

2017

Terapia ocupacional y consumos problemáticos de drogas : ¿prohibicionismo o reducción de daños?, toda práctica es política

Alvarez, Virginia

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/236>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Tesis de grado: Terapia Ocupacional y Consumos
problemáticos de drogas

¿Prohibicionismo o Reducción de daños?

Toda práctica es política



Autora: Alvarez Virginia

**Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de
la Salud y Servicio Social. Licenciatura en Terapia Ocupacional.
Abril, 2017**

Agradecimientos

A Paola Escalada

Por su paciencia, compromiso y acompañamiento incondicional en esta producción. Por respaldar mis interrogaciones y propiciar constantemente nuevas búsquedas hacia el abandono de certezas estancadas y rigideces. Por compartir sus experiencias, conocimientos y sentires enriqueciendo profundamente este devenir...

A Cristian Tribaldi

Por su valiosísimo asesoramiento. Esclareciendo y desenmarañando enredos en el camino. Por su escucha comprometida y empática para con el pensarhacer de la Terapia Ocupacional.

A todas las terapistas ocupacionales entrevistadas que se dispusieron a dar a conocer y repensar sus prácticas profesionales cotidianas.

A Lisandro Martin Alvarez

Por la ideación y creación de la portada con su ingenio particular para componer.

En la presente investigación se empleó el género femenino haciendo referencia en todo momento a "persona o personas".

Considerando que utilizar el género masculino reproduce la lógica patriarcal que históricamente ha impuesto a las mujeres un lugar subordinado produciendo opresión y desigualdad de género.

Autora:

Alvarez Virginia

D.N.I.: 36.798.244

Directora:

Lic. Escalada Paola.

D.N.I.: 25.397.615

Asesoramiento metodológico:

Lic. Tribaldi Cristian.

Asignatura Taller de Trabajo Final.

Departamento de Lic. en Terapia Ocupacional.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Índice

<u>Introducción</u>	6
<u>Capítulo 1: Consideraciones previas</u>	8
1.1. Problema de investigación.....	8
1.2. Objetivos generales y específicos.....	8
1.3. Fundamentación.....	9
1.4. Estado actual de la cuestión.....	11
<u>Capítulo 2: Marco Teórico Conceptual</u>	23
Pasaje de ida.....	23
2.1. Una Terapia Ocupacional fundamentada en los derechos humanos.....	25
2.2. Buceando en los usos de drogas	32
• Perspectiva histórica.....	32
• Subjetividad de la época y usos de drogas.....	34
○ Enfoque prohibicionista-abstencionista: <i>Un mundo libre de drogas</i>	38
○ Hacia un cambio de paradigma: <i>Reducción de daños</i>	44
• Marco regulatorio internacional y nacional vigente.....	51
2.3. Enfoques de intervención sobre consumos problemáticos de drogas.....	63
○ De enferma-delincuente a sujeto de derechos.....	68
<u>Capítulo 3: Apuntes Metodológicos</u>	
3.1. Problema de Investigación.....	72
3.2. Objetivos General y Específicos	
• Objetivos General.....	72

•	Objetivos específicos.....	72
3.3.	Tipo de investigación. Diseño del estudio.....	73
3.4.	Población de la investigación.....	73
3.5.	Muestra.....	73
3.6.	Trabajo de campo	74
3.7.	Técnica de recolección de información.....	74
3.8.	Eje principal de análisis: <i>Enfoque de intervención</i> <i>sobre consumos problemáticos de drogas</i>	75
<u>Capítulo 4: Trabajo de campo</u>		77
	Retomando los apuntes metodológicos	77
<u>Capítulo 5: Organización y análisis de la información</u>		79
<u>Capítulo 6: Conclusiones inconclusas</u>		94
<u>Ecos</u>		102
<u>Referencias Bibliográficas</u>		103
•	Referencias bibliográficas: <i>Introducción</i>	104
•	Referencias bibliográficas: <i>Consideraciones Previas</i>	104
•	Referencias bibliográficas: <i>Marco Teórico Conceptual</i>	108
•	Referencias bibliográficas: <i>Apuntes Metodológicos</i>	114
•	Referencias bibliográficas: <i>Conclusiones</i>	115
<u>Anexo 1</u>		116
	<i>Documento de Consentimiento Informado</i>	117
<u>Anexo 2</u>		118
	<i>Entrevista semiestructurada sobre enfoque de intervención</i> <i>en consumos problemáticos de drogas de las terapistas ocupacionales</i> <i>en la ciudad de Mar del Plata/Batán</i> <i>dentro del periodo 2010-2015</i>	119

A nivel macrosocial, en instancias internacionales como nacionales, predomina un intenso debate político-ideológico alrededor de los usos de drogas.

En Argentina, algunos de los cambios paradigmáticos implicaron: el reconocimiento de la necesidad de una comprensión integral y compleja de los usos de drogas desde una perspectiva de derechos humanos e inclusión social y el abordaje de los consumos problemáticos como parte integrante de las políticas de salud mental.

De manera concreta se sancionó una Nueva Ley de Salud Mental, su Decreto Reglamentario y de más reciente promulgación la Ley del *Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos*. Este nuevo marco de derechos humanos propone lineamientos claros y precisos para repensar y recrear las prácticas profesionales.

En la presente investigación se pretendió conocer y reflexionar acerca del enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales. Constituyó un estudio exploratorio/descriptivo de tipo longitudinal. El diseño de muestreo fue no probabilístico e intencional y se utilizó como técnica de recolección de información una entrevista semi-estructurada.

Se adoptó como matriz de análisis de los enfoques de intervención: prohibicionismo versus reducción de daños; paradigmas que coexisten (no sin contradicciones) en el escenario actual. Sosteniendo que como agentes de

salud las prácticas profesionales que realizamos en la cotidianeidad conllevan implicancias éticas y políticas innegables.

1.1. Problema de Investigación

¿Cuál fue el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán, dentro del periodo 2010-2015?

1.2. Objetivo General y Específicos

Objetivo General:

- Determinar si el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán dentro del periodo 2010-2015, es coincidente con el paradigma prohibicionista-abstencionista o con el paradigma de reducción de daños.

Objetivos específicos:

- Conocer el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán dentro del periodo 2010-2015.

- Repensar el enfoque de intervención alrededor de dos enfoques de intervención posibles: coincidente con el paradigma prohibicionista-abstencionista o con el paradigma de reducción de daños.

1.3. Fundamentación

La importancia de conocer y reflexionar sobre el enfoque de intervención de terapeutas ocupacionales responde a que las estrategias y modos de intervención conllevan implicancias éticas y políticas insoslayables. “Es necesario tomar conciencia que en el desarrollo de cada una de nuestras acciones podemos tomar decisiones que van en el sentido de la inclusión o que refuerzan la exclusión” (Albornoz L., Crego A. & Escalada P.; 2010 p. 5).

Desde una perspectiva crítica, acorde a los tiempos contemporáneos, en un mundo desigual que se caracteriza por la expulsión y la violencia deviene relevante, e incluso necesaria, una Terapia Ocupacional sustentada en los derechos humanos y comprometida con lo social.

Lo que nos interesa, son los efectos de nuestra actuación, tanto como reproductores o transformadores del orden social existente (...) efectos concretos de dominación o liberación que generan las prácticas que realizamos (Guajardo A.; 2013, pp.4-7)

Asimismo reflexionar acerca del enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas particularmente, resulta de interés ante un nuevo marco normativo de ampliación y restitución de derechos. Marco que posibilita el corrimiento de prácticas profundamente repudiables desde esos fundamentos, que cultiva nuevos modos de ver y de intervenir, de pensar hacer otras Terapias Ocupacionales. Especialmente, a partir de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657/10 y su Decreto Reglamentario N° 603/13¹. Como también

¹ La Provincia de Buenos Aires adhiere a la misma mediante la sanción de la Ley Provincial 14.580/13.

la aprobación de la Ley 26.694/14 *Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos*.

En este sentido, sobreviene imperioso problematizar el régimen vetusto que preconizó la represión, el castigo y la estigmatización. Se interpelan las prácticas cotidianas de las profesionales del campo de la Salud Mental hacia alternativas que promuevan la inclusión y no refuercen la exclusión, sustentadas en el respeto y defensa de los derechos humanos y libertades individuales constitucionales.

Por último, la inquietud singular por abordar la temática (consumos problemáticos de drogas) nació por haber sido la misma escasamente abordada durante la formación académica, siendo un posible escenario de desempeño profesional.

El interés también devino de experiencias personales atravesadas, donde pude observar el temor por la estigmatización y discriminación social, la escasa flexibilidad de los dispositivos de salud, múltiples obstáculos para acceder a los mismos y la falta de información (o información quimérica). En este panorama, las alternativas de abordaje de consumos problemáticos de drogas son limitadas y constituyen callejones sin salida. Basados en la centralización de la sustancia y por lo tanto los intentos forzosos y frustrantes de sostener la abstinencia. La desvinculación, restricción en la participación social o aislación de la mayoría de los espacios de desarrollo personal (laborales, interpersonales, sociales) para evitar el encuentro con una *sociedad con drogas*. La resignación *a priori* derivada de la concepción imperante del ingreso a las drogas como un *camino de ida, enfermedad para toda la vida* y la adicción

como única manifestación de los usos de drogas. Todos supuestos y acciones derivados del paradigma prohibicionista-abstencionista que se entretujan en la cotidianeidad moldeando las subjetividades, generando de igual modo líneas de intervención productoras o re productoras de subjetividad y sufrimientos.

1. 4. Estado Actual de la Cuestión

Primeras aproximaciones

Para acceder a información actualizada para una primera aproximación sobre los consumos de drogas y consumos problemáticos de drogas, se consultaron las siguientes páginas webs:

- A nivel internacional, la Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos/Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho (W.O.L.A./CEDD), Instituto Transnacional (T.N.I.), Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC), Reducción de Daños Internacional (Harm Reduction International/HRI), Comisión Latinoamericana de Drogas y Democracias (CLDD), Asociación Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD), Consejo Suramericano del Problema Mundial de las Drogas en el marco de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR);

- A nivel nacional, Asociación Argentina de Reducción de Daños (ARDA), *Intercambios* Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, y Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y SIDA (CEADS) de la Universidad Nacional de Rosario.

En la misma dirección, se revisaron las conclusiones de las Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre drogas

(UNGASS)², las Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas³ y las más recientes Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas (organizadas por la Asociación Civil *Intercambios*)⁴.

Cabe señalar que la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) llevaron adelante en los últimos años numerosos trabajos de investigación a lo largo de todo el territorio nacional, con el objetivo de analizar y sistematizar datos estadísticos⁵ de referencia. Así como también propusieron líneas de investigación para el desarrollo de estudios locales advirtiendo la heterogeneidad territorial del país. Una de estas líneas⁶, consistió en el *análisis* de las respuestas institucionales y de las profesionales de la salud en estudios sobre accesibilidad y *sistematizaciones* de experiencias de abordajes comunitarios y trabajo en redes. Considerando que la falta de respuestas socio-sanitarias o respuestas desacertadas pueden expulsar de las redes institucionales a quienes consultan o piden algún tipo de ayuda o asesoramiento respecto al consumo.

A nivel local, en el área de investigación se encuentra el “Frente Interinstitucional de Abordaje de Políticas Públicas sobre Represión y

² Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Uso Indebido de Drogas 1990); Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (1998), objetivo mundo libre de drogas 2008 luego se posterga el plazo de la meta hacia el año 2019; y Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (2016) a petición de México, Colombia y Guatemala, se adelantó para dicho año.

³ Buenos Aires (2009); Río de Janeiro (2010), México DF (2012) y San José (2014).

⁴ Conferencia realizadas anualmente desde el año 2003.

⁵ OAD (2014) *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas*. Síntesis nacional por provincias y por conglomerado urbano. El mismo permite dimensionar los consumos de drogas legales e *ilegalizadas* y los consumos problemáticos en sí mismo y/o comparados con otros campos de la salud pública a nivel nacional e incluso a nivel local (Mar del Plata- Batán). La población que incluye es aquella comprendida entre 16 a 65 años de edad.

⁶ Estudios Nacionales sobre magnitud y tipos de consumo de sustancias psicoactivas en población general entre 16-65 años y estudiantes de escuela de nivel medio; Estudios de morbi-mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas; Epidemiología Comunitaria, Estudios locales orientados a analizar los consumos problemáticos, las trayectorias terapéuticas y el acceso a los recursos socio-sanitarios a nivel barrial y/o municipal; Estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas en población privada de libertad; Estudios de respuestas socio-sanitarias al

Tratamiento de las Adicciones” (FRENAR) con diferentes líneas de investigación propuestas sobre los consumos de drogas y los consumos problemáticos.

Búsqueda

La búsqueda de antecedentes relacionados con esta investigación se realizó en producciones indexadas en bases de datos de acceso libre⁷ y publicaciones en revistas de Salud Mental, Salud Pública y/o de Terapia Ocupacional⁸. Asimismo se consultó otras fuentes de interés⁹, y se realizó una revisión de las tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. El límite temporal para la búsqueda correspondió a un margen de cinco años, es decir 2010-2015.

Desde otros puntos de partidas...

Durante la búsqueda se localizaron numerosos artículos referidos a Terapia Ocupacional y Consumos problemáticos de drogas, en su mayoría tendientes a legitimar la pertinencia de la profesión en el abordaje sobre consumos de drogas, es decir investigaciones de índole procedimental¹⁰. Así, en términos generales señalan caracterizaciones del desempeño ocupacional de las personas con *adicción*, instrumentos de evaluación y propuestas de

consumo problemático de sustancias, sistematización de experiencias de abordajes comunitarios y trabajo en redes, análisis-monitoreo y evaluación de dispositivos preventivo-asistenciales; Estudios específicos.

⁷ Bases de datos: Scielo, Pubmed, ISOC - Ciencias Sociales y Humanidades, Ot seeker. Descriptores utilizados: <terapia ocupacional y consumos problemáticos de drogas>, <terapia ocupacional y drogas>, <drogas>, <terapia ocupacional y adicciones>, <reducción de daños>, <reducción de daños y salud>, <reducción de daños y prohibicionismo>, <reducción de daños y abstencionismo> (con las consiguientes traducciones en inglés y portugués)

⁸ Revista electrónica de Terapia Ocupacional. Galicia; Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Revista *ContexTO*. Universidad de Chile; Revista de Terapia Ocupacional. Universidad de San paulo. Brasil; Revista Electrónica de Terapia Ocupacional *Espacio T.O.* Venezuela; Revista Argentina de Terapia Ocupacional. Versión electrónica.

⁹ Portal de Terapia Ocupacional; Cuadernos de Terapia Ocupacional de Universidad Federal de São Carlos, Brasil.

¹⁰ (Jiménez Y.D, 2010; Farías V. L. et.al., 2010; Rojo Mota G. et.al., 2011; Valverdi, J. & Alvarez M. C., 2012; Lefio L.A. et.al., 2013; Rodríguez D. et.al., 2013; Rojo Mota G., 2013; Valverdi J. & Alvarez M. C., 2013; Rojo-Mota G. et.al., 2014; Chaves Bazzani L., 2014; Dúnia Flores Molla, 2014; Wasmuth S. et.al., 2015; Wasmuth S. et.al., 2015)

intervención desde una perspectiva estrictamente ocupacional. O bien, consistieron en artículos de revisión¹¹ guiados con el fin de perfilar los conocimientos e intervenciones para el abordaje de las *adicciones* desde Terapia Ocupacional.

Resonancias...

De la indagación sobre publicaciones regionales se destacan las siguientes:

• **Díaz Heredia L.P. & Palucci Marziale M.H. (2010)** *El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia*. Se apuntó a conocer el papel de las profesionales de la salud, para luego reflexionar si coincidían con lo que se espera según las políticas y normas técnicas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral. Cabe destacar que se encuadró la investigación en la coyuntura histórica y sociopolítica contemporánea y se partió del reconocimiento sobre el “compromiso que tienen los profesionales de la salud frente al fenómeno de las drogas, que en Colombia como en América Latina ha evolucionado transformándose en una problemática social, de salud pública, política y económica” (Díaz Heredia & Palucci Marziale; 2010, p. 574). Fue un estudio descriptivo de tipo transversal y la muestra se conformó por 93 profesionales. Entre los resultados se señaló que los papeles desempeñados por las profesionales coinciden con lo esperado con excepción de las terapeutas ocupacionales quienes no desempeñaron un papel coherente con el área de estudio y formación y las políticas actuales.

(Lefio L. A. et.al., 2013; Rojo Mota, 2013; Chaves Bazzani, 2014)

- El primer número de la *Revista ContextO* de la Universidad Central de Chile en el cual se expusieron dos experiencias que se desarrollaron en dicho país. Una de ellas fue *Programa de intervención para el Apresto Laboral de personas con consumo problemático de drogas. Aproximándose al rol de Trabajador* de **Salgado Maldonado J. (2012)**. En la publicación se presentó la sistematización y problematización de una modalidad de intervención concreta desde una terapia ocupacional comprometida socialmente. Más allá de la descripción exhaustiva del programa que excede a la investigación, lo compatible es que se encuadró en el contexto histórico-social y dentro del marco conceptual se retomaron conceptos del Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner G.; 2006) y de Justicia Ocupacional (Wilcock & Townsend; 2002). Entre los fundamentos el autor remarcó que es necesario repensar nuestras prácticas en tanto “corremos el riesgo de ser meros agentes socio sanitarios de consuelo que incluso guían su práctica, probablemente de manera inconsciente, a perpetuar y reafirmar el modelo social *exclusivo y privilegiado* de algunos, en donde la mayoría de nosotros, por distintas razones, no cabe” (Salgado Maldonado J.; 2012, p. 27).

La otra experiencia referida fue *COSAM Quinta Normal: Propuesta de Intervención de Terapia Ocupacional en Programa Alcohol y Drogas, Modalidad Ambulatorio Intensivo a partir de una Experiencia Práctica* de **Schliebener Tobar, M. L. (2012)**. De igual modo que en la anterior se propuso el abordaje de los consumos de drogas desde una perspectiva crítica. Una de las particularidades fue la metodología del programa que se utilizó: la educación popular. Comprendida como concepto pedagógico político que propone diversas formas de acción, desde una mirada crítica y creativa, que busca

movilizar sujetos activos y transformadores socialmente. Asimismo la autora enfatizó sobre la importancia de un enfoque integral: descentralizando la valoración de los logros en si la persona abandona el consumo o no. Uno de los desafíos que señaló fue el continuar desarrollando nuevas intervenciones, investigaciones, nuevos conocimientos: “no desde una perspectiva reproductora de la realidad que genera las problemáticas sociales que permiten el consumo abusivo y dependiente, si no desde una postura crítica, propositiva y transformadora de esta sociedad” (Schliebener Tobar M. L.; 2012, p. 113).

- En fuentes de Brasil se hallaron numerosas publicaciones. En su gran mayoría centradas en conocer y/o revisar críticamente las prácticas profesionales o en repensar el enfoque de reducción de daños en los servicios de los denominados Centros de Atención Psicosocial para el Alcohol y las drogas (CAPS) dentro de la coyuntura actual.

En **De Oliveira E., Ferreira de Oliveira M., Garcia Claro H. & Barboza Paglione H. (2010)** *Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas* se propuso como objetivo conocer mediante una entrevista las representaciones de las profesionales acerca de las prácticas de atención. Destacaron dentro de las conclusiones: la importancia de singularizar la atención según cada usuaria y su forma de vida, no patologizar a la usuaria y la consideración de los usos nocivos de drogas como el resultado de factores multifacéticos. Como también el énfasis del trabajo en equipo interdisciplinario, intersectorial y descentralizado y el uso de todos los recursos y prácticas disponibles de acuerdo a las demandas de la comunidad (incluyendo las estrategias de atención guiadas por la lógica de reducción de daños).

Las autoras **Juns A. G. & Lancman S. (2011)** *O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional* circunscribieron la investigación a las terapistas ocupacionales con el fin de reflexionar sobre su rol en el equipo. Se concluyó que se requiere la presencia de diferentes profesionales con habilidades y enfoques propios de su campo profesional, pero al mismo tiempo con habilidades para la acción colectiva y el trabajo interdisciplinario. Identificaron cómo desafío la construcción de nuevos perfiles profesionales en el campo de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial con hincapié en prácticas interdisciplinarias, superando los límites rígidos y el monopolio de ciertas prácticas.

En *Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana* **Souza J., Kantorski L., Prado L., Villar M. & Ferreira O. N. (2012)**, se planteó como objetivo repensar sobre las intervenciones de las profesionales a la luz de los lineamientos de documentos oficiales. Se apeló a las técnicas de análisis documental y observación participante. Entre las conclusiones señalaron como *avances* la preconización de la acción intersectorial, integral y centrada en el entorno social y como *debilidad* la dificultad en la consolidación de las siguientes acciones: intervención en los espacios comunitarios, actividades de ocio y trabajo y reducción de daños.

La autora **Medeiros R. (2014)** en *Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas* amplió la población de la investigación e incluyó traficantes de drogas y policías además de profesionales de la salud. El objetivo fue reflexionar acerca de la construcción social del *problema de las drogas*. El supuesto que orientó la investigación fue

que dicha construcción impacta en las respuestas institucionales y terapéuticas hacia el mismo. Como conclusión planteó que las instituciones de tratamiento de adicciones a las drogas esconden una lógica prohibicionista ya obsoleta, y refuerzan prejuicios contra la usuaria de drogas imponiendo medidas coercitivas y discriminatorias que están lejos del respeto a los derechos de ciudadanía. Asimismo señaló que esta forma de gestión socava el debate público el cual no sólo involucra a las instalaciones de tratamiento y sus profesionales, sino también a otras instituciones y la sociedad civil (quienes deben tener acceso a medidas preventivas y para reducir los daños a la salud y a información de calidad para tomar decisiones conscientes y responsables).

Por último de más reciente publicación, focalizando sobre la Terapia Ocupacional de los CAPS de Sao Paulo, la publicación de las autoras **Silva R.C., Nascimento Santos C., Serrata Malfitano A. & Nogueira Nascimento J. (2015)** *Mapeo de la práctica de la Terapia Ocupacional en los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas*. A través de cuestionarios se indagó sobre el perfil de las trabajadoras (formación, elección del área de intervención), tipo de intervenciones llevadas a cabo (recursos, estrategias, visiones acerca de la misma) y su percepción de eficacia. La conclusión general refirió a la extrema complejidad de la asistencia en los CAPS, la importancia de pensar desde los determinantes macrosociales y la necesidad de integración de sectores, zonas y recursos.

¿Y en nuestro país? Se destacan las publicaciones cuyos ejes consistieron en reflexionar sobre el quehacer profesional desde una perspectiva crítica y repensando sobre sus implicancias políticas y éticas.

- *Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario? ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires* de las autoras **Galante, Pawlowicz, Moreno, Rossi & Touzé (2010)**; y *Usos de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas* de **Pawlowicz, Galante, Rossi, Goltzman & Touzé (2014)**.

En ambas publicaciones se problematizó sobre las representaciones sociales que subyacen a la lógica de los dispositivos de atención y operan en los modos de intervenir. Para lo mismo se analizó las narrativas, el discurso de las *especialistas* de acuerdo a la definición de Menéndez (1990)¹². Se sostuvo que las teorías y técnicas que guían las prácticas de las especialistas, gran parte del acervo de los saberes científicos y las relaciones cotidianas se imbrican con las representaciones sociales de los usos de drogas de cada época. La muestra incluyó a 49 y 50 especialistas respectivamente y el diseño de muestreo fue, en uno y otro, no probabilístico e intencional.

La diferencia principal fue que en la primera publicación se puso en cuestión las representaciones sobre la responsabilidad o no del sujeto en relación al consumo de drogas. Algunas de las conclusiones que se delinearon en este estudio son:

- Las representaciones sobre la responsabilidad de las usuarias de drogas oscilan entre la culpabilización y la des-responsabilización.

¹² "Incluye a los sujetos que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Se trate de médicos o psicólogos, agentes sanitarios, operadores socio terapéuticos, talleristas, curanderos, y hasta el mismo par de la red del sujeto que a partir de su experiencia suele ser un referente en lo que a cuidados se refiere y puede cumplir funciones sociales de curador" (Pawlowicz et.al.; 2014, p. 96)

- Se asocia más frecuentemente el inicio y el uso ocasional de drogas con la posibilidad de control responsable de la propia práctica y el consumo frecuente y en altas dosis (abuso) a la pérdida de responsabilidad.

- Existen distintas maneras –no excluyentes- de concebir el pasaje del uso ocasional al problemático lo que constituye una fuente de diferenciación discursiva significativa entre las entrevistadas. Aparecen referencias como “peligrosidad de la sustancia”, “fallas de la personalidad”, “el ambiente enfermo”; el uso de drogas como “incurable” o “posible de cura”.

En el segundo artículo, en las reflexiones finales las autoras plantearon:

- En los saberes profesionalizados como los del sentido común sigue vigente la tensión entre procesos de criminalización y medicalización. Lo mismo se reactualiza en concepciones como “personalidad antisocial” y el uso de drogas como practica riesgosa que lleva indefectiblemente a la *decadencia* de la usuaria. Así como también mediante estereotipos rígidos y lecturas deterministas que homogenizan la singularidad de cada caso.

- La mirada y problematización de los dispositivos de atención cobra relevancia en el marco actual de reforma de las políticas de drogas y de transformación del sistema de Salud Mental hacia un sistema inclusivo y que promueva los derechos humanos de las usuarias.

• *El sujeto y el Consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional* (2015) de **Goldstein B. & Bordoni M. F.** El artículo se basa en una conferencia realizada en el marco de XV Jornada de la Residencia de Terapia Ocupacional, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo consistió en reflexionar sobre las adicciones en los escenarios clínicos y comunitarios actuales del

desempeño profesional de la Terapia Ocupacional. Con este fin, se realizó inicialmente un recorrido sobre los conceptos de subjetividad y subjetividad adictiva, describiendo las condiciones materiales y simbólicas de producción. Posteriormente se reflexionó sobre la Terapia Ocupacional en el marco de la Nueva Ley de Salud Mental. Entre las conclusiones las autoras señalaron: “desde Terapia Ocupacional es importante sostener prácticas inclusivas que den lugar a algún tratamiento posible (...) el requisito de abstinencia como criterio de admisión y permanencia en un tratamiento no da lugar a sostener prácticas inclusivas” (Goldestein B. & Bordoni M. F; 2015, p. 44). Asimismo, propusieron desintoxicar el pensamiento, no actuar desde el prejuicio y correr la mirada exclusiva sobre las sustancias para llegar a la persona.

- **Caputo E. G. (2014)** *Criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones. Un estudio de casos aplicado en Mar del Plata.* El objetivo general fue describir los criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones. Se presentó como una investigación descriptiva de corte transversal y diseño de casos múltiples basada en dos relevamientos: uno documental (sobre políticas públicas de atención a las adicciones y sobre servicios y dispositivos de trabajo) y otro mediante entrevistas a informantes calificados. De importancia significativa para la presente investigación fue:

- El reconocimiento de los paradigmas abstencionista y reducción de daños como las dos máximas expresiones de abordajes y criterios.

- La referencia a las consecuencias y costos sanitarios y sociales secundarios a la política prohibicionista.

- La descripción del *sistema de servicios de atención a las adicciones* de la ciudad de Mar del Plata que permitió una primera aproximación al trabajo de campo, identificando y caracterizando algunos de los dispositivos de la ciudad.

Dentro del sistema el autor distinguió: 1) Dispositivos públicos ofrecidos por el Estado provincial o municipal y que disponen de dispositivos individuales y grupales como el *Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA)* y *Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA)* 2) Dispositivos privados ofrecidos por instituciones privadas que combinan dispositivos individuales y grupales. Se incluye *Plan Be* y la *Posada del Inti* 3) Tercer sector grupal de entidades sin fines de lucro, no privadas y no gubernamentales que disponen de dispositivos grupales como *REMAR*.

Por último...

- De la revisión de tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata no se encontró ninguna realizada dentro del periodo 2010-2015. Extendiendo el límite temporal se localizó la siguiente: **Bustos G. & Forte N. (2003)** *Aporte de la Terapia Ocupacional para la prevención de la drogadependencia*. Si bien los objetivos de la investigación difirieron, se considera un antecedente debido a que fue la única tesis que abordó la misma temática: *consumos problemáticos de drogas*. El objetivo general fue conocer cuáles son *los factores protectores* según estudiantes de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata. Las autoras plantearon la promoción de los mismos, su fortalecimiento cómo un posible punto de partida para las intervenciones desde Terapia Ocupacional.

Capítulo 2: Marco Teórico Conceptual

Pasaje de ida

Darse cuenta es el segundo más bello y más agónico de la vida.

No puede evaluarse, ni medirse, ni normalizarse, ni detenerse, ni olvidarse (...)

Aprendemos sólo en ese instante en que nos damos cuenta en nosotros

mismos, sí, de cada cosa y de todo ello... (Skiiar Carlos)

En un primer apartado se propuso repensar la Terapia Ocupacional hasta entonces conocida. Dar cuenta de la posibilidad de otras Terapias Ocupacionales resultó ser ciertamente el momento más desorganizador pero significativo de estos años de formación. La angustia generada por el quiebre de las certezas y la emergencia de preguntas e incertidumbres, se entramó con la alegría por la expansión de los horizontes y la multiplicidad de potenciales itinerarios y recorridos.

“La apertura hacia la diversidad no lleva necesariamente al relativismo vacuo sino que abre las puertas a la afirmación responsable” (Najmanovich D.; 2008, p. 135). La complejidad de los usos de drogas en los tiempos que corren exigió una mirada desde una Terapia Ocupacional particular superadora de formas cristalizadas, homogeneizadoras y simplificadoras en exceso.

En el segundo apartado del marco teórico se abordó los usos de drogas en un intento por aproximar su comprensión desde una perspectiva crítica. El recorrido comenzó con la problematización de su aceptación como fenómeno ahistórico, para continuar con el análisis de la lógica prohibicionista-abstencionista y su clave médico-legal. Luego se prosiguió a retomar los

caminos alternativos a la prohibición que se han forjados basados en el respeto de los derechos humanos y en el cuestionamiento de las respuestas tradicionales punitivas.

En el devenir de la búsqueda y revisión bibliográfica se reconocieron dos expresiones principales puestas en juego: el Prohibicionismo y la Reducción de Daños. Y al mismo tiempo emergieron los interrogantes que terminaron por constituir el horizonte de la investigación: ¿Cuál es el enfoque de intervención en relación a los consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales? ¿Los cambios discursivos de los nuevos tiempos se traducen en las prácticas profesionales?

2.1: Una Terapia Ocupacional fundamentada en los derechos humanos.

*Pareciera que más que temas nuevos,
hay temas olvidados (Lafforgue M.)*

Diversas autoras reconocen que en los últimos años se ha preconizado la reflexión y problematización de los fundamentos, prácticas y contextos históricos en los cuales la Terapia Ocupacional se ha desarrollado y se desarrolla.

(...) nuestra existencia no deviene de un orden natural o de una condición intrínseca de las personas que confluyeron para inaugurar un nuevo oficio (Guajardo A.; 2011, p.3)

Señalan que el saber-hacer se produjo de manera hegemónica desde una mirada biologicista, con una clara pregnancia teórica metodológica de carácter positivista en sus fundamentos (hiperfragmentación y superespecialización). Prevalciendo el pensamiento único como también la búsqueda de un fundamento científico de carácter neutro, objetivo y universal propio de los supuestos epistemológicos de las Ciencias Naturales.

Una Terapia Ocupacional delineada desde estos parámetros en países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá repercutió y obtuvo audiencia en Latinoamérica. En determinadas condiciones históricas, se configuró la importación y adopción de premisas teóricas y metodológicas sin ninguna problematización: operando un auténtico colonialismo teórico.

Abonado el terreno a partir de cosmovisiones y valores ajenos a la territorialidad local se instaló como centralidad de la Terapia Ocupacional el individuo disfuncional: en esencia una individualidad deshistorizada y

descontextuada, expresión propia del liberalismo capitalista. Los modos de intervención, acciones mecanizadas y estandarizadas, se dirigieron a “reparar los daños físicos o mentales de un individuo, con la finalidad de disminuir la inactividad e improductividad, y recolocar al hombre en condiciones de trabajo” (Berenice R.F.; 2008, p.68).

La terapeuta ocupacional De Rocha Medeiros M.H. (2008) ¹³ hizo referencia a la Terapia Ocupacional particularmente como resultado histórico de las consiguientes especializaciones del trabajo humano en las sociedades capitalistas y de la tendencia de fragmentación compartida del conocimiento. Para la autora constituyó un rol privilegiado como dispositivo disciplinar, en una sociedad en la que era necesario recuperar y rehabilitar la fuerza de trabajo, es decir reproducir el propio proceso de producción del capitalismo. Adaptación, normalización, disciplinamiento y ordenamiento social resonaron en los fundamentos de las prácticas profesionales.

Por otra parte, la profesión se alimentó desde el saber biomédico hegemónico adoptando una perspectiva biológica, cartesiana y mecanicista del ser humano. “Apéndice tecnificado del saber médico, de carácter instrumental” (Guajardo A.; 2013, p. 18)

Entonces en líneas generales, diversas autoras ponderan distintas lecturas posibles para problematizar el ahistoricismo dominante en la Terapia Ocupacional, cuestionando la visión positivista y evolucionista. Lecturas que posibilitan repensar sobre las líneas de orden político, económico, social y cultural desde de las cuales se ha gestado y moldeado la profesión.

El zapato norteamericano definitivamente no enciaja a todos (Iwama M.)

Emergieron así diferentes lugares de enunciación, de búsqueda, de comprensión. Se multiplicaron las miradas de la Terapia Ocupacional interpelando el dominio hegemónico de orden positivista.

Comenzó a abandonarse la pretensión de una Terapia Ocupacional única y homogénea, reconociéndose la existencia de otras *Terapias Ocupacionales*. Democratizándose el oficio, el conocimiento y el saber.

Algunos podrán taparse los oídos con algodón, pero eso no impedirá que sus cuerpos sientan las ondas del impacto (Gouldner A.)

Las Ciencias Sociales nutrieron y apuntalaron a la profesión. Se tendió a deconstruir conceptualizaciones enfrascadas y a cuestionar prácticas naturalizadas.

Algunas autoras distinguieron un cuarto paradigma contemporáneo: el *Paradigma Social de la Ocupación*¹⁴. El cual devino cuando “la perspectiva única de la ocupación como fenómeno individual no era concordante con las necesidades de las sociedades ni comunidades, ni respondía de manera completa a los nuevos campos de acción de las terapistas ocupacionales” (Morrison R., Olivares A. D. & Vidal M. D.; 2011, p. 1).

Se produjeron nuevas conceptualizaciones para comprender realidades emergentes, o bien realidades que las teorías clásicas dejaron en las sombras como: *justicia ocupacional* (Townsend & Wilcock; 2003) y *apartheid ocupacional* (Kronenberg & Pollard; 2007). Se emprendieron

¹³ Citado en: (Guajardo A.; 2013, p. 11)

¹⁴ Lo que no implica que la Terapia Ocupacional “deba dejar de ejercerse en contextos institucionales, o que las prácticas sociales y comunitarias son nuevas: si no que existe un auge en la producción de conocimiento en el campo y ejercicio profesional. De igual manera, no implica negar las corrientes epistemológicas más tradicionales las cuales constituyen conocimientos básicos y fundamentales para el ejercicio profesional sino, por el contrario, es importante contribuir a su desarrollo y re-posicionamiento, que sea acorde a las necesidades actuales de las comunidades” (Morrison R., Olivares A. D. & Vidal M. D.; 2011, p. 116)

problematizaciones desde perspectivas de género, culturales y políticas como el *Modelo Kawa* (Iwama M; 2006), *Terapia Ocupacional Sin Fronteras* (Kronenberg, F., Simó Algado S. & Pollard N.; 2006); *Terapia Ocupacional eco-social* (Simó Algado S.; 2012); y la Terapia Ocupacional Comunitaria o Social ponderada en Brasil. Con igual fuerza se promovió una Terapia Ocupacional Crítica fundamentada en los derechos humanos y en el ejercicio de la ciudadanía (Guajardo A.; 2010). Cambios reconocidos incluso por la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (WFOT), expresados en los documentos de posicionamiento¹⁵.

En este torbellino de producciones, diversidad de voces y posiciones se fortaleció una Terapia Ocupacional en clave latinoamericana.

La terapeuta ocupacional Pérez Acevedo L. (2014) señaló que mientras lo individual implica desarrollar un ser autónomo e independiente, la realidad de Latinoamérica exige un estudio de la profesión vinculada a la colectividad, la solidaridad y el trabajo cooperativo: una mirada social y comunitaria. Desde otras sensibilidades y subjetividades, con otros *acentos* se interpelan los fundamentos. Otras condiciones históricas “en las que nos hemos desarrollado como Estado-Nación. Hemos actuado desde el margen, desde la resistencia, desde la periferia, que ha puesto en tensión el centro dominante” (Guajardo A. & Simó Algado S.; 2010, p. 2).

No se busca erradicar la influencia extranjera, sino pensar críticamente desde nuestras realidades y territorios. Aumentar nuestra sensibilidad cultural para actuar en consonancia.

¹⁵ Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales: *Rehabilitación Basada en la Comunidad* (2004); *Derechos Humanos* (2006); *Desastres y Respuesta* (2007); *Diversidad y Cultura* (2010)

Se pondera el pensamiento complejo, el diálogo entre saberes, los encuentros más que los desencuentros, haciendo porosas las fronteras disciplinarias “más inciertas las certezas, menos teóricas las teorías, y más complejas nuestras prácticas” (Korol C.; 2009). Exigiendo un pensarhacer que supere la parcialidad paradigmática y la especialización en exceso, las divisiones artificiales y dicotomías estériles.

La cabeza piensa donde los pies pisan (Freire P.)

En la actualidad se halla en disputa la continuidad del escenario científicista positivista, expresado en este momento histórico por los intentos de consolidación de una Terapia Ocupacional basada en la Ciencia de Ocupación de vertiente estadounidense. Otra Terapia Ocupacional que aún apoyada en la Ciencia de la Ocupación se orienta a incorporar problemáticas sociales, éticas y de orden político sin poner en cuestión los fundamentos. Y otra Terapia Ocupacional reconocida como *Terapias Ocupacionales del Sur* que reúne a referentes de América Latina, Sudáfrica y algunas terapistas de España y Reino Unido. Cuyo centro es lo político, lo plural, la historicidad y el propósito crítico la transformación social. Donde lo crítico aparece como interrogación e implica situarnos y situar históricamente los problemas. “No es un conocimiento pasivo, es la autoconciencia que reconoce las condiciones de producción en las que se dan nuestras prácticas” (Gujardo A.; 2013, p. 28)

En esta investigación se considera que las prácticas cotidianas conllevan implicancias políticas y éticas ineludibles. Por lo cual, se debe ser consciente y

reflexionar permanentemente sobre las mismas en tanto estamos inmersos y actuamos en una realidad histórica de la cual devenimos y somos parte.

Debemos preguntarnos, ¿Los efectos de las intervenciones cotidianas contribuyen a la transformación o quedan esterilizados en la reproducción del orden social dominante?

Necco C. (2010) señaló que toda modalidad de intervención se encuentra atravesada y sustentada en cierto posicionamiento ideológico, que se ofrece como guía. En similar dirección, las problematizaciones sobre los modos de intervenir deben apuntar a repensar sobre las implicancias políticas y éticas y no sólo reducirse a la legitimización de la disciplina o validación científica. Fundamentalmente cuándo las personas, grupos y comunidades encuentran menoscabado su ejercicio ciudadano, a través de la vulneración de sus derechos o por no garantizarse su pleno goce.

El Estado tiene la obligación de respetar, proteger y garantizar activamente el ejercicio de los derechos de todas las ciudadanas. Pero también como agentes de salud las prácticas profesionales se ven interpeladas y resulta un imperativo ético una Terapia Ocupacional con compromiso con lo social, guiada por el respeto y valoración de las diversidades, orientada hacia la transformación y a la búsqueda de justicia social desde una perspectiva colectiva, comunitaria y con perspectiva de género. Atravesada por una “ideología que sostenga como horizonte, la igualdad de oportunidades para todas” (Albornoz L., Crego A. & Escalada P.; 2010 p. 4) cuyo sustento valórico y ético lo constituyan los derechos humanos.

En relación a los consumos problemáticos de drogas se hace necesario ser consientes sobre el enfoque de intervención puesto en práctica

particularmente porque puede legitimar y sostener la lógica prohibicionista-abstencionista. O bien desafiarla y recrearse a partir del enfoque de reducción de daños, sosteniendo como horizonte ético que “no hay salud mental sin concreción de derechos humanos e inclusión social”.

2.2: Buceando en los usos de drogas

Una perspectiva histórica

En los tiempos contemporáneos domina aún la concepción de los usos de drogas como un problema, que incluso supera la órbita individual constituyendo una amenaza para las familias y el orden social. La droga consumida es de naturaleza problemática, origen de innumerables males.

Las drogas destruyen vidas y comunidades, socavan el desarrollo humano sostenible y generan delincuencia (...) constituyen una grave amenaza para la salud y el bienestar de todo el género humano, para la independencia de los Estados, la democracia, la estabilidad de las naciones, la estructura de todas las sociedades y la dignidad y la esperanza de millones de personas y sus familias (UNGASS; 1988, p. 1)¹⁶

Sin embargo, a lo largo de toda la historia de la humanidad los usos de drogas fueron una constante, incluidos como práctica en las más diversas culturas y regiones geográficas.

Los registros de dichos usos se remontan a antiguas civilizaciones, asociados transversalmente con tradiciones, festejos, rituales, prácticas religiosas¹⁷ y/o movimientos de liberación cultural entre otros entramados¹⁸. Es

¹⁶ Citado en: (Vázquez A.; 2014, p. 832)

¹⁷ Budismo y el cáñamo, la cultura judeo-cristiana y el consumo de alcohol, religiones de la península hindú y el cáñamo, tribus de América fundamentalmente de Centroamérica en las cuales el consumo está aun fuertemente arraigado (Naparstek F.; 2013)

¹⁸ Por ejemplo, en la época colonial las españolas revendían a las aborígenes de las Minas de Potosí la coca que sembraban sus coterráneas para explotarla hasta la extenuación. "La hoja de coca adquirió un valor superlativo para que los indígenas puedan soportar las vejaciones de aquel sistema brutal" (Navarro A.G.; 2013, pp. 9-14).

decir implicaron aceptaciones variadas según la coyuntura histórica, los significados y sentidos que se les asignaron.

Por ejemplo en la cultura grecorromana, con el término *Phármakon* (origen etimológico de *fármaco*) se nombró a “una sustancia que, pudiendo ser un remedio como un veneno a la vez, tenía las dos características, la tóxica y la benéfica según su uso”¹⁹. Asimismo, se debatía sobre la *demonización* de la sustancia: “¿Crees que puede a las mujeres tornar impúdicas? ¡No lo hace el dios! Cada uno por sí mismo va a lo vedado” (*Dionisio, Tragedia de Báquides*)²⁰.

Las drogas cumplen una función específica dentro de la cultura y los lazos sociales, función que se ha ido transformando según la subjetividad de cada época (Navarro A. G.; 2013, p. 2)

En algunas sociedades las drogas no suscitaron inquietud social alguna ni implicaron transgresión del derecho o la moralidad establecida. Sus usos no fueron relacionados radicalmente a concepciones patológicas o problemáticas.

Entonces es necesario preguntarse cuáles fueron las condiciones materiales y simbólicas que dieron origen y sostienen los usos de drogas como un problema, como una amenaza para la humanidad.

¹⁹ *Ibíd.* 17, p.10

²⁰ *Ibíd.* 17, p. 11

“El paradigma economicista se ha impuesto hegemónicamente como un vector de modelamiento social y cultural, promoviendo tanto valores éticos como estéticos de los conjuntos poblacionales” (De Leonardis M.; 2016, p. 118). Paradigma que se impone adoctrinando las subjetividades a través de la cultura del consumo.

Se ponen en juego consumos de objetos rápidamente descartables, prácticas y relaciones regidas por la inmediatez: *el zapping*. Se estimula la compra y uso de objetos, bienes y servicios a efectos de tener para *ser*, para *pertenecer* quedando afuera las personas que no acceden a los mismos.

La expulsión, es parte de una nueva modalidad del capitalismo contemporáneo, operación que es llevada a cabo sin violencia (...) así se produce una restricción objetiva de la posibilidad de consumo, y paralelamente un aumento de la necesidad subjetiva y de expectativa de consumo (Albornoz L., Crego A. & Escalada P.; 2010, p.7).

En este panorama, las drogas constituyen mercancías, objetos de valor variados²¹ y su venta (legal o *ilegalizada*) un mercado generador de grandes ganancias potenciado radicalmente por la llamada *globalización*. La globalización neoliberal de las últimas décadas consolidó un mercado mundial

²¹ “A finales del siglo XIX y principios del XX el gran desarrollo de la industria químico- farmacéutica permitió potenciar el comercio del alcohol y condujo a la síntesis y fabricación de drogas en serie lo que significó el pasaje del consumo de drogas tradicionales y naturales a los primeros combinados químicos y cada vez más sofisticadas drogas sintéticas. En la globalización neoliberal de las últimas décadas, no se distingue el consumo de una u otra droga pues el mercado de las mismas es amplio y variado” (Romaní O.; 2005, pp. 92-95). Predomina el policonsumo: cocteles tóxicos entre productos médicos legales, alcohol y drogas *ilegalizadas*.

alrededor de las drogas *ilegalizadas*: el narcotráfico²². El cual a su vez, opera como una de las puntas de lanza de la globalización neoliberal.

Las marcas ya no son las de la cultura sino las del mercado (Tizio H.)

Al mismo ritmo que se impuso la lógica del mercado neoliberal y la mercantilización progresiva de la vida, se produjo el declive de grandes estructuras simbólicas que eran capaces de regular los lazos sociales: como el Estado, la familia, la Iglesia y ciertas tradiciones o costumbres culturales. Se produjeron rupturas en las formas de regulación colectiva y comunitaria, lo que condujo al desarrollo y valoración de la subjetividad individual. Se vislumbraron nuevos usos impregnados por un marcado individualismo.

La regulación cultural tiene cortes, escansiones, márgenes, por eso se puede hablar de regulación. El mercado actual no regula, desregula con sus imperativos de consumo. La hiperexcitación y la desconexión aparecen como tendencias que no permiten la elaboración, de allí el predominio de una clínica de la compulsión (Tizio H.; 2013, p. 47)

Pueden entrecruzarse otras configuraciones de los usos de drogas prevaleciendo el consumo solitario, atomizado y compulsivo: aislado de cualquier posibilidad de lazo social.

Se asocian los usos de drogas con búsquedas de placer inmediato. Imperativos de la época que conducen a excesos llevando al *cuerpo hasta sus límites*. “Sensaciones de vacío que hay que rellenar, carencias que solo se

²² Siguiendo a Zaffaroni (2015) con la prohibición el capital financiero transnacional ha encontrado la piedra filosofal, han llegado al ideal alquímico: fabrican oro. Por un lado, envían mensajes de prohibición con metamensajes de consumo: *No usen el tóxico. Está proscrito, es pecado y forma parte de un mundo de vicio y placer*. Por otro lado, con la prohibición reducen la oferta y generan una plusvalía enorme del servicio de distribución.

colman con una nueva búsqueda de consumo” (Albornoz L., Crego A. & Escalada P.; 2010, p. 9). O bien con el intento de sobrellevar o interrumpir una realidad vivida como insoportable, abrumadora: “soportar momentos de crisis existenciales e intensa angustia, aplacar fuertes dolores corporales o simplemente desengancharse de la alineación producida por el sistema” (Navarro A.G.; 2013, p. 22). Múltiples usos para mitigar el hambre, el frío, el cansancio, el dolor y/o tolerar situaciones de vulnerabilidad (situaciones de calle, de prostitución, encierro, trabajos precarios o situaciones de desamparo).

Por otro lado, desde los discursos hegemónicos los consumos de drogas aparecen cómo “el problema de los jóvenes” (De Leonardis M.; 2016, p. 116). Siendo comúnmente asociados a transgresión, conductas etiquetadas como desviadas, falta de límites o des-control. Las autoras Camarotti A. C. & Guelman M. (2013) apuntaron a problematizar y poner en tensión las construcciones discursivas *adultocéntricas* sobre los consumos de drogas de jóvenes recurriendo a sus propias voces. Entre las conclusiones señalaron:

- La presencia en sus concepciones y experiencias de la posibilidad de consumos de drogas legales e *ilegalizadas* sociales y/o recreativos.

- La discriminación entre drogas más o menos nocivas para la salud no se basó en el estatus jurídico de las sustancias, sino en sus experiencias.

- Heterogeneidad de sentidos y pluralidad de significaciones.

- Entre las motivaciones se mencionaron la curiosidad, la moda, la imposición/instigación (agencia individual se subsume en la decisión grupal), sensaciones placenteras por las sustancias y el placer derivado del encuentro con otros y la pertenencia a grupos de pares. Sin embargo, advirtieron que

ninguno de estos factores serian condiciones necesarias ni suficientes para dar cuenta del debut o el sostenimiento del consumo.

Frente a la complejidad de la temática, estas líneas implican sólo un recorte, es decir sólo se retomaron ciertos caminos frecuentemente recorridos por las autoras para pensar sobre los usos de drogas y la subjetividad de la época.

En esta investigación, se hizo hincapié en otros dos paradigmas que marcan a los usos de drogas en los tiempos que corren. Por un lado se encuentra el prohibicionismo. Dicho paradigma contribuyó a configurar las modalidades de consumo solitario y desarticulado del otro social, desprovistas de marco simbólico. Instalando una maquinaria de estigmatización y criminalización como una sistemática exclusión.

. Las drogas (*ilegalizadas*) se concibieron socialmente como un problema desde la intersección de dos lógicas: la sanitaria y la jurídica. Recayendo en las usuarias de drogas prohibidas el doble estigma, el de enferma- delincuente “oscilando- sin matices- entre procesos de criminalización y medicalización” (Vázquez A.; 2014, p.832). Se habla de “drogas omnipotentes que convierten automáticamente a quien las toca en adicto y criminal” (Zaffaroni E.R.; 2015, p. 16).

El paradigma prohibicionista conllevó en sus entrañas la vulneración sistemática de derechos básicos *legitimada* sobre la *figura de peligrosidad*. “El teorema de Thomas funciona: no importa que un hecho sea verdadero o falso, basta con que se lo dé por verdadero para que produzca efectos reales” (Zaffaroni E.R.; 2015, p. 16). En este sentido, se cree oportuno señalar la

contribución de los medios de comunicación hegemónicos en su expresión, consagración y reproducción. Prevalciendo el criterio de la inseguridad y la construcción del otro como potencial enemigo, la imagen de las usuarias de drogas como adictas y asociándolas diariamente a robos y delincuencia.

Asimismo se están construyendo otros caminos, alternativos al prohibicionismo que conllevan transformaciones de los modos de concebir e intervenir desde un paradigma de derechos humanos: como el enfoque de reducción de daños.

- **Enfoque prohibicionista-abstencionista**: *Un mundo libre de drogas*

El mundo es una gran paradija que gira en el universo. A este paso, de aquí a poco los propietarios del planeta prohibirán el hambre y la sed, para que no falten el pan y el agua (Galeano E.)

En líneas generales en el transcurso del Siglo XX²³ se fueron acumulando, superponiendo y reforzando en torno a las drogas discursos hegemónicos como el de la *defensa social, la seguridad nacional y la seguridad ciudadana*. Hasta conformar hacia finales del siglo una sólida matriz prohibicionista-abstencionista, cuya principal expresión resultó la respuesta médica-penal represiva y su principal destinataria la usuaria de drogas. Concebida a partir de esta lógica como enferma-delincuente: “contagiosos, viciosos, peligrosos, autodestructivos, inestables, incapaces de cuidar de sí mismo o de otros” (Corda A., Galante A. & Rossi D.; 2014, p.16).

Se edificó desde organismos de coordinación internacional con el objetivo de conformar un sistema global de control de drogas. En 1912, en la

Convención de la Haya sobre el Opio los Estados resolvieron erradicar las drogas²⁴. Si bien en ese momento no se crearon instrumentos específicos para implementar dicha aspiración, este acto implicó el comienzo de los intentos de control sobre las drogas que sería característico de los siguientes cien años.

Las fuerzas prohibicionistas lideradas²⁵ por los Estados Unidos alcanzaron influencia política en las Naciones Unidas y se impusieron de manera hegemónica, expresión de relaciones de dominación geopolíticas subyacentes

El punto de inflexión lo constituyó la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 firmada por las Naciones Unidas. La misma dio origen a la estructura del Régimen Internacional de Control de Drogas: “constituye la piedra fundamental de la actual política prohibicionista” (Ruchansky E.; 2015, p. 23). Posteriormente, las drogas pasaron a *satanizarse* con la llamada *Guerra contra la droga* oficialmente decretada en 1971 por Richard Nixon y ejecutada por Ronald Reagan²⁶.

Esta política se operativizó mediante la represión, empleando respuestas punitivas como el arresto y el procesamiento judicial. Pero también desde el campo de la salud con tratamientos compulsivos basados en la abstinencia.

La *guerra contra la droga* fue envuelta en argumentaciones con lenguaje médico, enumerando los daños que generarían las drogas en la salud/bienestar del individuo, su familia y en la salud pública. Hacia similar dirección, se encuentra la categorización de los usos de drogas en términos de adicción y

²³ Corda A., Galante A. & Rossi D. (2014) realizaron un recorrido histórico desde los inicios del siglo XX hasta la actualidad para describir la configuración de la matriz prohibicionista-abstencionista.

²⁴ La noción “droga” comprendió a aquellas *ilegalizadas* por ser consideradas nocivas.

²⁵ Actualmente la política prohibicionista de los Estados Unidos se ha suavizado, en parte debido a los cambios en sus políticas internas. Rusia paso a encabezar la promoción del prohibicionismo con el apoyo de países como Japón, Irán, Pakistán y China.

²⁶ Presidencia de Estados Unidos: Richard Nixon (1969-1974); Rogan Reagan (1981-1989)

drogadependencia. Según Naparstek F. (2013) dichas denominaciones guardaron íntima relación con las guerras del siglo XX y el uso que se hizo de la morfina para silenciar los gritos y llantos de los hospitales de campaña. Un momento crucial fue cuándo se dimensionó el fenómeno de *abstinencia* y pasó a definirse como *síndrome de abstinencia* desde el campo científico. El *adicto* en sentido actual no existía hasta entonces. En su lugar se hablaba de amateurs y habituados, términos laicos sin el sesgo teológico-moral de la expresión *dope fiend* que significa *drogo-demonio*.

De esta manera, “el control social de los usuarios de drogas ha sido gestionado conflictivamente tanto por el Derecho como por la Medicina” (Pawlowicz M.P., Galante A., Goltzman P., Cymerman P. & Touzé G.; 2011, p. 172).

Grietas...

El consenso sobre la supremacía del enfoque prohibicionista-abstencionista ha quedado atrás²⁷.

Las fundamentaciones desde el discurso biomédico se fueron fragilizando ante la demostración de mayores daños en la salud por drogas legales (como el alcohol y/o el tabaco) que por las *ilegalizadas*. Pese a ser enunciados los consumos de drogas prohibidas como causantes de graves problemas para la salud, se evidenció en el diseño e implementación de políticas el predominio del campo de la seguridad (penal y policial) por sobre las políticas socio-sanitarias.

²⁷ Se recomienda el video: *A broad consensus? It's time for change*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=o73if6K0THA&feature=youtu.be>. Donde se observan las posiciones de los distintos países en relación al Prohibicionismo vs. Reducción de daños en la última UNGASS (2016).

El avance de poderosos aparatos de persecución y control que se impulsó especialmente en ciertos países latinoamericanos se contradujo con los datos epidemiológicos sobre los consumos de drogas *ilegalizadas* en la población publicados por la Organización de las Naciones Unidas. Según un informe (2014) de dicho organismo la prevalencia del mismo no superó el 5 % de la población mundial, siendo el uso problemático incluso menor, constituyendo un 0,6 %.

Estos fueron algunos de los argumentos a partir de los que diversas autoras remarcaron que la *guerra contra la droga* sostenía y sostiene otros objetivos distintos a los oficialmente pronunciados. Noam Chomsky (2011) señaló que fue inventada para suprimir tendencias democráticas revolucionarias, controlar la democratización de fuerzas sociales emergidas en el marco de la guerra de Vietnam y para justificar las intervenciones y el control de amenazas al poder imperial en el extranjero. Para garantizar la ley y el orden: “asegurar la contrainsurgencia en el extranjero y una forma de *limpieza social* en lo interno, enviando enormes números de personas (...) casi todas hombres negros a las penitenciarías” (Noam Chomsky; 2011, p.42).

Consecuencias visibilizadas

El régimen prohibicionista punitivista o en su traducción belicosa la *guerra contra la droga* generó la vulneración sistemática de derechos humanos, así como el socavamiento de principios y valores constitucionales mediante su reestructuración para enfrentar la *amenaza de las drogas*.

Se ha demostrado que agudizó la violencia, la corrupción política y la pérdida de legitimidad de las instituciones estatales, profundizándose la

precarización de condiciones de vida y la destrucción ambiental. Costos que afectaron principalmente a los países llamados “productores o de tránsito” como los países latinoamericanos.

Se gastaron incalculables recursos materiales en dichas políticas en detrimento de políticas sanitarias y sociales.

La criminalización y estigmatización provocada alejaron a las personas en situación de consumos problemáticos de drogas de los servicios de salud. Se crearon obstáculos para el acceso a información certera y confiable así como a la provisión de otras medidas de reducción de daños: sosteniendo la ocurrencia de muertes por sobredosis y nuevas infecciones por VIH y hepatitis (Navarro A. G.; 2013). El prohibicionismo, repercutió además sobre la calidad de los productos con efectos desbastadores en la salud.

Los países *consumidores o de mercado final* como Estados Unidos, minimizan las consecuencias del enfoque prohibicionista-abstencionista al reconocimiento de la utopía que significaba la meta de eliminar por completo el consumo de drogas. Pero plantean que es posible una prohibición “exitosa” mientras se apunte a obstaculizar el consumo e impulsar la actividad hacia la clandestinidad. A lo mismo contribuiría el aumento de los costos y el dificultar el acceso a las drogas.

En la región latinoamericana, la evaluación de la lógica prohibicionista adquiere otro tenor. Durante décadas se implementaron metódicamente en el territorio regional políticas para la reducción de la oferta de manera que no llegaran las drogas a los países consumidores. Dichas políticas fueron financiadas parcialmente por estos últimos, declaradas como *compensación* por la transferencia de profundos costos humanos y sociales. Sin embargo, la

financiación parcial habilitó la injerencia del país financiador sobre las sesiones políticas nacionales “perpetrándose actos de neocolonialismo y avasallando la soberanía, en este caso, de los países latinoamericanos” (Sedronar; 2014, p. 9). No sólo se denuncia su ineficacia según los objetivos originales esgrimidos para su fundamentación²⁸; sino también se visibilizan los costos altísimos y las violaciones sistemáticas de derechos humanos que se perpetraron.

Deserciones

Cuestionando el paradigma prohibicionista- abstencionista, surgieron voces y fuerzas disidentes desde todos los territorios desvelados por sus consecuencias.

En la primera década del siglo XXI se potenció su problematización desde una perspectiva de derechos humanos y de salud pública.

Desde los países de Latinoamérica, se apuntó a definir y afianzar una propia plataforma para participar del diálogo. Lo que inicialmente constituyeron deserciones de carácter blandas, las políticas latinoamericanas pasaron a convertirse en verdaderas contravenciones del sistema. En este sentido, cabe señalar la retirada de Bolivia de la Convención Única de 1961 (2011) y su posterior readhesión en 2013 con una reserva sobre la hoja de coca; y en ese mismo año en Uruguay el logro de la regulación legal del mercado de cannabis (Jelsma M.; 2016).

A nivel internacional como nacional se erigieron perspectivas instituyentes basadas en el principio de inclusión, en el respeto de los derechos humanos y

²⁸ Desplazamientos de las actividades del tráfico de drogas hacia otros países (efecto globo), sin reducir el poder de las organizaciones criminales y con mantenimiento/aumento de la oferta y del consumo. Tampoco mejoró la demanda de atención médica: “en promedio cuatro de cada cinco usuarias problemáticas no tienen acceso a un tratamiento” (Ruchansky E.; 2015, p.20).

libertades individuales constitucionales de todas las ciudadanas, consuman o no drogas. Desde una manera retrospectiva, la SEDRONAR (2014) destacó:

- De trascendencia internacional: Declaración de Caracas (OPS/OMS; 1990), Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991) y Conferencia de Brasilia (2005).

- De trascendencia nacional: la Nueva Ley de Salud Mental, y posteriormente la Ley de Consumo Problemático remitieron al mismo horizonte.

Desde estos parámetros se trazan otras miradas y se exigen otras respuestas socio-sanitarias más incluyentes, que no profundicen la exclusión; que reduzcan los problemas y los daños asociados a los usos de drogas y que sobre todo no los aumenten. Así como también instan a abrir y profundizar las discusiones sobre las drogas con información seria y confiable en un marco de derechos humanos.

- Hacia un cambio de paradigma: Reducción de daños²⁹

En la década del '80 tuvo lugar una emergencia socio-sanitaria relacionada con los usos de drogas. Principalmente la expansión del VIH, el SIDA y hepatitis C, enfermedades asociadas a las técnicas de administración endovenosa de drogas *ilegalizadas*. Desde un nivel micro político se promovió la formulación de políticas pragmáticas y que dieran resultados efectivos:

²⁹ Algunos referentes en el debate, como la Red Chilena de Reducción de Daños distinguen la reducción de riesgos (probabilidad de causar consecuencias o efectos no deseados) y la reducción de daños (consecuencia concreta es vista como negativa o indeseable). En el marco de esta investigación, ambos planos de actuación se presentaron dentro del enfoque de reducción de daños, alternativa al enfoque prohibicionista. Además, se consideró que "el aumento de riesgo se puede englobar como un daño más" (Machín J.; 2003, p. 2)

políticas de reducción de daños³⁰ como alternativa a la matriz prohibicionista-abstencionista.

Los programas de reducción de daños se afianzaron en algunos países de Europa inicialmente, aunque de manera heterogénea. En Inglaterra³¹, consistieron predominantemente en programas de sustitución de heroína por metadona, integrados al sistema de salud. En Francia se hizo hincapié en la integración social, promoviendo la defensa de los derechos de las usuarias de drogas por medio de la organización comunitaria y la modificación de las representaciones sociales negativas sobre ellas. En Suiza, el psiquiatra Jean-Jacques Déglon impulsó la administración de metadona en sustitución de heroína y la reducción de daños de los usos problemáticos o no. Asimismo en dicho país, organizaciones civiles promovieron la apertura de salas de consumos controlados: donde combinaron reducción de daños con ayuda médica y social (Ruchansky E.; 2015)

A mediados de la década del '90, comenzaron a concretarse los primeros programas de reducción de daños en algunos países de América Latina, adecuándose los mismos a la idiosincrasia regional³². En Argentina, desde una perspectiva sanitaria, se focalizó en la prevención del VIH en las usuarias de drogas por vía inyectable. Los programas se caracterizaron por un

³⁰ Algunas autoras reconocen la reducción de daños como una práctica tan antigua como los usos de drogas, es decir tan antigua como la humanidad misma. Por ejemplo en las comunidades antiguas, las prácticas de consumo ritual perfectamente codificadas.

³¹ "Se reconoce un importante antecedente histórico en este país: la creación del Comité Rollerston en 1926. Dicho Comité generó estrategias de intervención que consistían en la prescripción de heroína y cocaína como parte integrante del tratamiento de desintoxicación progresiva. Esta experiencia, se disolvió en la Segunda Guerra Mundial, pero dejó una huella en la tradición de las médicas inglesas y sentó las bases para lo que en los años '80 llegó a constituirse en política pública" (Navarro F., Martello W., Monzón N., Fernández A. & O'Donnel I.; 2015, p. 9)

³² "La aplicación de la estrategia puede funcionar en un determinado contexto espacio-temporal y no en otro, aunque se parte de la misma matriz conceptual (...) es insoslayable el pensamiento de una estrategia en clave de época y situación" (Navarro F. et. al.; 2015, p. 10)

fuerte anclaje territorial, es decir apoyados en las redes comunitarias y sociales de las usuarias.

En 1998-1999 desde la Asociación Civil *Intercambios* se diseñó el primer programa argentino de distribución de jeringas, preservativos e información preventiva para las Usuaris de Drogas Inyectables (UDIs). El mismo fue financiado por el Programa Conjunto y de Copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia adquirida y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONU/SIDA). Asimismo, en 1999 se fundó la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA) cuyo principal objetivo es promover políticas públicas más efectivas, justas y humanas basadas en los principios de reducción de daños como en la denuncia del fracaso de las políticas prohibicionistas.

Entonces fue la sociedad civil, las usuarias de drogas y las organizaciones no gubernamentales las que impulsaron el movimiento. Así como también, las profesionales de la salud que formadas bajo el paradigma del prohibicionismo-abstencionismo en la práctica cotidiana debieron recurrir a la búsqueda de caminos alternativos ante la complejidad de las situaciones con las que se encontraban. “Queríamos que la gente sobreviviera. En ese momento, el 90% no llegaba a un tratamiento. Nosotros decíamos: *Tenemos que tener contacto, empecemos donde están ellos*” señaló Jacob Huber, médico presidente de la Asociación *Contacto Netz* (Suiza) durante la entrevista con Ruchansky E. (2015).

Inicialmente

La reducción de daños alcanzó medidas profilácticas y sociales a través de orientaciones técnicas como la difusión de información elemental sobre el

uso de jeringas, limpieza de instrumental y uso de preservativos; así como programas de sustitución de drogas o de mantenimiento.

Si bien dichas medidas comprendieron cuestiones técnicas, la puesta en práctica de las mismas implicó la introducción de nuevas líneas de atención basadas en el reconocimiento de las usuarias como personas capaces de cuidar de sí y de otros. Facilitó el acceso a los servicios socio-sanitarios tradicionales y permitió ahondar en la complejidad de los usos de drogas principalmente sobre las variables involucradas en los riesgos/daños (patrones y técnicas de consumo, tipos y presentación de sustancias, formas de acceso a las mismas, contextos de uso, relaciones sociales, etcétera). Contribuyó a abrir y profundizar el debate sobre los usos de drogas.

Posteriormente

El campo de la reducción de daños superó el ámbito técnico para convertirse en un lugar de políticas alternativas e innovadoras. Priorizándose la intervención comunitaria y reconociendo los daños no sólo sanitarios sino también sociales, económicos y legales asociados a los usos de drogas en la coyuntura actual. Como aquellos daños consecuentes a la profunda estigmatización social imperante.

El enfoque de reducción de daños se recreó a partir de los nuevos desafíos del escenario social así como de supuestos epistemológicos diferentes a los que sustentaron la atención tradicional de las usuarias de drogas (Galante A., Rossi D., Goltzman P. & Pawlowicz M.P.; 2009). Las autoras destacaron en referencia al primer punto las crisis socioeconómicas encadenadas que atravesó nuestro país a finales del siglo XX y que produjeron profundos cambios en la vida cotidiana en general como en el mercado de las

drogas y los patrones de usos en particular. Por ejemplo las drogas de consumo más frecuentes pasaron a ser el uso de pasta base de cocaína y los medicamentos no prescritos, o bien la mezcla de tabaco y cannabis con alcohol. Asimismo, el uso inyectable pasó de ser una práctica grupal a ser individual y oculta desarrollada en el ámbito doméstico; y el consumo de la pasta base más visible en el territorio periférico, lo que expuso a las usuarias a situaciones de violencia, especialmente al accionar represivo y abusivo de la policía.

Estos cambios interpelaron las prácticas de los equipos que implementaban programas de reducción de daños. Se debió profundizar sobre el abordaje de problemas devenidos de las condiciones de vulnerabilidad social y pobreza como de los efectos de las políticas represivas prohibicionistas.

Mirar con nuevos ojos...

Entre los cambios epistemológicos que las autoras Galante A. et.al. (2009) destacaron se encuentra:

- El paso de la racionalidad instrumental (supremacía del saber científico y supuesto de objetividad) al enfoque de la complejidad y el trabajo en red.
- De la especialización a la construcción colectiva del saber.
- De la casualidad externa a la producción social³³ del padecimiento.

Se produjo un salto desde el modelo médico-rehabilitador a un modelo social de base comunitaria. Se interpeló el paradigma psiquiátrico y sus respuestas³⁴ y el positivismo biomédico³⁵, valorizándose una perspectiva social

³³ En donde las condiciones sociales no son posicionadas como factores condicionantes de la ocurrencia de los daños, en forma contextual y externa sino que “el proceso salud-enfermedad tiene un carácter histórico social, lo que significa que los procesos sociales transforman los procesos biológicos, de un modelo complejo y dinámico (Laurell, 1986)” (Galante A. et. al.; 2009, p.8)

³⁴ Internación asilar de lógica totalitaria y prescripción de psicofármacos de manera generalizada, operando la medicalización de la vida cotidiana.

y cultural de la Salud Mental basada en el respeto de los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía como contribución a la construcción de una sociedad más democrática.

Actualmente

En instancias *internacionales*, organismos de las Naciones Unidas encargados de promover la salud como la Organización Mundial de la Salud, Oficina de Naciones Unidas para la Lucha contra el VIH-SIDA y el Fondo Mundial de la Población recomendaron a los Estados las prácticas de reducción de daños y gestión de riesgos del uso de alcohol y drogas³⁶.

A nivel *nacional* la promulgación de las nuevas leyes referidas anteriormente habilitan la posibilidad de hacer reducción de daños en las prácticas profesionales.

El Decreto Reglamentario N° 603/2013 declara que las políticas públicas en la materia deberán favorecer el acceso a los servicios socio-sanitarios desde una perspectiva de salud integral, garantizando el pleno ejercicio de todos los derechos establecidos en la Ley y respetando a la persona en su singularidad. La usuaria se concibe cómo sujeto de derechos y los *servicios de salud* incluyen a la reducción de daños como alternativa de abordaje tanto en ámbitos públicos como privados.

En el Artículo n° 10 de la *Ley de Consumos Problemáticos* se define a la reducción de daños como aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir

³⁵ Propulsado por los avances tecno-científicos, la neurobiología y la industria farmacéutica.

³⁶ Red Chilena de Reducción de Daños. Disponible: <http://www.reducciondedanos.cl/>. Recuperada: 27/04/2016

la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado (como muertes por sobredosis y accidentes).

Se considera importante retomar que el enfoque de reducción de daños supera la dimensión instrumental. Comprende sobretodo una dimensión política y ética “un paradigma político de referencia para comprender el fenómeno de las drogas y las estrategias de control que las han regido, al menos desde la modernidad” (Goltzman P. & Di Iorio J.; 2013, p. 53).

Se reconoce como un enfoque más humano y efectivo sobre la evidencia de la imposibilidad actual de un *mundo libre de drogas*. Como se señaló basado sobre una posición ética anclada en el respeto y defensa de los derechos humanos: inclusive el derecho de las usuarias a continuar con el uso de drogas y su derecho a reducir los daños. Así como también fundamentado desde una perspectiva de salud pública incluyente que se oriente a reducir los problemas y los daños asociados a los usos de drogas y principalmente que no los incremente.

Hacer reducción de daños significa darnos un trabajo de fondo, que no solo sea técnicamente más eficaz, sino que sea socialmente más justo (...) significa no sólo revisar el prohibicionismo, en el caso de las drogas, sino problematizar formas de intervención y de relaciones de poder jerarquizas (Romaní O.; 2013, p. 52).

Internacionalmente

De manera esquemática el régimen internacional de control de drogas se sustenta en tres convenciones de la Organización de las Naciones Unidas³⁷, a las que nuestro país adscribió:

- **Convención Única sobre Estupefacientes** (1961): dio origen a la estructura del Régimen Internacional de Control de Drogas. Constituye la piedra fundamental de la actual política prohibicionista (Ruchansky E.; 2015).
- **Convención sobre Sustancias Psicotrópicas** (1971): sometió a control nuevas drogas y precursores químicos de la época. Este tratado, señaló Ruchansky E. (2015) sugirió someter a las personas en situación de consumo problemático y detenidas por tener o vender drogas a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social.
- **Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas** (1988): conocida como la *Convención de Viena*. En palabras de la autora Vázquez A. (2014) consolidó el ideario de lo que se conoce como *la ilusión represiva*: es decir, la creencia que la represión permitiría alcanzar un mundo sin drogas. Se instaló el componente belicista en las políticas de drogas para el control de la oferta y la demanda; extendiendo y recrudeciéndose las acciones punibles sobre las usuarias de drogas.

³⁷ Tres órganos de las NN.UU referentes a las drogas: Comisión de Estupefacientes (CND) órgano central de gestión y monitoreo de las políticas; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) controla que los usos de drogas estén limitados a fines legales; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) coordina todas las actividades de la NN.UU relacionadas a las drogas.

Todas estas convenciones se insertaron en el cuadro de una intensa actividad de la ONU y un intenso periodo de globalización política (Brochu S. & Zambrana C.; 2005, p. 14).

Si bien excede a la investigación, se considera necesario señalar que intervinieron otras decisiones, leyes y políticas que definieron el mercado de drogas actual. En este sentido, Romaní O. (2005) refirió que subyace una gran complementariedad entre la economía formal y la informal, la cual en definitiva queda plenamente integrada en la primera. Así, el régimen prohibicionista se relaciona intrínsecamente con políticas como elementos de poder (económico, militar, sociopolítico e ideológico) y mecanismos de control social de las poblaciones funcionales a la consolidación y reproducción de la globalización capitalista.

De alcance nacional

Se puede distinguir la vigencia de legislaciones correspondientes al derecho penal heredadas del prohibicionismo a ultranza de fines del siglo pasado; coexistiendo conflictivamente con las nuevas líneas ideológicas guiadas por una, cada vez más sólida, perspectiva de derechos humanos.

❖ La máxima expresión de la lógica prohibicionista aún vigente en el Código Penal es la Ley de Estupeficientes N° 23.737, sancionada en el año 1989.

La misma fue antecedida por la primera ley penal especial sobre estupeficientes, ley 20.771/74 proyectada desde el Ministerio de Bienestar Social a cargo de José López Rega. Desde el discurso hegemónico de la *defensa de la seguridad nacional* se consideró a la usuaria de drogas como

una potencial traficante de estupefacientes³⁸ y al tráfico como delito atentatorio de la seguridad nacional. Retórica que operó para justificar la concepción de los delitos de estupefacientes como de carácter federal (Corda R.A.; 2011).

También fue antecedida por fallos de la Corte Suprema de Justicia como el fallo de *Colavini* (1978) que reafirmó la constitucionalidad de la punición por tenencia de estupefacientes para consumo personal, sobre la asociación directa de la toxicomanía con la delincuencia común y subversiva. Entre otros males “la droga fue considerada como causa de la destrucción de la familia, institución básica de nuestra civilización” (Corda R.A.; 2011, p. 16).

Diversas autoras señalaron que pese al retorno de la Democracia y a la existencia de proyectos innovadores de reforma de ley³⁹ la aparición e influencia de los principios de la *Convención de Viena* de 1988 fue determinante para la sanción de la Ley 23.373.

Dicha ley es fuertemente criticada tanto por su contenido y sus contradicciones inherentes como por su actividad de aplicación y la selectividad del sistema penal.

Es profundamente cuestionada por vulnerar derechos y garantías constitucionales. Es discutible por su basamento en la *figura de peligrosidad* y

³⁸ La noción de estupefacientes engloba únicamente a las drogas *ilegalizadas*.

³⁹ Sin olvidar el Fallo “Bazterrica” (1986: 308, 1392), en el cual se declara la inconstitucionalidad del artículo 6 de la Ley 20.711 por considerar que la incriminación de la tenencia de estupefacientes para consumo personal avanza sobre las conductas privadas protegidas por la Constitución Nacional.

la doctrina del riesgo, las sanciones *desproporcionadas*⁴⁰ que define, hasta por la lesividad o daño que esgrime⁴¹.

Otro de los puntos más discutidos es la paradoja que entraña en relación a que una conducta considerada *delito* es considerada a su vez *objeto de abordaje terapéutico*. Desde la óptica (médico-punitiva) de esta ley la alternativa para una persona judicializada por posesión de drogas (incluso en cantidades asociadas a uso personal) es el cumplimiento de determinadas medidas de seguridad curativas o educativas. La realización de un tratamiento se percibe como un castigo administrado por la Justicia, denegando a la educación y la salud como derechos humanos.

Pese a las críticas, la línea punitiva se continuó reforzando durante las siguientes décadas.

Durante la década del '90, el Estado argentino guiado por una lógica fuertemente neoliberal comprimió significativamente su responsabilidad como garante de derechos humanos, encruceciéndose al mismo tiempo la actividad penal en el mismo sentido.

Posteriormente una de las leyes cardinales reproductoras de esta línea, fue la Ley 26.052/05: *Ley de desfederalización parcial de la competencia penal en materia de estupefacientes*⁴². Las figuras delictivas de la Ley de Estupefacientes consideradas leves se suscribieron dentro de la órbita judicial provincial. En el Informe de Derechos Humanos que realizó el Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) se describieron las implicancias y

⁴⁰ "Se entiende que una sanción es desproporcionada cuando no se ajusta a la lesividad (daño) provocada por el delito (Zaffaroni, 2000; Ferrajoli, 1997)" (Corda R. A.; 2011, p.18)

consecuencias de su implementación, entre las cuales se destacan las siguientes:

- La forma de gobierno de la seguridad pública propuesta agudizó el modelo de delegación política a las cúpulas policiales (*policialización*).
- Conllevó un pacto de gobernabilidad permitiendo la regulación de los mercados ilegales por parte de la Policía Bonaerense (como parte activa del negocio o mediante protección a organizaciones criminales).
- Condujo a una desarticulación de estrategias recayendo los procedimientos en los eslabones más débiles de la cadena. Además, derivó en que las fiscales provinciales quedaran atadas al esquema de intervención territorial de la policía.
- La actuación territorial de la agencia policial acentuó crudamente la persecución, encarcelamiento y la criminalización de consumidoras y traficantes menores (“narcomenudeo”). Aumentó sostenidamente la cantidad de detenidas sobre la base de un sistema penal selectivo, incurriendo la acción punitiva diferencialmente sobre los sectores sociales más vulnerados: “focos de hostigamiento y controles arbitrarios, en especial las jóvenes (...) el repertorio de las practicas policiales son ocasiones de abuso y violación de derechos” (Centro de Estudios Legales y Sociales; 2015, p. 331).

Asimismo, el informe de la Procuraduría de Narcocriminalidad (Procunar) del Ministerio Público Fiscal de la Nación (2014) indicó que las causas iniciadas por tenencia simple y para consumo personal se

⁴¹“Se reprime la tenencia de pequeñas cantidades de sustancias (aunque estuvieran destinadas al consumo personal) a partir de la interpretación de afectación de la salud pública como el bien jurídico protegido (...) puede afectar de alguna manera el orden o la moral pública o los derechos de un tercero” (Vázquez A.; 2014, p. 833)

⁴² En la Provincia de Buenos Aires, se efectivizó mediante la Ley 13.392/05.

incrementaron casi en un 200% desde que la provincia pasó a encargarse de la investigación de estos delitos. Al mismo tiempo, las investigaciones de delitos complejos vinculados al narcotráfico se redujeron significativamente⁴³. El informe concluyó que la desfederalización pudo aumentar la cantidad de allanamientos e incautación de droga, pero sin significar una mejora en la capacidad de investigación o real impacto sobre el mercado de estupefacientes. Por el contrario, condujo a la atomización y fragmentación de las estrategias de persecución.

Esta situación se profundizó aún más con la declaración de la *emergencia de seguridad pública* por parte del Poder Ejecutivo bonaerense (2014): con el consecuente aumento de los recursos policiales y de las medidas para incrementar las detenciones⁴⁴.

Desde la perspectiva de los derechos humanos.

Desde distintos sectores de la sociedad, aun se reclama el alejamiento de la mirada punitiva y de las respuestas jurídicas-médicas. La Ley de Estupefacientes vigente constituye un real obstáculo para considerar, revisar y/o la implementar políticas alternativas.

En este camino el *Fallo Arriola* (2009) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación⁴⁵ implicó un quiebre significativo. Declaró inconstitucional el Art. 14 de la Ley 23.737 que penaliza la tenencia de estupefacientes para uso personal por evadir el ámbito de reserva de la persona humana protegido por el artículo

⁴³ Citado en: (Centro de Estudios Legales y Sociales; 2015, pp. 346-347).

⁴⁴ Dentro de este encuadre nacional y provincial, a nivel local (Mar del Plata) se organizó con el fin de coordinar esfuerzos interinstitucionales e interjurisdiccionales el FRENAR. Entre sus acciones, puede resaltarse la formulación de un Protocolo de Actuación Policial frente al consumo de estupefacientes en la vida pública y la tenencia para consumo personal: fundamentado en los lineamientos del fallo "Arriola" de la Corte Suprema de Justicia. Con el objetivo principal de contribuir a desincriminar a la usuaria y redireccionar los recursos persecutorios hacia los eslabones más gruesos de la cadena de comercialización (Frenar; 2015).

⁴⁵ Citado en: (Sedronar, 2014; Frenar, 2014)

19 de la Constitución Nacional. Además, señaló como ineficaces los criterios politicocriminales de la Ley de Estupefacientes ante el aumento de los consumos de drogas y el fracaso de la *lucha contra el narcotráfico* irrespetuosa de libertades individuales. Ponderó el derecho a la intimidad y autonomía personal (entendida como derecho de cada persona a dirigir su propia vida y a afrontar las consecuencias de sus actos). Así como también, enfatizó que una mala política criminal implica un dispendio de recursos económicos y humanos de las fuerzas de seguridad en direcciones erróneas⁴⁶.

❖ En el marco regulatorio del abordaje de los consumos problemáticos de drogas dentro del campo de la salud si se produjeron cambios radicales que exigen transformaciones en los fundamentos y prácticas de las profesionales de la salud y el abandono de aquellas intrínsecamente vulneradoras de derechos humanos.

Para la comprensión de los consumos problemáticos de drogas desde el discurso médico conservador se recurrió al esquema explicativo correspondiente a las enfermedades infectocontagiosas. Así, la droga fue concebida como un agente activo (de naturaleza tóxica y adictiva) que enfermaba a la persona. La hegemonía de dicho discurso por sobre otros, definieron a la abstinencia como condición transversal para la atención sanitaria.

⁴⁶ Posteriormente se presentaron en la Cámara de Diputados tres proyectos para modificar la ley 23.737 y despenalizar la tenencia para el consumo personal de estupefacientes. Se impulsó la presentación del *Plan nacional de drogas 2010-2015* por parte del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja (2009) del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Se promulgó la Ley 26.586/09 que creó el *Programa nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas* en la órbita del Ministerio de Educación y la *Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia* en coordinación con la Sedronar. Se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, en el campo del Ministerio de Salud (Decreto N°457/2010), autoridad de aplicación de la Nueva Ley de Salud Mental (Sedronar; 2014)

La Nueva Ley de Salud Mental⁴⁷ produjo una fractura del sistema instituido, denunciando las prácticas degradantes y modos de operar desubjetivantes. Constituyó el primer proceso legal de alcance nacional⁴⁸ en este campo, con implicancias sumamente innovadoras respecto al antiguo régimen. Gorbacz L. (2011) expuso de manera esquemática sus implicancias:

- Desde un enfoque médico-jurídico tutelar hacia uno de derechos humanos.
- Desde el paradigma de la *peligrosidad* hacia el paradigma de la *capacidad*.
- De la *exclusión* a la *inclusión*.

Promoviéndose la integración definitiva de la atención de la Salud Mental en el sistema de atención de salud general y en dispositivos alternativos de base comunitaria. Valorizándose como modalidades de intervención el trabajo interdisciplinario e intersectorial y según los principios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En relación al abordaje de consumos problemáticos de drogas particularmente la nueva ley bajo el término *adicciones*, los incorpora al campo de la Salud Mental⁴⁹. La usuaria de drogas (legales o *ilegalizadas*) se concibe como sujeto de derechos y la salud e inclusión social como derechos fundamentales.

Esta nueva perspectiva se expresó también en la Ley de Consumos Problemáticos (2014). Mediante la misma se proyecta la comprensión de los

⁴⁷ Además, se derogó la Ley de Internaciones 22.914, se modificó el art. 482 del Código Civil y artículos referidos a la incapacitación civil por el agregado 152 ter.

⁴⁸ En algunas provincias se encuentran antecedentes emblemáticos en este sentido. Como la reforma impulsada en la provincia de Río Negro a partir de 1985 que incluyó la apertura de dispositivos de atención con base territorial y de Servicios de Salud Mental en los hospitales generales, la conformación de equipos interdisciplinarios para atender problemáticas mentales en sus lugares de origen, y un intenso trabajo comunitario con el eje puesto en la inclusión social de las personas con padecimiento mental. Hacia 1988, se concretó el cierre definitivo del hospital psiquiátrico, de la localidad de Allen, Alto Valle del Río Negro. En 1991 se sancionó la Ley Provincial n° 2440 Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2013).

usos de drogas desde la complejidad tensionando las raíces de la lógica prohibicionista. Incluyó la creación del *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos* (Plan IACOP) y redefinió los objetivos y responsabilidades⁵⁰ de SEDRONAR (mediante el Decreto de la Presidencia de la Nación N° 518/14, y Resolución Sedronar N° 172/14).

Uno de los objetivos del Plan fue que el nuevo paradigma incipiente sea comprendido, debatido, internalizado y expandido en todos los estamentos institucionales. Aportando coherencia conceptual en un escenario caracterizado por la “variedad discursiva y retórica efectista que pondera argumentos ampliamente superados referidos a los usos de drogas (discursos morales y jurídicos)” (SEDRONAR; 2014, p.3).

Desde la misma línea ideológica que la Ley de Salud Mental, tiene como objetivos: prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita respetando la autonomía individual y singularidad de cada usuaria; e incluir y amparar socialmente a las personas en situación de consumo problemático (planes para inclusión educativa / orientación e inclusión laboral considerando la edad y formación).

Entre las líneas de intervención prioriza los tratamientos ambulatorios, la atención en el contexto de hospitales generales polivalentes y la participación de la familia y de la comunidad. Además, enfatiza sobre la necesidad de un

⁴⁹ Artículo 4: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales; tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

⁵⁰ El control y fiscalización del tráfico ilícito son transferidos a la órbita del Ministerio de Seguridad (en concordancia con la nueva visión que comprende a la problemática del Narcotráfico como parte integrante del crimen organizado, integrado con modalidades delictivas de alcance transnacional: trata de mujeres, terrorismo, lavado de activos, etc.). Correspondiendo a la Secretaría las competencias y facultades relacionadas a la Capacitación, Prevención y Asistencia.

trabajo transdisciplinario, interjurisdiccional e intersectorial. La reducción de daños aparece asociada con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la prevención o minimización de cualquier daño asociado a los consumos de drogas.

Frente al enfoque punitivo y medicalizador que pone el énfasis en la sustancia consumida, y homologa a quien consume con la figura del delincuente o del enfermo, se propuso un enfoque de derechos centrado en los sujetos y sus condiciones de vida (Sedronar; 2014, p. 5)

Otro punto fundamental para remarcar es la decategorización de todos los usos de drogas como enfermedad/adicción. Abriendo la posibilidad de pensar los consumos de drogas como problemáticos o no.

En relación a los *consumos problemáticos de drogas*, su referencia en plural implica reconocer la multiplicidad y complejidad de experiencias y situaciones, contrarrestando las tendencias homogeneizadoras y superando la distinción biomédica entre uso-abuso-adicción⁵¹.

Asimismo la noción *consumos problemáticos* posibilita distanciarse de la reducción de dicha conducta a una categoría dentro del campo de la psicopatología: las *adicciones*⁵². Es decir, no necesariamente todos los consumos problemáticos de drogas implican una adicción a las mismas. La heterogénea variedad de situaciones problemáticas involucran desde excesos eventuales, pasando por prácticas de consumo riesgoso hasta cuadros severos

⁵¹ “Uso asociado a lo esporádico, recreativo; abuso como uso susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto o a su entorno; y adicción o dependencia “impulso irrefrenable por consumir” (Sedronar; 2014, p. 13)

⁵² Sin embargo, sí toda adicción representa un consumo problemático.

de consumos compulsivos/repetitivos generalmente exclusivos y excluyentes (“focalizados en un objeto que termina por confundirse con el sujeto” (Calabrese A.; 2010, p.55)).

Se pondera en primer lugar la dimensión subjetiva y social de la persona y el impacto del consumo en su vida cotidiana, la salud y la construcción de proyectos de vida. “Cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto, diferencias que pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos” (Sedronar; 2014, p. 15). Desde este marco, la posibilidad de que el consumo de una droga genere mayor o menor daño no se haya relacionada con propiedades inherentes a la sustancia.

Los efectos, consecuencias y funciones están condicionadas, sobre todo por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan (Romaní O.; 2008, p.302).

En el *Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos* (2014) se encuentra la siguiente definición sobre los consumos problemáticos: aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna – afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Teniendo en cuenta la definición anterior, esta investigación se circunscribió específicamente a los consumos de drogas. Cabe señalar que se hizo referencia a las *drogas* como toda sustancia que poco tiempo después de ser incorporada en el organismo produce modificaciones de sus funciones (Organización Mundial de la Salud/OMS)⁵³. Dicho término se adoptó en lugar de *estupefacientes* porque el mismo se utiliza como sinónimo de drogas *ilegalizadas*, mientras que en el trabajo se consideró: drogas lícitas (tabaco, alcohol, psicofármacos) y drogas *ilegalizadas*⁵⁴ por el marco regulatorio actual.

Como se puede observar en este recorrido, la distinción entre dos enfoques o perspectivas lejos está de ser una construcción arbitraria, si no que corresponde a la existencia actual de dos paradigmas en pugna.

⁵³ Citado en: (Ministerio de Educación; 2010, p. 15)

⁵⁴ El término *ilegalizadas*, permite referir al proceso histórico, social y contingente según el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido consideradas prácticas delictivas. De este modo, su utilización permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente de las sustancias (Camarotti A. C. & Guelman M.; 2013)

2.3. Enfoques de intervención sobre consumos problemáticos de drogas

En la investigación se adoptó como matriz de análisis de los enfoques de intervención sobre consumos problemáticos de drogas de las terapistas ocupacionales: Prohibicionismo-abstencionismo o Reducción de daños.

La palabra intervención proviene del termino latino *intervenio*, lo que se puede traducir como *venir entre* o *interponerse*. Se puede decir entonces que intervención es también análoga a mediación, ayuda o cooperación; o bien puede tornarse como una intromisión, injerencia, intrusión, coerción, o represión.

Enfoques de intervención sobre los consumos problemáticos de drogas

- El paradigma prohibicionista-abstencionista se traduce en las prácticas profesionales a través de modos de intervenir centrados netamente en la sustancia. La cual es concebida como agente activo que se introduce y enferma a la persona, de naturaleza problemática y causante de grandes males. Desde esta visión habrá que atacar, erradicar al demonio droga.

Las respuestas de las profesionales se organizan alrededor del logro y sostenimiento de la abstinencia.

- Se proponen *acciones preventivas*: basadas en lograr cambios de comportamientos y evitar el inicio del consumo de drogas entre las jóvenes. La forma de disuasión comprende las más diversas amenazas de castigo-punición y sobretodo la promoción de miedo/inseguridad mediante la enumeración de innumerables daños producidos por la droga en la salud, como en la vida de la persona, su familia y la sociedad.

- Las *medidas asistenciales* sostienen a la abstinencia como condición indiscutible para el inicio como permanencia en el tratamiento. Si durante el mismo la usuaria consume, este acto es considerado como una recaída=recidiva de la enfermedad. La cual se concibe como *crónica*, conllevando irremediablemente a un progresivo deterioro subjetivo de la persona o la existencia de síntomas residuales que condicionarán toda su vida.

- Enfoque médico-jurídico tutelar: implica velar desde afuera y desde arriba por un objeto a proteger. Desde el mismo, se “justifica las acciones por la intencionalidad de las mismas. Se pretende que son piadosas, filantrópicas, de reeducación, protección y control” (CELS; 2013)⁵⁵. Predomina la involuntariedad de la usuaria en la participación del tratamiento.

- Los objetivos terapéuticos comprenden la deshabitación psicológica o desintoxicación física. Así como también pautas de adaptación, reeducación o rehabilitación universales. Las intervenciones son estandarizadas, no flexibles.

- La *prescripción de psicofármacos* y los *dispositivos de encierro* son las principales medidas terapéuticas sustentadas en una lógica custodial.

- Las instituciones y los dispositivos presentan criterios estandarizados de admisión, mantenimiento/expulsión y alta. Lo que se denomina de *altos niveles de exigencia*. Determinan quienes están en condiciones de ser atendidos y quiénes no.

- Prima la metodología prescriptiva: la profesional indica lo que hay que hacer y la usuaria debe asumir lo que dice el especialista. Relación jerárquica.

⁵⁵ Citado en: (Buriyovich J.; 2013, p. 3).

- Supremacía del saber científico positivista. Enfoque tecnocrático se valoriza el conocimiento y prácticas especializadas diseñadas por especialistas. Hegemonía médica, pobre trabajo interdisciplinar e intersectorial.

- Prima el metodologismo individual, estrategias de intervención individuales. Desarticulación con la familia y comunidad.

Por último se considera importante retomar que los consumos de drogas *ilegalizadas*, problemáticos o no, son considerados tanto objeto de abordaje terapéutico como delito. Así la atención de la salud se encuentra significativamente ligada al sistema jurídico-penal a través del cumplimiento coactivo por parte de la usuaria de algún tratamiento según el marco legal vigente.

- El paradigma de reducción de daños deviene como una alternativa del prohibicionismo. Uno de sus puntos de partida es el reconocimiento de un mundo con drogas “entendiendo que la supresión definitiva del mercado resulta una *quimera*” (SEDRONAR; 2014, p. 4-5).

En las prácticas profesionales aparece como un horizonte ético el respeto y defensa de los derechos humanos y libertades individuales así como la promoción de la participación ciudadana de todas, consuman o no drogas.

Contiene una perspectiva de salud pública esencialmente incluyente, que se oriente a reducir los problemas y daños asociados a los usos de drogas en la coyuntura actual y que fundamentalmente no los incremente.

En el plano de los modos de intervenir de las profesionales de la salud integra una dimensión instrumental- técnica y el reconocimiento de las implicancias político-éticas de las prácticas profesionales. Comprende:

- Abordaje de *abajo-arriba* basado en la organización de las usuarias y la participación de la comunidad. Promoción de la participación ciudadana, la responsabilidad colectiva y la construcción de saberes colectivos.
- Servicios de *bajo umbral de exigencia*. Contempla la posibilidad de un uso de drogas controlado o regulado por la usuaria. La abstinencia puede o no ser un objetivo realista o deseable para algunas usuarias.
- Se plantean objetivos múltiples e intermedios según la singularidad de la usuaria. Así como también contempla una amplia variedad de estrategias de intervención para incluir/alojar y no excluir/expulsar. Se propone adaptar las intervenciones a la particularidad de cada usuaria de drogas, sus trayectorias individuales y familiares como recorridos institucionales.
- Estrategias individuales, familiares y/o comunitarias.
- Intervenciones integrales que apuntan a algo más que al no inicio o la supresión del consumo: “promoción de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para resolución de problemas. En fin, de construcción de un proyecto vital entramado contextual y textualmente” (Navarro F. et. al.; 2015, p. 10). Se promueve el desarrollo de proyectos de vida personales y la inclusión social.
- La relación profesional-usuaria se caracteriza por ser más horizontal, marcada por una metodología dialógica y la importancia de la escucha. Participación activa y comprometida de la usuaria en los objetivos e intervenciones. Construcción de espacios de trabajo confiables, que no sean coercitivos ni estigmatizantes.

- Abordaje interdisciplinar e intersectorial basado en los principios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. De base comunitaria y trabajo en red. Modelo de búsqueda y acercamiento en vez de modelos de espera.
- Incluye acciones comunitarias tendientes a la desestigmatización y descriminalización de la usuaria de drogas, la toma de conciencia y la efectivización de derechos.
- Los espacios de formación/actualización y supervisión de las prácticas profesionales, de reconocimiento y problematización de las representaciones sociales se consideran esenciales debido a que condicionan la organización de los dispositivos de atención y los modos de intervenir. Tienen efecto “en las relaciones cotidianas de las especialistas con los usuarios de drogas, más allá de la formación disciplinaria de cada cual” (Pawlowicz M.P. et.al.; 2014, p.98).

De enferma-delincente a sujeto de derechos

❖ Cabe destacar que en las concepciones de las especialistas conviven, no sin contradicciones referencias teóricas con basamento científico con otras creencias basadas en las propias experiencias y los saberes populares, así como en representaciones sociales de cada clima de época (Pawlowicz M. P. et.al.; 2014). Sobre dichas concepciones se construyen prácticas en el sentido de la reproducción de la exclusión, la restricción de la participación ciudadana y detrimento de los derechos; o bien en el sentido del respeto de los derechos humanos generando principios de autonomía e inclusión social.

De enferma y delincuente a sujeto de derechos:

*Los discursos sociales sobre el uso de drogas tienen efectos de poder y saber al constituirse en matrices de significado, que a su vez se anclan en las relaciones sociales e intervienen en la construcción de la subjetividad (Foucault)*⁵⁶

A principios del siglo XX cuando comenzó a construirse la lógica prohibicionista la persona que usaba drogas se concibió según discursos positivistas basados en la defensa social y el higienismo. Las usuarias fueron las viciosas –contagiosas de la sociedad.

Según el discurso de la defensa social se interpretó a la sociedad como una realidad orgánica fundada en el consenso de valores asumidos como generales. Desde esta mirada las personas peligrosas, irracionales, locas y enfermas son *desviadas, males* y la respuesta del sistema penal es racional, legítima y necesaria para la tutela y la afirmación de los valores de la sociedad (Pavarini; 1998)⁵⁷.

Desde el higienismo, el enclaustramiento tuvo una función profiláctica y la policía se constituyó en auxiliar de la higiene ya que como agente de la segregación cortaba la exhibición del vicio (Recalde; 1997)⁵⁸.

A mediados del siglo, la reforma del Código Civil a través de la Ley 17.711 limitó la capacidad legal de las personas *toxicómanas* y se instaló la posibilidad de realizar internaciones compulsivas. La adopción de la nominación *toxicómana* expresó el énfasis en el objeto “droga” representando uno de los estigmas del paradigma psiquiátrico. Asimismo, la reforma civil

⁵⁶ Citado en: (Pawlowicz M.P. et.al.; 2011, p. 178)

⁵⁷ Citado en: (Corda A., Galante A. & Rossi D.; 2014, p. 11)

⁵⁸ Citado en: (Corda A. et. al.; 2014, pp. 11-15)

reafirmó la concepción de las usuarias como *incapaces, potencialmente peligrosas* vigorizándose la utilización de dispositivos de encierro⁵⁹.

En la *década del '70*, se instaló fuertemente en el país una nueva línea discursiva: la seguridad nacional de similares argumentos al discurso de la defensa social pero ahora definidos como *ataques a la Nación*. La persona *toxicómana* al entregarse al vicio no sólo se destruye a sí misma sino que causa perjuicio a quienes la rodean y se la podía considerar como una potencial traficante. Constituyendo ambas conductas atentatorias de la seguridad nacional, es decir conductas subversivas.

Consecuencias tremendas de esta plaga, tanto en cuanto a la práctica aniquilación de los individuos, como a su gravitación en la moral y la economía de los pueblos, traducida en la ociosidad, la delincuencia común y subversiva (Fallo "Colavini"; 1978, 300: 254)⁶⁰

Con *el retorno de la democracia* apareció una nueva corriente discursiva: la *seguridad ciudadana* concebida como condición para el desarrollo humano. Es valorada como un bien público cuya provisión es responsabilidad principal del Estado, el cual debe proteger de manera efectiva la integridad física y material de las personas. En este marco, se promulgó la Ley 23.737 del año 1989 quedando expresado la concepción de la usuaria de drogas *ilegalizadas* como *enferma-delincuente*. De esta manera, se asienta sobre la

⁵⁹ En Argentina, se creó el Fondo de Ayuda Toxicológica en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1966); el Servicio de Toxicomanía del Hospital Borda y el Centro de Prevención de Toxicomanía de la misma Cátedra (1971); el Centro Nacional de Reeducación Social (1973). Surgieron las primeras comunidades que ofrecían tratamiento residencial formadas por usuarias y frecuentemente ligadas a Iglesias Evangélicas; y se creó en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos, (primer órgano estatal encargado de diseñar políticas en este marco) integrada por representantes de distintos ministerios, organismos de seguridad y ámbitos académicos (Corda A., Galante A. & Rossi D.; 2014).

figura de peligrosidad las bases para encrudecer el modelo represivo y prohibicionista: involucrándose penas desproporcionadas, torturas y tratos degradantes a las personas arrestadas o sospechosas de incurrir en *delitos* de drogas (dentro de lo cual se incluye la tenencia para uso personal).

Frente a la irrupción de la pandemia del HIV, de importante incidencia en usuarias de drogas inyectables, se sumó el estigma de *infectadas* reforzando la *peligrosidad* asociada a ellas.

“La maquinaria social va creando e imponiendo una serie de estereotipos e imaginarios” (Necco C.; 2010, p. 39). Así, las usuarias quedaron nominadas como *enfermas-delincuentes* y asociadas a representaciones profundamente estigmatizantes como contagiosas, viciosas, peligrosas, autodestructivas, inestables, incapaces de cuidar de sí mismas o de otras. Lo que contribuyó a justificar respuestas coercitivas y represivas, legitimadas por el sistema judicial y el Modelo Médico Hegemónico.

La visión predominantemente del crimen y la enfermedad, han sido la base para negarles (...) las dos principales características de los ciudadanos en un régimen democrático: la racionalidad y la autonomía (Auerano; 2003, p.49)⁶¹.

El nuevo paradigma focaliza sobre la condición de sujeto de derechos. Concibiendo a las usuarias como sujetos activos y actuantes, capaces de decidir y elegir sobre el cuidado de su salud (Romaní O.; 2005). De esta

⁶⁰ Citado en: (Corda A. et.al.; 2014, p. 16)

manera las intervenciones se apartan de la criminalización y de las respuestas punitivas y se orientan hacia el resguardo de la salud, la inclusión social, el respeto de los derechos humanos y las libertades individuales.

*La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos
y el horizonte se corre diez pasos más allá.
Entonces, para qué sirve la utopía.
Para eso sirve, para caminar (Galeano E.)*

⁶¹ Citado en: (Vázquez A. & Stolkiner A.; 2009, p. 8)

3.1. Problema de Investigación

¿Cuál fue el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán, dentro del periodo 2010-2015?

3.2. Objetivo General y Específicos

Objetivo General:

- Determinar si el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán dentro del periodo 2010-2015, es coincidente con el paradigma prohibicionista-abstencionista o con el paradigma de reducción de daños.

Objetivos específicos:

- Conocer el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán dentro del periodo 2010-2015.

- Repensar el enfoque de intervención alrededor de dos enfoques de intervención posibles: coincidente con el paradigma prohibicionista-abstencionista o con el paradigma de reducción de daños.

3.3. Tipo de investigación. Diseño del estudio.

La investigación se aproximó a un enfoque de tipo cualitativo. Se procedió a conocer el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas de terapistas ocupacionales. Para posteriormente, problematizarlos pensando alrededor de dos enfoques de intervención posibles: coherente con el paradigma prohibicionista-abstencionista o el de reducción de daños.

El diseño del estudio fue exploratorio/descriptivo, de tipo longitudinal.

3.4. Población de la investigación

Terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán dentro del periodo 2010-2015.

3.5. Muestra:

- *Tamaño*: menos de diez terapistas ocupacionales.
- *Diseño de Muestreo*: diseño no probabilístico e intencional: “muestreo teórico” (Polit & Hungler; 2000).
 - *Criterio de inclusión*:
 - Licenciadas en Terapia Ocupacional o terapistas ocupacionales;
 - Trabajaron en dispositivos de salud 1) públicos (nacional, provincial y/o municipal), privados o no gubernamentales, 2) especializados o no en abordaje de consumos problemáticos de drogas, 3) en la ciudad de Mar del Plata/Batán;
 - Trabajaron dentro del periodo 2010 y 2015.
 - *Criterio de exclusión*:
 - Profesionales de la salud con otra formación de grado.

- Licenciadas en Terapia Ocupacional o terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos (según lo indicado) de otra ciudad.

- Licenciadas en Terapia Ocupacional o terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos (según lo indicado) pero fuera del periodo 2010-2015.

3.6. Trabajo de campo

- Localización de las terapistas ocupacionales: según los criterios de inclusión explicitados. Se recurrirá principalmente a informantes claves.

- Primer acercamiento: se formalizará según diferentes vías de acuerdo a la proximidad o facilidad para dicho contacto (telefónicamente, vía mail o se concurrió a sus ámbitos de trabajo). Posteriormente, se asegurará el consentimiento informado, garantizando el anonimato y la confidencialidad (Documento de Consentimiento Informado: *Anexo 1*).

- Entrevista: se realizarán personalmente, comprendiendo uno o dos encuentros con cada profesional de acuerdo a su disponibilidad. De igual modo, el lugar se acordará con la terapeuta entrevistada. La entrevista será grabada para evitar la pérdida de información relevante (práctica informada en el Documento de Consentimiento Informado).

3.7. Técnica de recolección de información: Entrevista Semi- Estructurada (*Anexo 2*) administrada de manera Individual.

La entrevista (...) está siendo entendida (...) como una conversación entre dos con propósitos bien definidos (...) No supone una conversación sin pretensiones y neutra, desde el momento en que se inserta como medio de recolección de los hechos relatados por los

actores, en cuanto sujetos-objeto de la investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada (De Souza Minayo M.C., Ferreira Deslandes S., Cruz Neto O. & Gomes R.; 2007, p. 45-47).

Siguiendo la misma fuente bibliográfica se adoptó una modalidad semiestructurada para el diseño de dicho procedimiento metodológico. Se incluyeron preguntas previamente formuladas pero con cierta apertura para que la entrevistada aborde libremente el tema propuesto.

El modelo contiene los temas y/o subtemas que deben contemplarse de acuerdo a la propuesta de la investigación. Se incluye además la indagación sobre la formación y experiencias laborales de las terapistas ocupacionales y sobre el dispositivo dónde trabajaron en tanto contribuyen a la conformación de un encuadre particular (a nivel simbólico y normativo) del enfoque de intervención de dichas profesionales.

3.8. Eje principal de análisis: *Enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas.*

Se definió conceptualmente cómo los modos de intervenir puestos en práctica para abordar consumos problemáticos de drogas (legales e *ilegalizadas*) en la coyuntura actual. Teniendo en cuenta que los modos de intervenir entrañan concepciones sobre la persona que consume drogas, los consumos problemáticos de drogas y los usos de drogas en sí mismos.

Operacionalmente se distinguió dos enfoques de intervención sobre consumos problemáticos de drogas posibles: coincidente con el paradigma prohibicionista- abstencionista o con el de reducción de daños.

De acuerdo con el marco teórico conceptual y anteriores investigaciones afines se organizó la siguiente serie de indicadores. A partir de los mismos se construyó el instrumento de recolección de información.

1. Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales (considerar por ejemplo: homogeneización; centralización en la usuaria, familia y/o comunidad)
2. Objetivos generales y específicos de las intervenciones.
3. Criterios de admisión, mantenimiento / expulsión y alta.
4. Relación profesional- usuaria.
5. Participación de la usuaria.
6. Interdisciplinaridad. Espacios comunes de supervisión, formación y actualización.
7. Intersectorialidad. Trabajo en red. Participación de la comunidad.
8. Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas.

Retomando los apuntes metodológicos

La muestra estuvo conformada por nueve licenciadas en Terapia Ocupacional que trabajaron en dispositivos de salud de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2010-2015. Si bien, se contactó con una terapeuta ocupacional de la ciudad de Batán que trabajó en una institución de encierro, no se concretó la entrevista por motivos no explicitados. Dicha situación se produjo también con dos licenciadas de la ciudad de Mar del Plata que inicialmente se dispusieron a participar de la investigación.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico e intencional.

Focalizando en la especificidad o no de los dispositivos de trabajo y su carácter público (jurisdicción) / privado / no gubernamental, la muestra fue heterogénea.

- Dispositivos públicos de abordaje específico sobre consumos problemáticos de drogas (jurisdicción nacional, provincial y municipal diferencialmente).
- Dispositivo privado de abordaje específico sobre consumos problemáticos de drogas.
- Dispositivos públicos municipales de servicios de salud mental.
- Dispositivo de base comunitaria.
- Dispositivo de internación domiciliaria.

El primer acercamiento con las profesionales se formalizó por vía telefónica. El lugar de realización de la entrevista fue en su mayoría: Resto-

cafés. Se realizó una entrevista en el espacio de trabajo de la profesional y otra vía Skype.

La duración media de cada entrevista fue de una y hora media. Antes de comenzar se aplicó un consentimiento informado entregando a cada profesional una copia del documento.

Las entrevistas actuaron como un espacio de diálogo con las terapistas ocupacionales para conocer y reflexionar sobre sus prácticas profesionales. Es de destacar la predisposición de las profesionales para con la investigación. Desde el momento en que fueron convocadas se comprometieron significativamente: no escatimando tiempo y siendo generosas en cada una de sus respuestas.

Capítulo 5: Organización y Análisis de la información

*De la acción a la reflexión, para retornar
a la acción transformada.*

Inicialmente se procedió a realizar una transcripción fiel de las entrevistas de manera de facilitar su posterior estudio.

La primera aproximación para tratar el contenido de las entrevistas se realizó según los indicadores predefinidos⁶² de acuerdo con el marco teórico conceptual y anteriores investigaciones.

Pero de acuerdo a lo emergente en el trabajo de campo se realizaron las siguientes modificaciones:

- Se integró el Indicador n°1 “Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales” con el Indicador n°2 “Objetivos generales y específicos de las intervenciones” ya que se encontraron ligados de múltiples formas y sentidos.
- Se integró el análisis del trabajo y participación comunitaria dispuesto en el Indicador n° 7 “Intersectorialidad. Trabajo en red. Participación de la comunidad” dentro del Indicador n°1 “Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales”; porque las entrevistadas reflexionaron sobre el

⁶² Indicadores: 1.Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales (considerar por ejemplo: homogeneización; centralización en la usuaria, familia y/o comunidad); 2.Objetivos generales y específicos de las intervenciones; 3. Criterios de admisión, mantenimiento / expulsión y alta; 4. Relación profesional- usuaria; 5.Participación de la usuaria; 6. Interdisciplinaridad. Espacios comunes de supervisión, formación y actualización; 7. Intersectorialidad. Trabajo en red. Participación de la comunidad; 8. Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas.

trabajo comunitario y familiar en contraste con las intervenciones centradas en la usuaria.

- Por la extensión que adquirió el Indicador nº1 “Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales” se prosiguió a distinguir dentro del mismo diferentes criterios de análisis: a. Objetivos y modos de intervenir de las terapistas ocupacionales; b. Lógicas institucionales; c. Homogeneización de las intervenciones y d. Trabajo familiar y comunitario.

- En relación al Indicador nº3 “Criterios de admisión, mantenimiento / expulsión y alta” se reemplazó el término *mantenimiento* por el de *permanencia* considerándose este último más adecuado para reflejar lo expresado por las entrevistadas.

- En el Indicador “Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas” se reúne el análisis de las respuestas a las preguntas explícitas sobre el tema que se incluyeron en la entrevista.

De esta manera el *análisis y la presentación de los datos* se configuraron según el siguiente esquema de indicadores:

- 1- Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales.
 - a) Objetivos y modos de intervenir de las terapistas ocupacionales.
 - b) Lógicas institucionales.
 - c) Homogeneización de las intervenciones.
 - d) Trabajo familiar y comunitario.

- 2- Criterios de admisión, permanencia/ expulsión y alta
- 3- Relación profesional- usuaria.
- 4- Participación de la usuaria.
- 5- Interdisciplinariedad. Espacios comunes de supervisión, formación y actualización.
- 6- Intersectorialidad. Trabajo en red.
- 7- Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas.

Se utilizó la siguiente *terminología*:

- *Todas*: incluye a la totalidad de las entrevistadas (9).
- *La mayoría*: comprende una relación de 7 u 8 terapistas con respecto al total de las entrevistadas (9).
- *Algunas*: corresponde a la diferencia de una terapeuta.
- *Sólo algunas o la minoría*: comprende una relación de 2 o 3 terapistas con respecto al total de las entrevistadas (9).

Además se visibilizaron las respuestas únicas con su indicación correspondiente. Por ejemplo: *una de las terapistas*.

Cuando fue considerado ilustrativo se recurrió a las *palabras textuales*⁶³ de las profesionales con el fin de dar lugar a sus propias voces, conservando el estilo coloquial de las entrevistas. Para su identificación se refirió a cada una como "to" seguido de un número (to1, to2 y así sucesivamente). Sus expresiones se presentaron con letra *cursiva*. De manera de conservar el

anonimato se suprimió los nombres de los dispositivos cuando los mencionaron en sus relatos.

1- Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales

a. Objetivos y modos de intervenir de las terapistas ocupacionales

Todas las terapistas ocupacionales concordaron que la actividad es uno de los recursos para la intervención. Algunas capacitadas en ciertas técnicas o herramientas hicieron uso de las mismas sumando este saber al quehacer de la Terapia Ocupacional. Mientras que otras terapistas trabajaron en coordinación con una tallerista, quien portaba otro saber técnico sumándolo a la dinámica compartida.

En relación a los espacios individuales la mayoría refirió trabajar en el acompañamiento en las actividades de la vida diaria y la exploración en los proyectos de vida subjetivos. Sólo algunas intervinieron en la facilitación del acceso a diversos derechos y la promoción de la participación ciudadana siendo la actividad de gestión crucial en su trabajo diario.

... en el espacio grupal e individual esto de habilitarlos a poder expresarse, a buscar, a explorarse... (to3)

... acompañamiento a los pibes en acceso a diversos derechos... (to9)

Todas interpelaron y problematizaron la creencia de que la palabra no es incumbencia profesional de las terapistas ocupacionales. Algunas también

⁶³ Aclaración. La abreviación T.O. y t.o. se utilizaron cuando las profesionales expresaron de esa manera: Terapia Ocupacional y terapeuta ocupacional respectivamente.

hicieron referencia a que tampoco la actividad con uso terapéutico es exclusivo de la profesión.

La mayoría participó en instancias de evaluación y posteriormente intervinieron según modalidades grupales e individuales apuntando a trabajar desde la singularidad y experiencia de cada una de las usuarias.

... pensar que el terapeuta ocupacional si o si para poder trabajar necesita una actividad en el medio desde lo formal (...) eso sí es obsoleto... (to5)

b. Lógicas institucionales

Todas las terapistas señalaron que sus prácticas profesionales estuvieron condicionadas por cierto marco institucional o del dispositivo de trabajo. Sólo algunas profesionales enfatizaron sobre los modos de intervenir que facilitaron los mismos. Particularmente las que trabajaron en aquellos marcos construidos desde los nuevos lineamientos de la Ley de Salud Mental.

Mientras que la mayoría de las profesionales profundizaron sobre cómo el marco institucional o del dispositivo operó como impedimento u obstáculo de ciertas prácticas alternativas. Principalmente cuando eran discordantes a aquel, produciéndose contradicciones en su quehacer profesional.

... institucionalmente había millones de cosas que yo creía que eran importantes hacer y no las podía hacer, como permitir el consumo... (to4)

Dentro de esa mayoría algunas terapistas se alinearon al marco institucional mientras que otras desafiaron los límites en el encuentro con la usuaria con el objeto de alojar y no excluir.

... uno debe preguntarse por qué tantos abandonan... ahí es donde fallamos nosotros... tenía un paciente que las intervenciones eran más por fuera de la institución, yo lo iba a buscar a la escollera... (to8)

... si abandona el tratamiento, lo abandona... nos quedamos preocupados o queremos, nos encantaría pero bueno no podemos hacer mucho... (to7)

Por otro lado, la mayoría de las entrevistadas refirieron diferencias de acuerdo con el tipo de gestión (pública o privada) del dispositivo de trabajo.

Señalaron que en los dispositivos de gestión pública a diferencia de los de gestión privada las políticas públicas, las decisiones presupuestarias y asignación de recursos inciden en las prácticas profesionales en términos de facilitación u obstaculización.

Y particularmente las que trabajaron en dispositivos de gestión privada refirieron que los márgenes de intervención eran establecidos significativamente por la institución según su esquema de reparto funcional generado de manera burocrática.

... la demanda era que yo generara, desde la institución ¿no? Algún espacio expresivo que no sea fundamentalmente de palabra... me d'jeron bueno tenes de 14:00 – 16:00, los martes... (to3)

Por último algunas profesionales indicaron que tuvieron que sortear los prejuicios sobre el quehacer profesional de la Terapia Ocupacional, los cuales restringían sus intervenciones.

... era como tratar de explicar la particularidad de intervención fuera de lo clínico y romper con ese, con esa idea de que el terapeuta ocupacional tiene que ser el que trabaja en consultorio, con una actividad puntal (to2)

... tuve que luchar... sacar todos esos prejuicios... entre lo que pretendían que yo hiciera como t.o. y lo que yo creía que tenía que hacer (to8)

c. Homogeneización de las intervenciones

En la mayoría de las terapistas aparecieron marcadas contradicciones entre el decir y lo que expresan del hacer.

Todas las terapistas expresaron que han apuntado a trabajar según la singularidad de la usuaria.

Sin embargo la mayoría de las entrevistadas refirió la existencia de talleres predeterminados basados en la creencia que el hacer por sí mismo o participar de una actividad, es terapéutico. En relación a esto, sólo algunas terapistas trabajaron para flexibilizar la participación de la usuaria.

... yo empecé a plantear ahí que era importante que fuera como más, que estuviera el que tuviera ganas... (to3)

... Los talleres grupales son para todos. Hay cosas que nos pueden gustar o no y podemos estar o no de acuerdo pero sí todas las actividades están planteadas en un marco de tratamiento... (to7)

Salvo una profesional que refirió una clara posición abstencionista, las entrevistadas dijeron no centrar sus intervenciones en el consumo de drogas. No obstante algunas terapistas se contradijeron al expresar modos de intervenir homogéneos centrados en el consumo de drogas.

... no puedo ir a decirle a un paciente que no consuma, pero sí creo que es a lo que uno tiene que apuntar... (to5)

... una regla que esto no se quiebra digamos es venir consumido... no decimos "no consumas" es "no vengas consumido"... (to7)

d. Trabajo familiar y comunitario

Sólo algunas terapistas intervinieron en el plano familiar con el objetivo de construir o fortalecer una red de contención.

La mayoría no intervino en lo comunitario. Una de las terapistas detalló intervenciones en lo comunitario desde su práctica profesional como:

... coordinación de grupos de reflexión y terapéuticos en diversos territorios entre ellos: barrios, cárcel... gestión, coordinación de programas y proyectos sociales... (to9)

Sin embargo, todas las profesionales reconocieron la importancia del trabajo con las familias y en lo comunitario, debido a que es desde el imaginario social desde donde hay que trabajar para contrarrestar las representaciones sociales que continúan criminalizando y estigmatizando a la usuaria de drogas.

....Porque no es saber de droga, no tiene que ver qué efecto tiene la cocaína, la marihuana, el paco, lo que se sea. Si no ver como que hay otras dificultades, hay otras problemáticas y que ahí yo puedo intervenir como escuela, como servicio social, como sociedad de fomento, como vecino, como amigo como lo que sea... (to2).

2- Criterios de admisión, permanencia / expulsión y alta

Todas las terapistas distinguieron ciertos criterios de admisión, permanencia / expulsión y alta (con menor o mayor movilidad) de los dispositivos de salud donde trabajaron.

En general se realizaron entrevistas de *admisión* para determinar si era el dispositivo adecuado o no para la persona. Valorando principalmente si la

usuaria podría o no sostener un tratamiento con modalidad ambulatoria o de internación, como también la presencia o ausencia de una patología psiquiátrica. En este último caso era derivada a otra institución.

En relación a los *criterios de permanencia/ expulsión* se hallaron situaciones diversas.

La minoría de las entrevistadas negó la existencia de algún criterio en este sentido.

Particularmente las profesionales que trabajaron en dispositivos de internación señalaron que la abstinencia jugó un rol central como criterio en este sentido. Algunas terapistas refirieron que el consumo o la tenencia de drogas dentro de la institución era un motivo de expulsión. En el caso que el consumo ocurriera en una salida transitoria se evaluaba la situación, aunque dicho acto era sancionado institucionalmente. Una terapeuta expresó:

... la institución tenía esta cosa horrible, culpógena, tener que estar todo el tiempo revisándose, fijándose en lo mal que hicieron y las recaídas y yo y yo y yo y lo malo que soy (to4)

Otra de las terapistas explicitó cómo resolvía la permanencia o expulsión ante una situación de consumo durante el tratamiento:

... si hay dos consumos uno puede tomar la decisión de derivación... (to6)

Entre las posiciones de negar la existencia de criterios y considerar la abstinencia como un criterio de permanencia/expulsión, una de las profesionales que trabajó en un dispositivo de modalidad ambulatoria refirió que no existieron pero indicó contradictoriamente en relación al modo de intervenir:

... una regla que esto no se quiebra digamos es venir consumido... También nosotros sabemos que se juntan, y se juntan a fumar. Digo no es la propuesta... esto no es un lugar de transa. Acá vienen a pensar, a pensarse diferente... si no es una careteada, para qué vienen... no estamos diciendo dejen de consumir no es ese el criterio. Es bueno reducción de daños. Dentro de reducción de daños está bueno no juntarse con los pibes del tratamiento a consumir (to7)

Por otro lado, sólo las terapistas que trabajaron en dispositivos de internación señalaron *criterios de alta*. En este caso se indicó el sostenimiento de la abstinencia durante un tiempo predeterminado (un año por ejemplo) como un criterio determinante. Salvo una de las terapistas que expresó:

... sería cuando la persona ya tendría el armado de un proyecto. Puede ser un trabajo como podría ser que pueda estar en su casa sin estar mal... (to1)

Sin embargo, todas las entrevistadas acordaron en que el alta de un dispositivo puede no implicar la finalización del tratamiento.

3- Relación profesional- usuaria.

Todas las terapistas expresaron que fue un vínculo de confianza, basado en la escucha y el diálogo.

... yo lo que lograba generar siempre fue un vínculo de confianza. Es lo primero. Lo que me parecía elemental (to3)

Una de las terapistas refirió particularmente que, apuntó a construir una relación horizontal Aclarando que la horizontalidad no imposibilita la realización de intervenciones que intenten disminuir situaciones de riesgo y/o daño.

4- Participación de la usuaria

Todas las terapistas dijeron que fue voluntaria.

Pero la mayoría de las profesionales señalaron de manera contradictoria situaciones donde la participación de la usuaria en el tratamiento respondió: a órdenes judiciales para morigerar una pena o a una condición para poder permanecer en hogares convivenciales donde la persona residía. Esta situación también se reprodujo, según lo expresado por las terapistas, en algunas familias que exigían a la usuaria realizar un tratamiento como modo de continuar viviendo en el seno de la familia o en su hogar.

5- Interdisciplinaridad. Espacios comunes de supervisión, formación y actualización.

A excepción de la terapeuta que trabajó en un dispositivo de internación domiciliario auto gestionado, todas las profesionales señalaron la realización de reuniones de equipo encauzadas a trabajar interdisciplinariamente.

La mayoría de las profesionales indicaron como obstáculo la presencia de marcos teóricos e ideológicos difíciles de aunar. Asimismo expresaron como limitación el desconocimiento sobre el quehacer profesional de la Terapia Ocupacional.

...tuve como la doble experiencia. La experiencia del psicólogo que minimiza lo que haces, que no tienen ni la más pálida idea, ni cuenta de nuestra formación. Se piensa que somos como no sé las recreadoras del espacio. Y lo otro... que ponderaban mucho más los espacios de hacer y de intervención concreta... (to4)

Sólo uno de los dispositivos de trabajo garantizó espacios de formación / actualización y supervisión colectiva de acuerdo con lo referido por la terapeuta. Algunas profesionales refirieron supervisar sus prácticas de manera privada.

6- Intersectorialidad. Trabajo en red.

La mayoría de las terapeutas intervinieron articulando con otras instituciones o dispositivos de salud y otros sectores como:

... oficina de empleo, con los distintos ministerios, con los colectivos laborales (to5)

... la justicia, las defensorías, los tribunales, los Centros de Protección Infantil, los hogares municipales, otros programas como Envió... (to7)

Coincidieron en que la receptividad y articulación real fue variable dependiendo de la predisposición de cada persona con la que contactaban.

Algunas de las entrevistadas profundizaron sobre obstáculos para el trabajo intersectorial y en red como recursos materiales y humanos escasos, redes institucionales y comunitarias no consolidadas, precariedad e insuficiencia de dispositivos alternativos y la persistencia de discursos estigmatizantes y criminalizantes.

... la verdad es que nosotros también tenemos un montón de demanda y la mitad de mis compañeros cobran y la mitad no... (to7)

... la realidad es que muchos pacientes terminan institucionalizados porque no tienen lugar a donde ir... la Ley esta buena... pero tenes un gran vacío... no sólo con crear dispositivos, con la articulación real... (to5)

... es muy resistido aún pensar un modelo así como más social, de corresponsabilidad en la intervención en las adicciones... si bien con un

discurso un poco más relajado, se sigue escuchando un discurso estigmatizante... (to2)

7- Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas

Todas las terapistas expresaron que la *droga* no es el problema, mediante respuestas como:

...todas las que hoy son malditas a través del tiempo y en distintos momentos esas mismas sustancias tuvieron una connotación distinta. Por lo cual ¿es la droga? (to1)

... qué pasa que este chabón se droga y no se transforma en un adicto, y este chabón se droga y se transforma en un adicto. Bueno ahí hay una cuestión de subjetividad (to3)

Pero en algunas profesionales aparecieron contradicciones al referir expresiones como:

... lo que sí es cierto que el consumo de marihuana es como "la puerta de entrada a"... (to3)

.... si estoy consumiendo drogas controladamente en algún momento voy hacerlo descontroladamente... y entonces vas a dejar de ser un consumidor para ser un adicto. Creo que sí inevitablemente (to5)

...el alcohol y el tabaco son las drogas de inicio... (to6)

Todas las terapistas reconocieron discursivamente la posibilidad de *consumos no problemáticos de drogas*.

No obstante al profundizar algunas entrevistadas respondieron de manera contraria desestimando el uso de drogas no problemáticos refiriendo

que en algún momento se tornaría problemático; una de las terapistas refirió las distinciones que desde el discurso biomédico se han esgrimido (uso-abuso-dependencia) y sólo algunas enfatizaron en visibilizar la existencia de múltiples usos según la singularidad de la usuaria.

... porque le gusta el efecto logrado, porque siente placer, porque anestesia algo de lo afectivo, porque multiplica las sensaciones corporales, porque busca efectos en otros sentidos perceptivos, porque desea experimentar en otros planos (to9)

La mayoría de las terapistas señalaron como lo *problemático* “la forma en que la usuaria se relaciona o vincula”, “la angustia o padecimiento subjetivo que se intenta mitigar o anular” y/o “la limitación en el desarrollo personal y la realización de las actividades de la vida diaria”.

Una de las entrevistadas además de haber contemplado lo anterior indicó también como problemático el tipo de sustancia en sí misma. Y otra de las profesionales agregó que lo problemático se liga estrechamente a “las condiciones de vida, derechos vulnerados y falta de oportunidades”.

Con respecto a la *criminalización y agudización de la violencia* todas las terapistas refirieron cierta relación con los usos de drogas pero repudiaron su asociación estereotipada y estigmatizante.

La minoría de las terapistas se contradijo agregando ideas como:

... la realidad es que entre la droga y el delito un vínculo está, porque cuando vos acabaste tu círculo de manera de tener recursos para poder conseguirla, lo siguiente cuando ya no puedes robar a tu familia es robar afuera. Eso es lo se crea (to5)

Sólo una de las terapistas sobre este punto hizo hincapié en visibilizar que la violencia que se adjudica a los usos de drogas en sí mismos, está relacionada realmente de manera significativa con la desigualdad que genera el sistema capitalista y las prácticas neoliberales.

Por último al indagar sobre las *concepciones y representaciones sociales* que circulan, todas las terapistas coincidieron en que prevalece la discriminación y estigmatización de las usuarias, las lecturas deterministas y fatalistas así como la individualización de la problemática primando la demanda social y familiar de medicación o internación compulsiva, el aislamiento y encierro.

Capítulo 6: Conclusiones... inconclusas

En la presente investigación se propuso conocer el enfoque de intervención puesto en práctica de las terapistas ocupacionales sobre consumos problemáticos de drogas. Considerando que es crucial visibilizar las implicancias éticas y políticas que conllevan las prácticas profesionales.

Pensando en la necesidad de consolidar una Terapia Ocupacional anclada en los derechos humanos y comprometida con lo social, brotada de nuestros territorios se apuntó a profundizar sobre el consumo de drogas alrededor del cual se ha edificado un régimen de control profundamente violento e intrínsecamente atentatorio de los derechos humanos y libertades individuales. Además de otras consecuencias devastadoras que se han producido en la región latinoamericana particularmente.

Desde una perspectiva histórica crítica se pretendió reconocer los cimientos sobre los que se construyó y legitimó la lógica prohibicionista-abstencionista y los caminos alternativos que se proyectan.

Así surgieron interrogantes como: *¿Los cambios discursivos de los tiempos que corren irradiados en las nuevas leyes se tradujeron en prácticas profesionales diferentes? ¿Los modos de intervenir cotidianos contribuyeron a la transformación o reprodujeron el enfoque punitivo?*

A partir del diálogo con lo conocido en el campo y el material analizado se puede concluir que el enfoque de intervención de las terapistas ocupacionales no fue netamente prohibicionista-abstencionista ni un enfoque de reducción de daños.

La posición dicotómica propuesta no resulta útil para reflejar el encuentro con un territorio profundamente ambiguo y mixturado.

Imprimir la determinación hacia uno u otro extremo conllevaría necesariamente una imposición, recayendo en generalizaciones y simplificaciones. Ocultando lo novedoso que ha germinado en las formas más conservadoras y/o lo conservador que sigue reproduciéndose en las prácticas profesionales aparentemente nuevas. Prácticas que se insinúan como transformadas pero retienen en su interior elementos de la lógica prohibicionista vetusta.

Complejizándose todavía más este entramado vivo, se encontró la tendencia en lo discursivo a deslegitimar la lógica prohibicionista y enunciar un enfoque de intervención cercano a la reducción de daños con la referencia de modos de intervenir lejanos (o incluso contradictorios) al mismo. Se pudieron entrever algunas inconsistencias entre el decir y hacer que contribuyeron a abandonar la pretensión de pureza y distinción absoluta propuesta.

Sin dejar de considerar lo antedicho pueden delinearse ciertas tensiones que atravesaron la mayoría de los enfoques de intervención puestos en práctica por las terapistas.

El debate -o a esta altura el consenso- por la búsqueda de respuestas integrales apuntando a trabajar interdisciplinaria e intersectorialmente o por ponderar a la usuaria como eje de las intervenciones se relacionó a un enfoque alternativo al prohibicionismo. Sin embargo, se reiteraron similares lógicas de poder en los modos de relacionarse e intervenir cotidianamente. Lógica de la cura o de control eminente.

Se entrevistó que las tensiones descansan particularmente sobre el modo de pensar a la persona que usa drogas y sobre la práctica misma. La usuaria en la disyuntiva de *enferma – delincuente*, la *demonización* de las drogas y su uso como práctica *irracional* que lleva irremediablemente a la declinación en una espiral creciente y destructiva aún persisten. De las nueve terapistas sólo tres rechazaron esa visión en su quehacer profesional diario posibilitando microexperiencias de libertad y principios de autonomía. Reconociendo a la usuaria como sujeto de derechos, capaz de decidir y hacer al cuidado de su salud. Acompañando sin invadir, respetando sus decisiones. Así como también dieron cuenta de múltiples usos de drogas no problemáticos, rompiendo con la concepción “droga-drama o droga-problema” (Romaní O.; 2013, pp. 52).

El distanciamiento de una comprensión desde los derechos humanos llevó a configurar (y reproducir) modos de intervención según lógicas de control, normalización y disciplinamiento que remiten al enfoque médico-jurídico tutelar.

Se pudieron reconocer ciertos enquistamientos verticalistas en las relaciones cotidianas con las usuarias, expresadas en los modos de intervenir concretos, aunque al indagar sobre la relación vincular discursivamente se describió con otros términos. Repitencia de prácticas protocolares o burocráticas como la oferta de talleres predeterminados a los que las usuarias deben adaptarse.

Se evidenció la construcción de espacios en los cuales la usuaria quedó sujeta a hacer lo que indicaran las profesionales, obstaculizándose su participación consciente, activa y comprometida. La voluntariedad de la misma

se tornó nebulosa por la presencia de diversas presiones institucionales naturalizadas e instituidas.

Asimismo, el ideal de la abstinencia y la ambivalencia que aún producen los usos de drogas se irradiaron de múltiples formas.

Se movilizaron preocupaciones de carácter morales e ideológicas por parte de las profesionales que se intentaron encubrir con fundamentaciones pseudocientíficas o encapsularlas en la esfera personal sin dar cuenta de los efectos concretos en las prácticas profesionales.

Aunque de modos más sutiles el consumo de drogas durante el tratamiento encontró resistencias, expresadas en sanciones institucionales concretas o en el vacío de formación sobre intervenciones alternativas desde la reducción de daños y riesgos relacionados a los usos de drogas. En este último caso privando de información y prácticas de autocuidado (o expulsando) a la usuaria que continúa consumiendo.

Predominó en el abanico de las intervenciones aquellas centradas en la usuaria como *individuo disfuncional/desviado*. Lo cual refuerza la individualización de la práctica denegando su forma sociocultural e histórica y las relaciones de poder donde se inscriben. Conduciendo muchas veces a profundizar la culpabilización de la usuaria y a posiciones fatalistas, cargadas de resignación: *salvándose la que puede*.

Por último cabe resaltar que existieron condicionamientos que facilitaron u obstaculizaron las prácticas profesionales generando contradicciones angustiantes en el quehacer profesional. Entre estos las políticas públicas, la

falta o recorte presupuestario, el marco institucional y la presencia en los equipos de trabajo de marcos teóricos e ideológicos difíciles de aunar.

De relevancia también es lo referido por las terapistas sobre el desconocimiento y los prejuicios de parte de otras profesiones sobre el quehacer de la Terapia Ocupacional así como la persistente hegemonía médica y del campo de la psicología en los espacios interdisciplinarios. No obstante algunas de las terapistas ocupacionales reflejaron que pueden crearse prácticas e inventarse lugares liberadores en el encuentro con la usuaria aún en los marcos y dinámicas de trabajo más asfixiantes.

Sobre lo trazado surgen nuevos interrogantes que pueden traducirse en investigaciones ulteriores: *¿Cómo contribuir a derribar los andamiajes de la lógica prohibicionista que aún se mantienen? ¿Cómo acortar distancias entre el discurso y las prácticas profesionales? ¿Cómo generar pensamiento crítico en las estudiantes desde los espacios de formación a fin de ir perfilando un quehacer profesional más basado en los derechos humanos o en la justicia social?*

No se pretende arribar a respuestas herméticas y acabadas sólo entrever algunas trayectorias que se reconocen como significativas según una Terapia Ocupacional fundamentada en los derechos humanos y coincidente con el enfoque de reducción de daños.

Si de lo que se trata es de desterrar la lógica prohibicionista por una fundada en el respeto de los derechos humanos es necesario ser conscientes de la dimensión histórica y sociocultural de los usos de drogas y trabajar en visibilizar su sentido. El paradigma prohibicionista es funcional al capitalismo

neoliberal de formas diversas. Un ejemplo es la utilización de la “droga” para explicar la agudización de la violencia relegando a las sombras su intrínseca relación con las políticas neoliberales y las profundas desigualdades sociales que estas producen.

El desarraigamiento del prohibicionismo no se produce desde prácticas sólo discursivas sino en la creación cotidiana y desde lo colectivo.

Estableciendo otros modos de relacionarse opuestos a las que reproducen y refuerzan la dominación. Propiciando la multiplicación de experiencias concretas de principios de autonomía, microespacios en donde se reivindicquen derechos vulnerados y denuncien injusticias sociales naturalizadas, se construyan estrategias colectivas fundadas en lazos solidarios. Modalidades donde no se profundice la dependencia y se abandonen abordajes asistencialistas que refuerzan la exclusión.

Modos que produzcan la posibilidad de interpelar los fundamentos de la admisión y derivación considerando que todo padecimiento y situación problemática debe alojarse.

En concordancia con los lineamientos filosóficos de la Nueva Ley de Salud Mental y de Consumos problemáticos se debe intervenir hacia el acercamiento de usuarias y facilitando su acceso a prácticas alternativas de cuidado y autocuidado de su salud. Distantes de aquellas que imponían aislamiento o encierro, su medicalización, tenaz vigilancia y que tendían a disciplinarlas o que las rechazaban sistemáticamente. El acercamiento gradual y no invasivo como agentes de salud es fundamental porque como se describió se ha construido y reforzado la creencia de que acceder a un tratamiento

implica la restricción de su libertad y el cumplimiento de órdenes y reglas que no se sienten capaces o no quieren cumplir.

La supervisión de las prácticas profesionales debe ser una herramienta a utilizar, realizándose no sólo desde lo teórico y técnico sino también en clave ideológica para reforzar corrimientos de posibles miradas basadas en lo moral como también prejuicios culturales. Cultivando de esta forma un pensamiento crítico, diálogos fértiles así como el esfuerzo y la acción colectiva.

Es necesario que se continúen haciendo políticas públicas hacia la apertura de dispositivos de base comunitaria, con fuerte anclaje territorial según lógicas de promoción de la salud y tendientes a contribuir a la desestigmatización y descriminalización de la usuaria. El compromiso por la despenalización de los consumos de drogas es fundamental también en este sentido y por su carácter anticonstitucional. Deben inventarse (o reforzarse) espacios que propicien la organización y participación activa de las usuarias. Así como el fortalecimiento del tejido social fragmentado y disgregado resultado del neoliberalismo reinante y la lógica prohibicionista hegemónica que nombra al otro como peligrosa, violenta e irracional.

Sólo colectivamente y desde abajo podremos romper con los discursos hegemónicos y el bombardeo mediático que refuerzan conductas individualistas y la desintegración del tejido social ahogando cualquier resistencia. Esta forma de construcción quizá implica una trayectoria más larga sobre otra que suponga una forma de dirección vertical y jerarquizada. Requiere de otros ritmos, otros encuentros, otra ternura. Pero sin la creación colectiva en el terreno de la cotidianeidad difícilmente podamos apartarnos (y

mantenernos apartadas) de la reproducción de la lógica de poder que buscamos desaprender traducida en disciplinamiento, autoritarismo, pensamiento único, respuestas en lugar de preguntas, identificación o detección de problemas en lugar de construirlos conjuntamente, sustitución del diálogo por órdenes...

Es importante dar cuenta del sentido político y ético de nuestras prácticas profesionales y habilitar una reflexividad permanente. Tanto para desterrar aquellos gestos rutinarios que sólo repiten lo instituido como para evitar que las nuevas miradas y prácticas profesionales se vayan esterilizando, pierdan su carácter antagónico y crítico, hasta resultar funcionales al orden social hegemónico productor de profundas desigualdades sociales.

Como agentes de salud debemos comprometernos con la realidad social y actuar como mediadores y facilitadores en los procesos de cambio; desarrollando acciones orientadas a la construcción de prácticas horizontales y pluralistas, en la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa (Albornoz L., Crego A. & Escalada P.; 2010 p. 84).

No se trata de una esperanza ingenua si no de aquella que se moviliza para concretarse (Koroi; C.)

En el encuentro con las terapistas surgieron diálogos y preguntas que excedían a los fines de la investigación pero sumamente importantes ya que trataban sobre el quehacer profesional de la Terapia Ocupacional. Como la problematización de la creencia de que la palabra no es incumbencia profesional de las terapistas ocupacionales o que la actividad con uso terapéutico es exclusivo de la profesión. Además del desconocimiento y los prejuicios que aún circulan sobre la misma en los espacios de trabajo según lo referido. Se comparten a continuación algunas otras reflexiones...

... la Terapia Ocupacional para mí es una carrera difícil de encontrar bien como posicionarte en tu propia praxis para correrte, despegarte de la "profesora de" o tallerista...

...Entro en conflicto muchas veces sobre los modelos teóricos sobre los que nosotros debemos adaptar nuestra práctica profesional... problemáticas académicas que venimos arrastrando nosotros de decir ¿qué es la Terapia Ocupacional? Definirla como algo... y digo bueno scy uno más que aporta al desconcierto general... me parece que hay profesionales que tampoco generamos conocimiento teórico sobre lo que se hace....

...mucho bien no sé qué hacen... no tenemos una identidad así pero creo que es una misión imposible ¡igual, no podría armar una

identidad común profesional con las de físicos...

...Tenemos como todo el campo abierto y disponible. Y estamos como permanentemente poniendo en juego, creando... como la riqueza de nuestra formación, de poder pensarnos más integralmente... una mirada mucho menos patologizante que otro tipo de profesión. Tenemos como una misma mirada siempre mucho más puesta en la potencialidad...un corrimiento muy interesante que tiene nuestra profesión del lugar sintomático... A diferencia por ahí de otras disciplinas que están como más estancadas, con su objeto de estudio bien claro, nosotras tenemos como esa, para mí hermosa, esa cosa rizomática maravillosa de: no sabemos qué carajo hacemos, no sabemos muy bien que somos...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas: Introducción

- Linares C. (1996) La Participación Social. Su definición y manifestación como proceso. *La Jiribilla Revista de Cultura Cubana*, 12. Recuperado: 05/06/16 de <http://www.epoca2.lajiribilla.cu/articulo/7228/la-participacion-social-su-definicion-y-manifestacion-como-proceso>

Referencias bibliográficas: Consideraciones Previas

Fundamentación:

- Albornoz L., Crego A. & Escalada P. (2010) *Una propuesta horizontal en promoción de salud desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Guajardo A. (2013) *Terapia Ocupacional. Apuntes de una historia inconclusa*. Conferencia Inaugural del I Congreso Chileno y IX Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional: Chile.
- Ley de Consumos Problemáticos N° 26.934 (2014) Recuperado: 02/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>.
- Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) Recuperado: 02/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> / Decreto Reglamentario N° 603 (2013) Recuperado: 02/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>.

Estado de la Cuestión:

- Bustos G. & Forte Natalia (2003) *Aporte Terapia Ocupacional para la prevención de la drogadependencia*. Tesis de Grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del plata
- Caputo E. G. (2014) *Criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones. Un estudio de casos aplicado en Mar del Plata*. Tesis de Grado para optar por el título de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Chaves Bazzani L. (2013) *La terapia Ocupacional en el abordaje de las adicciones: una*

- revisión actualizada. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 57-64. Recuperado: 26/03/16 de <http://www.uchile.cl/publicaciones/99772/revista-chilena-de-terapia-ocupacional-vol-13-no-2-2013>
- De Oliveira E., Ferreira de Oliveira M., García Claro H. & Barboza Paglione H. (2010) Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas. *Revista Terapia Ocupacional. Universidad São Paulo*, 21 (3), 247-254. Recuperado: 26/03/16 de <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14111/15929>.
 - Díaz Heredia L. P & Palucci Marziale M.H. (2010) El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18, 573-581. Recuperad: 26/03/16 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20694427>
 - Dúnia Flores Molla (2014) Terapia Ocupacional en centros residenciales para personas con VIH/SIDA. Portal de Terapia Ocupacional. Recuperado : 26/03/16 de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/VIH_SIDA_residencias_Terapia_ocupacional_Flores_Molla_2014.pdf
 - Farias V. L., Guerra I. V., Cifuentes T. A. & Rozas C. S. (2010) Consumo Problemático de drogas y Terapia Ocupacional: Componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 10, 45-56. Recuperado: 26/03/16 de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/10559/10637>.
 - Galante A., Pawlowicz M.P., Moreno D., Rossi D. & Touzé G. (2010) Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario? ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. *Norte de salud mental*, 8 (36), 24-34.
 - Goldestein B. & Bordoni M. F (2015) Conferencia: El sujeto y el Consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1 (1). Recuperado: 26/03/16 de <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/volumen1.html>.
 - Jiménez Y.D. (2010) Rol del Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Atención al Farmacodependiente (UDAF). *Revista Electrónica Espacio T.O, Venezuela*, 5. Recuperado: 26/03/16 de http://www.espaciotovenezuela.com/art_abril2010/rol_terapeutaocupacional_udaf.pdf

- Juns A. G. & Lancman S. (2011) O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22 (1), 27-35. Recuperado: 26/03/16 de <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14117/15935>.
- Lefio L. Á., Villarroel S. R., Rebolledo C., Zamorano P. & Rivas, K. (2013) Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34 (4), 257-266. Recuperado: 26/03/16 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000007&lng=pt&lng=es.
- Medeiros R. (2014) Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde e Sociedade*, 23 (1), 105-117. Recuperado: 05/05/16 de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100008>.
- Observatorio Argentino de Drogas (2014) *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas. Síntesis nacional por provincias y por conglomerado urbano*. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación. Recuperado: 25/04/16 de <http://www.observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/PrincipalesZIndicadoresZRelativosZalZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZ-ZAnoZ2014.pdf>.
- Pawlowicz M. P., Galante A., Rossi D., Goltzman P. & Touzé G. (2014) Usos de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas En Domínguez Mon, A., Pérez, S & Perner, S. (2014) *De la agencia social a la salud colectiva: Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas*. Universidad Nacional de Río Negro: Red de Editoriales de Universidades Nacionales, pp. 91-110
- Rodriguez D., Cantera Garlito P.A. & Zabala Baños M. (2013) Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias. *Revista TOG*, 10 (18). Recuperado: 26/03/16 de <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>.
- Rojo Mota G. (2013) Terapia ocupacional en adicciones: revisión de bases de datos internacionales. *Revista TOG*, 10 (18). Recuperado: 20/04/16 de <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original3.pdf>.

- Rojo Mota G., Pedrero Pérez E., Ruiz Sánchez de León JM., Llanero Luque M. & Puerta García C. (2011) Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana de la población adicta. Desarrollo de un instrumento de medida: ADO. *Adicciones*, 23 (1), 27-35. Recuperado: 20/03/16 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503561>.
- Rojo Mota G., Pedrero Perez E.J., Ruiz Sánchez de León J.M. & Miangolarra (2014) Assessment of motor and process skills in daily life activities of treated substance addicts. *Scand J Occup Ther.*, 21(6), 458-464. Recuperado: 20/04/16 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2513562>
- Salgado Maldonado J. (2012) Programa de Intervención para el Apresto Laboral Personas como Consumo Problemático de Drogas. Aproximándose al rol de Trabajador. *ContextO, Universidad Central de Chile*, 1 (1), 23-82. Recuperado: 20/03/16 de http://www.ucecentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20140812/asocfile/20140812173222/contexto_n_1.pdf.
- Schliebener Tobar M. L. (2012) COSAM Quinta Normal: Propuesta de Intervención de Terapia Ocupacional en Programa de Alcohol y Drogas Modalidad Ambulatorio Intensivo a partir de una Experiencia Práctica. *ContextO, Universidad Central de Chile*, 1 (1), 83-137. Recuperado: 20/03/16 de http://www.ucecentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20140812/asocfile/20140812173222/contexto_n_1.pdf
- Silva R.C., Nascimento Santos C., Serrata Malfitano A. & Nogueira Nascimento J. (2015) Mapeo de la práctica de la terapia ocupacional en los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas en Sao Paulo. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar São Carlos*, 23 (2), 321-334. Recuperado: 05/05/16 de <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/941/613>.
- Souza J., Kantorski L., Prado L., Villar M.A. & Ferreira O. N. (2012) Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 729-738. Recuperado: 20/03/16 de

<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400002>

- Valverdi J. & Alvarez M. C. (2012) Los pacientes adictos y las distintas evaluaciones del desempeño ocupacional en Terapia Ocupacional. *Revista Electrónica Espacio T.O, Venezuela*, 8. Recuperado: 20/03/16 de http://www.espaciotovenenzuela.com/pdf_pacientesadictos.pdf
- Valverdi J. & Alvarez M. C. (2013) Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitiva-conductual. *Revista Electrónica, Espacio T.O, Venezuela*, 8. Recuperado: 20/03/16 de <http://www.espaciotovenenzuela.com/pdf.prevencionderecaidas.pdf>.
- Wasmuth S., Pritchard K. & Kaneshiro K. (2015) Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *J Subst Abuse Treat*, 62, 1-9. Recuperado: 28/03/16 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503561>.
- Wasmuth S., Outcalt J., Leonhardt B., Vohs J. & Lysaker P. (2015) Metacognition in persons with substance abuse: Findings and implications for occupational therapists. *Can J. Occup Ther*, 82 (3), 150-159. Recuperado: 28/03/16 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26103713>

Referencias bibliográficas: Marco Teórico Conceptual

Pasaje de Ida:

- Najmanovich D. (2008) *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Buenos Aires: Biblos.

Una Terapia Ocupacional fundamentada en derechos humanos:

- Albornoz L., Crego A. & Escalada P. (2010) *Una propuesta horizontal en promoción de salud desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Berenice R.F. (2008) Concepción Ingenua y Concepción Crítica de Terapia Ocupacional En *Terapia Ocupacional* (5ta ed). Brasil: Papirus, 51-73
- Guajardo A. (2013) *Terapia Ocupacional. Apuntes de una historia inconclusa*. Conferencia Inaugural del I Congreso Chileno y IX Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional. Viña del mar, Chile.

- Guajardo C. A. (2011) *Construcción de identidades, episteme y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina*. Conferencia de clausura del Congreso Latino Americano de Terapia Ocupacional. San Pablo, Brasil.
- Guajardo A. & Simó Algado S. (2010) Una Terapia Ocupacional basada en los derechos humanos. *Revista TOG [Versión electrónica]*, 7 (12). Recuperado: 05/06/16 de <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf>.
- Iwama M., Simó Algado S. & Kapanadze M. (2008) En busca de una Terapia Ocupacional culturalmente relevante. *Revista TOG [Versión electrónica]*, 5 (2). Recuperado: 05/06/16 de <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/maestros.pdf>
- Korol C. (2009) *Pasión y política en la vida cotidiana*. Coloquio organizado por Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE) de la Universidad de Buenos Aires & Grupo Latinoamericano de Estudio, Formación y Acción Feministas (GLEFAS). Museo Roca de Buenos Aires, Argentina.
- Laffourgue M. (2011) *Sociología para principiantes: De Saint- Simon a Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Morrison R., Olivares A. D. & Vidal M. D (2011) La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11 (2), 102-119. Recuperado: 05/06/16 de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO>.
- Najmanovich D. (2008) *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Buenos Aires: Biblos.
- Necco M.C. (2010) *Terapia Ocupacional en Tercera Edad. Cartografías de una clínica... Una experiencia de promoción de salud con adultos Mayores institucionalizados*. Tesis de Grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad de Mar del Plata.
- Pérez Acevedo, L. (2014) Terapia Ocupacional requiere enfoque latinoamericano. *Unimedios, Agencia de Noticias*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C. Recuperado: 03/ 06/16 de <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/terapia-ocupacional-requiere-enfoque-latinoamericano.html>

Buceando en los usos de drogas

- Albornoz L., Crego A. & Escalada P. (2010) *Una propuesta horizontal en promoción de salud desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2010) *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. 2da Ed. / Trad. Esp. Recuperado: 20/05/2016 de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Brochu S. & Zambrana, C. (2005) Globalización Económica y Drogas. II Symposium internacional sobre Reducción de riesgos: globalización y drogas. *Eguzkilore Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología (San Sebastián)*, 19, 7-22.
- Burijovich J. (2013) El sistema judicial: ¿un actor con poder de veto para la transformación en salud mental? En Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (coord.) (2013) *Informe Mirar tras los muros*. Córdoba: Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos, 34-43. Recuperado: 15/07/16 de <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/observatorio-ddhh/informe-mirar-tras-los-muros/capitulo-iii/la-salud-mental-en-cordoba>
- Calabrese A. (2010) Criterios dominantes en la ideología de los sistemas de tratamiento a las adicciones En Cuñarro, M.L. (2010) *La política criminal de la droga*. Buenos Aires: Ad-Hoc, 51-62.
- Camarotti A. C. & Guelman M. (2013) Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3 (3), 69- 78. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús. Recuperado: 28/03/16 de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>
- Centro Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia (2015) *Estudios empiricos sobre seguridad y justicia. Informe 2º: Condiciones de vida en la cárcel, resultados de la encuesta de detenidos condenados*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) *Informe: Derechos Humanos en Argentina*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno.

- Chomsky N. (2011) Sobre Guerras Perdidas. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 41-42. Bolivia-Latinoamérica.
- Corda A. R. (2011) *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Corda A., Galante A. & Rossi D. (2014) *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De "delicuentes-enfermos" a sujetos de derechos*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- De Leonardis M. (2016) Usos de drogas en la Argentina del final de siglo y milenio. *Drugs and Addictive Behavior*, 1 (1), 114-126. Recuperado: 26/05/16 de www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/download/1761/1442
- Franco G. (2015) Salud Mental y derechos humanos: una experiencia de externación en el territorio En Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (coord.) (2015) *Políticas públicas de salud mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 253-264.
- Frente Interinstitucional de Abordaje de Políticas Publicas sobre Represión de la Narcocriminalidad y Prevención y Tratamiento de la Adicciones & Centro municipal de Análisis Estratégico del Delito (2014) *Documento Fundacional*. Recuperado: 20/05/16 de <http://www.mardelplata.gob.ar/documentos/frenar/frenar%20-%20documento%20fundacional.pdf>
- Frente Interinstitucional de Abordaje de Políticas Publicas sobre Represión de la Narcocriminalidad y Prevención y Tratamiento de la Adicciones & Centro municipal de Análisis Estratégico del Delito (2015) *Tenencia de Estupefacientes para consumo personal: Marihuana. General Pueyrredon. Mar del Plata / Batán*. Recuperado: 20/05/16 de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/10/miscelaneas42161.pdf>.
- Galante A., Rossi D., Goltzman P. & Pawlowicz M.P. (2009) Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, 14. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata, 113-121. Recuperado: 28/03/16 de: <http://www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/Escenarios-2009.pdf>

- Goltzman P. & Di Iorio (2013) Instrumentalidad y política de las intervenciones de reducción de daños En Goltzman P.M & Amorín M.E. (2013) *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Asociación Civil Intercambios.
- Gorbacz L. (2011) La ley de Salud Mental y el Proyecto Nacional En Blanck, E. (coord.) (2011) *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba, 17-30.
- Jelsma M. (2016) *UNGASS 2016: perspectivas para la reforma de los tratados y la coherencia de todo el sistema de la ONU en materia de políticas de drogas*. Center for 21st Century Security and Intelligence Latin América Initiative: Transnational Institute. Recuperado: 27/05/16 de http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/Transnational_Institute/jelsma-brookings-s.pdf
- Ley de Consumos Problemáticos N° 26.934 (2014) Recuperado: 02/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>.
- Ley de Estupefacientes N° 23.737 (1989). Recuperado: 15/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>
- Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) Recuperado: 02/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> / Decreto Reglamentario N° 603 (2013) Recuperado: 02/04/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>.
- Machín J. (2003) *Propuesta heurística hacia un modelo teórico de la reducción de daños asociados al consumo de drogas*. Recuperado: 2/05/16 de <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/11620113-propuesta-heuristica-hacia-un-modelo-teorico-de-la-reduccion-de-danos.pdf>
- Ministerio de Educación (2010) Información cierta y confiable En *Prevención del Consumo Problemático de Drogas desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Presidencia de la Nación, 15-18. Recuperado: 28/03/16 de <http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primer-a-web.pdf> .

- Naparstek, F. (2013) Relación Histórica entre la Droga y el Sujeto. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 9-14 Bolivia-Latinoamérica.
- Navarro A. G. (2013) Editorial. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 2-4. Bolivia-Latinoamérica.
- Navarro A. G. (2013) ¡Frasas que resuenan! Las drogas en la cultura. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 21-23. Bolivia-Latinoamérica.
- Navarro A. G. (2013) Las razones del fracaso de la guerra contra las drogas: rompiendo las ataduras del viejo paradigma. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 5-8. Bolivia-Latinoamérica
- Navarro A. G.(2013) Una lectura diferente de la Cuestión Coca-Cocaína. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 27-32. Bolivia-Latinoamérica.
- Navarro F., Martello W., Monzón N., Fernández A. & O'Donnel I. (2015) Introducción En Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones (coord.) (2015) *Informe 2015. Jóvenes*. Diputados de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Pawlowicz M.P., Galante A., Goltzman P., Cymerman P. & Touzé G. (2011) Dispositivos de Atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos En Blanck, E. (coord.) (2011) *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba, 169-188.
- Romaní O. (2005) Globalización, Anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. II Symposium internacional sobre Reducción de riesgos: globalización y drogas. *Eguzkilore Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología (San Sebastián)*, 19, 91-103.
- Romaní O. (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4 (3), 301-318. Buenos Aires.
- Romaní O. (2013) Doce conceptos clave para repensar las prácticas de trabajo de drogas En Goltzman P.M. & Amorín M. E. (2013) *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Asociación Civil Intercambios, pp. 49-52.

- Ruchansky E. (2015) *Un mundo con drogas. Los caminos alternativos a la prohibición: Holanda, Estados Unidos, España, Suiza, Bolivia y Uruguay*. Buenos Aires: Debate.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2014) *Consumos problemáticos y accesibilidad. Estudio Local. Municipio de Pérez. Provincia de Santa Fe*. Presidencia de la Nación.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2014) *Estudio Local de Consumos Problemáticos y accesibilidad*. Municipio de Berisso. Presidencia de la Nación.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2014) *Marco Legal- Institucional*. Presidencia de la Nación
- Tizio H. (2013) El uso de drogas en la Adolescencia. *El Tonel de Diógenes. Un espacio de psicoanálisis, política y cultura para repensar la relación entre las drogas y la civilización*, 1, 46-49. Bolivia-Latinoamérica
- Vázquez A. (2014) Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento. *Saúde Debate*, 38 (103), 830-839. Río de Janeiro. Recuperado: 28/03/16 de http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/RSD103_Web.pdf.pdf
- Vázquez A. & Stolkiner (2009) Procesos de estigma, y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Psicología social, política y comunitaria. Anuario de investigaciones*, 16. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado: 01/06/16 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100028
- Zaffaroni E. R. (2015) Prólogo En Ruchansky E. (2015) *Un mundo con drogas. Los caminos alternativos a la prohibición: Holanda, Estados Unidos, España, Suiza, Bolivia y Uruguay* Buenos Aires: Debate.

Referencias bibliográficas: Apuntes Metodológicos

- De Souza Minayo M.C., Ferreira Deslandes S., Cruz Neto O. & Gomes R. (2007) *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Polit D. & Hungler B. (2000) Diseño de Muestreo En *Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6ª ed.)*. México: McGraw-Hill/Interamericana, 267-293.

Referencias bibliográficas: Conclusiones

- Albornoz L., Crego A. & Escalada P. (2010) *Una propuesta horizontal en promoción de salud desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Romani O. (2013) Doce conceptos clave para repensar las prácticas de trabajo de drogas En Goltzman P.M. & Amorín M. E. (2013) *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Asociación Civil Intercambios, pp. 49-52.

Anexo 1

Consentimiento Informado

Este Documento de Consentimiento Informado se dirige a terapeutas ocupacionales. Comprende dos partes:

- Parte I: Información (proporciona información sobre el estudio)
- Parte II: Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

PARTE I: Información

Nombre de la investigadora: Alvarez Virginia.

Correo electrónico: wiki_228@hotmail.com Facebook: Viki Alvarez

Estimada terapeuta ocupacional o Licenciada

En el marco de realización de la tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, estoy llevando a cabo una investigación acerca del enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas de las terapeutas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud de la Ciudad de Mar del Plata/Batán

Usted ha sido invitada a participar de la investigación. Su participación es **VOLUNTARIA**, puede elegir no hacerlo. Consistirá en ser entrevistada en una u dos ocasiones, según su disponibilidad. El contenido principal de la entrevista implica preguntas acerca de sus modos de intervención sobre consumos problemáticos de drogas como terapeutas ocupacionales y de manera accesoria (y breve) sobre el dispositivo de trabajo, formación y experiencia laboral.

La entrevista será **grabada**, debido a la escasa experiencia en el rol de entrevistadora, con el objetivo de evitar la pérdida de información relevante. Cabe destacar que la información obtenida será **CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA** y **SÓLO SE UTILIZARÁ EN EL CONTEXTO DE ESTE ESTUDIO**.

!!!MUCHAS GRACIAS!!!

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación acerca del enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas de las terapeutas ocupacionales. Entiendo que seré entrevistada en una u dos ocasiones, según mi disponibilidad y que la entrevista será grabada. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora y un medio de comunicación de manera de ser fácilmente contactada en caso de requerirlo.

He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

Firma de la Participante _____

Aclaración _____

Anexo 2

Entrevista semiestructurada sobre enfoque de intervención en consumos problemáticos de drogas de las terapistas ocupacionales en la Ciudad de Mar del Plata/Batán dentro del periodo 2010-2015

1° Sección:

1.1. Enfoque de intervención:

- a. Cuáles son sus intervenciones puestas en práctica como terapeuta ocupacional y Cuáles son los objetivos
- b. Cómo es la participación de la usuaria. y ¿Es voluntaria o contra su voluntad (orden judicial por ej.)? y ¿Participa en la definición de los objetivos e intervenciones? *Si la rta. es afirmativa:* Cómo.
- c. Cómo es la relación terapeuta ocupacional- usuaria.
- d. ¿Trabaja junto a otras profesionales? *Si la rta. es afirmativa:* y Cómo está compuesto el equipo y Cómo es la dinámica de trabajo y ¿Tienen espacios comunes de supervisión, de formación y actualización?
- e. ¿Trabaja con otros sectores? *Si la rta. es afirmativa:* y Con cuáles y Cómo es la articulación (recepción y comunicación)
- f. Cómo definiría a los consumos problemáticos de drogas y Dicha definición ¿es compartida por el equipo, distintos sectores, familiares y/o comunidad con quienes trabaja? (indagar sobre diferencias y/o coincidencias, cómo influye esto en los modos de intervención)
- g. ¿Por qué cree que una persona consume drogas?
- h. ¿Cree que es posible el consumo de drogas no problemático? *Si la rta. es afirmativa:* ¿Qué considera como consumos de drogas no problemáticos? ¿Cuándo o por qué puede devenir problemático?
- i. ¿Cree que es posible *recuperarse* de una situación de consumos problemáticos de drogas? *Si la rta. es afirmativa:* ¿Qué implica según usted *recuperarse*?
- j. Cómo cree que influyen los consumos de drogas con la comisión de delitos y la agudización de la violencia
- k. ¿Considera que existen obstáculos para el acceso inicial al dispositivo por parte de la usuaria? *Si la rta. es afirmativa:* y Cuáles y ¿Se interviene para contrarrestar o superar los mismos? *Si la rta. es afirmativa:* Cómo.
- l. ¿Ocurren abandonos/retornos del dispositivo por parte de la usuaria? *Si la rta. es afirmativa:* y ¿Cómo se interviene posteriormente? (Ante el abandono/ retorno se realiza algún cambio en las intervenciones, etc.)
- p. Cuáles considera que son los logros alcanzados, los obstáculos o los desafíos a alcanzar más **relevantes** relacionados con el abordaje de consumos problemáticos de drogas en nuestro país en general (por ej. en clave de leyes o políticas del Estado) y desde su quehacer profesional como terapeuta ocupacional en particular. y ¿Qué sugiere o propone?

2.1. Descripción del dispositivo:

Pregunta principal:

¿En qué consiste el dispositivo?

Preguntas de apoyo:

* ¿Es público (jurisdicción), privado o no gubernamental?

* ¿Es especializado o no?

* ¿Cuál es la población usuaria?

* ¿Cómo es su funcionamiento (horarios; ¿existen criterios de admisión, mantenimiento / expulsión y/o alta?, si la rta. es afirmativa: ¿cuáles?)

2.2. Sobre la terapeuta ocupacional:

Pregunta Principal:

¿Cuáles fueron/son sus experiencias de formación y laborales?

¿Cuáles son los modelos teóricos, teorías que guían sus prácticas profesionales?

!!!MUCHAS GRACIAS!!!

!!SU PARTICIPACION FUE INDISPENSABLE PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION!!