente, se trabaja particularmente sobre los modos de la reinserción social y laboral, así como también en el egreso responsable. Designando proyectos laborales o escolares en el futuro desarrollo; el paciente permanecerá progresivamente más tiempo fuera de la institución, desarrollando tareas como las que desempeñaba dentro de la institución, pernoctando varias noches fuera de la comunidad. Cabe aclarar que muchas de estas cuestiones son trabajadas antes y después por el equipo tratante. (Cuatrocchi, 2008:87, 88, 89, 92,93).

## ***II.2 Estructura Organizacional del C.A.D.E. S***

Dirección general del programa: Lic. *Bibiana Carbonari*

*Dirección técnica: Dr. Castillo*

*Psicoterapia individual y familiar: Lic. Paula Sendin, Lic. Bibiana Carbonari*

*Lic. Maximiliano Timochenco*

*Lic. Marcelo Pachiana*

*Medica Infectòloga: Dra. Silvia Duran*

*Médico Psiquiatra Dr. Juan León Castillo*

*Lic. Nutrición Mónica de la Cruz*

*Psicóloga Social* Marcela Narez

*Profesor E.F* Daniel Almonacid

*Profesor de EGB.* Francisco Andrada

*Logística-Mantenimiento*

*Campo (trabajo agrícola)* Juan Leguizamón

### ***II.2.1 Operadores / Socio -terapeutas (Guardias 48x 12***

*-Ricardo Mirantes*

*-Guillermo Migone*

*-Marcelo Caullan*

*-RM/Capella Marcelo*

*-Leandro Mirantes*

*-Vanesa Andrade*

*-Aurelio Zunzunegui*

*-Mauricio Martínez*

La Institución CADES se encuentra federada dentro de la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas, FONGA y La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Se trata de una asociación civil con personería jurídica (PJ N°1800). Se caracteriza por ser un centro de prevención y tratamiento de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Está ubicada en 9 de Julio 170 piso 1 oficina 3, en Puerto Madryn y en la chacra N° 385 de la localidad de 28 de Julio, provincia del Chubut. Centro de referencia del SEDRONAR como único lugar en la provincia de internación, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y laboral.

A cargo del equipo se encuentra la Directora General de programa asistencial Lic. Viviana Carbonari y como Directora Médica. El equipo interdisciplinario está conformado por operadores socio terapéuticos, psicólogos familiares, psicoterapeutas

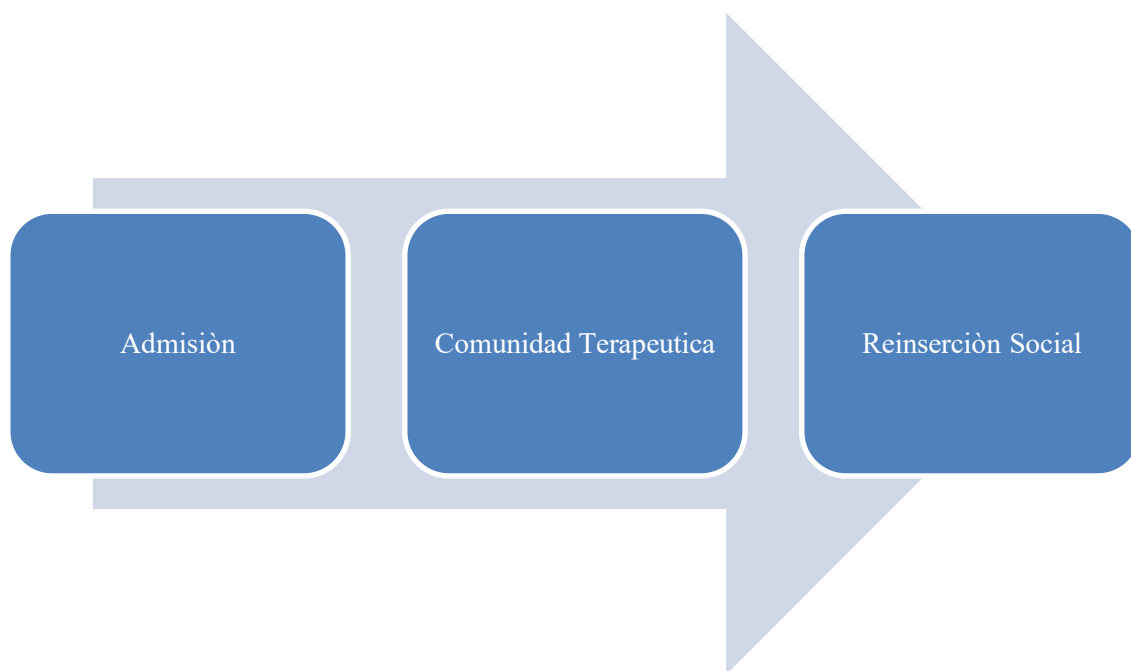
individuales y grupales, profesores de gimnasia, talleristas que realizan actividades artísticas. También cuentan con un médico psiquiatra consultor.

### ***II.3 ¿Cómo se originó CADES? Breve relato por la Psicóloga Social***

A los efectos de realizar la reconstrucción histórica de la institución nos basamos en el reportaje realizado a la Dra. Marcela Narez, psicóloga social que realiza trabajos desde hace ya un tiempo en el CADES. Según su relato la institución se creó hace “veinte años o veinticinco años más o menos por una persona que es un adicto recuperado (...). Comenzó en la ciudad de Puerto Madryn, donde llegó y empezó a trabajar en lo que tiene que ver con un grupo chicos de personas. Y así se fue generando, auto gestionando porque es una comunidad civil, no depende de un organismo estatal, y así se fue auto gestionando” La psicóloga Social. también nos contó que en un principio la institución

“(...) empezó de esta manera como internación, después se fue derivando en un centro de día que funciona en la ciudad de Puerto Madryn, un centro de derivación que también funciona en la ciudad de Puerto Madryn y el lugar de reinserción que también funciona en la ciudad de Puerto Madryn, y el de la C T, que es la comunidad terapéutica y funciona en la localidad de 28 de Julio. El dispositivo de la comunidad terapéutica comenzó hace muchos años, que es en general los dispositivos que están en el país en general (...) que comenzó en un internado de enfermos mentales, pero estos enfermos mentales no eran enfermos mentales; si no que eran personas que tenían problemas con las adicciones, y así lo que es el trabajo de comunidad terapéutica.” (Psicóloga Social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

### ***II.3.1 Estructura del programa terapéutico que ofrece el CADES***



### ***II.3.2 Los servicios que presta la institución a los pacientes que ingresan son los siguientes***

- *Prevención primaria.*

Se realiza diagnóstico presuntivo a partir de charlas donde se analiza la derivación posible. Dependiendo del caso se decide una internación o un tratamiento ambulatorio.

- *Centro de admisión y diagnóstico:*

El diagnóstico y las derivaciones se realizan en la ciudad de Puerto Madryn. La admisión se realiza en la chacra ubicada en 28 de julio. Las personas que llegan derivadas generalmente son por pedido médico, por solicitud de la familia, por orden judicial emitida por el juzgado, también por centro de día de alguna provincia, etc.

A continuación, para poder dar cuenta del modo de trabajo referiremos parte de la entrevista realizada a uno de los pacientes asistidos de la institución, quien nos da su punto de vista sobre la etapa de admisión. Por preservar su identidad lo llamaremos Ale.

*Ale:* - Claro las etapas, vos siempre es como que tenés vos sos un ingresante que estas son fases, cuando vos ingresas tenés la fase admisión, que y cuando vos recién entras tenés un hermano mayor que es el que te guía te va explicando las reglas todo y una vez que aprendes empezas a caminar solo que es lo que se le dice. (Asistido 1, entrevista, 7 de Marzo 2017)

*Ale:* - (...) la fase de admisión es la primer fase cuando vos entras recién, y bueno, sos fase admisión ponele un mes, mes y medio que es como (...) es tipo como cargo viste, según la fase vas teniendo más privilegios ese tipo de cosas, y se te permiten más cosas, ponele (...) en admisión no podían tener comunicación dentro de lo que es la estructura, no podían tener comunicación dos personas que sean de fase admisión; y después del mes, mes y medio cuando pasas a lo que sería fase A, por ejemplo, dos personas de fase A podían tener comunicación siempre y cuando no sean de la misma ciudad y con un tercero, que sea de otra fase, sea fase B digamos. Ese era más o menos el sistema, porque según el avance que va teniendo uno ya se va adquiriendo cierto concepto y va adaptándose más a las reglas viste; porque hay muchas cosas que no se pueden hablar, palabras que no se pueden decir, no se puede utilizar el léxico de la calle, un montón de cosas...que eso es lo que vos aprendes en lo que sería el tiempo que estás con tu hermano mayor que son dos semanas más o menos aproximadamente (Asistido 1, entrevista, 7 de Marzo 2017)

- *Evaluación del motivo de consulta.*

Está a cargo de un profesional, parte del equipo técnico de la CT, se realiza la evaluación del paciente y se le informa cómo es el proceso de internación y metodología del tratamiento, en cuanto a tiempo, duración del tratamiento, contacto con la familia,

trabajo con la misma, evaluación de los vínculos familiares. La directora informa al asistido y a la familia el proceso.

- *Determinación del grado de conciencia de enfermedad.*

Una vez ingresado como asistido dentro de la CT, esta trabaja con él para lograr que tome conciencia de enfermedad, que es la aceptación por parte del asistido y su familia de su adicción; se trabaja en terapias individuales, grupales y en la reparación de los vínculos familiares.

[Las distintas fases del proceso, admisión: primera etapa, fase A: segunda etapa, fase B: tercera etapa, fase C: la etapa de pre re-inserción a sus lugares de origen, son parte del tratamiento y el proceso por el que el asistido transita el tiempo que este en la Comunidad Terapéutica. (Entrevista 1 con psicóloga social)

En una segunda entrevista, la psicóloga social agrega

Cuando ingresan a la institución hay cuatro fases, está la admisión, la fase A, la fase B y la fase C; yo lo que hago son los grupos de admisión, de fase A, de fase B y de fase C, y después hago grupos de mujeres y grupos de adultos. Esos espacios lo que uno genera, trabajando, es en principio la adaptación al lugar, conciencia de enfermedad, por qué y para que están en una comunidad terapéutica, más allá de que algunos llegan por sus propios medios o sea por voluntad o por decisión propia y otros llegan judicializados, pero de todas maneras trabajan la adaptación y la pertenencia al lugar para generar la confianza, y después, a medida que van pasando de fase se van tratando distintos objetivos.

En la fase A se trabaja lo que tiene que ver con la autoimagen, lo que tiene que ver con el más allá de la conciencia de enfermedad, lo que tiene que ver con empezar a poder expresar los pensamientos, los sentimientos, a no callarse, a no ocultar, a decir lo que les pasa y a trabajar con las familias en cuanto a los vínculos.

En la fase B, que son las fases más avanzadas, después de los siete meses; el tratamiento dura doce meses más o menos en lo que es internación y después hay una segunda parte que son doce meses de reinserción social, que esos grupos se hacen con un seguimiento fuera de la comunidad terapéutica; entonces en los espacios de fase B lo que se trabaja es los mandatos parentales, los vínculos familiares y se trabaja el proyecto de vida, o sea como se van a insertar el día de mañana en sus distintas localidades, ya sea desde el ámbito social, familiar, laboral, recreativo y se empieza a trabajar con más contacto con la familia; en cuanto a que a veces en algunos casos las familias se internan acompañando a un hijo, una hija, o una mamá o un papá, en el acompañamiento de lo que es todo el trabajo de la comunidad terapéutica. (Psicóloga Social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

- *Evaluación psicofísica para determinar el grado de compromiso con las drogas.*

Previo a la internación como requisito para ingresar a la CT se solicitan estudios médicos, clínicos, psiquiátricos y de alguna otra patología previa (Patología Dual) que el asistido tuviera más allá de su adicción.

- *Psicodiagnóstico para evaluar personalidad de base.*

Una vez ingresado en la CT el asistido es evaluado por el médico psiquiatra, quien determinara mediante estudios específicos su enfermedad y grado de la misma.

- *Evaluación clínica y laboratorio de rutina.*

Se pide previo al ingreso a la institución, análisis, radiografías, electrocardiogramas y se continúan los chequeos periódicamente.

- *Motivación para iniciar programa de tratamiento.*

Se trabaja específicamente desde lo conductual, las diversas motivaciones personales, familiares o sociales que pudiera determinar esta conciencia de enfermedad resaltando los logros adquiridos en las distintas etapas del proceso, trabajando la desvalorización con la que el sujeto ingresa, desde la identificación de sus fortalezas y debilidades para poder afrontar y resolver conflictos o mandatos parentales preexistentes. La reparación personal de su autoestima descubriendo sus aptitudes en

cuanto a sus motivaciones personales para poder reinsertarse a su contexto familiar y social.

- *Evaluación del nivel de contención del medio familiar.*

Se trabaja desde el inicio del tratamiento con el grupo familiar acompañante, los emergentes del grupo de pertenencia en espacios grupales específicos, identificando las conductas adictivas, para prevenir la repetición de hábitos adquiridos dentro del grupo familiar, para sostener el proceso de recuperación y estar alerta a los conflictos que pudieran aparecer en este contexto, adquiriendo tanto el asistido como su familia herramientas propias que sostengan una vida en sanidad, desde el dialogo, la comunicación, la escucha y la pertenencia a su grupo. Habiendo reparado los vínculos familiares.

- *Acuerdo terapéutico individual y familiar.*

Se realiza desde el inicio del tratamiento una empatía con el asistido y su familia por parte del equipo técnico de la CT en el marco de una confianza y evaluación quincenal en la evolución de los diferentes procesos, previo a los diagnósticos ya establecidos. Y se firma un acuerdo de aceptación del tratamiento.

*Se realiza:*

- *Orientación individual y familiar.*

Se pauta con el asistido y su familia en los valores que va adquiriendo cada miembro desde un trabajo terapéutico individual y grupal, y se trabaja en el marco de la contención y acompañamiento del asistido fortaleciendo y reparando los vínculos, con diferentes estrategias como la confrontación de actitudes y conductas anteriores, generando espacios de pertenencia que propicien el dialogo.

- *Diagnostico individual y familiar.*

Consiste en la identificación de los emergentes que resultaran de los conflictos familiares o individuales, elaborando en todo el proceso la aceptación y conciencia de enfermedad, para poder lograr cambios estructurales en este grupo de pertenencia.

- *Determinación de la estrategia terapéutica a seguir.*

Dentro del esquema de comunidad terapéutica se trabajan tres ejes fundamentales para la recuperación del adicto: Terapia individual. Terapia grupal. Terapia familiar, identificando las conductas adictivas.

### ***II.3.4 Tratamiento en consultorios externos***

- *Psicoterapia individual, grupal y familiar.*

Se realiza un seguimiento quincenal una vez externados de la CT, junto a sus familias en el marco de consultorios externos, previo a la aceptación de las pautas de convivencia que cada familia acuerda, acompañados por el equipo técnico. Se evalúa el sostenimiento del proyecto de vida que el asistido pone en práctica en su reinserción social.

- *Seguimiento médico clínico.*

Se indica luego de la externación chequeos médicos mensuales, que presentan en los grupos de seguimiento quincenal en consultorios externos.

- *Seguimiento toxicológico.*

Se realiza en estos grupos un test toxicológico a los asistidos con el consentimiento de su familia, y se trabaja dependiendo del resultado en la puesta en práctica de las herramientas adquiridas en el proceso de internación.

- *Centro de día: 2° Nivel de atención:*

Atención destinada a aquellos adolescentes a partir de los 13 años, jóvenes y adultos que requieren contención diurna de acuerdo a diagnóstico previamente efectuado, considerando perfil de personalidad, tipo de consumo, de las sustancias tóxicas, problemas psicosociales y ambientales.

Esta modalidad comprende la atención diaria en módulos de 4 horas o jornadas de 6 a 8 horas, de lunes a viernes y centro de noche los fines de semana de acuerdo a cada caso.

*El tratamiento en centro de día comprende un abordaje integral:*

- Psicoterapia individual. Un Lic. En Psicología atiende al asistido semanalmente.
- Psicoterapia grupal. La Psicóloga Social y un Lic. En Psicología trabajan con el grupo.
- Psicoterapia familiar. La Psicóloga Social y un Lic. En Psicología trabajan con el grupo familiar del paciente.

- Control y seguimiento médico clínico. Se les pide a los pacientes que cumplieron su proceso de internación y alcanzaron la etapa final de reinserción, que se presenten semanalmente a control para realizarles un laboratorio completo.
- Orientación espiritual. Semanalmente los fines de semana asiste un pastor para trabajar la parte espiritual.
- Seguimiento farmacológico si es necesario. En este caso cuando hay una patología se realiza seguimiento minucioso para que el paciente no recaiga.
- Plan de actividades sistemáticas que consisten en el cuidado y desarrollo del potencial físico mediante actividades de educación física. Actividades recreativas y deportivas.
- Actividades artísticas y de aprendizaje de oficios.
- Formación laboral.
- Escuela primaria, secundaria, talleres pintura, huerta, cocina.

#### ***II.4 Comunidad terapéutica: Tercer nivel de atención. Programa residencial***

Es una modalidad de tratamiento que brinda la atención integral de la salud, educación básica, desarrollos de valores y de habilidades sociales y laborales, priorizando el tratamiento comunitario sin renunciar a la atención personalizada según los requerimientos de cada caso. Esta modalidad está destinada a aquellos adolescentes, jóvenes y adultos que presentan un deterioro de su conducta y patrones comportamentales de riesgo para sí mismo y para terceros. El tratamiento se desarrolla a través de una estructura comportamental y un reglamento interno de convivencia.

La estructura comportamental comprende:

- *Control médico clínico y toxicológico.* Seguimiento del médico tratante mediante la solicitud de pedido de análisis mensuales.
- *Evaluación y seguimiento psiquiátrico si fuera necesario.* Realizado por el psiquiatra asignado al asistido/a. Quien efectuara las evaluaciones que considere pertinentes de acuerdo a cada caso en particular.

- *Psicoterapia individual.* Realizada por el Profesional en Psicología asignado al asistido/a. Que pueden realizarse una vez por semana o cada quince días, según la necesidad del asistido/a.

Es importante tener en cuenta la experiencia de los que fueron pacientes dentro de la institución, como vieron y vivieron dentro de la estructura los servicios que presta. En esta oportunidad otro ex asistido a quien llamaremos Lau nos relata parte de sus vivencias.

*Lau:* - No, eso es uno de los problemas que hay, tenés cada 15 días psicólogo y si tenés, puede ser que a veces no tenés y tardan en...y al psicólogo lo ves prácticamente poco y nada, prácticamente el tratamiento lo haces con, bueno Marcela, que va los viernes y los días de semana también pero ahí...viste más o menos. Y después son los operadores, yo creo que el fuerte de todo el tratamiento son los operadores, son los que viven con nosotros, son los que conviven con nosotros, a raíz de ellos creo que nosotros somos los que estamos ahí, yo los considero...MUCHO, a los operadores los tengo más en cuenta que a cualquier otro. (Ex asistido 2, entrevista, 10 de enero 2017)

- *Psicoterapia grupal.* Realizada por profesional en Psicología Social al grupo de asistidos y asistidas. Con una periodicidad por semana.



Foto recuperada de <http://www.ctcades.org.ar/>.

- *Psicoterapia familiar y multifamiliar*. Realizada por profesionales en Psicología y Psicología social a las familias de los asistidos y asistidas.
- *Apoyo espiritual*. Todos los sábados se da un espacio espiritual donde asisten pastores de iglesias evangélicas, quienes comparten la palabra de la biblia con los asistidos/as.
- *Actividades recreativas y deportivas*. Dictadas por el Profesor de Educación Física. Educación física. Fútbol, vóley, etc.



Foto recuperada de <http://www.ctcades.org.ar/>.

- *Actividades artísticas* (música y cerámica). Profesora de Arte terapia.
- *Laborterapia mediante horticultura*. Profesor en Horticultura enseña a los asistidos y asistidas en la huerta, plantan y cuidan la cosecha. Elaboran elementos temáticos de jardín y hacen proyectos y mantenimiento de zonas florales.
- *Orientación vocacional y ocupacional*. Mediante charlas con los asistidos y asistidas se trabajan las capacidades, el rendimiento, las motivaciones e intereses, la inteligencia y aptitudes, la personalidad de los asistidos/as. Y partir de ahí, se le muestran las posibilidades reales que le ofrece el mundo, sea académico o profesional, para que descubra su propia vocación, y tome una decisión libre y acorde con sus características y las del entorno.
- *Formación laboral para la futura reinserción social y laboral*. Brindar herramientas para su reinserción social en el mercado laboral. Fomentando su autonomía, mediante procesos de formación y de acompañamiento personalizado y de estructuras adaptadas a sus necesidades.

#### ***II.4.1 Centro de Noche***

Se realiza la atención de aquellos asistidos que realizan su reinserción laboral, regresando a la institución luego de su horario de trabajo y/o estudio.

El centro de noche también brinda atención a aquellos asistidos que realizan su reinserción social y que por distintos motivos no cuentan en ese momento con la contención familiar social necesarias.

Dentro del abordaje terapéutico en los tres niveles se incluye un Programa de Prevención de Recaídas y un Programa de seguimiento Posterior al Alta.

### **Capítulo III: *Problematización; análisis de la modalidad terapéutica en la C T CADES. Registros de las experiencias recogidas.***

A partir de las observaciones y las entrevistas hechas al personal como así también a ex pacientes asistidos; en este capítulo se realizará una evaluación cualitativa problematizando alcances y límites del tratamiento dentro de la comunidad terapéutica CADES para pensar la pertinencia de la intervención desde el enfoque del trabajo social. Por otro lado, analizando el modo de intervención reeducativa que se lleva a cabo dentro de la institución, desde las diversas perspectivas que plantean los dispositivos institucionales para llevar adelante dichos tratamientos a personas que se encuentran bajo un consumo problemático de drogas.

Lo primero que se consideró luego de realizar las entrevistas pautadas con ex asistidos de la Comunidad Terapéutica es el significativo peso que tienen los dispositivos de disciplinamiento que recaen sobre los pacientes. La Comunidad Terapéutica (en adelante CT) se organiza a partir de un marco de normas sumamente estrictas que no dan lugar a la contemplación de las subjetividades. Además de horarios para realizar las actividades, también hay normas fijas para el aseo, el orden, las comidas, los recreos, las formas de hacer la cama, los tiempos para higienizarse, para ir al baño a realizar necesidades, las cosas que se pueden o no decir, con quiénes hablar, los lugares de tránsito, etc. Los internos deben adaptarse prontamente a ese sistema de normas y restricciones para poder continuar su tratamiento, de lo contrario son sometidos a castigos o restricciones en sus quehaceres cotidianos. Todos estos conjuntos amplios de prohibiciones intentan borrar toda huella del pasado de las personas internas y una de las marcas más importante recae sobre el lenguaje:

(...) había palabras que no se podían decir, pero yo las decía de otra forma, porque me aprovechaba de eso, y...todo ese tipo de cosas me las remarcaban (...) en las palabras que no podía usar me acuerdo me equivoque una sola vez ponele, en los nueve meses, pero no podía decir ponele...no podía decir pegar, no podía decir pila, no podía decir ni loco, no podía decir bueno...mierda. Bueno...mi léxico viste, palabras que por ahí vos decís “no joya” o no podía decir, abreviar tampoco, decir

“no tranqui” o invertir las palabras tampoco, viste.” (Ex Asistido 1, entrevista, 7 de Marzo 2017)

Como señala el sociólogo francés Michel Foucault (1975) en *Vigilar y Castigar* las restricciones son un método de disciplinamiento que permiten a las instituciones el control minucioso de las operaciones del cuerpo y del pensamiento de quienes están internos, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad

No es la primera vez, indudablemente, que el cuerpo constituye el objeto de intereses tan imperiosos y tan apremiantes; en toda sociedad, el cuerpo queda prendido en el interior de poderes muy ceñidos, que le imponen coacciones, interdicciones u obligaciones. Sin embargo, hay varias cosas que son nuevas en estas técnicas. En primer lugar, la escala del control: no estamos en el caso de tratar el cuerpo, en masa, en líneas generales, como si fuera una unidad indisociable, sino de trabajarlo en sus partes, de ejercer sobre él una coerción débil, de asegurar presas al nivel mismo de la mecánica: movimientos, gestos, actitudes, rapidez; poder infinitesimal sobre el cuerpo activo. (Foucault, 1973: 140)

Como señala R. Kaës (1989) y lo puntualizamos al comienzo en el marco teórico, las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, funcionan como conjuntos englobantes, aspirando imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros. En este caso concreto, vemos como el lenguaje que traen los internos es restringido para cambiarlo y de esta manera modificar la línea pensamiento-lenguaje-conducta.

Suponemos que tales pautas rígidas de control y disciplina son las que luego a la hora de realizar la reinserción provocan una grieta entre los círculos de sociabilidad de los asistidos, amigos y parientes. Los internados se encuentran finalizado su tratamiento en la CT, como nos dicen en las entrevistas, con “otro mundo” y se les hace muy difícil la adaptación a éste. El poder disciplinario dentro de la institución tiene como objetivo modificar las conductas y crear una nueva subjetividad como nos han manifestado en las entrevistas los responsables que trabajan con los asistidos. Estas pautas rígidas de

ordenamiento provienen de una base conductista positivista, y vuelven al sujeto instrumento de las conductas prefijadas.

(...) puede ser que cuando salgas afuera te vas a dar cuenta que estás muy vacío porque tu familia no cambia acá cambias vos; y si no te sostenes y te comes todas las que tiene tu familia, todos los problemas de afuera, porque no es que tu familia va a cambiar porque vos cambiaste. (Ex Asistido 2, entrevista, 10 de Enero 2017)

Observando desde esta perspectiva la CT organiza su funcionamiento segmentando espacios, reduciendo formas de circulación y otorgando rangos específicos que habilitan las posibilidades de tránsito y de integración entre los sujetos internos. Parafraseando al sociólogo francés antes citado; los medios para el buen encauzamiento de los internados son:

- La clausura y el asilamiento: La especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo. Lugar protegido por la monotonía que brinda al tiempo el orden disciplinario. Una vez que los internados ingresan a la Comunidad no pueden salir ni recibir visitas hasta pasado un mes en que solamente pueden entablar contacto con sus familiares.

Durante el primer mes no hay contacto con la familia, hay un primer mes donde solo hay contacto telefónico (...) después del primer mes empiezan a tener visita de la familia” (Psicóloga Social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

- La localización elemental o división en zonas: Para que se garantice la disciplina cada individuo debe estar en su lugar para evitar las distribuciones y las pluralidades confusas. Por ello es preciso anular los efectos de las distribuciones indeseadas a fin de poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades. Los recién ingresados se encuentran en la Fase de Admisión, luego una vez internados pasarían a una Fase A que les permite ciertas rutinas de tránsito y de sociabilidad, y luego de un tiempo pasan a la

Fase B que les habilita otras rutinas y los prepara para la reinserción final.

Si, empezas siendo admisión, es admitiendo tu adicción, de que sos adicto y que tenés recuperarte (...) tenés distintas comunicaciones, cuando sos admisión tenés comunicación con los FASE B; que son los que ya tienen tratamiento y están bastante avanzados. (Ex Asistido 2, entrevista, 10 de Enero 2017)

- El Rango: Vuelve los cuerpos invisibles y les otorga una localización que los distribuye y los hace circular en un sistema de relaciones. Por otra parte, los rangos permiten recortar segmentos individuales e instaurar modos de relaciones operativas entre los propios pacientes de la Comunidad:

Una vez que ingresó a la institución hay un dispositivo que se llama hermano mayor y hermano menor, o sea que se le asigna un compañero o compañera, si es mujer una mujer si es varón un varón, más avanzado en el tratamiento que lo va a orientar el primer mes en cuanto a, como es la estructura, como y cuáles son las reglas, cuales son los horarios, cual es el vocabulario, cuales son los grupos que tiene, que psicólogo le va a tocar, he... y cuáles son las tareas que va a realizar. (Psicóloga Social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

La fase de admisión es la primer fase cuando vos entras recién, (...) sos fase admisión ponele un mes, mes y medio que es como (...) es tipo como cargo viste, según la fase vas teniendo más privilegios ese tipo de cosas, y se te permiten más cosas. Ponele dos fases admisión no podían tener comunicación dentro de lo que es la estructura, no podían tener comunicación dos personas que sean de fase admisión; y después del mes, mes y medio cuando pasas a lo que sería fase A, por ejemplo, dos personas de fase A podían tener comunicación siempre y cuando no sean de la misma ciudad y con un tercero, que sea de otra fase, sea fase B digamos. (Ex asistido 1, entrevista, 7 de Marzo 2017)

Esta particular designación “Orwelliana” está organizada bajo el paradigma de género heteronormativo y no se observó como parte del reconocimiento que se hace del sujeto que ingresa a la institución, la posibilidad de diversidad de género referente a las políticas vigentes de género.

- El empleo efectivo y práctico del tiempo: Como señala Michel Foucault, esta es una vieja herencia de las comunidades monásticas que habían sugerido su modelo estricto. Sus finalidades son establecer ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, regular los ciclos de repetición.

(...) tenés que pedir tiempo para ir al baño todo, dos minutos para hacer lo 1ro. y cinco minutos para lo 2do, tenés que pedir tiempo no...siempre tiene que saber alguien donde estás en todo momento. (Ex Asistido 1, entrevista, 7 de Marzo 2017)

A partir del control de los tiempos se busca también asegurar la calidad del tiempo empleado con el control ininterrumpido, la presión de los vigilantes para así lograr la supresión de todo cuanto pueda turbar y distraer. Se trata de construir dentro de la CT un tiempo íntegramente útil.

Hay un cronograma para cada día, tenés los distintos sectores con las distintas tareas y toda tarea tiene un tiempo, ya sea desde que te levantas tenés tiempo para tender la cama y cambiarte, para higienizarte, tiempo para pasar al baño, tiempo para...para bañarte; y por ahí muy acotado porque lo que se trabaja también mucho es la tolerancia viste (...) si vos te portas bien siempre vas a tener por ahí más privilegio. (Ex Asistido 2, entrevista, 10 de Enero 2017)

- Establecimiento de correlación del cuerpo limpio y la palabra reordenada: La reglamentación impuesta por el poder regula lo que se puede decir o no se puede decir. Uniformiza y disciplina de esta manera el pensamiento de los sujetos asistidos. Este carácter del poder disciplinario, ya lo señaló Michel Foucault, tiene una función de síntesis y de vínculo coercitivo que sujeta y que contiene la subjetividad.

(...) cuando sos admisión entras y tenés un hermano mayor que es FASE A o FASE B, puede ser cualquiera, que es el que te

guía en la comunidad y te enseña, te empieza a enseñar cómo te conducís ahí en la casa y...cómo tenés que hablar, porque tenés un vocabulario estricto ahí, no podes decir vocabulario de la calle, no podes hablar con...con “piola”...como en la calle no podes hablar, prácticamente un casi el 50 % de tu vocabulario tenés que cambiarlo, nada que tenga he...derivación de una palabra o algo. Por ejemplo... “pegar”, pegar no se puede decir porque “pegar” en la calle significa otra cosa, significa me voy a pegar...te vas a comprar viste, te vas a comprar droga significa pegar en la calle, entonces ahí no se puede decir. Pegamento tampoco porque es una droga (...) hay un montón (...) “manija” tampoco se puede decir. (Ex asistido 2, entrevista, 10 de enero 2017)

Estas prácticas tradicionales que en términos concretos se traducen en el abstencionismo como respuesta de abordaje, plantean, entonces, una concepción conductista, reeducativa y efectivista sobre el sujeto asistido que profundiza la condición de docilidad a partir de la adquisición de nuevas pautas conductuales.

Toda esta puesta en práctica de dispositivos de poder para reconfigurar y dar nueva forma a los cuerpos es acompañada por una serie de pautas médico sanitarias y psiquiátricas que implican la utilización de fármacos para aplacar síntomas de abstinencia y depresión.

“si hay abstinencia lo que se hace generalmente es se los medica durante un tiempo, para poder pasar ese período de abstinencia, más allá de todos los espacios terapéuticos que tienen, pero se los acompaña de también de una medicación controlada y supervisada obviamente por el médico psiquiatra” (psicóloga social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

Así la sustancia “droga” es reemplazada por otra que sustituye a aquella que es considerada nociva, por otra juzgada menos nociva, produciéndose de esta forma un interesante juego en el que lo único importante que cambia desde la perspectiva del paciente es la legalidad de una u otra sustancia. Como han señalado varios trabajos que cuestionan la intervención farmacológica en los tratamientos, se produce un corrimiento del eje Puesto que;

Lo problemático de ciertos consumos no serían las consecuencias sobre la vida cotidiana de las personas, sus expectativas, sino evitar la ilegalidad. Se intenta por ejemplo cambiar una conducta indeseada, vinculada a la ilegalidad, por otra más cercana a lo legal y a lo planteado por el discurso vigente. (Lozano, 2018: 12)

Por otro lado, se ha señalado, inclusive por propios ex asistidos, que dichos tratamientos de sustitución generan en los pacientes una especie de dependencia nueva, ahora legal y aceptada por la normativa social.

Otro elemento importante que observamos en el trabajo planteado por la Comunidad Terapéutica es la asistencia religiosa. Este dispositivo va acompañado por la intervención de pastores de la religión Evangélica que concurren a la CT los fines de semana:

(...) todos los sábados ellos tienen un acompañamiento espiritual o sea va un grupo de pastores he... evangélicos, que hacen lo que es el acompañamiento espiritual, y después todas las mañanas cuando se levantan se le llama devocional, que es donde a la mañana entre todos comparten devocional y cada uno expresa lo que siente lo que le pasa, y ayuda mucho porque hay muchas personas que llegan muy vacías, espiritualmente, muy solas, muy dañadas, muy lastimadas, muy heridas; entonces este la palabra o una biblia o la palabra de otro también acompaña y ayuda a que esa persona empiece a volver a sentirse un ser humano. (Psicóloga Social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

Esta característica va de la mano con la voluntad aislacionista que se propone la CT. El aislamiento del mundo social del paciente asistido debe complementarse en relación con su propio mundo espiritual. Este punto de vista considera que para hacer efectiva la rehabilitación, el sujeto asistido debe aislarse o alejarse de “las cosas del mundo”. Observamos en este sentido la construcción de un discurso religioso que culpabiliza al paciente por su práctica “pecaminosa” por atentar contra su propia vida al consumir las sustancias psicoactivas consideradas desde esta perspectiva como demoníacas:

(...) necesitaba algo que me cure, eso es lo que me hizo ver el señor, que en realidad yo no podía volver con ella, sino que pedía sanación, salvarme yo, y él me hizo entender que...cuando estaba internado...que...no me tenía que curar por ella sino por mí, él me dio ese empujoncito de que esta muchacha se...se remuerda y quiera verme para que yo pueda internarme, sabía que era mi empujón, y después todo fue dejarlo en manos de él, y ahora gracias a él estoy como estoy. (Ex Asistido 2, entrevista, 10 de Enero 2017)

Esta intervención como señala el trabajo de Gabriel Bacelar (2006) se realiza en el marco de “(...) tratamientos basados en la propia experiencia sin el abordaje profesional” (Bacelar, 2006:143) que apunta a centrar el problema en un punto de vista ético moral religiosa desligado de todo profesionalismo. Así mismo, la construcción religioso-estereotipada, se apoya en la figura del consumidor de drogas que necesita llenar a través del consumo un vacío existencial:

(...) generalmente una persona que llega a consumir drogas o alcohol este... y a generar esa dependencia es porque hay un vacío interno, entonces este se vuelve dependiente de y pasa a depender de. (Psicóloga Social. Narez, entrevista, 5 de julio 2017)

Estos preconceptos e imágenes estereotipadas terminan prescribiendo el tratamiento bajo un paradigma de autoayuda religiosa, provienen de una concepción del sujeto desde el punto de vista moral-religioso no jurídico ni psicológico lo que deja de lado a la Ley de Salud Mental. Por otro lado, conlleva una alta carga de determinismo en el tratamiento que es internalizado por el asistido quien acepta la necesidad de la cura espiritual para afrontar el supuesto “vacío existencial”:

(...) después lo buscas de ese modo porque sabes que te sacia lo del espacio vacío, te hace sentir feliz, entonces ya todas esas partes en blanco de dolor y de saber que lo tapas con eso porque ya lo probaste. Entonces ya no sentís más dolor, mientras más metido estas en eso menos dolor

tenés, pero a la vez igual estas triste, pero estas con eso, te sentís “bien” en el momento y te gusta (...) te encanta, te gusta estar en ese estado así, mientras más tiempo estas así mejor. (Ex Asistido 2, entrevista, 10 de Enero 2017)

Podemos observar en este relato la manera en que se ha figurado una subjetividad que asume su padecimiento como un mal propio, del cual él es responsable por buscar la felicidad que la vida le negó en su familia equivocadamente. Esta acción terapéutica se sostiene en base al relato de la “culpa” y carece de científicidad puesto que su cimiento es a histórico y asocial respecto del problema. Por otra parte, consideramos que plantea relaciones unicasales en la que la responsabilidad cae sobre el tipo de vida que eligió anteriormente el paciente que lo condujo a utilizar drogas socialmente no aceptadas

(...) donde “los “valores deformados” de la vida secular justifican el alejamiento de “las cosas del mundo” y conducen a la consideración de que, para lograr la rehabilitación del sujeto, es necesario aislarlo durante un tiempo prolongado. (Güelman, 2018: 93)

Para finalizar el capítulo nos detenemos a pensar el objetivo principal de la Comunidad Terapéutica CADES que es la reinserción social final de paciente asistido. A este punto le consideramos especial interés en nuestra investigación puesto que recae, por una parte, sobre la responsabilidad social que tiene la Comunidad Terapéutica; y por otra, sobre las posibilidades de intervención directa del Trabajador/ra Social como acompañante y que el CADES carece. En relación a esta última fase del tratamiento durante la entrevista la Psicóloga Social y coordinadora de las áreas médico/terapéutica de la institución, afirmó que “(...) cuando se llega a la última fase, (...) muchos manifiestan el temor a volver a insertarse a sus lugares, a sus familias, a sus trabajos”. Dicho temor, según nuestra perspectiva se debe a que en la inmensa mayoría de los casos la subjetividad que se ha reconfigurado dentro de la comunidad se ha vuelto opuesta al tipo de sociabilidad a la que pertenecía el asistido. Por tal motivo, consideramos pertinente y de suma importancia para culminar el tratamiento de reinserción, la intervención directa del profesional en Trabajo Social. Esto lo confirma la experiencia del paciente Asistido 1 cuando sostiene que la reinserción

“Depende de uno porque afuera ya es otra cosa. Porque no te ayuda nadie afuera. ¡Está tu familia y nadie más, bah! ...ni tu familia está porque no cambia nadie porque si no fuera por mi mamá yo ya estaría re caído, si no fuera por mi mamá y la iglesia, porque creo que el único lugar a donde vas y tenés algo que te pueda zafar de gente buena y honesta que te pueda salvar, o como diríamos en la calle, zafar la cara, es la iglesia. Es la iglesia, creo, para sí lo escucha algún chico que este adicto que sepa.” (Ex asistido 2, entrevista, 10 de enero 2017)

Según nuestro enfoque debería ser el Trabajador Social quién continúe la labor realizada por la Comunidad ahora fuera de ella, acompañando y conteniendo al asistido en la recomposición de los vínculos intrafamiliares y sociales. Más arriba cuando realizamos la conceptualización de “Familia” consideramos relevante la definición que trabaja la licenciada Estela Mónica Quatrocchi cuando advierte que los sujetos que sufren diferentes adicciones provienen de familias deterioradas, o familias descontroladas (según la autora Minuchin), donde los roles parentales están desdibujados y ausentes, o los padres mismos son habituales consumidores.

Daniel Bacelar (2006) puntualiza que la distancia que se terminaría por producir entre los sujetos asistidos al finalizan la etapa de reinserción y el reencuentro con sus familiares se debe a que

“Uno de los problemas básicos de estos dispositivos de atención es el aislamiento que muchas veces se provoca en torno a la comunidad de donde proviene el sujeto. En este caso la institución puede aparecer como una institución total, que lo aísla en un clima imaginario que poco tiene que ver con su configuración comunitaria, siendo esto fruto de dificultades en los procesos de reinserción social.” (Bacelar, 2006: 45)

Otro de los motivos que nos parece importante señalar durante esta etapa de reinserción laboral y social para quienes finalizan su tratamiento y que sería, según nuestra perspectiva relevante el compromiso del Trabajador Social; es que precisamente quienes terminan el tratamiento solamente alcanzarían a aprobar materias del plan Fines

o llegarían a obtener, en el mejor de los casos, el título secundario por dicho plan. Consideramos que un acompañamiento desde el inicio del tratamiento, durante el proceso y un pos seguimiento profesional brindaría bases más sólidas a los sujetos asistidos así como también garantizaría la eficacia, ya que dichos resultados se deben en su mayoría a la voluntad propia de cada sujeto asistido.

Solo transformando las lógicas de la exclusión y de la instrumentalización de los consumos problemáticos; respetando las particularidades concretas de los grupos sociales y comunidades, promoviendo la integralidad, evitando la segmentación y favoreciendo los grupos de proximidad a través de la intervención profesional del Trabajador Social; es que se puede lograr devolver la autonomía y la confianza en el sujeto asistido para que logre reorganizar su vida en relación con su entorno afectivo y social; irremplazables en la construcción de su sociabilidad.

#### ***Capítulo IV: Metodología de la intervención del Trabajo Social. Propuesta de intervención en La comunidad Terapéutica CADES***

Tomando diversos autores que definen la metodología de la intervención del Trabajo Social, en este capítulo, ampliaremos el marco teórico expuesto con la idea de articular lo que hemos ya desarrollado sobre las Comunidades Terapéuticas y las posibilidades de injerencia en la recuperación de personas. Así mismo al final del capítulo describiremos diferentes modelos de intervención para dejar claro el espectro abarcado y señalar los diversos métodos que se aplican.

El Trabajo Social es una disciplina que proviene del campo de las ciencias sociales, por tal motivo tiene una mirada amplia respecto de las relaciones sociales y sus problemáticas. En este caso particular estamos abordando la temática específica de intervención en los tratamientos de adicción a sustancias psicoactivas.

Los métodos que derivan de la actividad profesional del Trabajo Social, tienen por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover cambios concretos tanto en instituciones como en núcleos familiares; así como la resolución de los problemas en las relaciones humanas; el fortalecimiento y la libertad dentro de la sociedad; incrementar el bienestar en situaciones complejas mediante el uso de teorías sobre el comportamiento humano aplicando la metodología específica en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad. De manera que el Trabajo Social interviene en todos aquellos puntos en los que las personas interactúan con su entorno dentro de una comunidad. Cabe señalar que en todo aspecto los fundamentos del Trabajo Social son los principios de los derechos humanos y de la justicia social. En tales sentidos tomamos primero la definición amplia que hace Dal Pra Ponticelli, M (1998)

La intervención del Trabajo Social se puede definir como un proceso de ayuda realizado por un profesional colocado en el contexto de un sistema organizado de servicios, en general de tipo público, dirigido a individuos, grupos o sujetos colectivos, tendente a activar un “cambio” tanto en el modo de situarse de los individuos, de los grupos o colectividades frente a los problemas que los afectan o de los cuales tienen intención de

hacerse cargo, como en la relación entre las exigencias evidenciadas y las respuestas personales, colectivas e institucionales, por activar o ya disponibles (Dal Pra, 1998:20).

Muchos autores han estudiado el vínculo complejo entre el Trabajo Social y las realidades cambiantes de los tiempos y las sociedades; en tal sentido compartimos la postura de la licenciada en Trabajo Social Lorena Vanzini quien frente a este dilema formula en su tesis las siguientes preguntas “¿Es nuestra función profesional y compromiso que nos lleva a asumir nuevos retos? O ¿Es responsable la realidad cambiante que hace que evolucionemos junto a ella? ¿Podríamos hablar de compromiso profesional al estar en sintonía con la realidad?” (Vanzini, S/F). El Trabajador Social se encuentra inserto en una sociedad cambiante, dinámica, con diferentes realidades y retos, que lo obligan a capacitarse y actualizar sus conocimientos en las diferentes temáticas que surjan como emergentes de las desigualdades sociales o, también, a partir de las nuevas demandas de la comunidad posmoderna sujeta al hiperconsumo. Todo Trabajador/ra Social debería realizar una capacitación acerca de la Ley de Género. El Trabajador Social debe ser sensible a los cambios de paradigmas que se impulsan. El punto de partida para poder intervenir es conocer la realidad, para poder establecer prioridades, que orientaran diferentes estrategias de intervención. Esta relación compleja entre realidad e intervención dentro del campo social la señalan Tobón, Rottier y Manrique:

El Trabajo Social define su intervención en un marco complejo y contradictorio (...) esto se traduce en un desfase permanente entre la magnitud de necesidades y los recursos asignados para atenderlas. (Tobón, Rottier & Manrique, 1999: 106)

Una cosa es señalar la situación que se presenta como problemática y otra es definirla en términos de intervención. Definir el problema objeto de intervención es delimitar que aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional. (Tobón, Rottier & Manrique 1999: 100)

La autora Margarita Rozas Pagaza (2001) explica que la metodología de intervención, entendida como proceso, construye y reconstruye el desarrollo de la

práctica que comienza con la inserción para ubicarnos en el contexto espacial y social de la acción. Se entiende la metodología de intervención en trabajo social como un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención, esencialmente como una estrategia flexible, que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. La estrategia permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas, sobre las cuales se establece la intervención profesional. En este proceso se pueden combinar abordajes de carácter individual, familiar, grupal-comunitario y distintas técnicas de acuerdo con la problemática del objeto de intervención. Asimismo, se pueden orientar diversas alternativas de acción en las que se incorpore las tres miradas de los actores de la intervención: la institución, el sujeto y el trabajador social. Siguiendo la dirección de la perspectiva teórica y la metodología y considerando que nada está definitivamente establecido, se podrá recrear permanentemente el objeto de intervención, simultáneamente resignificar el contexto de las prácticas de los actores sociales. La elección de una metodología de intervención correcta ayuda a comprender la relación particular entre contexto y acción. Por un lado, permite rescatar la capacidad transformadora de los actores sociales y por otro, es central para definir el lugar del sujeto en la intervención profesional. Este posicionamiento permite interpelar al Trabajador Social con los demás actores y las situaciones pasivas en que se reproducen de manera mecánica sus circunstancias particulares en las que satisfacen sus necesidades. La metodología de intervención tendrá viabilidad en tanto y en cuanto esté garantizada la comprensión rigurosa de la problemática del objeto de intervención y el movimiento particular de los actores, como así también de la interpretación correcta de sus necesidades, intereses y aspiraciones. Tenemos que tener en cuenta que el movimiento de los actores no es lineal, dado que las normas de conductas establecidas institucionalmente, reproducidas en los procesos de socialización, son prácticas concretas que tienen significados, representaciones e imaginarios, que se pueden instituir en fuentes de recursos cognitivos. Dichas fuentes alimentan la intencionalidad de la intervención. Por otro lado, las normas constituyen un proceso y un producto que permiten interpretar situaciones problemáticas sobre la base de una supuesta estabilidad institucional.

En este contexto, la función del lenguaje y la comunicación en general son herramientas esenciales para la acción profesional, dado que el lenguaje y los códigos de comunicación posibilitan conocer el significado que le asignan los sujetos a sus

necesidades, así como a sus posibles soluciones. El saber comunicarse y establecer un dialogo pertinente con los sujetos de la acción profesional, constituye una fuente de indagación y comprensión sobre el contexto particular de la vida de los sujetos. Todos estos son aspectos necesarios e ineludibles a tener en cuenta para darle contenido y significado a la metodología. La construcción del objeto de intervención es una construcción que articula de manera dialéctica conceptos, realidad, y procedimientos. (Rozas Pagaza Margarita, 2009: 70, 71,72)

Otros autores algunos ya citados como Cuatrocchi (2008) desarrollan el tema del proceso terapéutico, pero no profundizan en el rol del Trabajo Social como equipo terapéutico o como parte del Staff de la Comunidades Terapéuticas y más aún, no detallan tampoco el rol específico de la profesión en relación con otras profesiones en situación de interdisciplinaria. Por tanto, a continuación, realizamos una reflexión, tratando de integrar los aspectos enunciados anteriormente respecto de los diferentes aportes en torno del objetivo de la intervención en trabajo social, agregando, así también, la información relevada mediante las entrevistas y la observación en la comunidad terapéutica CADES. Como lo desarrollamos extensamente en el capítulo anterior a partir de nuestro punto de vista, entendemos el necesario aporte de la profesión del Trabajo Social en la reelaboración de los vínculos sociales y del tejido intrafamiliar que debe restablecerse entre aquellos sujetos asistidos en la C.T. y el mundo social que los espera. En este punto cabe desarrollar el significado del trabajo social familiar a partir de la investigación realizada por M. Paz Donoso Díaz y Paulina Saldías Guerra (1998) quienes sostienen que

El Trabajo Social familiar es una forma especializada de trabajo social, que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en la cual está inserta. A través de este se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y de las redes sociales. (Donoso Díaz & Saldías Guerra, 1998: 14)

De la misma forma, como un aspecto fundamental al que podría agregarse también el trabajo con grupos como aporte y contribución hacia el interior-exterior de la

C.T. El rol del Trabajador Social también puede resultar operativo en términos de coordinador de equipos terapéuticos a modo de trabajo y articulación de las diferentes visiones, como aportes disciplinarios tratando de lograr una mirada compleja respecto de los sujetos y su particularidad. A tales opiniones llegamos gracias el aporte que nos brindó en la entrevista la Licenciada en Trabajo Social Echegaray Rocío del C.I.T. (Centro Integral de Tratamiento de las problemáticas de consumo), quien desde la propia experiencia concreta en sus funciones como parte del equipo interdisciplinario nos brindó. Cabe reiterar que la Comunidad Terapéutica CADES no posee en su plantel funcional a Trabajadores Sociales y que por tal motivo recurrimos a otra institución para verificar su pertinencia. Durante la entrevista Rocío Echegaray nos describe cómo realiza su trabajo desde el primer momento realizando la entrevista de admisión, siendo también nexo entre el asistido y el equipo de trabajo profesional, coordinando con las demás instituciones hospitalarias, gestionando las becas para los asistidos, a la vez que también, realizando específicas tareas de coordinación de talleres artísticos dentro de C.I.T.

(...) trabajamos en un equipo interdisciplinario con psiquiatras, psicólogos, profesor de educación física, profesora de arte, hay una técnica en minoridad familia y estoy yo como Trabajadora Social. Lo que hago básicamente entre todo es una entrevista de admisión que es espontanea, voluntaria o por oficio judicial (...)

Yo trabajo con las dos, con las dos partes, con la persona que viene al tratamiento en sí mismo en una primera entrevista, y después sigue con el equipo especializado, si se requiere psicólogo, psiquiatra lo que fuere, o asesoramiento en Trabajo Social, y en ese sentido hago las gestiones pertinentes, dándole una beca o le averiguo cursos que se dan en la provincia o en la localidad (...) Muchos vienen del dique Florentino Ameghino, como el área programática del hospital nuestro es bastante abarcativo, y no hay tantos CIT, hay CIT en Trelew, en Comodoro, en Madryn y en Rawson; entonces vienen de Gaiman, de Dolavon, hay un chico que lo traen en la ambulancia del dique dos veces por semana a hacer el tratamiento, de Camarones; así que hacemos como el lazo con los otros

hospitales, en caso que no sea de Trelew, con las trabajadoras comunitarias, que son las promotoras de salud que por ahí se conocen en otras provincias, para que hagan un acercamiento al domicilio diario, entonces estar siempre en contacto, a ver qué pasa los días que esa persona no viene acá.

Así que eso, las gestiones, el averiguar cursos, armar curriculum vitae, estar en búsqueda laboral; como bastante amplio el trabajo, y a su vez, desde justicia se piden muchas evaluaciones interdisciplinarias por algún motivo, o hay menores de edad o lo que fuere, llegan a la asesoría o al poder judicial y lo que mandan es un pedido de evaluación, en donde siempre lo hacemos psicólogos, Trabajador Social y psiquiatra si hay, y si no las dos disciplinas de psicología y trabajo social.

Ahí lo que se pide es una evaluación del estado de salud en general, la evaluación del informe social que es nuestra especificidad y la hacemos o en consultorio o en domicilio, se cita la persona una, dos, tres veces, yo me acerco con el operador a dejar el turno en el domicilio y si la persona no viene, puede que nos acerquemos al domicilio nosotros a hacer la evaluación ahí.

Así que más o menos es esa mi tarea, y ahora estamos haciendo un taller de arte terapéutico con la psicóloga, la psicóloga es arte terapeuta, y estamos haciendo un taller que estamos pintando un mural en el patio, y es donde trabajamos cuestiones relacionadas al consumo.

Justo el grupo que se armó son personas que han tenido vínculos con el alcohol, así que hablamos del consumo de alcohol, del fin de semana largo en las pascuas que hicieron, como se vinculan en un evento social que hay alcohol, y como todos han pasado por eso, entre ellos se van dando técnicas, bueno no vayas, anda después de comer, llévate tu agua, así que como orientando esas conversaciones, pero en realidad es un grupo que se armó y que

tiene su propia dinámica. (Echegaray, entrevista, 6 de Abril 2018)

A partir de esta experiencia observamos que el Trabajo Social es una forma especializada de actuación en el ámbito de las instituciones dedicadas al abordaje de cuestiones vinculadas con la recuperación de adicciones (que afecta a todas las clases sociales) y constituye una actividad profesional especializada que cubre diversas fases del tratamiento.

En términos generales y para enriquecer la idea del “para que” del profesional del Trabajo Social traemos a considerar las palabras del autor Ander Egg (1985) quién define las funciones de los trabajadores sociales como un:

(...) implementador de políticas sociales cuya acción comprende la prestación de Servicios Sociales específicos que benefician a los ciudadanos habida cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e instrumentos que dispone la sociedad y que, a través de organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias. Esto se hace mediante la distribución de bienes y servicios con fines de socorro, prevención, rehabilitación y/o promoción. (Egg, 1985: 40).

A continuación, y con el objeto de enriquecer la reflexión sobre las posibilidades interventivas del Trabajo Social, tomamos diferentes modelos que nos resultan útiles para comprender la direccionalidad que puede adoptar el profesional del Trabajo Social al momento de intervenir en el campo problemático del tratamiento de personas con problemática de adicción a distintas sustancias psicoactivas.

#### ***IV.1 El Modelo Ecológico o de Vida***

Germain y Gitterman, que “La ecología es una ciencia que trata sobre las relaciones entre los organismos vivientes (en este caso los seres humanos) y todos los elementos de su ambiente. Hace referencia a la forma en que organismos y ambiente logran una buena correspondencia o un equilibrio de adaptación y, lo que es igualmente importante, cómo y por qué a veces fracasan en lograrlo” (Aylwin 1984:133).

Este Modelo tiene “una visión adaptativa y evolutiva de los seres humanos, quienes se encuentran en constante intercambio con todos los elementos de su ambiente, y en esta interacción, las personas cambian su medio ambiente físico y social y son cambiados por éstos a través de procesos de continua adaptación recíproca”. (Aylwin 1984:133. 134).

De este modelo podría interpretarse a la conducta adictiva como intento fallido a la adaptación a la realidad del sujeto.

#### ***IV.2 El modelo psicosocial***

Contreras (2006) realiza un recorrido por diferentes obras de varios autores, entre ellos refiere a Gordon Hamilton (1951) quién parte de la afirmación que el ser humano es un organismo psicosocial. Por lo cual, cada caso debe ser considerado como una serie de acontecimientos vivos que no determinados por el asistido, ni por el tipo de dificultad que se trata; sino que todos los problemas son a la vez emocionales y sociales, o sea “psicosociales”.

El Modelo Psicosocial deposita confianza en la condición humana y pone énfasis en el apoyo de los patrones sanos de crecimiento y desarrollo, definiendo como objetivo de la intervención el establecer las condiciones óptimas para que dicho desarrollo se cumpla, ayudando al cliente a que consiga una forma plena y satisfactoria de autorrealización de acuerdo a sus capacidades y potencialidades. (Contreras, 2006: 18).

Las autoras Florence Hollis y Mary Woods (1981), señalan que, para entender y ayudar eficazmente a las personas, hay que visualizarlas en el contexto de sus interrelaciones o transacciones con el medio. “Todos los casos sociales tienen características internas y externas, incluyen una realidad objetiva y el significado que esa realidad tiene para quien la percibe. El Trabajador Social debe reconocer y entender el mundo externo, que puede ser la familia, el grupo social, el ámbito laboral o de estudios, o cualquier otro del cual el cliente forme parte”. (Hollis & Wood, 1981: 18).

Este modelo evidencia aspectos ya trabajados más arriba que apuntan específicamente a la importancia del entorno social del sujeto, como la red vincular que va a incidir en la subjetividad del mismo, generando posibilidades o limitaciones para el desarrollo personal. Cabe destacar que todo esto se puede traducir también en términos de potencialidad del sujeto en el proceso de recuperación.

### ***IV.3 Modelo conductual-cognitivo***

El conductismo proviene de una corriente de la psicología que procura comprender e interpretar el comportamiento observable de las personas, y no así analizar e interpretar la conciencia. Por lo tanto, para esta corriente cobra mayor importancia durante el tratamiento el trabajo sobre el plano externo del asistido que el interno. El autor Viscarret (2009) señala que el Trabajo Social toma esta concepción, por lo que tiene en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta del problema. Por su parte, Jehu (1979) afirma que se debe tener en cuenta “(...) el aquí y el ahora, más que las experiencias del pasado”. Para este autor, el punto de vista del presente “compone un enfoque más práctico y adecuado para muchos problemas, pacientes y Trabajadores Sociales (Jehu, 1979:29).

El modelo conductual pone el énfasis en la conducta que fue aprendida durante un proceso de condicionamiento; por lo que puede ser susceptible de modificación, mediante la aplicación de condiciones específicas en el aprendizaje.

(...) no se niega la importancia de las condiciones iniciales del desarrollo de esta conducta, pero se prima el papel que tienen en su mantenimiento las condiciones actuales, es decir, los estímulos que la preceden o la siguen inmediatamente, siendo utilizados estos estímulos como medios de control. (Ranquet. Du, 1996: 149).

El Trabajo Social conductista centra los objetivos de su intervención en: obtener, suprimir, disminuir o reforzar de forma duradera ciertas conductas. Hill (1986) quien describe el modelo conductista señala

(...) la clave del Trabajo Social conductista es modificar aquellos comportamientos inadaptados y sustituir éstos por otros comportamientos adaptados, deseados por el sujeto y demandados por el medio ambiente. El objetivo del método conductista no es otro, pues, que el de—alterar el comportamiento del usuario en formas definidas para que su problema disminuyan o desaparezcan. (Hill, 1986: 57).

Este modelo si bien es susceptible de críticas por su enfoque positivista, ha resultado de importancia al momento de pensar estrategias de trabajo con personas que presentan conductas adictivas en la mayoría de los centros de rehabilitación.

#### ***IV.4 Modelo sistémico***

El modelo sistémico en la intervención de Trabajo Social comienza en los años 30 del siglo XX, cuando el sociólogo Hangins de la Smith Social Work School, introdujo en la profesión la teoría de sistemas en la intervención profesional del Trabajo Social. Este modelo aporta un referente teórico claro y una metodología que permite analizar, pensar, identificar, diseñar estrategias para la acción del Trabajo Social actual. (Viscarret J. 2009: 336).

Los elementos teóricos de referencia de este modelo provienen de la teoría de los sistemas. El biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1968) desarrolló la teoría de los sistemas y la definió como elementos que interactúan unos con otros, incluyendo sus relaciones, sus estructuras y su interdependencia.

(...) se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquellos a su vez parte de unos macro sistemas. De este modo, un ser humano es parte de una sociedad y está compuesto, por ejemplo, de sistemas de circulación y de unas células constituidas por átomos, los cuales están formados por partículas todavía más pequeñas. Esta teoría se aplica tanto a sistemas sociales (grupos, familias y sociedades) como a sistemas biológicos. (Payne, 1995: 178).

Esta teoría considera que, las propiedades de los sistemas no pueden ser representadas significativamente en términos de elementos separados. Luhman (1983) indica que la realidad y los fenómenos no son independientes, sino que existe una relación entre ellos. El sistema es tan importante como el medio, porque ambos existen como producto de su interacción. De manera que cualquier cambio en el medio afecta al sistema y cualquier cambio en el sistema afecta al medio (Hernández J. 1991: 141)

En el modelo sistémico el enfoque del Trabajo Social debe ser lo social, precisamente como sistema. Este punto de vista permite una visión de las circularidades,

de los cambios e interdependencias existentes entre la sociedad y la persona. El Trabajo Social sistémico define como principales propósitos de su intervención: “(...) mejorar la interacción, la comunicación de las personas con los sistemas que les rodean, mejorar las capacidades de las personas para solucionar los problemas, enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y oportunidades, exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana y contribuir al desarrollo y mejora de la política social.” (Viscarret, 2009: 337).

Minuchin (1981) asegura que la estructura familiar es:

El conjunto de demandas funcionales encargadas de organizar la interacción de los miembros dentro y fuera del sistema. Dentro de esa organización y para que se produzca la interacción, se crean pautas y patrones de conducta, en los que están insertos, de forma implícita, toda una carga de valores, secretos, normas, sistemas de creencias, reglas, mitos, etc., que son introducidas en el sistema familiar de generación en generación, confirmando estructuras determinadas de comunicación sistémicas” (Minuchin, 1981: 25).

Este modelo es criticado por algunas líneas de pensamiento del Trabajo Social más recientes; puesto que es señalado como “neo funcionalismo”. De igual manera es una alternativa válida a considerar al momento de pensar distintas líneas de intervención.

#### ***IV.5 Modelo humanista y existencial***

Payne (1995) considera que el humanismo y el existencialismo son modos de mirar la vida, tienen significados propios y específicos. En la teoría del Trabajo Social los modelos de práctica que presentan características similares suelen agruparse bajo el rótulo de humanistas. Estos modelos comparten ideas comunes tales como que los seres humanos intentan darle sentido al mundo en el que viven. Además, sostiene que “(...) los Trabajadores Sociales dirigen su trabajo para brindar y ayudar a la gente a fin de que adquieran la capacidad necesaria para poder autoanalizarse y también analizar la significación personal que imprime al mundo que percibe y le afecta, como así también las interpretaciones dadas por las personas a su propio “yo” son válidas y dignas de consideración.” (Payne, 1995: 220).

El modelo humanista y existencial se originó en Estados Unidos como alternativa al conductismo y al psicoanálisis. En este modelo, la persona busca auto realizarse. El primer exponente de la corriente humanista fue Maslow (1908-1970). Como elementos principales se destacan: el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias y el crecimiento positivo. Viscarret (2009) menciona algunos autores de referencia que escribieron sobre este modelo, tales como: Maslow, Rogers, Berne, Perls, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Marcel y Buber.

Dicho modelo, de gran repercusión en el Trabajo Social, más que centrarse en determinadas técnicas de intervención, es una filosofía de intervención que se encuentra muy ajustada a la base del Trabajo Social. En tal sentido sostiene el superior respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención. (Viscarret, 2009: 320). Este modelo que lleva uno años no deja de tener vigencia al momento de pensar, posicionarse frente al sujeto y su problemática.

A modo de prolongación en lo dicho en el capítulo III, a continuación, se proponen acciones concretas que hacen a la especificidad del rol del trabajador social. En tal sentido, consideramos que una propuesta mixta de diferentes modelos puede ser adecuada al trabajo de recuperación. Tomando al sujeto en la compleja trama de relaciones sociales y su contexto socio-histórico, la perspectiva que plantean los modelos Ecológico y Psicosocial nos permitiría reconocer el ámbito familiar y social en que se encuentran los sujetos para poder trabajar reforzando las tramas que lo sostienen. Por otra parte, el modelo Existencial Humanista nos aporta la base filosófica en la que debe apoyarse la responsabilidad del que hacer del Trabajador Social, quien presenta un amplio abanico de posibilidades interventivas en el campo específico del tratamiento con personas que presentan problemática del consumo. El modelo conductual-cognitivo nos permite trabajar desde el inicio del tratamiento en la modificación de hábitos y conducta aprendida por los asistidos. El modelo sistémico nos permite mejorar la interacción, la comunicación entre las personas asistidas, con los sistemas que los rodean, optimizar las capacidades de las personas asistidas para la resolución de problemas, vincular a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y oportunidades, instar a que estos funcionen de forma eficaz, humana.

Como conclusión del capítulo, a continuación, proponemos los aportes que puede realizar el profesional de Trabajo Social en la terapia de recuperación de personas que sufren adicciones a sustancias psicoactivas:

- Por su formación complementa la intervención Multidisciplinar.
- El conocimiento y manejo de los diversos recursos lo pone en contacto con otros profesionales de lo social, lo que ayuda a ampliar el foco de la intervención.
- El Trabajador Social debe formar parte del equipo desde el inicio de las valoraciones hasta su finalización teniendo capacidad de decisión como el resto del equipo de trabajo.
- El aspecto judicial es una cuestión que debe ser tratada como un aspecto social y el trabajador social tiene la formación para ello.
- Porque son un miembro esencial en un equipo multidisciplinar, encargados de la “visión social” como ningún otro miembro.
- Son totalmente necesarios en intervenciones multidisciplinarias donde se abordan distintos aspectos de la persona y donde lo social tiene una importancia más que significativa.
- Enriquecen el trabajo en equipo. Aportan la visión social de cada paciente y sus familias.
- Porque la labor social en la ayuda a drogodependientes es fundamental, y es otra pieza más de un equipo interdisciplinar.
- Porque el trabajador social posee métodos de analizar y atender problemas de índole social. Desde las necesidades más básicas hasta dificultades graves de ajuste social, como en el caso de las atenciones a personas en libertad condicionada a tratamiento.
- El Trabajador Social en un equipo interdisciplinar tiene el cometido de colaborar metodológicamente con otras disciplinas, desde su ámbito de conocimiento y su habilidad en la gestión de recursos y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

- Porque hacen una atención integral al paciente en la que se trabajan todos los aspectos del individuo incluidos los sociales.

## **V. Conclusión**

A modo de conclusión y finalizando el trabajo de indagación realizado en términos de realidad, entrevistas, observaciones en la institución CADES y la extensa investigación bibliográfica con la correspondiente reflexión al respecto; rescatamos la información obtenida en términos macrosociales sobre el consumo problemático de sustancias y la acción terapéutica. Concluimos con la idea que la adicción a las diversas sustancias psicoactiva en nuestros tiempos forma parte de un problema social que atañe a la comunidad toda y queda íntimamente ligada con la cuestión social. En nuestro recorrido pudimos observar la manera en que se construyen los estereotipos donde se relaciona dicha problemática con la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión y consideramos que si bien esos sectores sociales se encuentran en mayor riesgo de vulnerabilidad no alcanza esta mirada para abarcar la totalidad del problema. Observamos como los diferentes enfoques buscan romper y superar prejuicios sociales para aportar soluciones reales a quienes se ven aquejados por las adicciones.

Por otro lado, destacamos la importancia de los aportes que se realizaron a nivel legal en los últimos años tanto la Ley de Salud Mental recientemente reformada (ley N<sup>a</sup> 26.657) como parte de un paradigma más actual y que contempla los derechos del sujeto, protegiéndolo de posibles arbitrariedades institucionales en general.

Teniendo en cuenta el paradigma humanístico, nos posicionamos como futuros Trabajadores Sociales considerando al sujeto como un sujeto de derecho el cual debe recibir atención desde los recursos de la comunidad en términos de salud pública, educación pública y las aéreas que hacen a la asistencia social. Entendemos acá instituciones públicas del Estado, estatales y otras del sector privado, ONG. La investigación nos reveló también los alcances y los límites actuales que las instituciones públicas/privadas presentan al momento de brindar contención y nos hizo visible la necesidad de profundizar, tanto a nivel de las posibilidades de trabajos, como, así mismo, de las investigaciones académicas la temática de los diversos modos de atención terapéutica.

## **VI. BIBLIOGRAFÍA**

Abad José Ramón Bueno (2003). Concepto de Representaciones sociales y exclusión. Catedrático de E.E. U.U. Área Psicología Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Valencia.

Apparudai Arjun (2001) La Modernidad Desbordada. Dimensiones culturales de la globalización. F.C.E Ediciones Trilce. Argentina.

Ander Egg, E (1992). Introducción al trabajo Social. Madrid: Siglo XXI de España. Editores S.A. España.

Ander Egg, E (1985). ¿Qué es el trabajo social? Buenos Aires: Ed. Humanitas. Argentina.

Arnau Domingo C (2010).La Metodología De La Comunidad Terapéutica. Fundación Atenas. Ed. Fundación Atenas.

Aylwin de Barros, N (1993). Un enfoque operativo de la metodología del trabajo social. Buenos Aires: Ed. Humanitas. 2º edición. Argentina.

Aylwin de Barros, N, Soler, S (2011). Aportes científicos a su gestión sustentable. Ed. Universidad católica de Chile.

Bacelar, Daniel (2006). Comunidad Terapéutica: desafíos actuales. En: SADA, 2006. Operador socioterapéutico y de calle. Introducción a la problemática de las adicciones. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Becoña Iglesias, E (2003). Psicología de salud y las adicciones: perspectiva terapéutica. Revista de psicología de la PUCP. Vol. XXI. Edición Aniversario. Universidad de Santiago de Compostela. España.

Bertalanffy, LV y otros (1978). Tendencias en la teoría general de sistemas. Ed. Alianza. Madrid. España.

Bobes, J, Casas, M, Gutiérrez, M (2011). Manual de Trastornos Adictivos. 2º Edición. Madrid. España.

Burín, M., E. Dío Bleichmar, comps (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. Género, psicoanálisis, subjetividad. Ed. Paidós, Buenos Aires. Argentina.

Buttiglione, R (1999). La persona y familia. Ed. Madrid: Ediciones Palabra. España.

Britez Rojas Guillermo (2011). Las clases sociales en Karl Mark y Max Beber: Elementos para una comparación. Germinal documentos de trabajo N° 11 Diciembre 2011. Centro de Estudios y Educación popular. Germinal Asunción. Paraguay.

Castel, R (1997). Metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del asalariado. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Castel, R y Coppel, A (1994). Los controles de la toxicomanía: Individuos bajo influencia. Compilador Ehreberg, A. Ed. Nueva visión. Buenos Aires. Argentina.

Cerrone, Lucia (2016) El síntoma desde el psicoanálisis: Universidad de la Republica Facultad de Psicología Trabajo final de grado: Monografía.

CONACE Chile (2004). Mujeres y tratamiento de drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. Área técnica en tratamiento y Rehabilitación.

Contreras Hermosilla, M A (2006). Principales Modelos para La Intervención De Trabajo Social: Individuo y familia. Ed. Universidad Tecnológica Metropolitana. Chile.

Cuatrocchi, E M (2008). Las Adicciones a las drogas: Su recuperación en comunidad terapéutica. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.

Custo Esther (2010). Salud Mental y Ciudadanía. Una Perspectiva desde El trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires Argentina.

Creswell, John W. (1994). Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas. Madrid. España.

Dal Pra Ponticelli, M (1998). Modelos Teóricos Del Trabajo Social. Ed. Lumen. Buenos Aires. Argentina.

De Rementeria, I (2009). Revista Nueva Sociedad N° 222. La guerra de las drogas: cien años de crueldad y fracasos sanitarios. México D.F.

Duek, C e Inda, G (2006). La teoría de la estratificación social de Weber: Un análisis crítico. Revista Austral de ciencias Sociales. Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile.

Donoso Díaz, M de la Paz, Saldías Guerra, P (1998). Modelo de Intervención Para El Trabajo Social Familiar. Ediciones Universidad Católica Blas Cañas. Santiago de Chile.

Duman Mathew (2011). Centro Nacional de Investigaciones sobre drogas y Alcohol. I.N.D.A.R.C.

Eloísa de Jong (2001). La Familia en los Albores del Nuevo Milenio. Editorial Espacio. Buenos Aires Argentina.

Eloísa de Jong (2001). Reflexiones Interdisciplinarias: Un Aporte al Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires Argentina.

Educación UNICEF. Ministerio de Educación. Presidencia de La Nación. Bicentenario Argentino. Instituto de Investigaciones Germani.

Fernández Ana María (2016). Diferencias (5) Revista de Teoría Social Contemporánea. La imaginación colectiva y anónima: Introducción a algunas teorías de Catoriadis. Argentina Mayo 2016. ISSN 2469-1100.PP.194-213.

Foucault Michel (2003). Vigilar y castigar. Siglo XXI Editores Argentina S.A. Versión digital 1º Reimpresión. Industria gráfica Gral. Fructuoso Rivera 1066. Traducción Aurelio Garzón Del camino. Capital Federal. Argentina.

García Canclini (1995). El Consumo sirve para pensar en consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la Globalización. Ed. Grijalbo 1995. Méjico.

García Giménez José María (2001). La droga: Conceptos, aspectos penales y penitenciarios. Ed. Club Universitario imprenta Gama. Alicante España.

Goffman Erving (2006). Estigma, la identidad Deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires argentina- Madrid España.

Guber Rosana (2009). El Salvaje Metropolitano. Ed. Paidós. Buenos Aires Argentina.

Guerrero Nuñez, Rodolfo; Jeria Cabello, Raúl; Ruz Aguilera, Omar (2006) Comunidades terapéuticas femeninas. Tesis para optar al título de Asistente Social y al grado de Licenciado en Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Chile. <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/1490>

Gutiérrez Resa Antonio (2007). Drogodependencias y Trabajo Social. Ed. Académicas. Madrid. España.

Martín Güelman (2018). El alejamiento de las cosas del mundo”. Aislamiento y rehabilitación en dos comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa. En *Prácticas de Oficio*, v.1, n. 21, jun 2018 - dic 2018 [https://www.researchgate.net/publication/332971610 EL ALEJAMIENTO DE LAS COSAS DE L MUNDO AISLAMIENTO Y REHABILITACION EN DOS COMUNIDADES TERAPEUTICAS DE FUERTE IMPRONTA RELIGIOSA](https://www.researchgate.net/publication/332971610_EL_ALEJAMIENTO_DE_LAS_COSAS_DE_L_MUNDO_AISLAMIENTO_Y_REHABILITACION_EN_DOS_COMUNIDADES_TERAPEUTICAS_DE_FUERTE_IMPRONTA_RELIGIOSA)

Hell R (1986). Caso Individual. Modelos Actuales de práctica. Ed. Humanistas. Buenos Aires. Argentina.

Hernández J. (1991). Acción Comunicativa e Intervención Social. Ed. Popular. Madrid. España.

Herrera Lucia (2005). Mujer nivel socioeconómico bajo y alcoholismo. Tesis para obtener título de Asistente Social y el grado de licenciada En Trabajo Social. Universidad Académica de Humanismo Santiago de Chile.

Hollis Florence y Woods Mary (1981). Casework Psychosocial Therapy. Ed. Random House. New York. EE.UU.

Jameson Frederick (1989). Ensayo sobre el Posmodernismo. Traducido por Esther Pérez, compilado por Horacio Torcus. Ed. Tauro. Londres.

Jehu Derek (1979). Modificación de la Conducta en el Trabajo Social. Ed. Limusa. Méjico.

Kaës, R. (1989) Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones, en Kaës et al. (comps.) La Institución y las Instituciones. Buenos Aires: Paidós.

Kaës, R. (2004) Complejidad de los espacios institucionales y trayecto de los objetos psíquicos, en *Psicoanálisis e instituciones*, pp. 655-670. Recuperado de

Ley Nacional de salud mental N° 26.657. Salud Pública. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina. Sancionada 25 de Noviembre de 2010. Promulgada 2 de Diciembre de 2010.

Ley N° 23.737. Código Penal Narcotráfico. Ministerio de justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina. Sancionada 21 de Septiembre de 19989. Promulgada 10 de Octubre de 1989.

Lipovetsky Gilles (2007). La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo. Ed. Anagrama. Barcelona. España.

Lemus Stieranal Elizabeth (2017). Trabajo de grado (tesina). Universidad de Cundinamarca. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Programa de psicología.

Juan Ignacio Lozano (2018) “La “guerra a las drogas” Dispositivos institucionales y las tensiones en el actual contexto. Algunos hallazgos para repensar las prácticas sociales” en Horizontes de Intervención Social. Teseo <https://www.teseopress.com/horizontes/chapter/38/>

Maslow A (1983). El hombre autorealizado. Hacia una psicología del ser. Ed. Kairos. Barcelona. España.

Minuchin Salvador (2004). Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Minujin Alberto (1998). Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. Ed. Santillana. Bogotá. UNICEF para América Latina y el Caribe.

Pagaza Rozas Margarita (2001). La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del trabajo Social. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.

Payne Malcolm (1995). Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Porto Pérez Julián y Gardey Ana (2013). Definición de posmodernidad. Qué es, significado y concepto. Actualizado en 2015. <https://definicion.de/posmodernidad/>

Pawlowicz Maria Pía. Lic. En psicología de la UBA. Mg. En Ciencias Sociales y Salud. De flacso Cedes. Docente Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad

de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Moreno.  
[www.vocesenelfenix.com/content/ley-de-salud-mental-apuesta-a-un-cambio-de-paradigma](http://www.vocesenelfenix.com/content/ley-de-salud-mental-apuesta-a-un-cambio-de-paradigma).

Ranquet M (1996). Los modelos en Trabajo Social. Ed. Siglo XXI. Madrid. España.

Tobón; María Cecilia Manrique Antonieta; Rottier Norma. (1999) La práctica profesional del Trabajador Social: guía de análisis. Ed Lumen/Humanitas. Buenos Aires

Terminología e información sobre drogas O.N.U. Tercera edición. Naciones Unidas, Nueva York Mayo 2018 en [https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology\\_and\\_Information\\_on\\_Drugs\\_Sp.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_Sp.pdf)

Segato Rita (2003). Las Estructuras elementales de la violencia. Ensayo sobre género entre la Antropología, el Psicoanálisis y los Derechos Humanos. Ed. Universidad de Quilmes. Buenos Aires. Argentina.

Vaës R (1989). Bleger L Enríquez, F Fornari. P Furtier, R Rousellon, J.P Vidal. La Institución y las instituciones. Estudios Psicoanalíticos. Grupos e Instituciones. Ed. Paidós. Buenos Aires. Talleres gráficos J C. Carlos María Ramírez 2409. 1º edición.

Vanzini Lorena (Tesis) El trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional.

Viscarret J (2009). Modelos de Intervención en trabajo Social. Cap. 8 en Fernández García, (Coord.) Fundamentos del trabajo Social. Ed. Alianza. Madrid.

Touzé G (2006). Discursos Políticos y Prácticos (organizadores). Saberes y Prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base, de la cocaína. Buenos Aires. Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Turet Sánchez Miguel (1991). Anuario de Psicología Nº 40. Drogodependencias: Aspectos terminológicos y taxonómicos. Universidad de Barcelona. España.

Touzé G (2010). Prevención del consumo problemático de drogas, un enfoque educativo. Buenos Aires. Ministerio de Educación.

## VII. Anexo 1

### *Glosario de algunas sustancias psicoactivas*

Es importante conocer que tipos de sustancias psicoactivas utilizan para el consumo indiscriminado los usuarios de drogas, para tener en claro a la hora de comprender su conducta, su forma de accionar, reacción ante un estímulo externo; debido a que cada una de ellas provoca una sensación y un estado diferente en su aparato neurológico, afectándolo así de diversas formas.

- **Alucinógenos:** Los más conocidos son: la dietilamida del ácido lisérgico (LCD), es el alucinógeno más potente que se conoce, una dosis de treinta microgramos puede producir efectos durante más de seis horas, a partir de la media hora de haber sido consumido, rápidamente genera tolerancia y es necesario aumentar la dosis, no produce dependencia física. Son sustancias que producen alteraciones profundas en la percepción de la realidad, bajo su influencia se ven imágenes, se escuchan sonidos y se perciben sensaciones que parecen reales, pero no lo son, pueden producir cambios emocionales rápidos e intensos. Estas drogas actúan directamente sobre los neurotransmisores, alterando el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico. Se conocen dos efectos a largo plazo, psicosis persistente y trastorno perceptivo, persistente por alucinógeno, durante el cual aparecen distorsiones espontáneas y repetitivas. Estas pueden aparecer después de haber suspendido el consumo y persistir durante un tiempo. La ketamina, el PCP (clorhidrato de feniciclidina), recibe distintos nombres en la jerga de los adictos, el más conocido “polvo de ángel”, y el dextrometorfano. Drogas que se encuentran legalmente, en diferentes medicamentos, por lo que los adictos los usan concentrados y en mayor cantidad para aumentar su efecto, que varía con la dosis. El uso prolongado de estas produce disminución de la memoria, amnesia,

desorientación, depresión, etc. Bajo el efecto de estas drogas pueden producirse sensaciones aterradoras de disociación y separación del cuerpo, que dura varias horas. Otras drogas que producen alucinaciones son: La marihuana, los hongos psicocibicos y el cactus peyote, la mezcalina y la ibogania. (Cuatrocchi, 2008: 135,136)

- **Hongos psicocibicos:** También llamados Hongos Alucinógenos, son hongos que contienen sustancias psicoactivas como la psilocibina, la psilocina y la baeocistina. Es una de las primeras drogas usadas por la humanidad. Por hallazgos arqueológicos se pudo conocer que en el 1600 a.c se consumía la especie Amanita Muscaria, en la India, la droga sagrada en las culturas indo iranias, la antigua Grecia, en los orígenes del cristianismo, utilizada por tribus nómadas de Siberia, en ritos comunales de indulgencia. Estos conocían algo sobre el metabolismo de los alcaloides responsable de los efectos alucinógenos del hongo, si bebían la orina podían prolongar los efectos. ([https://es.wikipedia.org/wiki/Hongos\\_psilocibios](https://es.wikipedia.org/wiki/Hongos_psilocibios)).
- **Cactus peyote:** Sustancia alucinógena que se consume hace miles de años, es un cactus de origen americano (*Lophophora williamsii*) crece en las regiones desérticas de Norteamérica, en la sierra entre Méjico y Bolivia. Es una planta rica en alcaloides visionarios. Es pequeño de color verde grisáceo sus raíces tienen forma de cono y se hunden profundamente en la tierra. Mide aproximadamente entre 2 y 15 cm de diámetro. Puede tener entre 5 y 13 meristemas (gajos), los que tienen cinco se les conoce como “estrellas”, son los más buscados dado que se cree que tiene concentraciones psicoactivas más elevadas. Tiene crecimiento lento, por lo que tarda más de 15 años en madurar. Crece en forma de “manchas”, en grupo y resguardados por plantas con púas que los protegen del frío y los animales. Sus flores son de color blanco con un marco rosa y miden unos 2,5 centímetros. Se acopia antes de la floración y de las lluvias. Se le dice botón de peyote cuando se seca y encoje, adquiriendo un color gris oscuro. (<https://www.sobredrogas.net/peyote.html>)
- **Mezcalina:** Sustancia que se encuentra en una variedad de cactus, especialmente peyote, cactus San Pedro y antorcha peruana. La forma más popular de ser

utilizada es mediante inmersión o masticando botones de peyote, son pequeños bultos en forma de botón que se forman en el cactus una vez recogido y en estado seco. También se puede convertir en polvo, en un té o transformarlo de otro modo, y se puede sintetizar en un laboratorio. Es un alucinógeno, ha sido utilizada por los nativos americanos como parte de rituales religiosos, hoy en día todavía la utilizan algunas tribus de esta manera. Su uso se ha centrado principalmente en torno al suroeste de Estados Unidos, Texas y México. Como droga de abuso, la mezcalina se clasifica como un alucinógeno, similar en efecto al LSD, un consumidor de mezcalina puede tener recuerdos de experiencias pasadas de drogas, como ocurre con el LSD. Los efectos duran alrededor de doce horas. Produce tolerancia rápidamente, por lo que un consumidor abusa de esta repetidamente, por lo que aumenta la dosis. Se cree que no crea adicción física, si volverse psicológicamente adictiva, por lo que la persona depende de la droga para el transcurrir de su vida, sufre efectos adversos si deja de consumirla. (<http://www.narconon.org/es/informacion-drogas/mescalina-informacion.html>)

- **La Ibogania:** Sustancia hipnótica, afrodisíaca que proviene de un arbusto africano originario del Congo y Gabón. Usada asiduamente en rituales religiosos, provoca alucinaciones y convulsiones, en dosis elevadas puede causar paros cardio-respiratorios. Por otro lado, hay investigaciones científicas que demostraron que la ibogania tiene una inesperada capacidad para ser usada en la dependencia física asociada con los síntomas de abstinencia a drogas como la heroína, metadona (opiáceos). Alivia el 90% de los síntomas de abstinencia y restaura los patrones habituales de pensamiento y el correcto funcionamiento de la neuroquímica del cerebro. Es beneficiosa para el tratamiento de la adicción al alcohol, cocaína, metanfetaminas y nicotina, porque restablece las áreas del cerebro relacionadas con el placer y el deseo, que son afectadas por el abuso de estas drogas. No genera adicción y no necesita ser ingerida regularmente. Tiene propiedades antidepresivas le da al cuerpo una sensación de bienestar. No se han encontrado efectos neurológicos negativos al usar ibogania en las dosis utilizadas para tratar adicciones. Los pacientes que se han sometido al tratamiento con la ibogania, describen que pueden sentirse algunos efectos no deseados, que desaparecen con el correr de las horas. La generalidad de ellos dice que siente náuseas, por lo cual deben permanecer lo más quieto posible

durante las fases iniciales de la terapia. Los vómitos pueden durar algunas horas, mientras el cuerpo se deshace de las toxinas físicas y psíquicas. Pueden presentarse distorsiones visuales y auditivas durante las primeras seis horas, las que desaparecen completamente después de 36 horas. También pueden experimentar periodos de falta de sueño y/o un gran malestar al despertarse. (<https://www.talkingdrugs.org/es/ibogaina-la-sustancia-que-promete-terminar-con-la-adiccion>)

- **Anfetaminas:** Es el fármaco más consumido por ser un estimulante del sistema nervioso, se presenta en comprimidos o capsulas, suele ser utilizado para tratar la obesidad como un anorexígeno y en el tratamiento de a disfunción cerebral mínima de los niños. Su uso habitual produce sensación de alerta intensificada, agitación, hiperactividad, locuacidad, incluso alucinaciones e ideas delirantes, cuando el efecto acaba se produce fatiga y depresión. Estos generan fácilmente tolerancia y dependencia psicofísica. Su uso prolongado provoca pérdida del apetito, taquicardia, escalofríos, dilatación pupilar, fobia, etc. Las drogas de diseño, producida por síntesis químicas, con estructura química y una acción sobre el sistema nervioso similares a las anfetaminas. La más conocida es el MDMA, conocida como “éxtasis”, y se la clasifica como psicodisléptica, perturba la actividad mental y produce una desviación delirante del juicio que induce a confusión y despersonalización. Estas a nivel fisiológico producen taquicardia, hipertensión, sudoración, contracción de la mandíbula, hipertermia, ansiedad, irritabilidad, dificultad de concentración etc. Cuando hay preexistencia de problemas psíquicos, neurológicos y/o físicos, aumenta el peligro de las consecuencias adversas. (Cuatrocchi, 2008, 136,137)
- **Cocaína:** Es un estimulante muy adictivo se presenta en dos formas: Clorhidrato de cocaína, como un polvo blanco y como cristales de cocaína o freebase. La que se aspira y absorbe por las fosas nasales o se disuelve en agua y se inyecta es el clorhidrato. El que se conoce como Crak es el freebase y se puede fumar. Los efectos de la cocaína son percibidos inmediatamente y persisten después de varios minutos u horas, generan sensación de euforia, estimulación y alteración de los sentidos, sensación de omnipotencia, fortaleza física y mental. La euforia

es más intensa cuanto más rápida es la absorción, a mayor velocidad de absorción, menor es el tiempo que dura su efecto. El abuso de esta sustancia y el uso prolongado provoca diversas complicaciones médicas, fundamentalmente cardiovasculares, neurológicas y abdominales; hemorragias y rinitis crónicas, insomnio, falta de apetito y exacerbación de los sentimientos paranoides entre otras. La combinación de esta sustancia y el alcohol es particularmente peligrosa, porque puede producir la muerte, al igual que una sobredosis. El peligro que genera al inyectarse y compartir jeringas, es muy alto, por el riesgo de contagio de HIV, hepatitis, etc. (Cuatrocchi, 2008: 137,138)

- **Éxtasis:** De forma similar a la anfetamina y la metanfetamina, estas sustancias tienen propiedades estimulantes y afectan en diversa medida los niveles de los tres neurotransmisores dopamina, norepinefrina y serotonina. No obstante, el efecto en el neurotransmisor, serotonina es más pronunciado, lo que genera algunas diferencias en los efectos farmacológicos generales. Las sustancias de este grupo mencionadas con anterioridad se fabrican en laboratorios clandestinos, no están autorizadas con fines médicos. Además de producir efectos estimulantes parecidos a los de la anfetamina y la metanfetamina, las sustancias del grupo del éxtasis tienen, en mayor o menor medida, un efecto más pronunciado en cuanto a la inhibición de la recaptación de la serotonina y, además, pueden mostrar predisposición a unirse a los receptores de serotonina. (*Terminología e información sobre drogas O.N.U.*)

- **Heroína:** Es el opiáceo más abusado, de acción más rápida y altamente adictivo. Esta sustancia se procesa como derivado de la morfina, es vendida en forma de polvo blanco o marrón o como una sustancia negra pegajosa conocida como goma o alquitrán negro. Esta se inyecta, se inhala, se aspira o se fuma. Un adicto a la heroína puede inyectarse hasta 4 veces en el día, una intravenosa proporciona mayor intensidad, causando así una oleada de euforia más rápida, a los pocos segundos; al ser inhalada su efecto aparece a los 10 o 15 minutos. Al llegar al cerebro rápidamente se liga con los receptores naturales de opioides, son percibidos como una oleada de sensaciones agradables e intensas, llamada Rush. Después de estos efectos el usuario se encontrará somnoliento durante varias horas; puede sentir acaloramiento, sequedad de la boca, pesadez en las

extremidades, náuseas, vómitos y picazón. La función mental se ve afectada por la acción de las drogas en el sistema nervioso central, lo que provoca una disminución en la función cardíaca y respiratoria, por lo que el riesgo de sobredosis es muy alto. La heroína produce grados profundos de tolerancia y dependencia física, lo que favorece el uso compulsivo. Por lo que el síndrome de abstinencia se produce a las pocas horas de haberla consumido la última dosis; sus síntomas son: inquietud, dolor en los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómitos, escalofríos y movimientos involuntarios, los que pueden durar varios días. El uso y abuso prolongado provoca daños en las venas, infecciones de los vasos sanguíneos, enfermedades hepáticas, renales y pulmonares; sumado a esto los aditivos que se en la calle para cortar la droga son tóxicos en sí mismos. (Cuatrocchi, 2008: 138, 139)

- **Inhalantes:** Son sustancias volátiles cuyos químicos pueden ser inhalados, para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental. Existe una gran cantidad de químicos que se encuentran en diferentes productos domésticos, industriales y farmacológicos, por lo que son difíciles de clasificar. Existe un ordenamiento que los separa en cuatro categorías: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos. Los disolventes volátiles son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente; en los diluyentes y removedores de pintura, productos de limpieza, pegamentos, líquidos correctores y la tinta de los marcadores con punta de fieltro. Los aerosoles son rociadores que contienen propulsores y disolventes; como las pinturas pulverizadas, fijadores de pelo, limpiadores. Entre los gases tenemos las anestésicas (éter, cloroformo, óxido nitroso- conocido como gas hilarante), así como gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales como encendedores, refrigerantes, etc. Los nitritos actúan sobre los vasos sanguíneos y los músculos, por lo que se los utiliza fundamentalmente para intensificar el placer sexual; algunos son de uso común en medicina que se desvían al circuito ilegal. Los disolventes volátiles, gases y aerosoles, son frecuentemente utilizados por los niños como las primeras drogas que consumen, su uso puede volverse crónico y extenderse hasta la adultez. (Cuatrocchi, 2008: 139,140)

- **El tolueno:** Es un disolvente ampliamente utilizado en productos domésticos e industriales, actúa activando el sistema de dopamina cerebral, produce una placentera sensación de euforia y disminución de la inhibición. Estos producen efectos similares al alcohol, aunque solo permanecen solo unos minutos, los que abusan de los inhalantes tratan de prolongar la euforia repitiendo varias veces a lo largo de varias horas. Luego de usarlos pueden permanecer somnolientos por largo tiempo, sufrir dolor de cabeza, aturdimiento, beligerancia, reflejos deprimidos. El uso prolongado de los inhalantes induce a consecuencias médicas devastadoras. Los daños neurológicos que provocan los neurotóxicos, incluyen síndromes neurológicos, afectan a sectores del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Estas anomalías van de un leve deterioro hasta una demencia severa. (Cuatrocchi, 2008: 139, 140)
  
- **Mariguana:** Con esta droga inician los consumidores, es la más difundida en el mundo, se extrae de la planta llamada cannabis sativa o cáñamo indio. De la planta se utilizan las flores y las hojas secas trituradas, las que se fuman en forma de cigarrillo o conocido como porro. La resina de la planta se utiliza para hacer hachís, en donde el alcaloide se encuentra altamente concentrado, en Argentina no es habitual esta forma de consumo, si lo es en otras regiones. El tetra hidro cannabino (THC), es la sustancia psicoactiva más importante que posee la marihuana. Produce sensación de placidez, euforia, intensificación de las percepciones, que pueden llegar a las alucinaciones, alegría irrefrenable con ataques de risa, desinhibición, etc. Esto en la primera media hora de consumida, pasado el efecto aparecen la angustia y la depresión. Genera tolerancia por lo que aumentan el consumo progresivamente. En los consumidores habituales se encuentra confusión mental, déficit en la concentración y la atención, dificultad para pensar, agravamiento de las alteraciones de la personalidad, pudiéndose desencadenar episodios psicóticos. También produce trastornos cardíacos, pulmonares, afectando la capacidad inmunológica, etc. (Cuatrocchi, 2008: 141)
  
- **Pasta base de cocaína (PBC):** Conocida como Paco, se ha hecho masivo su consumo masivo hace alrededor de unos diez años, debido a su bajo precio. Contiene además de los alcaloides de la hoja de coca, diferentes sustancias altamente tóxicas, por no ser purificada, es el resultado de la etapa inicial del

procesamiento de las hojas, contiene aun los residuos de los solventes utilizados por el proceso. Se comercializa en forma de polvo apelmazado de color blanco o marrón, según los componentes que contenga. Es consumida fumándola sola o mezclada con tabaco o marihuana. Sus efectos aparecen rápidamente después de consumirla, duran varios minutos, generalmente se perciben como aumento de energía y estado de alerta, disminución del sueño y el apetito, divagación, aumento de la presión arterial, del ritmo cardíaco y respiratorio, entre otros. En el cerebro se produce una liberación de dopamina generando euforia, pasado el efecto una sensación desagradable de depresión y angustia, se incrementa con el consumo prolongado. En abstinencia se les presenta disforia, irritabilidad, depresión (a veces con ideas suicidas), ansiedad, y un fuerte deseo de consumir nuevamente, sin medir las formas y los medios que utilicen para conseguir la droga. El consumo excesivo produce consecuencias graves, alteración a nivel de los neurotransmisores, alteraciones de la conducta, síntomas psicóticos, difíciles de revertir; diversas consecuencias a nivel corporal como resultado de la intoxicación que provocan los solventes que contiene. (Cuatrocchi, 2008: 141, 142)

## VIII. Anexo 2 Entrevistas

10 de Enero. Entrevista a ex Asistido 1

U: Úrsula

Ale: Entrevistado

U: - ¿Cómo llegaste al CADES? ¿Fue por propia voluntad o te llevaron?

Ale: - Principalmente fue por decisión de mis padres más que nada, por situaciones que a ellos les preocupaban viste...mías, más que nada conflictos en las salidas y bueno...los conflictos que vos tenés en la calle con la policía y eso y además situaciones viste que, por ahí lo encuentran a uno en un estado que no...como fuera de sí viste; uno por ahí se desinhibe de cierta manera que llevas situaciones preocupantes para tu familia, a tu familia, a tus seres queridos, y bueno la decisión fue de mis padres de querer internarme

U: - ¿Y vos cuándo habías empezado a consumir?

Ale: - Y...yo había empezado a consumir más o menos a los catorce años, trece o catorce años, pero hay como distintos niveles de consumo vos por ahí capaz que decís bueno sería la primera vez que yo consumí a esa edad, y se va tocando después la regularidad, por ahí capaz que yo empecé a consumir, fue la primera vez, pero en meses no había probado nada y bueno y después ya se...de a poco se iba haciendo como más recurrente, que eso es la dificultad en realidad de la recurrencia viste y la costumbre; porque es una costumbre nomas

U: - ¿Y qué empezaste a consumir?

Ale: - y empecé con marihuana más que nada al principio y alcohol

U: - Alcohol...

Ale: - Básicamente

U: - ¿Y después probaste alguna otra?

**Ale:** - si he probado...no hace falta nombrarlas, pero he probado de distinto...o sea inhalando, pero no...nunca generó una dependencia ni nada por el estilo o esas cosas viste, el problema más que nada era que fumaba marihuana y el alcohol.

Pero el...si bien el alcohol es una droga muy potente viste, es algo...porque ponele vos podes fumar marihuana pero no pasas ciertos puntos que por ahí con otro estimulante podes sobrepasar; ...no llegas a ciertos estadios de inconsciencia viste, habiendo fumado o ese tipo de cosas

**U:** - ¿O sea que tu mayor problema era el consumo de alcohol?

**Ale:** - Claro, más que nada si porque era algo que te saca de vos viste te desinhibe completamente, en cierto punto te desinhibe completamente

**U:** - ¿Y vos aceptaste que tenías ese problema o solo lo hiciste porque tus padres te dijeron?

**Ale:** - si bien yo sabía que tenía un problema y tuve que aceptar si o si lo que mis padres dijeron porque no tenía otra alternativa, no tenía el poder de decidir porque en ese momento era menor de edad, así que...pero yo tenía como un resentimiento de que había una brecha muy grande entre los...digamos entre las barreras que tenemos entendes, porque vos acá ¿qué tenés? un centro de día que vas dos o tres veces por semana o estás encerrado prácticamente, privado de tu libertad me entendes. Y o sea era como una brecha muy grande, no hay ...un lugar intermedio de contención, de que vos decís...a mí me tocó estar con gente que...yo creo que de todos los casos era el más leve, por ejemplo entendes, o sea que mi salida hubiese sido otra, por ejemplo yo tengo capacidad para aprender para estudiar y me ha tocado estar con gente que yo...agarré el plan Fines por ejemplo y...tenía que hacer dos años y yo me puse las pilas y en cuatro meses saqué todos los libros, y siempre me acuerdo de un chico que yo le quería enseñar, le quería explicar viste, porque se acercaban a preguntarme como me veían a mí y...y le quería explicar me acuerdo un concepto básico que es nómada y sedentario, que para mí es algo muy simple, y no se lo podía hacer entender entonces yo digo bueno, sinceramente no sabría cómo tratar en casos de esos viste, lo veo como una situación re complicada

**U:** - O sea vos decís que ahí adentro en el CADES están todos juntos, ¿no son divididos digamos según su patología o, según su problema o, según lo que hayan consumido?

**Ale:** - No, no está dividido eso, sino que vos ...está dividido en el avance que van teniendo las personas y en el tiempo también

**U:** - ¿Las etapas que ellos hablan?

**Ale:** - Claro las etapas, vos siempre es como que tenés vos sos un ingresante que estas en...son fases, cuando vos ingresas tenés la fase admisión, que y cuando vos recién entras tenés un hermano mayor que es el que te guía te va explicando las reglas todo y una vez que aprendes empezas a caminar solo que es lo que se le dice

**U:** - ¿Eso sería la fase de admisión? ¿El que te va indicando?

**Ale:** - Claro, no...la fase de admisión es la primer fase cuando vos entras recién, y bueno he...sos fase admisión ponele un mes, mes y medio que es como...y también es tipo como cargo viste, según la fase vas teniendo más privilegios ese tipo de cosas, y se te permiten más cosas, ponele...dos fases admisión no podían tener comunicación dentro de lo que es la estructura, no podían tener comunicación dos personas que sean de fase admisión; y después tenés...después del mes, mes y medio cuando pasas a lo que sería fase A, por ejemplo, dos personas de fase A podían tener comunicación siempre y cuando no sean de la misma ciudad y con un tercero, que sea de otra fase, sea fase B digamos.

Ese era más o menos el sistema, porque según el avance que va teniendo uno ya se va adquiriendo cierto concepto y va adaptándose más a las reglas viste; porque hay muchas cosas que no se pueden hablar, palabras que no se pueden decir, no se puede utilizar el léxico de la calle, un montón de cosas...que eso es lo que vos aprendes en lo que sería el tiempo que estás con tu hermano mayor que son dos semanas más o menos aproximadamente

**U:** - O sea que es como un re-aprender nuevos hábitos, normas y reglas...

**Ale:** - Tal cual, tal cual...bueno las reglas y normas son muchísimas, ...son...hay un cronograma para cada día, tenés los distintos sectores con las distintas tareas y toda tarea tiene un tiempo, ya sea desde que te levantas tenés tiempo para tender la cama y cambiarte, para higienizarte, tiempo para pasar al baño, tiempo para...para bañarte; y por ahí muy acotado porque lo que se trabaja también mucho es la tolerancia viste..., y según ...y es como un premio y castigo siempre, si vos te portas bien siempre vas a

tener por ahí más privilegio de que uno que tiene una conducta bastante reprochable, es como la confianza igual que te tienen ellos viste, por ahí ellos...salen a pescar y todo eso, pero si vos tenés tendencia a querer escaparte no vas a poder ir a hacer un paseo de pesca porque...

**U:** - Claro

**Ale:** - O por ahí lo evalúan y capaz que te llevan igual, y es también lo que trabaja el cuerpo de psicólogos y todos los directivos

**U:** - ¿Y todos los chicos que están ahí tienen que ir al psicólogo, tienen que ver al psiquiatra y todo eso? ¿o solo algunos?

**Ale:** - ...no, todos...todos tienen un...tienen designado un psicólogo personal que lo atiende individualmente, y después grupos, he...donde igual son comandados por un psicólogo, pero donde todos comparten la misma experiencia con un psicólogo

**U:** - ¿Y vos me podés describir lo que sería la fase A?

**Ale:** - Y la fase A es cuando...según uno admite ya que tiene una enfermedad que ya se empiezan a tratar distintos temas que en la fase de admisión ponele, en admisión ponele se habla de admitir de vos entrar ponerte en ambiente, también tiene que ver con cómo vos te vas adaptando al lugar viste, porque vos tenés que tener cierta conducta como para poder ir avanzando en el programa, y bueno el psiquiatra igual el psiquiatra lo...cada un tiempo regular lo veíamos; yo por mi parte ...yo entre un viernes creo que fue y me daban una medicación mínima hasta el lunes que me vio el psiquiatra; y yo dije que no que no la quería tomar y me la sacó, porque yo no tenía abstinencia no tenía ansiedad no tenía nada, así que yo preferí directamente no tomar medicación porque no lo creí necesario

**U:** - ¿Y quién decidía que tenías que tomar la medicación?

**Ale:** - El psiquiatra, pero ...cuando vos entras te dan igual una dosis baja como prevención viste

**U:** - ¿Y te acordás que medicamento era?

**Ale:** - Si era oxcarbazepina...bueno clonazepam y...seguro miorelajantes, para el ansiolítico, no sé si inductor de sueño todo eso

**U:** - Si, si, para mantenerlos tranquilos

**Ale:** - Claro si, igual como prevención viste porque había otros chicos que eran mucho más complicados, porque tenía...si vos tenés una adicción por ejemplo que son las pastillas y todo eso, obviamente va a ser mucho más necesario porque te genera una dependencia física muy importante

**U:** - Si, la cocaína y los opacios que son la heroína son muy fuertes

**Ale:** - Si

**U:** - entonces, me decías de las fases, ¿la fase B qué incluía?

**Ale:** - Bueno eso iba muy de la mano con los cargos, porque vos tenés...el lugar prácticamente es mantenido y auto regulado así por los mismos residentes de CADES viste; nosotros hay una escala que es bueno que, el residente que sería el admisión prácticamente, después tenés el encargado que sería, hay un encargado por cada sector, pueden haber dos o tres encargados pero generalmente hay uno por cada sector; después tenés el coordinador, el ayudante de coordinador, no el coordinador, el ayudante de supervisión, el supervisor y el C G que es coordinador general líder que es el que tiene contacto directo con el staff, con el personal de CADES viste, para cualquier urgencia puede tener contacto directo porque si no se maneja todo mediante el cargo; desde pedir un corta uña o pedir una tijera o ...no se pedir aguja para coser algo.

Todo eso se pide con nota y la nota va según la escala vos se la pasas al siguiente, si sos encargado se la pasas directamente al coordinador, si sos residente va al encargado, al coordinador, al ayudante de supervisión y así va subiendo

**U:** - O sea que no pueden hacer nada si no se comunica primero...

**Ale:** - no nada, pero hay ciertas cosas viste para que igual quede registrado ponele, porque si es un elemento punzante o algo de eso hay que tener ciertos recaudos porque uno no sabe cómo puede reaccionar una persona; por ejemplo, cinto no podíamos usar, son reglas que...para resguardar la seguridad

**U:** - Si, bien

**Ale:** - y siempre es todo muy, muy de pasos a seguir viste y muchas reglas...muy...un lugar muy estructurado viste

**U:** - Después de la fase A, la B, ¿tenían alguna C?

**Ale:** - Tenés fase C que no me acuerdo si era de gente que venía recaída digamos, o si era la fase de externación, me parece que es de externación porque después...sigue el tratamiento una vez vos...que vos salís; yo salí antes pero el tratamiento en realidad sigue

**U:** - ¿Cuánto tiempo estuviste vos?

**Ale:** - Yo estuve casi nueve meses

**U:** - Nueve meses, o sea no alcanzaste lo que dice la inscripción, el año. ¿Y ellos con vos trabajaron el tema de la reinserción social y laboral?

**Ale:** - No

**U:** - Tampoco...

**Ale:** - No conmigo no

**U:** - A bien, bien...

**Ale:** - No porque yo, yo me quería ir viste, yo no me sentía...sentía que había cumplido lo que tenía que cumplir ya demasiado, yo dije...no yo ya me quiero ir

**U:** - ¿Hicieron tratamientos así juntos con tu familia?

**Ale:** - ...si porque vos tenés la visita y todo eso viste, pero también ellos, si bien te hablan a vos hablan con tu familia y el análisis que ellos detectan también lo aplican a tu familia y te dicen, ponele vos en la visita no solamente tenés que estar contento porque te vienen a visitar, sino charlar ciertas cosas que...que quedan en el aire viste; por ahí hay cosas que no se hablaron que pasaron y después no se vuelven a hablar viste, como que pasó bueno se superó y quedó ahí tapado viste; entonces por ahí esta bueno...destapar ciertas situaciones y poder charlarlas viste, disculparse muchas veces por lo que uno ha hecho mal, y todo ese tipo de cosas y sirve mucho viste, para lo que es recuperar el vínculo y todo eso...si bien es difícil

**U:** - Si...

**Ale:** - Y los miedos y todo ese tipo de cosas

**U:** - ¿Y eso lo trabajan con vos y ellos?, o sea ¿lo trabajan en conjunto o por separados acá?

**Ale:** - por separado más que nada, yo he tenido por ahí confrontaciones que se les dice viste

**U:** - Si

**Ale:** - Por la...era problemático viste encima...bicho, yo tenía una personalidad que no se cambiaba, habían palabras que no se podían decir pero yo las decía de otra forma, porque me aprovechaba de eso, y...todo ese tipo de cosas me las remarcaban, las macanas que yo hacía y todo eso siempre me lo remarcaban y por ahí han llamado a mi familia para que me confronten como diciendo bueno, ya que estás acá ponele, hace las cosas bien que esto que el otro, pero como yo no me sentía que tenía que estar ahí y habían un montón de cosas que no me interesaban, ponele a mí no me interesaba seguir las reglas del lugar, y...porque me parecía demasiado, que se yo lo hacía porque eran las reglas pero sin embargo no...no le daba la importancia de que ellos le tenían, porque decían no pero esto sirve para que vos esto, esto, esto y lo otro, bueno está bien pero yo no lo acepto viste o creo que no...; entendía todo perfectamente porque ponele en las palabras que no podía usar me acuerdo me equivoque una sola vez ponele en los nueve meses, pero no podía decir ponele...no podía decir pegar, no podía decir pila, no podía decir ni loco, no podía decir bueno...mierda. Bueno...mi léxico viste, palabras que por ahí vos decís “no joya” o no podía decir, abreviar tampoco, decir “no tranqui” o invertir las palabras tampoco viste.

Y es complicado, ponele un caso como el que te comentaba hay...se complica muchísimo más porque no tienen ciertas capacidades

**U:** - Y eso tiene que ver, lo de las palabras, tiene que ver ¿por qué la gente que consume tiene un léxico diferente?

**Ale:** - ...no sé si la gente que consume, puedes consumir o no, pero hay ciertas palabras igual dentro del consumo que están relacionadas, están relacionadas porque hay un cierto lenguaje que...

**U:** - Que utilizan...

**Ale:** - Que se utiliza sí, eso si

**U:** - Y tu experiencia entonces en el CADES ¿cómo fue? ¿Te gusto? ¿Es buena, mala?

**Ale:** - A mí me gusto yo fui con la expectativa con una expectativa que decía...bueno cada...seguramente me imaginaba algo más como más turbio sería la palabra, más más áspero, sería un ambiente re distinto me imaginaba y no, me recibieron todo re bien viste la mejor onda todo, yo me imaginaba algo totalmente distinto viste, yo decía "no acá"...no sé me voy a tener que re defender o voy a tener que estar.... Si bien pelee ponele una vez que tuve que pelee, pero porque hay muchos que te buscan con la reacción igual se aprovechan de eso según la persona viste como en todos lados, y pero no...yo hice un montón de amigos, un montón de relaciones la verdad

**U:** - Y los operadores, ¿cómo era la relación con los operadores?

**Ale:** - Con los operadores bien, bien igual, salvo...siempre tenés algún problema con alguien, pero la verdad que no yo tenía muy buena relación con los operadores. Incluso cuando yo estaba ingresó un operador que venía del COSE, era operador en el COSE, y el tipo sé que igual venía con...con una visión mucho más áspera viste porque si un centro de rehabilitación no es lo mismo que un cose me entendes, y con el tiempo igual fue como él dándose cuenta y ablandándose, adaptándose a lo que es este tipo de institución viste; porque no es lo cómo te digo...no es lo mismo pero yo calculo que no debe estar ni cerca de lo que de ser ese lugar con un centro de rehabilitación

**U:** - ¿Y vos terminaste dándote cuenta que lo que te pasaba era una enfermedad?

**Ale:** - no sé si lo tomaba como una enfermedad yo la verdad nunca lo admití como una enfermedad

**U:** - ¿No?

**Ale:** - No, porque capaz que, a mi punto de vista, que vos decís como te digo para mí era un extremo me entendes, yo estoy convencido de que tendrían que haber...no sé qué manera o como verlo, pero tendría que haber un punto intermedio para no llegar hasta ese punto, hasta ese lugar viste

**U:** - ¿Y si no hay otra cosa?

**Ale:** - Claro, capaz es lo mejor pero es como que no, hay una brecha muy grande que para mí se podría rellenar de otra manera

**U:** - Y después de ahí ¿empezaste a valorar el tema de tu libertad? ¿de cómo mejorar tu vida, como relacionarte? ¿Empezaste a ver eso?

**Ale:** - Si yo la verdad cambie, yo siempre veo que para mí fue una experiencia donde yo aprendí un montón y cambie un montón de cosas y que me ayudó mucho, yo terminé la escuela ponele ahí, hasta los mismos profesores me re ayudaban, mucha gente que me hablaba mucho, aprendí todos los que...las actitudes viste de las personas; a mí me ayudó un montón, como experiencia de vida, me ayudó un montón.

Y bueno después conseguí mi trabajo todo y ya me dio estabilidad completamente distinta viste, porque por ahí uno no tiene, siempre vuelve a lo mismo, porque no tiene nada que hacer o cree que no tiene nada...y es un estilo de vida igual creo yo

**U:** - ¿Y vos le aconsejarías a alguien que esté con este tipo de problema, que acuda al CADES?

**Ale:** - pero tenés que ir si realmente estás convencido, si vas a ir por tu cuenta, porque si no vas con un convencimiento propio es lo mismo que nada, mucha gente te puede decir muchas cosas pero si vos no queres escuchar y no te va a servir absolutamente de nada; por ahí te va a servir un tiempo el tiempo que estés ahí pero si decís bueno voy a salir y vas a hacer los mismo, te va a servir únicamente el tiempo que es te ahí; porque si vos te queres curar es una decisión personal y si vos no estás decidido no estás dispuesto a cambiar no vas a cambiar en ninguna parte; que no digo que si vos estás...que si vos queres cambiar vas a ir y vas a cambiar sino que también va a ser una lucha constante...pero es más que nada eso una decisión personal que tiene que tomar cada uno de querer hacer querer cambiar. Porque si...como te digo si vas con el pensamiento de no querer cambiar o si vas a mandar un pibe y el pibe no quiere cambiar no va a cambiar, te va a cambiar el tiempo que este ahí y capaz que a la larga se dé cuenta igual.

Yo ponele, yo me di cuenta de cosas mucho después de estar ahí y no, no el tiempo que estuve adentro, sino que...es una experiencia que te queda, te queda de por vida; hay que estar nueve meses ...no ser dueño de tu tiempo, no ser dueño de tus cosas, porque si bien tenés tus cosas viste no las podes usar cuando vos queres, no...te ponen un límite para todo ponele, podes tener cierta cantidad de ropa viste, tenés que tener todo ordenado es difícil el no poder hacer lo que vos queres, por ahí darte cuenta y decir “uh mira yo estaba re bien y ahora tengo que estar acá adentro”...viste, pero después te...te

acostumbras, es costumbre, si bien siempre vas a tener ganas de irte ganas de estar en tu casa, si vos ya aceptas que estás ahí se te pasa el tiempo...es tratar de llevarlo lo mejor posible.

Nosotros hacíamos de todo ponele, a mí me re gustaba cuando salíamos a pescar yo ... hacía muchas macanas viste pero me tenían la confianza de decir ponele, yo me mandaba macanas pero sabían que no me iba a escapar ponele, entonces me decían “bueno ahora te vas a trabajar al campo” viste, me levantaba y me mandaban a trabajar al campo con un ...un hombre mayor que había ahí y nos íbamos re lejos viste recorríamos todo, y a mi capaz que me servía mucho más eso que estar encerrado que me estén dando latigazos todo el tiempo

**U:** - Claro, ¿y qué actividades hacían afuera?

**Ale:** - Y ponele por ahí salíamos a pescar o jugábamos al fútbol,...después habían en un momento hubo teatro y bueno, después tenés he todo el tiempo que te consumen las actividades diarias porque viste, como te decía, tenés el sector cocina, el sector mantenimiento, sector limpieza, sector predio y cada lugar igual te lo destinan para trabajar distintas...distintas actitudes viste; o distintos puntos, ponele a vos te mandan a cocina, si vas a cocina es un lugar que es todo muy rápido va todo muy rápido viste, el tiempo muy acotado entonces vos trabajas mucho lo que es la...la tolerancia en la cocina.

Porque ponele apenas...el tema de la escala, si está el supervisor ponele le dice bueno corren los treinta al coordinador, le tira treinta minutos para terminar, el coordinador al encargado le tira veinticinco y el encargado a los residentes les tira todo tiempo individual, entonces capaz que en donde empezamos a limpiar bueno cinco minutos para el barajado, cinco minutos para enjuagado, cinco minutos para el secado y así, y entonces empezas...empieza uno a barajar otro a limpiar y así, y si vos te pasas de los cinco minutos te tiraban la mitad del tiempo y ahí ya tenías una cruz y a las tres cruces te bajaban una medida ponele no se...a la noche después de comer limpiar el staff junto a los otros que juntaron tres cruces y así viste; y pero vos te pasas por ejemplo por ahí te pasas de cinco minutos te tiran dos y medio, te pasas de los dos minutos y medio, te tiraban un minuto y después ya el tiempo mínimo era treinta segundos y ahí era donde más se trabaja la tolerancia, porque te cada treinta segundos te imaginas te pasas a cada

ratito viste, entonces treinta segundos te pasaste una cruz, treinta segundos te pasaste otra cruz...

**U:** - ¿Están mirando con un cronómetro?

**Ale:** - Claro está todo cronometrado, así que...imagínate vos, una vez que te acostumbras por ahí esta bueno estar a full viste pero llega un punto que...yo me acuerdo...una vez que había tenido un problema me...tuve que limpiar toda la cocina yo solo, imagínate comíamos cuarenta personas, toda la cocina yo solo al medio día y a la noche así que...me tiraban una hora para no pasarme del tiempo, así que nada imagínate que tenía que hacer todo barajar lavar los platos todo y cuando te supervisan no se...te miran hasta el fondo del vaso y si tienen una gotita...este está para revertir, para revertir, para revertir y así, ponele la heladera tenía que ser un espejo, venían así y te tocaban no sé el zócalo “acá hay tierra” o ahí arriba “acá hay migas” viste, te bailaban; según quien te toque igual pero la idea era esa, y encima tenía un kilo de papa atado a la cintura me acuerdo, u otra medida que tenían, tenía que andar con un kilo de papa atado a la cintura por todo un día

**U:** - ¿Y eso para qué era?

**Ale:** - Y porque yo había...me acuerdo había juntado...yo estaba en el encargado de economato, o sea si bien estaba en la cocina estaba encargado del economato y era el encargado de ir a buscar la comanda diaria viste, todos los días todo lo que se iba a usar en el día, y no podía traer ni más ni menos, o sea lo que traía lo tenía que traer justo si no, ponele...si vos te pasabas de harina me acuerdo una vez que uno trajo mucha harina y le dijeron “bueno no se vos la vas a tener que usar igual”, y porque vos preguntas “¿che la podemos ir a dejar?” y si no te dejan bueno la vas a tener que usar, y así que nos comimos unas pizzas como de seis centímetros de alto viste. Unos mazacotes; y bueno volviendo a lo de la papa y yo había cargado una bolsa y le dije a una chica si la podía llevar y como yo no...no tenía la autoridad como para dar una orden, me bajaron como medida que tenía que andar con un kilo de papa atado a la cintura, que en el pararme y levantarme de todo el día ya me pesaba viste, vos decís un kilo no es nada pero en el día completo...y limpiar toda la cocina una hora dos veces al medio día y a la noche, y esa es una de las peores medidas que me dieron.

Pero después no podías ponerle... hay una parra de uvas y no podías comer las uvas, y a uno el que fue mi hermano mayor cuando yo llegué por comer uvas le hicieron pelar treinta uvas con la mano, o no podías matar arañas ponerle, arañas no podías matar y bueno justo a mi hermano mayor igual me contaba que lo hicieron juntar cinco arañas en un frasco, y había agarrado una araña grande que se comía a las otras y no le creían viste, así que... y bueno ese tipo de cosas pero eso son las más insólitas viste, después tenías no se... levantarte a regar a la mañana viste, abrían los canalitos de riego y te hacían levantar a baldear, esas cosas, o hacer el pan por ahí como para... porque la cocina siempre se levantaba primero y se acostaba a lo último, entonces por ahí tenían eso

**U:** - ¿Van rotando no en la cocina?

**Ale:** - Si, si en la cocina vos tenías un día de franco por semana y después te van pasando a otros sectores, porque por ejemplo en predio vos estás barriendo hojas viste paleando así haciendo laburo tranquilo, donde vos trabajas mucho la evasibilidad porque que pasa vos estás ahí tranquilo y te pones a pensar en un montón de cosas, que estando en la cocina por ahí no tenés ni tiempo a pensar me entendés; entonces cada sector igual tiene sus funciones cumple su función de para trabajar distintos aspectos viste

**U:** - ¿Y talleres hacías?

**Ale:** - Talleres yo creo que era algo que lo que estaba muy flojo, para mi tendrían que haber mucho más ponerle no se... tener talleres de herrería, de carpintería, cualquier ese tipo de cosas que... prácticas que cualquiera puede aprender, porque por ahí algo conceptual es mucho más difícil de aprender que algo práctico viste, que también aprendes un montón con las cosas prácticas, uno no se da cuenta pero aprende

**U:** - ¿Y en el momento que vos estuviste que talleres estaban dando?

**E:** - Y bueno estaba el taller de teatro y... yo me acuerdo que iba a la escuela nomás y estaba el taller ese de teatro que fui un par de veces y... no después talleres no había mas

**U:** - Y la huerta afuera... ¿es parte del trabajo que tienen que hacer?

**Ale:** - Si, si ese es un sector, tenés el sector huerta, sector predio, mantenimiento, cocina y limpieza; y pero por ahí el estado del sector varía mucho del grupo de trabajo que entre viste, pero por ahí estaba muy abandonada la huerta y entraba uno que sabía o que

tenía más ganas y...y cambiaba viste; pero no para mí el tema de los talleres y todo eso muy flojo, para mí faltaría muchísimo más, que es en lo que hay que hacer hincapié, porque por ahí si bueno un pibe sale y...ponele no tiene un oficio...

**U:** - No está preparado

**Ale:** - claro, no tiene un oficio no tiene nada, por lo menos para decir que salga y que haya aprendido algo también para poder defenderse en la vida, porque no es solamente psicología y todo eso, sino que vos tenés que tener habilidad y destreza...

**U:** - Claro...

**Ale:** - para poder defenderte. Yo igual ponele hice un poco de albañilería también, pero...pero muy básico no...en eso habría que hacer muchísimo hincapié...

**U:** - y el tema de haber hecho...

**Ale:** - yo siempre hablando en referencia a esta institución viste, porque cada institución debe ser un mundo

**U:** - Si, ¿y esto de haber estudiado te ayudo para que vos puedas conseguir trabajo?

**Ale:** - Si, si bien si me ayudo porque obviamente tener la escuela secundaria, te lo dicen en todos lados para entrar, hasta para entrar en un kiosquito necesitas la escuela secundaria,... yo tuve la suerte que me ayudaron mucho los profesores, porque el único medio que yo... que había para que termine era el plan fines, así que...y yo era menor por unos meses, entonces me dijeron bueno empieza a hacer las actividades y después de que vos cumplas la edad nosotros te vamos a poder presentar los trabajos.

La verdad que re agradecido en ese punto porque a mí me re acompañaron, todos los que son los profesores, todo el grupo de profesores... de la 181 de Dolavon, así que no la verdad los profesores un fenómeno todos me re acompañaron, todos me decían tenés una capacidad terrible, tenés que salir, tenés que seguir estudiando tenés que...; porque imagínate que yo, yo soy muy bueno en matemática entonces agarré e hice... yo terminaba un módulo, en cualquier materia, y ya me daban el otro libro con todas las materias entonces...

**U:** - ¿Eso lo terminaste ahí adentro en el CADES?

**Ale:** - Claro...

**U:** - A genial

**Ale:** - Imagínate que yo en cuatro meses pude meter dos años de escuela, y bueno cuando estaba haciendo eso por ahí nos mandaban a adelantar de no se...a llevar hojas viste, cuando teníamos que ir a tareas que eran así, íbamos todos viste, los de todos los sectores, y yo decía bueno yo soy el único que estudia yo no voy a ir a hacer tareas me voy a quedar acá estudiando; y aproveche ese tiempo viste, porque para mí era lo mejor que podía hacer, porque yo sabía que si salía capaz que no la terminaba, capaz que andaría de...y no hubiese ni terminado la escuela así que aproveché esa oportunidad, y creo que fue una de las cosas más grandes que hice en mi vida y que fue lo mejor que podría haber hecho, si me arrepiento de algunas cosas no se...yo veía los viajes de egresados y decía “¡uh!” , porque fue como que termine y fue tan sencillo para mí que fue...bueno listo...

**U:** - Claro...

**Ale:** - así que bueno, pero tiene su recompensa igual

**U:** - Bien, bárbaro; bueno gracias, son las 11:10 hs, gracias por la entrevista.

.....###.....

## **Entrevista ex Asistido 2 del CADES**

7 de marzo. Entrevista a ex asistido por problemas de adicción.

**U:** Úrsula

**Lau:** Entrevistado

**U:** - Hola

**Lau:** - Hola que tal.

**U:** - Bueno, te voy a hacer unas preguntas y vos podés contestar con total libertad todo lo que quieras, esto es confidencial; queda entre vos y yo; tu nombre no hace falta que lo digas. ¿Cómo fue que llegaste al CADES, como lo conociste?

**Lau:** - Por medio de que mi hermano estuvo...tuvo problemas con la...con la policía, y mi...mi papá y mi mamá no tuvieron mejor decisión que llevarlo, conseguir un internado para internarlo y no habían muchos que no durasen más de...menos de tres años, de tres años y dos años y eran muy lejos; creo que hay uno en Bariloche otro en Neuquén y en Buenos Aires; y el único que estaba era CADES, el más cercano.

Asique decidieron por CADES, ya habían...habíamos conocido...que tenían un par de conocidos que habían terminado el tratamiento...que conocidos acá de Rawson que habían terminado asique decidieron llevarlo ahí, de un día para el otro por el tema que...por el problema policial que había tenido mi hermano. Y bueno, mientras que el transcurso que mi hermano estuvo ahí, cuando mi hermano se fue, que quiso...se tuvo que ir a los diez meses que no terminó, no concluyó el tratamiento...yo no lo podía ver; asique yo decidí, para poder verlo, decidí internarme...la primera vez.

Bueno duré seis meses, me escapé...me escapé del tratamiento porque...es duro estar ahí adentro; se me hizo difícil, se me hizo difícil...estar ¡ahí! ...y...me escapé por un reproche fue, por un enojo me fui. La cosa es que bueno pasaron un año y medio tuve una relación con una...con una pareja y...y bueno lo primero estuvo bien un tiempo hasta que empezó las adicciones, las adicciones en el hogar con ella y cada vez peor. Después me dejó, y cuando me dejó fue peor todavía porque...tenía muchos amigos, había conseguido muchos amigos con el tema...influencia en el robo y en la...en el tráfico en Trelew, y me empecé a juntar con esas personas y la droga era...gratis.

Asique me llevó a una...bueno me enfermé, prácticamente estaba enfermo fueron cinco meses de mucha droga, mucho consumo, asique...mal el consumo que también consumíamos bastante con mi pareja y era todo gratis; digamos la vendía nomás, va vendía para poder consumir y además me hacía plata porque era mucha la cantidad con la que traficaba. Y bueno...pero llegó un momento en que todo “eso” se termine, cuando se termina es cuando te das cuenta que estás enfermo, necesitaba mucha necesidad asique empecé a robar...y...en un momento le pedí a dios que me...que me diera una señal para poder no sé...que...que me ayude para poder volver con esta chica y poder hablar porque la amaba mucho, y le iba a decir que me iba a sanar y me iba a

internar por ella y por su hija, porque ella tenía una nena, y por mi hija también, y dios me...al ratito a los cinco minutos diez me habló esta chica y me dijo que me extrañaba y que quería estar conmigo pero que me iba a ser imposible porque yo no iba a cambiar; y le dije yo que por ellas iba a hacer lo que sea y me iba a internar.

Y yo le pedí a dios que me mostrara, para poder volver con ella y para que salga de todo lo que me estaba pasando porque estaba muy enfermo; no podía estar con mi mamá...necesitaba siempre de “algo” o alcohol o algo, algo necesitaba para estar bien. Bueno asique, volví a CADES, por mi decisión propia, y estuve muy bien en CADES...un tiempo..., me gustaba como hasta los cuatro meses, después de los cuatro meses me di cuenta que esta muchacha estaba con otro chico, había quedado embarazada...y...y bueno eso me vino muy abajo porque...yo la quería mucho, me costó mucho el tratamiento después de ese...esa recaída, porque fue una recaída mal...me cayó muy mal, y después dije me desaferré de dios me desaferré de todo, deje de leer la biblia y bueno...

Ahí acá y estuve en CADES hasta que, bueno me quise ir muchas veces, pero nunca volver a cometer el mismo error de escaparme, o me sacaba mi papá o lo terminaba, era decisión de mis padres no mía, porque yo sabía que no...que si no lo terminaba iba a llegar a un...; pasaron los meses, llegue a los diez meses y me adelantaron el tratamiento por haber ya hecho seis meses anterior y me vieron bien, asique salí a los diez meses y hasta ahora sigo afuera.

**U:** - Mm...

**Lau:** - Así llegue

**U:** - ¿Y a qué edad consumiste por primera vez?

**Lau:** - Y alcohol consumí de chiquitito, digamos...pero poco, digamos viste como cuando sos nene y que agarras cerveza y la mezclaba con fanta y esas cosas sin que se dieran cuenta mi mamá y mi papá, de muy chiquitito, después probé la marihuana a los catorce años...y...a los dieciocho la cocaína, después a los veinte el LCD y a los veintiuno...la pasta, el Rivotril y todo eso, medicación, ahí fue cuando me perdí completamente, que fue cuando me dejo mi pareja, ahí empieza lo que es...

**U:** - Mm..., vos te diste cuenta entonces que tenías una enfermedad

**Lau:** - Y que necesitaba algo que me cure, eso es lo que me hizo ver el señor, que en realidad yo no pedía volver con ella, sino que pedía sanación, salvarme yo, y él me hizo entender que...cuando estaba internado...que...no me tenía que curar por ella sino por mí, él me dio ese empujoncito de que esta muchacha se...se acuerda y quiera verme para que yo pueda internarme, sabía que era mi empujón, y después todo fue dejarlo en manos de él, y ahora gracias a él estoy como estoy.

**U:** - ¿Y vos por qué crees que tenías esa necesidad de consumir? ¿Qué es lo que sentías que te faltaba, que llegabas a eso de ir a consumir para poder sentirte bien?

**Lau:** - Me gustaba la joda, mucho me gustaba mucho estar en fiestas y en esas cosas, y cuando estás en ese ambiente tenés que adaptarte...como en todo ambiente. Entonces, estaba en la joda todo y ¡pum! ...empecé a adherir y dije bueno ya fue y...y empecé a fumar y eso. Y uno no lo piensa de ese lado, al principio cuando estás en el momento de drogarte no pensás...u porque mi papá no estuvo porque mi mamá no estuvo...no lo pensá...pero después lo buscas de ese modo porque sabes que te sacia lo del espacio vacío, te hace sentir feliz, entonces ya todas esas partes en blanco de dolor y de...de...saber que lo tapas con eso porque ya lo probaste, entonces ya no sentís más dolor, mientras más metido estas en eso menos dolor tenés pero a la vez igual estas triste, pero estas con eso, te sentís “bien” en el momento y te gusta...y después te empieza...lo primero empezás a ver eso después ya te lo tomas como un gusto nomás, que te gusta...te encanta, te gusta estar en ese estado así, mientras más tiempo estas así mejor.

Ya después no lo ves de ese lado porque por ejemplo, muchos los que tienen el o al alcohol viste...que matan las penas es lo que dicen, y bueno eso es así, lo ves de ese lado a veces en distintos momentos, pero en otros momentos lo ves para estar más feliz nomás, estás feliz pero lo ves que quieres estar “más” feliz...pensás que fumando vas a estar más feliz o con LCD estás más feliz lo vas a pasar mejor ese momento, no puedes pasar un momento sano, porque ya cuando estás en el pozo ya estás mal...ya estás mal.

**U:** - Dentro del CADES, ¿te acordás como fueron las fases que ellos trabajan?

**Lau:** - Si, empezás siendo admisión, es admitiendo tu adicción, de que sos adicto y que tenés recuperarte, ...vos planteando sobre eso primero, tenés distintas comunicaciones, cuando sos admisión tenés comunicación con los FASE B; que son los que ya tienen

tratamiento y están bastante avanzados y saben que no, digamos los operadores y el equipo saben que vos...tenés...autoridad para poder, en tu persona, para hablar, saber de los temas que tenés que hablar con los recién ingresados, con los que están admitiendo su adicción. Entonces vos tenés un tiempo, ese tiempo considerado, para saber lo que lo que tenés que hablar con el internado y que no, para que...para hacerle entender que el está adicto, que necesita cambiar sus comportamientos, su vida tiene que cambiar, ahí vas avanzando.

Bueno después sos FASE A, y ahí tenés comunicación con todos los FASE A pero tiene que haber un FASE B, vos cuando entras cuando sos admisión entras y tenés un hermano mayor que es FASE A o FASE B, puede ser cualquiera, que es el que te guía en la comunidad y te enseña, te empieza a enseñar cómo te conducís ahí en la casa y...como tenés que hablar, porque tenés un vocabulario estricto ahí, no podes decir vocabulario de la calle, no podes hablar con...con piola...como en la calle no podes hablar, prácticamente un casi el 50 % de tu vocabulario tenés que cambiarlo, nada que tenga...derivación de una palabra o algo. Por ejemplo...pegar, pegar no se puede decir porque pegar en la calle significa otra cosa, significa me voy a pegar...te vas a comprar viste, te vas a comprar droga significa pegar en la calle, entonces ahí no se puede decir. Pegamento tampoco porque es una droga...no sé, hay un montón...he...manija tampoco se puede decir.

**U:** - ¿Eso que significaría?

**Lau:** - ...cuando estás en abstinencia, cuando tenés ganas de consumir...estoy re manija...tenés ganas de drogarte, eso significa en la calle, así que muchas cosas muchas palabras...así que eso es lo más complicado en el tratamiento, así que bueno aprendes tu hermano mayor te enseña el vocabulario como tenés que comportarte en la casa, que cosas se hacen qué cosas no se hacen, hay muchas cosas tenés que pedir tiempo para ir al baño todo, dos minutos para hacer el 1 y cinco minutos para el 2, tenés que pedir tiempo no...siempre tiene que saber alguien donde estás en todo momento.

Hay supervisores y hay coordinadores, los coordinadores son los que se encargan de todo el sector, hay varios sectores, está el sector limpieza sector mantenimiento que es el que mantiene la...somos nosotros que mantenemos el lugar

**U:** - Claro

**Lau:** - ...el sector huerta, después está...

**U:** - ¿Lo de la cocina?

**Lau:** - El sector cocina, esos son los lugares, mantenimiento...huerta, cocina y limpieza. Así que ahí nos repartimos entre todos tenemos una tarea a la mañana y a la tarde hay comunitarias que es para enseñarnos que tenemos que trabajar, trabajamos ahí y sacamos yuyos esas cosas, mantenemos el jardín

**U:** - ¿Tenés profesores también?

**Lau:** - tenemos profesores cuando está el tema del plan fines, con el tema del plan fines mandan profesores, si no hay plan fines, no lo aporta el estado, no tenemos escuela

**U:** - ¿y vos hiciste algún plan fines?

**Lau:** - si pude sacar las últimas 2 materias que me faltaban, pero resulta que tenía 3, así que me queda 1 ahora, filosofía, pero si pude rendir 2 materias allá que fueron las más difícil ahora me queda filosofía nomás

**U:** - ¿Eso es de la secundaria?

**Lau:** - Si para terminar el año, yo ya terminaba la escuela

**U:** - ¿O sea que, si vos rendís filosofía, te recibís?

**Lau:** - Me recibo sí, me podría haber recibido ahí pero no sabía que me faltaba una materia, cuando vine acá a la escuela me dijeron

**U:** - Ha, y de la FASE B ¿te acordás?, la FASE A de la FASE B ¿te acordás cómo es? ¿Qué es lo que hacen en la FASE A, que hacen en la FASE B?

**Lau:** - Bueno en la FASE A, es como una...un poco más de libertad porque puedes hablar con otros FASE A, los FASE A pueden hablar con otro FASE A pero no con los de admisión, el FASE A no puede hablar con el admisión y el FASE A puede hablar con otro FASE A pero si hay un FASE B, el FASE B tiene abierta la comunicación a todos menos a las mujeres; las mujeres siempre tiene que haber un tercero, un tercero siempre tiene que haber por distintas cosas por las pautas viste...porque puede malinterpretarse lo que están charlando y eso...no se puede ...hay no capitales ahí, es no al sexo, no a las drogas, no al alcohol ni a la violencia, ni en chistes ni anécdotas ni en comentarios, todo

lo que vivimos se queda del portón...de la tranquera...del portón para afuera, así que esos son los no muy rotundos

**U:** - Bien, o sea las normas y las reglas son muy estrictas

**Lau:** - Si, son muy estrictas, muy estricto en todo

**U:** - Pero todos esos nuevos hábitos que te enseñan, porque en realidad tenés que re-aprender...

**Lau:** - Si todo, después te enseñan la prolijidad de tener tendida bien tu cama, muy prolija porque te la revisan, lo mismo...el encargado de limpieza revisa las camas, se lo dice al coordinador el coordinador las revisa y le tiene que avisar al supervisor, el supervisor la revisa y si está mal le tiene que cambiar el coordinador, si el coordinador revisa y está mal la cama y le dijo que ya estaba lista la tiene que hacer el encargado, le tiene que decir al...al residente. Bueno cada sector tiene residentes, están los residentes están los encargados y están los coordinadores, y después están los supervisores que son los que supervisan todo es el rol más alto, después está el S G, supervisor general de disciplina que es el que está a cargo de toda la casa

**U:** - ¿Esos son los mismos chicos que están ahí, que ya están avanzados?

**Lau:** - Que vamos avanzando en el tratamiento exacto, son distintos niveles de avance del tratamiento

**U:** - Bien

**Lau:** - Después que más a ver, no sé...que más quieres saber

**U:** - Bueno me dijiste lo de los tiempos, me dijiste...bueno el tema de las reglas, las tareas que hacen, después...a ver ¿también tuviste un psicólogo? ¿Viste a la psiquiatra?

**Lau:** - ¿A...te dijeron la teoría de los tiempos ahí? ¿Ya te habían dicho?

**U:** -...si, tenía la info de Alejo así que por eso más o menos me guió. Con el tema de los profesionales ¿los veían cada semana o es según la necesidad de cada chico?

**Lau:** - No, eso es uno de los problemas que hay, tenés cada 15 días psicólogo y si tenés, puede ser que a veces no tenés y tardan en...y al psicólogo lo ves prácticamente poco y nada, prácticamente el tratamiento lo haces con, bueno Marcela, que va los viernes y los

días de semana también pero ahí...viste más o menos. Y después son los operadores, yo creo que el fuerte de todo el tratamiento son los operadores, son los que viven con nosotros, son los que conviven con nosotros, a raíz de ellos creo que nosotros somos los que estamos ahí, yo los considero...MUCHO, a los operadores los tengo más en cuenta que a cualquier otro

**U:** - ¿Qué a los profesionales?

**Lau:** - Que a los profesionales si, para mí los operadores son los...fueron mi puntapié, bueno y ahora Marcela, pero porque está...tengo que ir a los grupos, pero...prácticamente los operadores son los que están, estuvieron siempre cuando estuve mal y hablo con ellos, son los que están

**U:** - Claro, ellos igual están capacitados en la parte terapéutica, eso nos dijeron, tienen el curso de terapéutica en adicciones

**Lau:** - Si si, se especializaron, también fueron a Buenos Aires si, cambio mucho acá a raíz de eso estudios, de esas preparaciones, hicieron un par de cursos

**U:** - Claro

**Lau:** - Así que estuvo muy bueno, ahora es otra cosa acá del anterior internamiento que yo tuve

**U:** - ¿Cuántas veces estuviste internado en CADES?

**Lau:** - 2 veces

**U:** - ¿Y la última fue hace muy poco tiempo?

**Lau:** - Hace como 2 años...3

**U:** - Bastante...

**Lau:** - 4...no sé, a los 21 por ahí 20, si hace 3 años por ahí

**U:** - y con respecto a todo esto que viviste, ¿te pareció positivo a vos, te fue efectivo CADES?

**Lau:** - Si, creo que me fue muy efectivo, si me sirvió...no es fácil pero me sirvió; pero yo creo que tenés que trabajar todo y depende de uno porque afuera ya es otra

cosa...porque no te ayuda nadie afuera, está tu familia y nadie más, va...ni tu familia esta porque no cambia nadie porque si no fuera por mi mamá yo ya estaría re caído, si no fuera por mi mamá y la iglesia, porque creo que el único lugar a donde vas y tenés algo que te pueda zafar de gente buena y honesta que te pueda salvar...o como diríamos en la calle, zafar la cara, es la iglesia...es la iglesia, creo para sí lo escucha algún chico que este adicto que sepa

**U:** - Si...

**Lau:** - Que es la iglesia, la iglesia y después bueno tenés el centro de día

**U:** - Claro...

**Lau:** - Pero el centro de día es una patada a la izquierda porque vos vas y te juntas con adictos y es meterte en la boca del lobo, hay que decir la verdad...el centro de día es meterte en la boca del lobo

**U:** - Si, a parte es un tratamiento ambulatorio

**Lau:** - Por eso!

**U:** - vos vas y...

**Lau:** - es así, y te podés juntar con el que está ahí al lado tuyo después

**U:** - Claro, se conocen ahí

**Lau:** - Exacto!

**U:** - y ahí en el CADES... ¿también tienen la parte espiritual no?

**Lau:** Si, tenemos...iban unos hombres que iban los sábados a predicar

**U:** - ¿Los sábados?

**Lau:** - Si, y está bueno

**U:** - Y eso que... ¿les enseñaban la biblia?

**Lau:** - Nos enseñaban cual era la diferencia de la religión católica y la evangélica primero, digamos nos enseñaban quien era Cristo y que es la biblia, nos hacían estudiar la biblia católica y evangélica, las dos

**U:** - ¿Una comparación?

**Lau:** - No, no nos hacían comparar sino estudiarlas y nos hacían entender que...eran prácticamente iguales, va...son iguales

**U:** - Si

**Lau:** - Un par de cosas cambian, como se contradice mucho la iglesia católica con la evangélica, que como se contradicen, y...después nosotros teníamos que elegir, nos daban a elegir y uno sabía a quién...a quien...Cristo te revela todo y te das cuenta de que porque te...me hicieron entender eso de que porque no...no creemos en el...en un crucifijo, porque no es lindo ver a Cristo clavado en la cruz, porque en realidad nosotros tenemos que verlo vivo no muerto...¿viste?; entonces esas cosas que uno siendo mundano no lo entiende, entonces eso me...me enseñaron ¿entendes?, que nunca nadie se me planto a decir mira, y que me di cuenta que es otra cosa ¿viste?, entonces a raíz de eso yo fui conociendo, después un operador era pastor y el me fue guiando mucho en lo espiritual también

**U:** - ¿Ese operador está todavía?

**Lau:** - Si, sigue

**U:** - ¿Cómo se llama?

**Lau:** -...Mauricio

**U:** - Mauricio

**Lau:** - De Madryn

**U:** - A si, si

**Lau:** - Pastor Mauricio

**U:** - Si, lo conozco si

**Lau:** - Es gordito

**U:** - Si, si lo vi, estuve hablando con él. Si, la verdad que tuve la oportunidad de poder estar ahí y conocerlo

**Lau:** - Ah... ¿Fuiste?, ¿Cuándo fuiste estaba él en la iglesia?

**U:** - Estaba, así que bueno pude hablar con algunos de ellos. Así que bueno entonces te fue positivo para vos te sirvió

**Lau:** - Me sirvió porque cuando vos estás afuera no tenés a nadie más que a Cristo, es así de corta. Tenés a tu mamá, creo que, a tu familia, que puede hacer el aguante como no lo podes tener, porque puede ser que cuando salgas afuera te vas a dar cuenta que estás muy vacío porque tu familia no cambia acá cambias vos; y si no te sostenes y te comes todas las que tiene tu familia, todos los problemas de afuera, porque no es que tu familia va a cambiar porque vos cambiaste

**U:** - Y ahí, en el CADES; supuestamente lo que dicen es que también se trabaja con la familia

**Lau:** - Si...pero en la familia...trabajan con la familia, pero el tema es que ellos no viven lo que vos viviste adentro, la familia lo único que hace es ir y...estar., ir a visitarte y nada más; y después se remuerden porque después encima, lo que tienen muchos que he visto y he escuchado, que reprochan eso después, y para un adicto duele mucho eso, porque para eso...si me vas a venir a reprochar para eso no hubieras ido nada

**U:** - No te acompañan

**Lau:** - Exacto, porque he visto que pasa mucho eso en la familia viste, de que después vienen los reproches y más cuando son de lugar muy lejos...así que no...no, mira ni tu familia te va a ayudar cuando estés afuera, porque tu familia sigue siendo primero y principal mundana y después que sigue siendo la misma persona, vos cambias vos te purificas en CADES, vos salís sano...cero alcohol con otro vocabulario con otro pensamiento completamente distinto, sabes amar no tenés el corazón tan duro; en cambio tu familia sigue siendo igual... hay actitudes que vos vas a ver que van a cambiar y que a vos...que vos pensás que cambiaron y que no cambiaron, te va a re doler eso, y eso duele mucho cuando salís, saber que tu familia no se adapta a vos y darte cuenta que la que se tiene que adaptar sos vos...duele mucho cuesta mucho.

Yo tuve que aceptar que mi hermano se siga drogando que mi...que...mi papá siga tomando sigue haciendo de las suyas digamos, no es...no es adicto mi papá, pero toma y sabe que no puede tomar delante de mí, pero toma igual no se va a retener no se va

a...su camino no se va a detener porque yo...porque yo haya...me haya lastimado, él va a seguir su camino su vida.

En cambio la única que está conmigo y que me adaptó fue mi mamá, hay personas que no tienen eso, ese milagro viste, esa bendición, mi mamá no toma no fuma no nada entendes, yo tengo esa bendición de tener mi mamá pero hay personas que no tienen esa bendición, tienen la mala suerte de que su familia toda toma, que no va a parar no va a apartar su vida del pecado porque ellos...porque vos hayas cambiado; entonces yo creo que eso es un...el afuera es muy duro, por eso los tratamientos son muy largos también, creo que CADES es el único, uno de los pocos, tratamientos buenos en tan poco tiempo

**U:** - ¿Y trabajaron lo que es la reinserción social?

**Lau:** - Si, si, si, la trabajamos...se trabajan durante los últimos meses de tu tratamiento a los 10, 11 y 12 meses podés empezar a salir

**U:** - Y más o menos, ¿en qué consiste cuando te dicen reinserción social y reinserción laboral? ¿Qué es lo que hacen? ¿Qué acciones llevan adelante para trabajar eso?

**Lau:** - He...nos van dejando salir tenemos primero una salida, salidas locales, por la zona digamos Gaiman he...el dique, Madryn, Trelew y Rawson. Dependiendo de dónde seas, si yo soy de Rawson, no puedo ir a Rawson, podría ir a Trelew o a cualquier otro lugar, a Madryn, pero que no sea Rawson por...para no cruzarme con conocidos que están en el ámbito del consumo.

Bueno ahí tenés tu primera salida, compartís con tus papás en el aire libre lo vas...vas adquiriendo que ya te vas por ir, después tenés una salida...tenés salidas por tu casa de una semana, de cuatro días, dependiendo de cómo va tu tratamiento como vas avanzando y así te van soltando, y vos te vas con esa salida...vos vas arreglando todo lo que es tu casa, tu habitación, tu trabajo, tu vida prácticamente la vas acomodando

**U:** - Empezas a organizarte...

**Lau:** - Exacto, te dan una semana para organizarte, y así vos vas y mientras que te vas organizando, dependiendo de cada tratamiento de cada uno, algunos van una semana dos semanas y después ya está, para la internación, otros van una semana dos y van saliendo de a poco y van arreglando su vida, hay otros que se quedan como cuatro o

cinco meses más hasta que estén bien organizados, establecidos afuera, no los largan de una, nos ayudan nos apoyan mucho con eso...así que...tranquilo.

**U:** - Bien, ¡Gracias!

**Lau:** - No de nada.

.....###.....

### **Entrevista a Psicóloga Social, Marcela Narez**

**U:** Úrsula

**E:** Entrevistada, Psicóloga Social. Marcela Narez

**U:** - Hola, ¿Me podés decir tu nombre y qué función cumplís en la institución CADES?

**E:** - Hola, buenas tardes mi nombre es Leila Marcela Narez soy psicóloga social y coordino la parte de los grupos terapéuticos, y coordino también lo que tiene que ver con el área médica

**U:** - ¿Me podrías explicar más o menos en qué consiste esto que me acabas de decir?

**E:** - Bueno los grupos terapéuticos en comunidad, es una comunidad de adictos en recuperación de estupefacientes, están inmersos dentro de lo que es el contexto de comunidad terapéutica; entonces, así como se trabaja en espacios individuales con terapias individuales se trabaja en espacios grupales y se dividen en fases.

Cuando ingresan a la institución hay cuatro fases, está la admisión, la fase A, la fase B y la fase C; yo lo que hago son los grupos de admisión, de fase A, de fase B y de fase C, y después hago grupos de mujeres y grupos de adultos. Esos espacios lo que uno genera, trabajando, es en principio la adaptación al lugar, conciencia de enfermedad, por qué y para que están en una comunidad terapéutica, más allá de que algunos llegan por sus propios medios o sea por voluntad o por decisión propia y otros llegan judicializados, pero de todas maneras trabajan la adaptación y la pertenencia al lugar para generar la

confianza, y después, a medida que van pasando de fase se van tratando distintos objetivos.

En la fase A se trabaja lo que tiene que ver con la autoimagen, lo que tiene que ver con el más allá de la conciencia de enfermedad, lo que tiene que ver con empezar a poder expresar los pensamientos, los sentimientos, a no callarse, a no ocultar, a decir lo que les pasa y a trabajar con las familias en cuanto a los vínculos.

En la fase B, que son las fases más avanzadas, después de los siete meses; el tratamiento dura doce meses más o menos en lo que es internación y después hay una segunda parte que son doce meses de reinserción social, que esos grupos se hacen con un seguimiento fuera de la comunidad terapéutica; entonces en los espacios de fase B lo que se trabaja es los mandatos parentales, los vínculos familiares y se trabaja el proyecto de vida, o sea como se van a insertar el día de mañana en sus distintas localidades, ya sea desde el ámbito social, familiar, laboral, recreativo y se empieza a trabajar con más contacto con la familia; en cuanto a que a veces en algunos casos las familias se internan acompañando a un hijo, una hija, o una mamá o un papá, en el acompañamiento de lo que es todo el trabajo de la comunidad terapéutica

**U:** - ¿Quién creó el CADES?

**E:** - El CADES se creó hace veinte años o veinticinco años más o menos por una persona que es un adicto recuperado, donde llegó...comenzó en la ciudad de Puerto Madryn, donde llegó y empezó a trabajar en lo que tiene que ver con un grupo chicos de personas. Y así se fue generando, auto gestionando porque es una comunidad civil, no depende de un organismo estatal, y así se fue auto gestionando en cuento a este... a lo que tiene que ver con el trabajo este de... siempre empezó de esta manera como internación, después se fue derivando en... hay un centro de día que funciona en la ciudad de Puerto Madryn, un centro de derivación que también funciona en la ciudad de Puerto Madryn y el lugar de reinserción que también funciona en la ciudad de Puerto Madryn, y el de la C T, que es la comunidad terapéutica y funciona en la localidad de 28 de Julio.

Y el dispositivo de la comunidad terapéutica comenzó hace muchos años, que es en general los dispositivos que... que están en el país en general, he... no me acuerdo en que año, pero comienzan en una... en un... no es un consultorio, sino que comenzó en

un... un internado de enfermos mentales, pero estos enfermos mentales no eran enfermos mentales, si no que eran personas que tenían problemas con las adicciones, y así lo que es el trabajo de comunidad terapéutica

**U:** - ¿El CADES tiene algún tipo de conexión con el SEDRONAR?

**E:** - CADES es una asociación civil no gubernamental, o sea no depende del estado, pero sí está asociada a todas las federaciones de comunidades terapéuticas, he... el SEDRONAR y tiene convenios con la provincia de Chubut, con la provincia de Río Negro, con la provincia de Santa Cruz, con la provincia de Neuquén y con La Pampa.

**U:** - Esos serían convenios que corresponden digamos... ¿a que la provincia o el gobierno le paga, he... por la persona?

**E:** - Paga tratamientos

**U:** - Claro

**E:** - Claro, paga una mitad de una beca como sería, cada provincia tiene un he...

**U:** - un cupo...

**E:** - claro, la provincia de Chubut creo que tiene diez cupos

**U:** - Poco...

**E:** - si pocos, de aquellas personas que llegan a los centros de día y que a veces no se los puede tratar en forma ambulatoria, entonces se necesita de una derivación o sea una internación, entonces las provincias derivan a esas personas y el CADES tiene convenio con todas estas provincias.

Y después funciona por las obras sociales, las obras sociales están obligadas hoy en día por ley a cubrir el costo de lo que es el tratamiento, todas las obras sociales

**U:** - Mucha gente lo desconoce... el tema...

**E:** - Pero todas las obras sociales, salvo alguna excepción, pero todas, todas, nosotros trabajamos con todas las obras sociales, incluso obras sociales que no funcionan acá en Chubut porque también hay convenios, como hay convenios con provincia La Pampa o

convenios con Neuquén, este... o con río Negro, he... todas las obras sociales, hay una ley que dice que se debe cubrir el tratamiento de droga dependencia

U: - Genial, ya me explicaste bastante de las preguntas que te iba a hacer así que bueno, ¿para ingresar que requisitos tiene que tener la persona?

E: - En principio he... se hace una entrevista inicial, a veces solicitada por la misma persona ya veces solicitada generalmente por la familia. En una familia donde hay alguna problemática o alguna persona que tiene un problema, pide una entrevista, y en esta entrevista he... se decide si esa persona necesita un tratamiento y puede llevar adelante un tratamiento, o si necesita un tratamiento ambulatorio.

Los requisitos que necesita en cuanto a... primero la decisión o las ganas, y después, el acompañamiento familiar, el consentimiento de la persona de que quiere y va a hacer el tratamiento, he... y el... bueno después lo que tiene que ver con la parte administrativa; como se subvenciona ese tratamiento, si tiene una obra social es por la obra social, si tiene una derivación por la provincia es la provincia quien cubre el tratamiento y CADES tiene algunas becas que otorga a aquellas personas que no tienen recursos...

U: - Eso es importante saberlo también

E: - pero también tienen la posibilidad de hacer un tratamiento

U: - Y en la entrevista esta, ¿la realiza personal especializado? Como por ejemplo un psicólogo, un psiquiatra...

E: - Si, las dos cosas, CADES tiene psicólogo y tiene psiquiatra y tiene médico clínico; y las entrevistas iniciales las realiza la directora del programa y también a veces, cuando hay pedidos por fuera y hay personas por ahí que necesitan una derivación, se los manda a ver al psiquiatra de la institución y el psiquiatra de la institución deriva o no, depende la situación, a esa persona que necesita hacer un tratamiento. Eso es un poco por el tema administrativo, por las obras sociales obviamente

U: - Claro

E: - Las entrevistas iniciales son primero con la familia que tiene que estar consciente y acompañando un proceso de tratamiento, que no es fácil porque son doce meses de duración, y comprometida a acompañar a esa persona en ese tratamiento; y después se

hace la entrevista con la persona que va a hacer el tratamiento; este... y cuando se decide la internación lleva sus efectos personales, higiene y ropa, y la familia se despide de su familiar y el asistido queda o ingresa en la institución.

Una vez que ingresó a la institución hay un dispositivo que se llama hermano mayor y hermano menor, o sea que se le asigna un compañero o compañera, si es mujer una mujer si es varón un varón, más avanzado en el tratamiento que lo va a orientar el primer mes en cuanto a, como es la estructura, como y cuáles son las reglas, cuales son los horarios, cual es el vocabulario, cuales son los grupos que tiene, que psicólogo le va a tocar, he... y cuáles son las tareas que va a realizar.

Entonces un mes esa persona está acompañada por un hermano mayor, que es otro asistido pero que tiene un proceso más avanzado, hasta que después empieza a “caminar solo” le llamamos nosotros

**U:** - Es un aprendizaje

**E:** - Claro, es un aprendizaje y entonces después este camina solo, he... porque el primer mes no hay contacto con la familia, hay un primer mes donde solo hay contacto telefónico y a partir, después del primer mes, empieza a tener visita he... de si familia

**U:** - ¿Y hay casos en los cuales, como decías anteriormente los casos judicializados, son estos casos en los cuales la persona no voluntariamente elije entrar, si no que es por medio de una orden judicial?

**E:** - Claro si, hay casos que sí que son judicializados, derivados por un juez

**U:** - O sea ¿son peligrosos son peligrosos para sí y para terceros esos casos?

**E:** - Si a veces, no solo por la peligrosidad si no porque tienen alguna causa, he... entonces cuando... judicializado generalmente es porque tiene una causa no porque sea peligroso para sí o para otros más allá del daño del consumo, pero porque han ingresado por alguna causa, algún hurto algún hecho. Entonces este... y por ahí esa persona está inmersa en las drogas entonces se lo deriva, o sea el juez solicita la internación y se lo interna.

Es como muchos, sobre todo en los menores de edad, he... o a partir de los dieciocho años entre dieciocho y veinte y pico, según el perfil de la persona está apta para hacer

un tratamiento y no para pasar lo que sería en una prisión, entonces hace el tratamiento y lleva adelante el proceso judicial. Y después bueno la causa depende del juez obviamente

**U:** - Claro, ¿Y reciben muchas personas con patologías psiquiátricas? A raíz justamente de lo que hacen respecto a la droga

**E:** - Si, si también hay personas con patologías duales, esquizofrenia, déficit de atención se está viendo últimamente bastante sobre todo en los más chicos, y he... si generalmente son patologías duales las más comunes.

Y después hay períodos, obviamente depende del consumo, depende del tiempo, y depende de la cantidad, hay un período que tiene que ver que es la abstinencia propia del consumo. Por eso el médico psiquiatra acompaña este tratamiento he... los ve dos veces por mes, entonces va acompañando lo que es el tratamiento y en aquellas personas que tienen estas patologías a veces ingresan ya con el diagnóstico y a veces y a veces el diagnóstico se realiza directamente en la institución. Cuando no hay consumo aparecen a veces estas patologías, no es las generales no quiere decir, pero generalmente a veces se dispara la esquizofrenia o una conducta dual, o una depresión, o un déficit de atención por el mismo consumo o depende del consumo también

**U:** - Y en el caso de que están que siguen con medicación ellos ¿se les continúa con la medicación?

**E:** - Si hay patologías si, si, si hay patologías sí, he...y si hay abstinencia lo que se hace generalmente es se los medica durante un tiempo, para poder pasar ese período de abstinencia, más allá de todos los espacios terapéuticos que tienen, pero se los acompaña de también de una medicación controlada y supervisada obviamente por el médico psiquiatra

**U:** - Claro, ¿y han tenido buenos resultados con este tipo de terapias?

**E:** - Si, yo hace doce años que estoy en la institución, y si ¿resultados en cuanto a recuperación?

**U:** - Si

**E:** - Si, sí, hay resultados en cuanto a la recuperación...si, si

U: - Bueno me contaste sobre las estepas, te iba a preguntar también ¿incluye también la parte espiritual la institución?

E:- Si, hay un acompañamiento espiritual sí, he... más allá de... de... todos los sábados ellos tienen un acompañamiento espiritual o sea va un grupo de pastores he... evangélicos, que hacen lo que es el acompañamiento espiritual, y después todas las mañanas cuando se levantan se le llama devocional, que es donde a la mañana entre todos comparten devocional y cada uno expresa lo que siente lo que le pasa, y ayuda mucho porque hay muchas personas que llegan muy vacías, espiritualmente, muy solas, muy dañadas, muy lastimadas, muy heridas; entonces esta la palabra o una biblia o la palabra de otro también acompaña y ayuda a que esa persona empiece a volver a sentirse un ser humano

U: - Y no se siente tan solo

E: - Claro, si

U: - Porque ese vacío no, que se ha generado...

E: - Si, se trabaja mucho con lo que tiene que ver con las conductas o sea y... he y se trabaja mucho mucho mucho con lo que tiene que ver con la valoración personal, sobre todo con la valoración personal y con la autoestima, generalmente una persona que llega a consumir drogas o alcohol este... y a generar esa dependencia es porque hay un vacío interno, entonces este se vuelve dependiente de y pasa a depender de.

Entonces se genera un... por eso el acompañamiento, el sostener, el contener, el escuchar, el acompañar, el estar este... ayudan a que esa persona vuelva a tener fe en sí misma o confianza

U: - Claro, y ellos cuando se van este... ¿alguno extraña el estar en la institución? ¿Les cuesta irse después?

E: - Si, si, si sobre todo cuando llega la última fase, y hoy yo tuve un grupo que es de fase B, que son los más avanzados, y muchos manifiestan el temor a volver a insertarse a sus lugares, a sus familias, a sus trabajos, he... si, después se los sigue acompañando doce meses más en lo que es la reinserción social que es supervisada, este... y muchos cuando ya están en sus casas, he... muchos y tal vez te estoy hablando de gente que tal

vez ha hecho el tratamiento hace cinco años atrás, o seis años atrás, o que se yo cuatro años para atrás y piden por ahí ir a pasar un fin de semana, o ir a visitar, o ir este...

U: - Claro, es como una familia o sea allá

E: - Si, si, la casa, bueno allá lo llamamos la casa, y se genera el vínculo como si fuera una familia

U: - Claro, si, si, y muchos tienen este temor cuando van a... a reinsertarse en la sociedad y cómo van a hacerlo...

E: - Si y sobre todo porque a veces este he... ellos hacen los tratamientos acompañados por su familia, pero, si bien ellos pueden modificar conductas y hábitos he... muchas veces vuelven al mismo contexto social y muchas veces más allá del acompañamiento familiar, tal vez la familia no modifico algunas conductas y algunos hábitos, entonces este... se vuelven a generar como las mismas situaciones. Entonces ahí a veces se siente como este he... yo hice un tratamiento, pero lo que me llevó al consumo, no se... un papá abandonico, una mamá abandonica, un problema de consumo en la misma casa, o problemas de vínculo o problemas de distancias afectivas, o problemas este... eso vuelve a estar porque la familia no logró superarlo, algunas si, otras no, entonces este... la persona que salió durante doce meses y volvió cambiada, vuelve ve...

U: - Ve que no cambio nada en la casa...

E: - Pero con mayor énfasis ve todo eso

U: - Claro porque es...

E: - He... y como no recurre generalmente porque o no, no... no vuelve rápidamente a lo que es ocultar todos esos sentimientos y todas esas cuestiones que suceden en la familia a consumir entonces este..., pero en esos casos nosotros tenemos mucho acompañamiento y como se genera mucha pertenencia he siempre vuelven a solicitar ayuda y siempre se los vuelve a ayudar

U: - ¿Y quienes realizan el monitoreo cuando la persona...?

E: - En este caso yo y un compañero, un psicólogo que hacemos he... lo que tiene que ver con grupos de reinsertión, que son afuera de... que vienen dos veces por mes, ahí vienen acompañados por su familia, entonces ahí uno chequea lo que tiene que ver con

lo que le pasa al asistido y con lo que le pasa a la familia, y las dificultades que se van generando este...

Y después ellos mismos personalmente nos llaman directamente o nos llaman a CADES y piden ayuda, o nos llaman a nosotros directamente

U: - Bueno como esta es una entrevista para mi tesis que tiene que ver con la carrera de trabajo social, una de las preguntas que tengo que hacer es ¿hay alguna trabajadora social dentro de la institución? Que haga por ejemplo el trabajo de ir a la... al hogar de la persona de la cual fue asistida y como realizar un monitoreo o, ¿hacer un seguimiento?

E: - He no, trabajadora social que este directamente conectada con la institución no, generalmente las personas que llegan derivadas he... desde Chubut o de otras provincias, en sus lugares de origen por ahí hay alguien que hace la asistencia, pero no, no de CADES directamente. No tiene la institución una asistente social que haga el trabajo afuera del seguimiento con la familia

U: - ¿Y cómo lo verías vos a esto? ¿Sería algo productivo? ¿Sería algo que ayudaría mucho? En el tema del seguimiento en lo que vendría a...

E: - en el trabajo de campo afuera

U: - Claro, el tema cuando ellos tienen que hacer la reinserción ¿te parece que sería importante el hecho de que hubiera un trabajador, trabajadora social?

E: - Si, todo suma en lo que es una institución, todo lo que es... las distintas especialidades suman he... si, sería importante en cuanto tendría que hacer el trabajo que tiene que ver más de campo en las distintas localidades he...

U: - Claro

E: - La gente que viene de Esquel, la gente que viene de Comodoro, la gente que viene de Córdoba, la gente que viene de Río Negro, gente que viene de Viedma, o sea tendría que... pero si, funcionaría yo creo que sí, funcionaría

U: - Bueno me has contestado todas las preguntas, así que la última me gustaría que me dijeras ¿Qué significa CADES? Porque me quiero quedar con eso

E: - CADES es... camino de esperanza, he... y... la sigla es este... surgió de aquellos primeros grupos que se fueron armando, este... y quedó instalada el... el nombre es CADES, así como suena, camino de esperanza, y la chacra cuando uno llega este he... que también es bastante simbólico y significativo, uno ingresa por un gran camino y en el fondo está lo que es la casa y... todas las dependencias que tienen que ver con donde trabajamos

U: - Genial, bueno... ¡gracias!

E: - A vos.

.....###.....

### **Entrevista a trabajadora social del CIT Lic. Echegaray Rocío**

6 de abril de 2018, entrevista a la licenciada Echegaray Rocío

U: Úrsula

E: Entrevistada

U: - Buen día

E: - Buen día

U: - Bueno, he... me interesa conocer el rol del trabajador social en el equipo técnico del CIT

E: - Bien, bueno el CIT es un dispositivo de salud pública, depende del hospital zonal de Trelew y yo estoy trabajando en... yo me especialice en salud mental comunitaria, hice la residencia en la provincia termine la residencia y entre en lo que es adicciones y área externa, o sea estoy en los centros de salud y en adicciones.

Específicamente en adicciones he... trabajamos en un equipo interdisciplinario con psiquiatras, psicólogos, profesor de educación física, profesora de arte, hay una técnica en minoridad familia y estoy yo como trabajadora social. Lo que hago básicamente entre todo es una entrevista de admisión que es espontanea, voluntaria o por oficio judicial, en esa entrevista de admisión que si quieres después te puedes llevar una copia, tenés los datos filiatorios, el pedido de porque viene la persona a pedir atención o algún tratamiento, he... tenés lo que es nuestro... nuestro... el cuadrito familiar para armar y lo que hacemos es entrevistar a la persona y a la familia. Yo trabajo con las dos, con las dos parte, he con la persona que viene al tratamiento en sí mismo en una primera entrevista, y después sigue con el equipo especializado, si se requiere psicólogo, psiquiatra lo que fuere, o asesoramiento en trabajo social, y en ese sentido hago las gestiones pertinentes, dándole una beca o le averiguo cursos que se dan en la provincia o en la localidad o en donde fuere, muchos vienen del dique Florentino Ameghino, como el área problemática del hospital nuestro es bastante abarcativo, y no hay tantos CIT, hay CIT en Trelew, en Comodoro, en Madryn y en Rawson; entonces vienen de Gaiman, de Dolavon, hay un chico que lo traen en la ambulancia del dique dos veces por semana a hacer el tratamiento, de Camarones; así que hacemos como el lazo con los otros hospitales, en caso que no sea de Trelew, he... con las trabajadoras comunitarias, que son las promotoras de salud que por ahí se conocen en otras provincias, para que haga un acercamiento al domicilio diario, entonces estar siempre en contacto, haber que pasa los días que esa persona no viene acá.

Así que eso, las gestiones, el averiguar cursos, armar curriculum vitae, estar en búsqueda laboral, he... como bastante amplio el trabajo, y a su vez, desde justicia se piden muchas evaluaciones interdisciplinarias por algún motivo, o hay menores de edad o lo que fuere, llegan a la asesoría o al poder judicial y lo que mandan es un pedido de evaluación, en donde siempre lo hacemos psicólogos, trabajador social y psiquiatra si hay, y si no las dos disciplinas de psicología y trabajo social.

Ahí lo que se pide es una evaluación del estado de salud en general, la evaluación del informe social que es nuestra especificidad y la hacemos o en consultorio o en domicilio, se cita la persona una, dos, tres veces, yo me acerco con el operador a dejar el turno en el domicilio y si la persona no viene, puede que nos acerquemos al domicilio nosotros a hacer la evaluación ahí.

Así que más o menos es esa mi tarea, y ahora estamos haciendo un taller de arte terapéutico con la psicóloga, la psicóloga es arte terapeuta, y estamos haciendo un taller que estamos pintando un mural en el patio, y es donde trabajamos cuestiones relacionadas al consumo.

Justo el grupo que se armó son personas que han tenido vínculos con el alcohol, así que hablamos del consumo de alcohol, del fin de semana largo en las pascuas que hicieron, como se vinculan en un evento social que hay alcohol, y como todos han pasado por eso, entre ellos se van dando técnicas, bueno no vayas, anda después de comer, llevate tu agua, así que como orientando esas conversaciones, pero en realidad es un grupo que se armó y que tiene su propia dinámica.

Y después hay otro que se armó como un grupo de habilidades sociales, que es hoy once y media y que se terminó transformando en un grupo de conversaciones donde también, hay personas que han consumido cocaína, han quedado justo seleccionados así, digamos que hemos tenido como esa suerte, entonces también se da como una regulación del propio grupo y nosotras estamos como mediadores de eso, siempre con una psicóloga estoy acompañada.

Trabajamos de ocho a diecisiete horas, he... yo estoy de ocho a catorce y puedo venir unos días más tarde y quedarme hasta más tarde digamos, pero esa es la franja horaria que cubrimos, y el resto de los días estoy en el área externa, en los centros de salud, y ahí es otro trabajo totalmente distinto, pero bueno si hay alguna persona que se acerca por consumo, yo como trabajo acá hago el nexo, le doy el turno, como que estoy en los dos lugares aprovecho entonces ese acercamiento

U: - Claro

E: - he... pero básicamente es eso, lo que hacemos

U: - Es amplio

E: - Es un montón

U: - Es amplio

E: - Si es un montón, y por ahí viene una vecina que ve a la hija de la amiga que consume y se acerca, entonces asesoramos a esa persona, no necesariamente tiene que

venir la persona que consume o no, así que el que está recibe, si soy yo, soy yo, si es una psicóloga he... pero si estamos como todos entrenados digamos para... para recibir lo que venga acá, así que...

U: - ¿Y cuando toman, o sea el tratamiento acá es ambulatorio?

E: - Es ambulatorio

U: - Estás durante todo el proceso de la persona que hace este...

E: - No, generalmente vienen buscando psicólogo o psicóloga, como que la demanda va por ahí, pero a veces hacemos esa primer entrevista en conjunto como para ver si hay alguna otra cosa que se pueda aportar, y hay muchas personas que no tienen ingresos económicos, hay niños, entonces ahí es donde la psicóloga que recibe me convoca y yo lo voy viendo en forma paralela, o sea vienen a psicología hoy a las diez y yo los veo a las once, y ahí veo y les comento puedes ir a tal lado que hay tal cosa, te averiguo tal otra, dame... te busco el cuil y vemos que tenés que no tenés que se puede hacer, hay momentos que no hay nada para ofrecer porque también hay poca política pública, pero lo que se puede hacer o un curriculum, sacar fotocopias, o pedir el documento que vaya a tal lado, es mínimo pero se hace, digamos. Así que si, no estoy todo el tiempo, estoy como cuando me convocan o por ahí vienen a pedir algo puntual y ahí sí, pero si no vienen directamente a las disciplinas como más conocidas, después el equipo como que vas armando la red, por ahí yo no veo a la persona pero entras en la unión de equipo, que tenemos todos los miércoles, es toda la mañana la reunión de equipo y hablamos de paciente por paciente, entonces me dicen, no bueno tal vino y no tiene esto, y digo bueno déjame que yo averiguo, por ahí la persona nunca me conoce y yo voy haciendo algo y el día que tengo algo para decirle lo convoco, pero trabajamos mucho en red, de otra forma no... en adicciones no se podría, he... es muy complejo

U: - Si

E: - Pero... bueno y ahora tenemos muchos adolescentes que es como leo, que de repente tenemos cinco o seis adolescentes de entre once y quince años, y que es como una franja compleja porque ahí trabajamos en conjunto con el servicio social del hospital, con el servicio de adolescencia, he... no queremos esto de bueno tiene trece pero como consume entonces es de adicciones, como que está pasando mucho esto de patearlo por los propios equipos de salud, así que nada la propuesta ahora es bueno

juntarnos y entre todos porque bueno, se nos pierden los adolescentes si no en el camino...

U: - Si es una problemática muy compleja

E: - Si, y ahí hay que trabajar con la familia con el adolescente en sí mismo, viene con toda una...

U: - Exacto...

E: - Así que ahí estamos como el que el desafío ahora es esa primera adolescencia, la adolescencia temprana que está apareciendo ahora en pediatría y de pediatría acá, entonces es como un... para nosotros también es difícil, porque no estamos acostumbrados con niños de once años que tienen un consumo de dos tres años, es como... así que estamos con ese desafío ahora, estas últimas reuniones de equipo hemos dicho bueno algo hay que hacer, con los hogares, con los hogares de adolescentes, con los hogares de niños, con el servicio social, con adolescencia, con el servicio de protección de derechos, con bueno... no... no tiremos la bola porque lo que no hace uno lo hace el compañero de al lado, así que ahí estamos

U: - Y en cuanto a la familia, ¿con eso sí trabajas he también puntualmente?

E: - Si, por ejemplo, hay usuarios que, usuarios y usuarias, que terminan en la comunidad terapéutica CADES, porque el ambulatorio no funciona, y no funciona y no funciona entonces ese es el último recurso porque entendemos lo restrictivo de la libertad y las cuestiones que tiene CADES, pero que es un recurso más y funciona en algunos usuarios. Durante ese periodo que puede ser CADES, puede ser alguna comunidad terapéutica que este en Bariloche como Asumir u hay otras, lo que se hace es que la familia venga también cada tanto, darle alguna información de cómo va la persona, cuando entran a CADES, por ejemplo, están un mes sin contacto telefónico con su familia, que es como un mes bastante angustiante porque no sabes que está pasando...

U: - Si

E: - Entonces se acercan acá, acá se gestionan pasajes por medio de la provincia para que puedan ir a visitarlos después de un mes, he... entonces la familia está en contacto si la persona está en ambulatorio o si está en CADES también. Nosotros en CADES

hacemos auditorias cada tanto para ver cómo van las internaciones de los usuarios de la provincia, o sea si hay usuarios de Madryn internados en CADES nosotros equipo Trelew auditamos Madryn, Madryn audita Trelew y vamos como controlando las internaciones, he... y con las familias estamos en el primer contacto que hacen y después está la técnica en minoridad y familia y la psicóloga que por las tardes hacen grupos de familiares, en donde se convoca, no sé, a la familia de Juan por decirte algo, a toda la familia que quiera asistir, mamá , papá, abuela, hermanos y con el grupo familiar de Juan, no se juntan varias familias, el núcleo familiar de esa persona, pero porque el tema del consumo es bastante sensible y por ahí no se quiere hablar del consumo de un hijo delante de otro padre u otro familiar.

Así que eso se hace por las tardes, y ese grupo ya estaba armado yo me incorporé hace, seis, siete meses, y ese grupo ya funcionaba con esas terapeutas entonces sigue por ese lado. Si hay alguna familia que yo evalúo y la derivo al grupo de familiares, ellos la aceptan y la incorporan a las tardes, que es el momento en que se hace familia. Así que trabajamos en conjunto, pero no estoy específicamente con familiares, si hago la entrevista, los asesoro del día y horario que hay familia, hablo con las chicas, le digo bueno tal día tal hora te espera tal para que empieces el acompañamiento.

No siempre hay familia, no es que el grupo de familia funciona muy aceitada mente, porque a veces hay que empezar a rastrear e insistir... “y porque no vienen”... y bueno pasa también, pero se trabaja bastante completo digamos, con el núcleo familiar y se tienen reuniones con asesoría, defensoría, con los jueces; hay muchos privados de la libertad, yo diría que un setenta por ciento son privados de la libertad, o con causas judiciales, si te quedas un rato en la mañana vas a ver que vienen... traen gente de la unidad penitenciaria, del centro de detención para... para abuso sexual, hay como varias personas que vienen de ahí, así que se trabaja con las familias en la re vinculación cuando están en el proceso de salida, he... así que algo de todo, variado

**U:** - Y desde que estas acá ¿has notado un incremento en la cantidad de gente que viene con esta problemática?

**E:** - Si bueno esto de adolescentes y jóvenes, en el verano fue como que hizo un pico de... de consumo, y si, en el verano es como en un momento en el que afloja y después vuelve febrero, marzo como la demanda, y sí privados de la libertad muchos y muchos jóvenes mucha población joven si ha habido un incremento

U: - O sea que la franja etaria va de... digamos de la... de la... como decías vos de la adolescencia temprana...

E: - Hasta siempre digamos

U: - Jóvenes y adultos...

E: - Hay adultos, hay, hay... si hay personas de sesenta, cincuenta años que también vienen, porque la hija lo ve consumir diariamente entonces se acerca, entonces viene, hay personas de Pedro de Tori que se acercan, hay adultos mayores. Si arranca en trece catorce y ahí tenemos hasta... hasta que quieran venir, si... si, si

U: - Es bastante...

E: - Es amplio, y si, es el único dispositivo de salud pública, no sé el municipio en acción si hace atención individual, sino que hacen más actividades de promoción de prevención

U: - Prevención, prevención

E: - Escuelas, talleres, entonces lo que es atención recae solo acá

U: - Si

E: - Así que hay de todas las edades y se recibe siempre y de última se articula con otro dispositivo si no fuera por acá. También con las psicólogas de los centros de salud, cuando... acá hay tres psicólogas entonces cuando está desbordado, digamos lo que es psicología también puede haber atención en un centro de salud y acá vienen a hacer otros talleres, de educación física por ejemplo que hay ahora, entonces como para descomprimir un poco porque si no es... es poco el equipo para toda la población

U: - Claro, si

E: - Y bueno hacemos promoción y prensión en la medida de lo posible también, el año pasado nos fuimos a la escuela de Gaiman, participamos de la red que hay barrial del barrio constitución, en las reuniones de... de la red y también aportamos no sé en el día de la educación que va a ser pronto vamos a hacer alguna charla, como que tratamos de no dejar de lado esas actividades masivas, he... así que bueno lo que se pueda, hasta donde se puede

U: - ¿Con alguna iglesia trabajan o alguien que se acerque?, porque conozco iglesias que trabajan con esta problemática

E: - No, no hemos trabajado con iglesias, si muchos de los usuarios que vienen van a la iglesia y es también como un lugar de refugio, pero no se ha acercado nadie de la iglesia y no nos hemos acercado; si sabemos que funciona y la gente que le funciona para estar mejor bienvenido digamos, pero no, no hemos trabajado en conjunto, no

U: - Bien, bueno lo importante es que te permiten trabajar libremente

E: - Si

U: - Porque conozco digamos otras profesionales que están muy limitadas y no le dan su espacio y bueno el trabajo social este... es como una disciplina que no se respeta mucho

E: - No

U: - Entonces este... he hablado con otros profesionales y dicen que se tienen que ganar el lugar, y eso bueno es bastante fuerte no para personas que...

E: - Acá como no había trabajadora social fue como... que venga y que esté todos los días, y yo tengo que... yo vengo acá miércoles y viernes, y después los días que hay algo puntual vengo, pero si no estoy en los centros de salud, así que la idea de que venga fija, bueno como tampoco saluda pública tiene tantas trabajadoras sociales, entonces estoy como compartida, pero si se hizo valer el recurso, porque somos pocos y somos...

U: - Importantes

E: - Necesarios

U: - Importantes

E: - Si por ahí el trabajo nuestro es como... bueno anda al domicilio a hacer tal cosa, bueno para, si yo tengo mi especificidad podrían ir a domicilio y hacer una entrevista en domicilio pero para que, o para agilizar tu trabajo y vos no hagas nada, porque es importante, entonces ahí es como que algunos tienen que decir bueno yo voy por este sentido, no voy porque a vos se te ocurre que valla al domicilio; es súper invasivo, es tu

casa, uno no tiene ganas de recibir gente en su casa, porque nos pasa a todos, entonces ahí es como... bueno sí; yo no soy el cadete que va a los domicilios, darle como un consentimiento a las visitas, que sea un recurso después de llamar tres veces por teléfono y que no vengan, y con el objetivo de dar un turno, o de ver una situación puntual, porque ese trabajo hay que hacerlo también

U: - Claro, en sí la entrevista es generar una relación social con la persona

E: - Si

U: - Entonces, bueno es importante, pero bueno el tema de marcar justamente lo que decías vos

E: - Si porque bueno justicia te pide que evalúes a cualquier precio, entonces bueno sino manden la ambulancia, ir a pedir la ambulancia para que traigan a una persona a evaluar... ahí digo yo “bueno yo me acerco y probamos si no viene”, si no viene y hay que hacer como el recurso más agresivo que es mandar una ambulancia o a la policía lo hacemos pero... pero si hay que darle como el sentido, si no estaríamos todo el tiempo golpeado puertas y bueno, eso había que hacerlo pero por suerte lo puedo decir, y lo pueden recibir, desde el equipo, pero si al principio era que bueno, que viene con estas ideas, o porque tenemos que salir al terreno si nosotros trabajamos en el consultorio no... y cuesta pero si se puede, de a poco se puede

U: - Muchas gracias por la información, realmente es muy importante

E: - Espero que te sirva

U: - Bueno, sí, ¡muchas gracias!

.....###.....

