

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licenciatura en Trabajo Social

**Desmorrugando prejuicios: el Trabajo Social y
la intervención en el consumo problemático
de sustancias psicoactivas**

Marcelo Cervantes Paéz
Tutor: Gustavo Machado

2014

INDICE

Introducción.....	3
Capítulo I	5
La droga y sus posibles clasificaciones.....	5
Caracterizando los consumos.....	8
Capítulo II	12
El contexto nacional y los enfoques en la atención y prevención del consumos problemático de sustancias psicoactivas.....	12
El enfoque de reducción de riesgos y daños como complemento al paradigma abstencionista en el tratamiento del uso problemático.	17
La Reducción de Riesgos y Daños en el Uruguay	
Antecedentes.....	18
Actualidad.....	20
Capítulo III.....	22
Principios u orientaciones metodológicas y éticas del Trabajo Social en drogas.....	23
La convicción en la posibilidad del cambio, el trabajo en lo cotidiano.....	23
Trabajar sobre referencias y vínculos.....	24
La producción de conocimientos, el papel de la sistematización y la investigación, los prejuicios y preconceptos.....	25
No recortar en drogas al sujeto, integralidad.....	27
Factores de protección y factores de riesgo.....	28
El trabajo en redes: la necesidad del acompañamiento en su espacio vital, trabajo de proximidad.....	32
Entender la problemática en términos de estigma, vulnerabilidad y responsabilidad.....	33
Recuperación gradual de la autonomía.....	35
A modo de Conclusión.....	37
Bibliografía.....	39
Otras fuentes documentales.....	41

INTRODUCCION

El presente documento se encuadra dentro de la monografía final de la Licenciatura de Trabajo Social, en el se intento recoger la reflexión sobre el Trabajo Social y la intervención en el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

“Desmorrugar” es una palabra utilizada por los usuarios de sustancias, que refiere a tomar el “ladrillo”, “piedra” de marihuana y romperlo o quebrarlo para así poder fumar utilizando sus propias manos. En este juego de palabras el presente trabajo pretende romper algunos prejuicios que envuelven las prácticas del consumo problemático de sustancias, así como sobre el rol del Trabajo Social en la intervención de dicha problemática.

En el primero capítulo se aborda el tema del consumo de drogas dando algunas definiciones y conceptos sobre sustancias, modos y patrones de consumo que ayudaran a entender en un sentido amplio el fenómeno drogas, lo que encierran estas prácticas y hacer una base común para el desarrollo del tema.

Un segundo capítulo busca ubicar en el contexto nacional y el por donde está el tema, presentando una breve reseña general sobre las sustancias y los consumos deteniéndose en la Ley 19.172 o más conocida como la Ley de la Legalización de la marihuana y en el consumo de pasta base de cocaína por entender que dicho consumo ha modificado el modo de convivencia de ver los consumos de una forma diferente. Dar cuenta de cuáles son los grandes enfoques o paradigmas en donde se enmarcan las intervenciones de las políticas de drogas. Con especial énfasis en las políticas públicas que nuestro país está llevando adelante con respeto a este tema, tomando y desarrollando una de las intervenciones que desde la sociedad civil organizada se llevo a cabo.

El tercer capítulo pretende abordar al Trabajo Social como el espacio de interacción, donde lo singular y lo concreto se articulan en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, dando un visión sobre dicha problemática desde una disciplina que escapa al modelo hegemónico sanitario de intervención cuando se piensa y aborda esta problemática y donde colocar al sujeto en la dimensión de ser protagonista de su propio proceso. Las dimensiones de análisis utilizadas han sido elegidas y elaboradas en términos de entender la problemática dentro del documento y no como dimensiones con las cuales se puedan dar cuenta de otros fenómenos sociales.

Para ello se propone analizar las intervenciones del Trabajo Social como espacios privilegiados donde el diálogo interdisciplinario puede generar conocimientos que permitan pensar estrategias e intervenciones que van desde aportes a las prácticas profesionales como a elaboraciones conceptuales y teórico-metodológicas, brindando un principio de realidad en una problemática compleja donde la interacción de los individuos es continua.

Por último un espacio que intenta reflejar algunas de las reflexiones o cuestionamientos que nos han surgido a lo largo de la lectura y el acercamiento a dicha problemática.

Los objetivos que han movido el indagar en esta temática son los siguientes

- a) Aportar a la visibilidad y análisis de las prácticas profesionales de los Trabajadores sociales –sus límites y posibilidades- en el campo del consumo de sustancias psicoactivas
- b) Analizar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay, sus cambios recientes y el papel de los saberes técnicos, los actores políticos y los diversos campos disciplinarios.

CAPITULO - I -

Abordar esta problemática implica tener un primer punto en el cual es necesario llegar a un acuerdo y es que, no todos referimos a lo mismo al hablar de drogas esto nos obliga tener que pensar en el fenómeno tal cual se da en la vida real de los usuarios de sustancias, y entender cuáles pueden ser los espacios que como profesionales podemos actuar. Para lo cual ayudará el hacer acuerdo y definir de que estamos hablando, dividiendo este primer capítulo en dos grandes bloques uno que aborde el concepto “drogas” y sus posibles formas de clasificarse y otro que pretenderá caracterizar los consumos.

La droga y sus posibles clasificaciones:

Se hace necesario a la hora de abordar este tema definir que estamos entendiendo o que se entenderá como droga. Para ello tomaremos la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que a los efectos de poder reflexionar sobre la problemática nos dará una base desde la cual trabajar y tomar de referencia.

“Droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida alterara la fisiología del organismo” (OMS, 1977). Partiendo de esta primera definición se ha ido reflexionando así llegamos a otra definición de Jaime Funes Arteaga¹ que dice lo siguiente:

“...droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad de modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo”.

Hablamos de sustancias por lo tanto una primera apreciación sería dejar de pensar en “la droga” como una única sustancia, algo más que surge de dichas definiciones es la interacción que se produce entre las sustancias y los sujetos. Las drogas no son ni buenas ni malas, son inocuas. Debemos pensar en diferentes sustancias, que son consumidas de formas diversas, por diferentes personas en contextos determinados lo cual generará situaciones que serán más o menos problemáticas. Llegamos aquí a una primera pregunta **¿Para quién es problemático un consumo?** Que es acompañada de otra: **¿todo consumo es problemático?**.

Ayudará que veamos algunas de las formas en que se han clasificado las diversas sustancias para luego retomar las preguntas planteadas.²

¹ Psicólogo y docente. Revista Monitor Educador. Usos de las drogas en la Adolescencia. Año 2008 N° 126.

² Para dichas clasificaciones se han usado diferentes fuentes: Gobbi, Sonia (1993) ; Casella Miguel (2011), Touze Graciela (2006).

Una primera clasificación estaría dado por el origen o naturaleza de la sustancia tendríamos así drogas naturales y sintéticas lo que se complejiza con los derivados de las naturales que debido al proceso industrial se convertirían en sintéticas también. Lo cual nos lleva a redefinir en drogas naturales y sus derivados y drogas sintéticas. Dentro de las primeras tendríamos al opio y sus derivados (heroína, codeína y morfina); la hoja de coca y sus derivados (cocaína, pasta base de cocaína); marihuana; hongos; floripón; peyote; tabaco; alcohol; y la lista podría continuar, dentro de las drogas sintéticas tendríamos, la metadona; LSD (dietilamida del ácido lisérgico); éxtasis; psicofármacos fuera del uso clínico; solventes industriales; anfetaminas.

Otra clasificación que se ha usado es la de dividir drogas legales e ilegales atribuyendo a la capacidad de ser usadas socialmente sin que su uso/consumo y distribución este penalizado. Esta clasificación colocaría dentro de las drogas legales al alcohol; tabaco. Siendo las drogas ilegales todas aquellas en las que su consumo estaría si penalizando. Lo cual respondería más a la aceptación y habilitación social sobre algunos consumos.

Unida a la anterior clasificación se ha colocado una que toma a las drogas en dos grandes grupos: duras y blandas. La misma respondería más a cuál sería la vía de consumo para clasificarla donde la posibilidad de inyectarla estaría marcando la diferencia es así que tendríamos a la cocaína; la heroína y las anfetaminas como drogas duras y como drogas blandas marihuana, alcohol, tabaco, solventes y sicofármacos, pero dicha clasificación tiene al igual que todas sus falencias, dado que el alcohol que se encontraría dentro de las drogas blandas, es la sustancia que más funciones afecta del organismo humano a corto y largo plazo.

Otra clasificación y quizás con la que mas acuerdo hay es la que toma a las sustancias en relación a los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), las cuales se dividen en tres grandes grupos, tendríamos sustancias **depresoras**, sustancias **estimulantes**, y sustancias **perturbadoras o distorsionadoras** del sistema nervioso central.

Las sustancias **depresoras** serían todas aquellas sustancias que tienen la capacidad de entorpecer el funcionamiento habitual del SNC, en la que pueden provocar reacciones que reprimen las estructuras presinápticas neuronales disminuyendo la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso, produciendo por lo tanto una disminución de la función de los respectivos receptores postsinápticos. Esto puede generar reacciones que van desde la desinhibición hasta el coma, que dicho en un lenguaje común produce un proceso de adormecimiento de la función cerebral.

Entre las sustancias depresoras se ubican: el **alcohol**; **opiáceos**: heroína, morfina, metadona, la meperidina, codeína; **tranquilizantes**: pastillas para calmar la ansiedad; **hipnóticos**: pastillas para dormir; solventes (inhalantes): pegamentos, nafta, pinturas, etc.

Las sustancias **estimulantes**, estarían dadas por aquellas que aceleran el funcionamiento habitual del sistema nervioso central, ejerciendo un bloqueo sobre la

inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa. Sus mecanismos de acción varían y pueden explicarse por afectación fisiológica; aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, alargamiento de la acción de los neurotransmisores, debilitamiento de la membrana neuronal o reducción del tiempo de la recuperación sináptica. Llevado a un lenguaje común tendría una actividad que puede ir desde la simple dificultad de dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o de anfetaminas.

Entre las sustancias estimulantes podríamos sub dividir en estimulantes mayores: anfetamina, cocaína y los derivados de ésta, pasta base, pasta libre, crack; estimulantes menores: nicotina, cafeína, la mateína, teobromina.

Las sustancias **perturbadoras** o también llamadas alucinógenas serian todas aquellas sustancias que trastocan el funcionamiento del sistema nervioso central, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, ilusiones, etc.

Entre ellas encontramos al cannabis: marihuana, hachís, etc.; hongos (genero psilocibes); floripón (datura arbórea); drogas de síntesis: éxtasis. Eva; el LSD; y la metanfetamina.

En la actualidad y desde las ciencias sociales y humanas se está dejando el uso de la palabra drogas y pensada mas en función de **sustancias de gozo/usufructo**, generando así dos nuevas categorías **sustancias de placer y sustancias de displacer** esta corriente es defendida por autores alemanes como el caso de Scheerer y Schivelbusch, pensar, comprender y entender el fenómeno de los consumos en esta nueva categoría parece encarar con mayor propiedad la razón de las dificultades que plantea el prevenir el uso y consumo de sustancias por ser éstas primariamente productoras de placer. Este nuevo concepto apunta también a las complejas posibilidades de las intervenciones preventivas - asistenciales orientadas a la disociación entre la búsqueda del placer y la compulsión a consumir, planteando también el desafío colocando a la gestión de riesgos y daños de un uso no controlado por las estrategias de autocuidado.

Pensar los consumos en estos términos obliga a buscar entender el por qué de los consumos más allá de los efectos o clasificaciones sobre las sustancias, obliga entender que ante una situación placentera todo ser humano la acepta y la incorpora, nadie busca sentir placer para sentirse mal, lo cual plantea el desafío de cómo poder trabajar sobre el consumo de estas sustancia donde el acercamiento y la busque que el individuo hace es sobre todo para encontrar ese placer buscado, como poder colocar en el debate de su cotidianeidad que estas sustancias que le causan placer son perjudiciales para su salud, entendiendo el concepto de salud como el grado de bienestar físico, síquico y social que una persona o comunidad puede experimentar y generar en los demás, en el presente y en un futuro previsible, dadas sus circunstancias físicas, síquicas sociales y culturales (Peralta, 1999).

La solución no pasaría por crear más centros de internación, ni clínicas que solo busquen la abstinencia como único fin, sin antes poder descubrir los mecanismos que hacen al fenómeno, llegar al consumo cero antes de entender los motivos que conlleva o encierra el consumo puede ser solo pasajero. Con el consabido sentimiento de fracaso ante la acción lo cual será aun más perjudicial para el individuo.

Caracterizando los consumos:

Al hablar de usuarios o consumidores de sustancias hay muchos elementos que deben ser tenidos en cuenta, no solo se debe tomar la **sustancia** que consume, también será determinado por la **frecuencia** de consumo, **cantidad**, **calidad y toxicidad** de la sustancia, **disponibilidad** de la sustancia en el mercado, **la vía utilizada** para consumir, como **características propias del individuo** y de su **contexto** socio, económico y cultural.

No todas las **sustancias** generan los mismos efectos en todos los usuarios y en mucho de los casos es funcional al momento vital que está cursando el individuo.

La **frecuencia** estaría por el uso y la necesidad de repetición para lograr el efecto esperado.

La **cantidad**, que estará vinculada con la posibilidad de que el cuerpo pueda procesar y depurar la sustancia.

La **calidad y toxicidad**, tiene que ver con la pureza de la sustancia a consumir, cuanto más pura mejor será el efecto pero además en los diferentes cortes, estiramientos, que sufre la sustancia por parte de los distribuidores se mezcla con otros componentes algunas veces no conocidos que generan otra serie de inconvenientes para el organismo.

La **disponibilidad** de la sustancia es otro factor que se debe tener en cuenta, al haber una habilitación social el consumo de alcohol y tabaco uno lo puede adquirir en cualquier lugar de venta público. Las estaciones del año por ejemplo el floripón y los hongos no se encuentran disponibles todo el tiempo, intereses del mercado (tráfico), como veremos más adelante el tema de la irrupción del consumo de pasta base es una muestra contundente de cómo la disponibilidad de una nueva sustancia y no disponibilidad de otras sustancias hizo un campo propicio para la instalación de una nueva modalidad.

La **vía de consumo**, está asociada al consumo y debe ser tenida en cuenta a la hora de intervenciones en reducción de riesgos y daños, cuatro formas de vía: oral (alcohol, pastillas, hongos, floripón); inhalada o fumada (tabaco, pasta base, basoco, crack, marihuana), aspirada o esnifada (cocaína, solventes, naftas, heroína), e inyectable (cocaína, heroína).

Características propias del individuo, que tienen que ver con su **personalidad**, **patologías de base** que el individuo puede tener que asociadas al consumo de

sustancia pueden generar otras problemáticas que respondan más a la patología que ha su condición de consumidor, edad, sexo, peso, talla; situación afectiva/vínculos/familia, si vive en calle, grupo de pares, tiempo de ocio y esparcimiento, nivel educativo, grado de integración social y comunitaria.

Otros elementos que se deben tener en cuenta para poder abordar el tema de los consumos de sustancia y con en los cuales se debe hacer acuerdo tiene que ver con el uso de la sustancia en sí. Dando tres tipos básicos:

El uso de sustancia: estaría dado en aquel tipo de consumo que no evidencia consecuencias en el consumidor ni en su entorno, ya sea por la cantidad de sustancia consumida, por la frecuencia que utiliza, por condiciones físicas, emocionales y social del individuo que lo consume.

El abuso a diferencia de la anterior aquí si el tipo de consumo evidencia consecuencias negativas directamente para en el consumidor como también para su entorno.

Definidas de esta formas la diferencia entre ambas es por momentos solo a un nivel teórico, dado que son tantos los factores que se deberían tomar en cuenta, donde la percepción de quien este observando puede ser diferente para unos como para otros; pensemos en un consumidor de cualquier sustancia en la cual tiene un uso esporádico (frecuencia) pero al momento de usar no tiene control sobre la cantidad a consumir, o el caso contrario un uso de pequeñas cantidades pero con una frecuencia alta.

Al pensar sobre la problemática de los consumos de sustancias, debemos dejar los preconceptos, y prejuicios a un lado no ir con ideas preconcebidas, analizar la problemática implica tratar de abarcar la mayor cantidad de elementos que refieran a las sustancias, a las pautas de consumo y sobre todo al contexto personal y social en el cual se da el consumo para así aproximarnos a si estamos frente a una situación de uso o abuso por parte de un individuo.

La dependencia sería donde la pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia adquiere mayor importancia por sobre conductas que antes eran consideradas más importantes lo que pudo haber comenzado como una práctica experimental, casi esporádica adquiere una importancia mayor para el consumidor, pasando a ser consumo el organizador de la vida del individuo. Momento en el cual comenzara a dedicar la mayor parte del tiempo a pensar en el consumo, a buscarlas y a procurar formas que financien dicho consumo. Pero el elemento central que indica una dependencia estaría dado por el **síndrome de abstinencia** conjunto de síntomas variados e inconstantes que corresponden a un estado subjetivo muy desagradable y no deseado llegando a producir frente algunos consumos la muerte al suprimir el uso de la sustancia en cuestión.

A su vez la dependencia es integrada por dos dimensiones, la dependencia física y la dependencia síquica.

La dependencia física, el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, generando la necesidad de mantener cierto nivel determinado en su sangre de la sustancia para funcionar con normalidad. En el momento en que ese nivel en sangre desciende aparece el síndrome de abstinencia que será diferente para cada sustancia. Si hablamos de un determinado nivel en sangre estamos ante la presencia de una adaptación del organismo, una **tolerancia** frente a la sustancia lo cual llevara a que el uso continuo y repetido de una sustancia genera un estado en el organismo, por el cual el consumidor necesitara aumentar la dosis para obtener los efectos buscados.

La dependencia síquica, que su manifestación visible está dada por la compulsión por consumir de forma periódica dicha sustancia, lleva a tomar continuamente la sustancia para experimentar placer o para evitar un estado desagradable.

Mientras que la dependencia física puede ser superada tras un período de desintoxicación que variará en tiempo según la sustancia que sea. La dependencia síquica es la más compleja de modificar ya que requiere cambios en la conducta, emociones y estilo de vida que permitan obtener satisfacción “placer” sin la necesidad de recurrir a la sustancia.

La tipología anterior en relación al uso podemos cruzarla con el tipo de relación que se establece entre el individuo y la sustancia obteniendo cuatro tipos de consumidores.

El **consumidor experiencial**, estaría dada por quien prueba la sustancia a los efectos de tener una experiencia, sin continuar su uso.

El **consumidor ocasional**, donde la ocasión determina el uso de la sustancia. Son los factores sociales, la presión de los grupos de pares, la disponibilidad de la sustancia entre otras que pueden llevar a consumir la sustancia en determinado momento, repitiendo el consumo cada vez que se reúnen las condiciones mencionadas.

El **consumidor habitual**, ya se generó un hábito o la costumbre de consumir, ya manifiesta que inició el consumo por diversas razones conocidas por él, existiendo una regularidad generando en mucho de los casos una dependencia síquica.

El **consumidor inveterado**, donde ya el consumo es el centro, se vive para consumir. Su relación de dependencia trasciende lo psicológico y en muchos de los casos es física. No puede evitar consumir y deja de hacerlo solo para la obtención de más, empleando cualquier medio para obtenerla, tanto lícito como ilícito.

El **policonsumo** Es común que los usuarios de sustancias, utilicen más de una sustancia, sin que ello implique que el usuario tenga una sustancia de elección. Esta modalidad se da cuando el usuario consume en forma conjunta y simultanea dos o más sustancia, las combinaciones son tantas como sustancias existen. Alcohol y medicamentos; alcohol y cocaína; pasta base de cocaína y marihuana (basoco o paco), como alguno de los muchos ejemplos que podemos encontrar. La práctica del policonsumo genera una mayor toxicidad orgánica en la metabolización de las

sustancias, como también el hecho que en muchos casos se buscan sustancias que contrarresten sus efectos entre sí, lo cual lleva también a una toxicidad también en el sistema nervioso central por los efectos que ocasionan tanto estimulando como deprimiéndolo.

En torno al consumo y los usuarios se han generados muchos estereotipos y en mucho de los casos se circunscriben a la sustancia y no a los sujetos en los contextos donde se da el uso. Para sustancias tales como el alcohol y el tabaco la habilitación social permite no cuestionar el alcance de los riesgos y daños que ellas acarrearán a la salud de los consumidores y del entorno, visto más aun si entrelazamos el tema de seguridad pública o delincuencia a los consumo, tema que desarrollaremos en breve.

Para el caso de las sustancias ilegales esa visión reduccionista no admite diferencias en los patrones de consumo. El usuario de sustancias, sin importar cuál sea la dosis, la frecuencia, la vía utilizada, y las circunstancias del uso, es visto y catalogado como un adicto y se lo identifica con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud, se lo vincula directamente con actos violentos y peligrosos, con un único patrón de consumo de sustancias, con una red social donde los vínculos con la familia, comunidad y otras instituciones son escasos.

Por lo tanto, hablar de usuarios es considerar diferentes variables, cantidad de droga usada (dosis), frecuencia, efectos diferentes, intensidad (pegue, viaje), sustancia utilizada, y razones para y por el cual el usuario está usando dicha sustancia, esta complejidad hace que las acciones deban ser pensadas con y junto a los usuarios abriendo el mayor abanico de posibilidades asistenciales que abarquen desde la reducción de riesgos y daños en el uso problemático de sustancias hasta programas de abstinencia o tolerancia cero respondiendo a cada uno de los usuarios.

Capítulo II

El Contexto nacional y los enfoques en la atención y prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Hasta la década de los años 90 el Uruguay era considerado dentro de la geopolítica de las drogas como un país de tránsito³ como se ha denominado a la rutas de la drogas, esto significaba que la droga o sustancia psicoactiva, ingresaba a nuestro país momentáneamente, “la droga” se fabricaba en otros países y el Uruguay era utilizado como vía de traslado e ingreso de las sustancias a Europa y los EEUU, solo quedaba una pequeña parte en propiedad de los pequeños traficantes locales para el consumo local. A partir del año 2000 con el endurecimiento del plan Colombia llevado adelante por los EEUU en los países productores de hoja de coca y sus derivados, Perú, Bolivia y Colombia en el cual no solo se ataca las plantaciones de coca, sino que se comienza a tener control sobre las importaciones de otros componentes químicos utilizados en la elaboración del clorhidrato de cocaína y el desmantelamiento de los laboratorios en estos países.

Esto genera al menos dos fuertes hechos, primero: al no poder ser elaborada desde los países productores como clorhidrato, comienza un tráfico mayor hacia el resto de América de la pasta base de cocaína, sumada a la crisis económico y social que vive nuestro país, así como Argentina y parte de Brasil⁴ termina dando una nueva modalidad de consumo con patrones y características propias y bien definidas. Un segundo hecho no menor es que desde 2004 aproximadamente las incautaciones realizadas por la brigada anti drogas de nuestro país comienzan a dar indicios que se ha comenzado a montar laboratorios donde se fabrica el clorhidrato de cocaína. (Scarlatta y otros, 2006)

Estos dos hechos generan, al menos en nuestro país, la necesidad de intervenciones concretas y de mayor eficacia: por un lado un accionar más enérgico en el combate al narcotráfico por parte de las autoridades policiales tanto a nivel internacional como en el medio local; se genera un colapso sanitario al no estar preparado nuestro medio para un consumo tan nocivo y devastador como el que se presenta con la pasta base de cocaína; se criminaliza al consumidor de pasta base pasando a ser “alguien” peligroso; sumado a esto el sistema jurídico también se ve afectado desencadenando un aumento de procesamiento de personas remitiéndolas al sistema penitenciario que ya estaba sobre poblado, generando así condiciones de hacinamiento aun mayores.

³ Si bien el ejemplo es más claro en el caso del Clorhidrato de Cocaína, también se podría aplicar a las demás drogas.

⁴ Brasil ya contaba con consumos de crack o “craqui” con índices bajos y estables, con características y modalidad de consumo que son similar al consumo de pasta base en Uruguay y Argentina. No siendo el mismo crack consumido en EEUU, por ejemplo.

Solo a modo de dato la población carcelaria en Uruguay tiene características muy definidas, es una población joven y pobre y si a esto le sumamos que el 30% aproximadamente de estos jóvenes están detenido por temas de consumos estamos hablando de un problema social y sanitario importante. Si vemos por el lado de la población carcelaria femenina encontramos también una población joven y pobre, pero donde el mayor problema vinculado al ingreso o detenciones se encuentra en el micro tráfico, o al mini comercio en sus mayorías mujeres que tenían expendios de venta de sustancias “bocas”⁵ encontrándose en algunos casos generaciones de madres, hijas y nietas procesadas por este temas. El consumo de pasta base de cocaína coloca en la sociedad una imagen del consumidor donde rápidamente se construye una relación indisoluble joven-pobre-droga -delito-inseguridad ciudadana, esta nueva imagen desdibuja la figura de “individuo riesgoso” ya no porque esté en riesgo, sino porque pone en riesgo.

Con otros consumos o otras sustancias suceden situaciones similares, los índices de consumo de drogas de síntesis en Uruguay son menores, y por ahora se concentran en algunas zonas del país y en determinadas épocas del año como la estival y en departamentos con mucho flujo de turistas, debido al costo unitario de las dosis y otro dato no menor es el que para estas drogas de síntesis se instalan laboratorios de fabricación móviles y que acompañan a los consumidores tanto en eventos como en las zonas donde ellos se nuclean. Muestra de ello es que las incautaciones de drogas de síntesis, concretamente el **Éxtasis**, por parte de las brigadas antinarcóticos aumentan considerablemente durante el verano y a lo largo de las zonas costeras.

El consumo de **marihuana** es el que se coloca como el más habitual, después de drogas como el alcohol y el tabaco, de venta libre, o de consumo social, con fecha 10 de diciembre de 2013 se promulgó la ley 19.172 que regula todo lo referido a la producción, distribución y venta del cannabis y coloca al estado uruguayo en un rol contralor y regulador del mercado en un intento de mitigar el accionar y poder del narcotráfico. Si bien aún queda la elaboración de los reglamentos que ayuden a la aplicación de la ley y su entrada en vigencia es un mojón en lo que respecta a regulación de una sustancia. Dicha ley en sus artículos regula los diferentes estados de la producción que estará a cargo de terceros se autorizarán a establecimientos a producir marihuana para uso personal y medicinal así como la producción de cáñamo –cannabis no psicoactivo para uso por parte de la industria textil, también la papelera, y el abastecimiento personal, permitiéndose el auto cultivo o cultivo doméstico de hasta 6 plantas y permitiendo también la formación o asociación por parte de los usuarios en llamados club de cultivadores, donde se podrá cultivar en grupo una cantidad de plantas proporcional al número de integrantes, en lo que refiere a la distribución y venta se habilitaran locales en una primera instancia sería las farmacias quienes cumplirían con los requisitos formales para tales efectos, la controversia estaría instalada dado que para la compra cada usuario deberá

⁵ “El boca” o “la boca” da cuenta del lugar o de la persona que vende sustancia, muy asociada a la venta de pasta base de cocaína, para el vendedor del clorhidrato de cocaína se utiliza el término “dealir” que también marca una diferencia de status.

registrarse por única vez y en compras sucesivas deberá presentar su documento de identidad, podrá adquirir hasta un total de 40 gramos al mes, la venta para uso medicinal estará a cargo del Ministerio de Salud, si bien esta es la parte de la ley que más ha trascendido por el efecto sensacionalista que implica la venta libre de marihuana, la norma prevé la promoción de información, educación y prevención sobre el uso problemático de dicha sustancia, así como también fomenta el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos. La misma Ley crea el Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA), órgano que estará a cargo de la supervisión de todo el proceso por medio de la generación de informes y estableciendo los protocolos necesarios, estará integrado por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, la Junta Nacional de Drogas y la participación de la Sociedad Civil organizada.

Un detenimiento especial es necesario hacer para ver el consumo de **Pasta Base de Cocaína** algunas apreciaciones en cuanto a esta modalidad de consumo que modificó drásticamente el terreno de las drogas y los consumos en nuestro país.

Una primera apreciación es la de clarificar, a diferencia de lo que se cree habitualmente la pasta base de cocaína no es el desecho de la elaboración del clorhidrato sino que es la materia prima para su elaboración, que difiere de aquellas mezclas, “cortes” o “estiramientos”, que los diferentes vendedores realizan a la pasta base⁶.

Para el desarrollo de esta parte me basaré en la experiencia de trabajo como “reductor de daños” y en un artículo “Marcando la cancha” que escribiera en 2004 dada la emergencia de un nuevo consumo que comenzaba a instalarse en nuestro país (Cervantes y otros, 2004).

En los años 1999-2000 el fenómeno de fumar pasta base ya estaba instalado en nuestro país por aquella época se le conocía con el nombre “fumar la lata”⁷ pero su consumo era ocasional y muy parcial, fue en el 2002-03 que se comienza a dar un consumo a gran escala en nuestro país y con características específicas, se percibió como cada vez más jóvenes accedían a esta nueva modalidad en una primera instancia por simple curiosidad y esa expectativa de querer probar esta nueva sustancia de la cual se conocía muy poco.

⁶ Los cortes están dados por todas aquellas demás sustancias con las cual un vendedor “estira”, método por el cual se obtiene partiendo de medio kilo pasta base más las sustancia agregadas llegar a tener un kilo o más, lo cual redundaría en lo recaudado por su venta. El problema está en que éstas sustancias que se agregan varían y pueden ser tan o más nocivas como la sustancia original encontrándose entre ellas, raticidas, medicamentos, vidrios molido, raspaduras de pipas usadas, etc.

⁷ Hace referencia al modo de consumo, se fumaba en latas de aluminio las cuales eran aplastadas se perforaban se colocaba la piedra de pasta se calentaba por debajo y se fumaba por la boquilla de la lata. Posteriormente se comenzaron a usar diferentes pipas de construcción casera.

Otras constantes acompañaban este nuevo consumo, se instalaba rápidamente un uso compulsivo una vez comenzado el fumar que les costaba poder detenerse, solo el agotamiento físico parecía cortar el consumo, generaba aislamiento al momento de consumir lo que era un indicador de cuán comprometido con el consumo estaba, la rápida pérdida de peso y un rápido deterioro físico como datos visibles y de rápida constatación, separación de sus grupo de pares, desaparecían de sus lugares habituales de encuentros, se convirtió en el consumo del “no compartir”, si bien se nucleaban para consumir en “achiques”⁸ el consumo pasa por una experiencia individual y personal.

- *“están todo el día metidos en el cante, fumando, pasta andan descalzos porque venden todo lo que tienen para fumar”* (amigo de usuario)
- *“ya no se junta mas con nosotros. De día pasa durmiendo y de noche fuma pasta o sale a procurar (robar)”* (amigo de usuario)
- *“Si vos la probas después no la quieres dejar. Es bien rica”* (usuario)
- *“solo fumo, algunos días no duermo y tampoco tengo hambre”* (usuario)
- *“Te fumas un cuarto de piedra y ya no podes parar le querés dar toda la noche y sin dormir”* (usuario)
- *“hace dos días que no duermo paso fumando”* (usuario)
- *“durante el día te aguantas pero de noche no podes”* (usuario)
- *“esto te come el cerebro”* (usuario)
- *“tire la pipa para no fumar, no quiero fumar mas, la tire en el baldío y tengo miedo que de noche la tenga que ir a buscar”* (usuario)
- *“no hay forma de dejarla”* (usuario)
- *“esto te come el cerebro”* (usuario)

Esta compulsión a consumir los llevaba a obtener el dinero pronto y a cualquier costo y las familias no podían hacer frente a saqueos constantes y prontamente eran expulsados de sus familias.

- *“marque mal le vendí hasta las macetas a mi abuela, todo el jardín”* (usuario)
- *“los pibes están marcando mal se roban hasta los cables de la luz para comprar pasta”* (usuario)

⁸ Lugares donde se reúnen para consumir, sin ser vistos ni molestados por el resto de la gente, generando menos paranoia que el consumo expuesto. A medida que avanzan en la adicción se hace imperioso consumir en cualquier lugar y la calle pasa a ser el lugar común.

- *“sabes cuantas veces e empeñado por un 50 de pasta la campera y eso que no es mía”* (usuario)
- *“anoche procure 1300 pesos y ya me los fume todos”* (usuario)
- *“marque mal me le metí al vecino de mi madre que es cana. Ahora vivo en el cante”*

Otro componente fuerte en la instalación de la pasta base de cocaína en nuestro país, reflejo también, de una crisis económica mucho mayor, fueron las estrategias de los traficantes y vendedores que retiraron del mercado todo otro tipo de sustancias reflejándose mucho mas en las zonas periféricas de la ciudad con características demográficas bien definidas. El reclutamiento por parte de los narco traficantes de vendedores se reflejo rápidamente en el mini mercado, volviéndose en el negocio del momento y junto con ello en la forma que rápidamente solucionaba los ingresos de muchos hogares que sufrían la crisis, este auge llevo también a que la sustancia fuera “estirada” los bajos costos y la necesidad de consumir se unieron en el mercado.

- *“ya no pega como antes”* (usuario)
- *“te venden cualquier cosa”* (usuario)
- *“ya no larga olor cuando la quemas, se quema de nada”* (usuario)
- *“no encontrás nada más que pasta en las bocas, sólo pasta”* (usuario)
- *“el negocio es ese, consumís o la vendés, o las dos cosas”* (usuario)
- *“todos los días hay una boca nueva”* (usuario)

Y las familias haciendo frente a esta problemática que en sus comienzos no tenía demasiada respuesta sanitaria, ni social pasado el tiempo las respuestas están llegando escasas y acotadas y sin un pensar en su acción.

- *“mi padre me llevo a la boca de tan mal que estaba”* (usuario)
- *“mi viejo me tiro de casa. Marque mal, quise llevarme el tubo (televisor), cuando mi madre estaba mirando, tuvo que darme plata para que lo dejara”*(usuario)
- *“yo tuve que llamar a la policía para llevarlo al hospital de tan mal que estaba, ahora dice que la va a dejar”* (madre de usuario)
- *“nos ha robado todo y a todos en casa”* (padre de usuario)

Con estas características que la venta y el trafico de pasta base de cocaína ha instalado en la sociedad el alto grado de adicción que genera en contextos socioeconómicos desfavorables y el manejo de la oferta tanto en la exclusividad de la disponibilidad de sustancia en algunos lugares, como el bajo costo hace necesario pensar en múltiples formas de intervención y tratamiento de la problemática.

El enfoque de Reducción de riesgos y daños como complemento al paradigma abstencionista en el tratamiento del uso problemático.

En los años 50, EEUU y bajo la presidencia de Richard Nixon comienza la llamada guerra a las drogas, o combate a las drogas, dentro de las muchas acciones que este combate implicaba las que apuntaban a los usuarios fueron drásticas, generando uno de los paradigmas que rigieron todas las políticas de drogas en referencia a los consumidores que fue el abstencionista o consumo cero, la concepción de sujeto incapaz de superar su adicción, lo llevo a verlo como un enfermo al cual había que salvar del flagelo de la drogas. El paso del tiempo y la complejidad del fenómeno fue mostrando que estos tratamientos abstenciones si bien daban resultados no llegaban a cubrir la demanda de los consumidores con características muy diversas y con nuevos patrones de consumos, dentro de los cuales se encontraban los consumidores de drogas por vías inyectables (udis), que ingresaban a tratamientos abstencionistas, los cuales abandonaban, o sufrían recaídas en sus consumos o simplemente no querían dejar de consumir o no podían dejar de hacerlo. En los años ochentas con la irrupción de infecciones como la hepatitis B y el VIH/sida, comprobado que una de las vías de transmisión es la sanguínea los udis se convierten en una de las poblaciones de riesgos ante la enfermedad, el sistema sanitario se ve jaqueado ante los usuarios que no ingresan o no son retenidos en tratamiento.

Es en este contexto que se comienza a hablar de reducción de Riesgos y Daños (RRDD) entendida como las medidas socio-sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos, económicos y sociales adversos en relación con el consumo de drogas. Minimizar los efectos nocivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, a las prácticas de los usuarios de drogas, así como a las consecuencias del contextos histórico, político, jurídico y normativo de la problemática de las drogas. (Osimani y otros 2001).

Para seguir ahondando en este concepto que por momentos puede dar a equívocos tales como si se está o no incentivando el consumo, se intentará brevemente responder a cinco preguntas básicas ¿qué es la reducción de riesgos y daños?, ¿cómo surge?, ¿cuándo surge? y ¿por qué? y ¿en qué medida es aplicable?.

La RRDD es ante todo una política de salud orientada a aquellas poblaciones de consumidores que debido a sus prácticas de consumos no pueden o no quieren dejar de consumir, y que viviendo en contextos socio económicos bajos se encuentra en situación de vulnerabilidad social y por ende en riesgo social. Esto conlleva a que en la mayoría de los casos dichas poblaciones, que viven procesos de exclusión social, no puedan acceder a los servicios de salud con todo lo que implica la no atención y tratamiento de las distintas afecciones a las que se encuentran expuestos.

También apunta a trabajar con los diferentes agentes y efectores de salud que en algunos casos no se encuentran preparados para la atención de esta población ni la complejidad de la problemática que se une al consumo de sustancias.

Si bien no se sabe con exactitud como surgieron los primeros programas de RRDD, si se sabe que los primeros programas de intercambio de jeringas se dan en Holanda en la década de los ochenta, dentro de los mismos usuarios de drogas inyectables debido al gran contagio y propagación que se detectaba de hepatitis B⁹, por lo tanto quienes comienzan a gestionar sus propios riesgos y daños a dicha exposición **son los usuarios**, después se irán uniendo los diferentes técnicos que colaboraran desde un conocimiento académico sobre el tema (Alves, 2003).

Lo cual coloca la reducción de riesgos y daños como una estrategia generada por las poblaciones implicadas en la temática.

Cuando entra en escena el VIH y su constatación de transmisión por vía sanguínea, comienza a instalarse la necesidad de programas que puedan reducir los riesgos a los cuales se exponen las diferentes poblaciones y concretamente los usuarios de drogas inyectables y/o a minimizar los daños ya contraídos. Llegando así a constituirse la reducción de riesgos y daños en muchos países una verdadera política de salud.

La Reducción de Riesgos y Daños en el Uruguay:

Antecedentes

En nuestro país en la actualidad muchas organizaciones no gubernamentales, y desde el gobierno por medio de la Secretaria Nacional de Drogas se encuentran trabajando con prácticas que bien podrían denominarse o agruparse bajo en nombre de intervenciones en reducción de riesgos y daños o como se ha comenzado a llamar el nuevo paradigma de La Gestión del riesgo y daño.

Con diferentes modalidades, estilos y concepciones filosóficas, y éticas.

Sin desconocer ninguno de los esfuerzos que dichas instituciones hacen para abordar el tema y a modo didáctico se tomará las experiencias y práctica que llevó delante la Ong IDES (Instituto de Investigación y Desarrollo), por considerar que conto con la mayor cantidad de elementos que hicieron a un programa integral de reducción de riesgos y daños.

Es así que IDES¹⁰ desde 1998 elaboró programas de salud y en particular de reducción de riesgos y daños tomando a la investigación social con el fin de elaborar las estrategias de intervención generando, la articulación entre teoría y praxis que se vuelve crucial para la elaboración políticas de salud así como de agenda pública.

⁹ Cabe recordar que en estos años aún no se manejaba la hipótesis de la transmisión sanguínea del VIH.

¹⁰ El Instituto de Investigación y Desarrollo llevó adelante entre 1998-2005 un proyecto regional llamado "Prevención del Abuso de Drogas y del VIH/sida en los Países del Cono Sur".
 ONUSIDA/ONUDD/JND/IDES proyecto RLA/04/H81.

Observar, analizar, comprender, actuar sobre la realidad concreta que viven las diferentes poblaciones elaborando las estrategias y dispositivos necesarios para llevar adelante dichos programas. El trabajo directo en la atención de dicha problemática fue colocando en la agenda pública la necesidad de una discusión sobre el tema y la implementación por parte del estado de dichos programas, o programas de características similares.

La RRDD fue tomada como una estrategia de comprensión, abordaje e intervención sobre dicha problemática con objetivos como disminuir o minimizar los riesgos y daños que provoca el consumo problemático de sustancias psicoactivas sean estos; problemas **de salud** como consecuencia del uso de sustancias: infecciones, hepatitis, sobredosis, accidentes laborales, VIH/SIDA, ITS, etc.; problemas **familiares** rupturas, pérdidas de vínculos, etc, **problemas sociales** como la marginación, exclusión y/o criminalización, desvinculación de las redes sociales que los sujetos han tenido, problemas **comunitario** fruto del relacionamiento con el entorno.

Promoviendo una mejora en la calidad de vida tanto de los usuarios de sustancias psicoactivas como de su comunidad. Procurando y facilitando el acceso a la atención de su salud. Colocando al usuario de drogas como protagonistas activos en las intervenciones preventivas.

La investigación y capacitación permanente en referencia a los diferentes temas que hacen a la problemática, no solo del personal técnico sino, de diferentes vecinos referentes de cada uno de los programas que articulaba en el territorio, así como también de los distintos agentes de salud de policlínicas comunitarias, municipales o del MSP.

Se trabajó desde:

- **un servicio de atención ambulatorio** que prestó orientación y asistencia psicosocial en relación al uso problemático de alcohol y otras drogas tanto para los usuarios problemáticos de sustancias como a familiares y amigos
- **un trabajo de captación y prevención en calle** en barrios determinados. Por medio de recorridas que fueron realizadas semanalmente por parejas mixtas por entender que pedagógicamente permite el acercamiento a diferentes grupos de jóvenes y habilita al tratamiento del tema de la sexualidad desde una perspectiva de género lo cual enriquece el intercambio de conocimientos y experiencias, relacionado las infecciones de transmisión sexual ITS, y VIH/SIDA, hepatitis B y C con los posibles consumos que la población encontraba en calle, trabajando con ellos como reconocer los síntomas que presentan, como se transmiten y como se previenen. También se trabajó con ellos sobre los diferentes efectos buscados y los no buscados que ocasionan los diferentes tipos de consumos de sustancias llegando a problematizarlos así como a las situaciones expuestas, que hacer ante una posible sobredosis, como ayudar al que se “da vuelta”.

- **Programa de entrega e intercambio de jeringas** En aquellos casos de un consumo más comprometido como es el uso de la vía inyectable se realiza la entrega de kits con equipos de inyección que era recogidos por los propios reductores de daños a la siguiente semana, con estos grupos de usuarios se trabajó también los riesgos asociados a dicha práctica. En lo referente al protagonismo de los sujetos y grupos se elaboraron con ellos diferentes materiales que hacen al trabajo, estrategias que ellos veían como viables para mejorar la calidad de vida, información surgida de sus propias prácticas y experiencias de consumir.
- **Trabajo de formación de vecinos referentes** se busco la adhesión y formación a vecinos que permitieran tener en sus domicilios materiales (folletos y preservativos) que eran buscados por los jóvenes de sus zonas acompañando en aquellas situaciones que lo ameritaban y eran el nexo y la presencia de la institución en el barrio.

Actualidad:

Las acciones a nivel nacional han comenzado a modificar la visión que se tiene sobre la problemática y el movimiento social que acompaña este tipo de acciones ha llevado a pensar la reducción de riesgos y daños, ya no como, un conjunto de estrategias llevadas adelante aisladamente sino, a formar parte de una acción mayor comenzando a pensarla como una política de gestión de riesgos y daños.

Ello implica tener una nueva y renovada mirada sobre las intervenciones, el término gestionar amplía mucho mas el campo de la reducción la concepción de un individuo que gestiona sus riesgos y daños rescata la potencialidad de cambio y transformación de los individuos y sobre todo la capacidad de tomar decisiones.

El discurso de inseguridad instalado en la sociedad moderna está transformando la visión del sujeto en riesgo en la de un sujeto de riesgo, asociados a dispositivos de geolocalización.

La gestión de riesgos y daños le devuelve al sujeto su capacidad de gestionar su consumo, traducido a un lenguaje común sería darle la posibilidad que decida si quiere o no dejar de consumir, o cómo manejarlo, teniendo en cuenta factores que hacen a su momento de vida, a qué lugar o espacio este consumo está respondiendo o ocupando en su vida; sabiendo que hay quienes no pueden generar esta posibilidad dado el compromiso que adquieren con la sustancia; también teniendo en cuenta que no todos los consumos presentan las mismas características y no todos los sujetos quieren dejar de consumir.

Es en esta línea que se sigue trabajando con componentes o dispositivos socio-sanitarios utilizados en sus comienzos, el trabajo en calle, el trabajar sobre y con las redes sociales de los consumidores y en la generación de más espacios amigables de

atención en salud para esta población, salud entendida en la integralidad del bienestar del individuo.

En la gestión de riesgos y daños se produce un acople entre los modelos o enfoques hasta ahora en disputas en el campo de las drogas, aquel modelo libre de drogas (modelos abstencionista) que no logra captar ni ofrecer las respuestas a todas las situaciones y el modelo de reducción de riesgo y daños donde se rescatan ciertos modos de producir la significación del riesgo. Tomando al riesgo como la posibilidad de ocurrencia de un hecho o evento, colocando a la prevención como componente que permite la posibilidad de objetivar los eventos con el fin de hacerlos gobernables, transformables.

Con una fuerte dimensión ético-política de la concepción de los sujetos y del mundo, donde la ética estaría puesta en ¿Qué y cómo lo hago?, marcando la relación con el sujeto y la dimensión política en el ¿para qué lo hago? convirtiéndola en una acción transformadora de realidades.

La ley 19.172 que regula lo referido a la producción, distribución y venta del cannabis, es un gran avance en el sentido de este enfoque de gestión de riesgos y daños, llevado adelante por el país que lo colocó en un lugar diferente en el contextos de las drogas y la jurisprudencia a nivel mundial llegando a ser modelo para muchos países de la región, y donde hasta la figura de su presidente ha sido postulado como candidato al premio nobel de la paz por tales esfuerzos, pero no se debe olvidar que esta ley 19.172 surge como respuesta del documento “Estrategia por la vida y la convivencia”, que fue enviado al Parlamento Nacional por el Poder Ejecutivo y postulaba 15 medidas a tener en cuenta entre las cuales también está la internación compulsiva como medida a ser considerada, que va en detrimento de toda capacidad de gestión por parte de los usuarios.

CAPITULO -III-

En el primer capítulo se ha hablado sobre algunos de los conceptos y términos que hacen al consumo problemático de sustancias psicoactivas y al enfoque con el que se aborda el presente trabajo, en segundo capítulo plantea rápidamente en qué contexto se está y se ha delineado una de las estrategias de intervención que en este campo se llevan adelante.

Cabe ahora el plantear y pensar la problemática desde el Trabajo Social en tanto disciplina académica, y como, en la práctica directa de los técnicos que en los diferentes niveles hacen al tratamiento de dicha problemática.

Un punto de partida es desmitificar que el abordaje del tema es exclusividad de algunas profesiones sino muy por el contrario, la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad es lo que favorecerá el éxito en la concreción de una mejora en la calidad de vida de los sujetos.

Si bien disciplinas más vinculadas con la llamada salud mental, como la psiquiatría y la psicología hacen su aporte en aspectos específicos la pregunta que cabe es ¿cuál sería el aporte del Trabajo Social? ¿Tiene algo para decir? Es por esta línea de pensamiento que se intentará ir dando respuesta o generando nuevos interrogantes acerca del quehacer del Trabajo Social y los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Considerar que el trabajo del Trabajador Social en estas temáticas bien podría identificarse como el trabajo en aquellas “zonas de incertidumbres”¹¹ donde otras disciplinas no llegan, en circunstancias normales una zona de incertidumbre estaría dada por el espacio que nos rodea y que no podemos percibir porque tenemos los

¹¹ Tomado y adaptado del concepto de Michel Crozier fundador del análisis estratégico, al referir que las zonas de incertidumbre es ese espacio que los individuos o grupos trataran de controlar y utilizarlas para la construcción de sus propias estrategias. Para Crozier el hombre conserva siempre un mínimo de libertad. Es ese margen de libertad el que será utilizado de muchas maneras diversas.

sentidos puestos en otra parte, si una de las características del Trabajo Social es la resolución de conflictos in situ, la constante negociación, esas zonas donde el trabajo se vuelve cuerpo a cuerpo, uno a uno. El Trabajo Social encuentra en su práctica la mediación justa del bagaje teórico aportado por otras disciplinas en diálogo con la teoría social y los canales que viabilizarían la tarea en el trabajo directo con los sujetos descubriendo los aspectos que atraviesan las situaciones vividas.

Principios u orientaciones metodológicas y éticas del Trabajo Social en drogas.

A medida que se avanza en el estudio de la problemática y cómo el Trabajo Social da cuenta de su intervención, es necesario definir algunos principios que actúan como orientaciones a la hora del trabajo, no siendo una clasificación cerrada sino por el contrario queda abierta a la capacidad de seguir pensando en cómo abordar la problemática.

-la convicción en la posibilidad del cambio, el trabajo en lo cotidiano.

El trabajar con esta población, como con muchas otras, requiere por parte del profesional la convicción en la capacidad o posibilidad de cambio por parte de los individuos, mientras se tenga abierta esta posibilidad de que el usuario de sustancias psicoactivas sea capaz de cambiar nada estará perdido, atendiendo a su historia de vida, a su trayectoria de consumo y a su momento vital y elaborando junto a él las posibles estrategias que le permitan modificar su propia historia.

Actuar en la vida de los sujetos implica sobre todas las cosas actuar con ellos, son ellos los protagonistas y toda acción sino es pensada junto a ellos podrá tener un efecto sobre la “urgencia” del momento pero no implicara ni el deseo ni la voluntad necesario para llevarlos a cabo en la proyección de posibles futuros.

Es en su cotidianidad que se producirán los procesos de cambios. La vida cotidiana es la vida misma del hombre que participa con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad. En ella “se ponen en obra” todos sus sentimientos, pasiones, ideas, etc. El hombre nace inserto en su cotidianidad, la maduración del hombre, significa en toda sociedad que el individuo se hace con todas las habilidades necesarias para la vida cotidiana de la sociedad en la cual está inserto (Heller, 1985). El individuo no es producto sino proceso, es condicionado desde que nace, es la

familia su primer ámbito, donde ira generando su subjetividad así como la objetividad futura. Ira transitando después otros ámbitos de socialización y convivencia y en todos buscara poder adaptarse.

Tomando el pensamiento de Sartre (Pérez, 2001), el individuo es un proyecto inacabado, condicionado históricamente y socialmente. El individuo nace condicionado (condiciones objetivas) pero es un proyecto por el que puede superar subjetivamente esas condiciones.

Este proceso se da entre las condiciones objetivas (su pasado), las condiciones objetivas del campo de lo posible (porque también su futuro está condicionado objetivamente), y su subjetividad.

Lo que hace el individuo es interiorizar las condicionantes del medio, las procesa interiormente, las subjetiviza y luego, exterioriza esa subjetividad objetivada, es decir, la concreta en conductas, acciones, etc. Es en este proceso que el profesional de Trabajo Social junto al individuo encuentra las posibilidades de lograr cambios.

-Trabajar sobre referencias y vínculos.

En el tratamiento del tema de sustancias psicoactivas hay algo que todos saben pero es bueno traerlo una vez más y es que no hay recetas, que puedan garantizar o que puedan repetirse para todos los casos, al igual que programas o proyectos que fueran exitosos en otros lugares sin tener en cuenta la peculiaridad de los consumos, su forma y el contexto social, cultural, comunitario y económico de quien consume.

Se debe tener una concepción ontológica del hombre como constructor y construido sobre la base de un tejido de relaciones y entramados sociales, de relaciones vinculares múltiples, de diferente naturaleza y a su vez con múltiples implicancias para cada sujeto. El hombre en su vida diaria es generador de una actividad transformadora, en una relación dialéctica, entre su vivir y el mundo que se va modificando continuamente y para el cual es necesario generar las estrategias de adaptación de la realidad que se genera.

Se debe tener una visión del hombre como ser social que trasciende la mera intersubjetividad, entendiendo al hombre en relación continua y dinámica con los otros hombres, con la naturaleza y transformándose por ende a sí mismo. Es así que frente a cada experiencia el hombre construye y reconstruye sus vivencias y formas de aprehender la realidad.

El vínculo configura una estructura dinámica en continuo movimiento que funciona accionada por motivaciones psicológicas, resultando de ello una determinada conducta que tiende a repetirse tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto.(Pampliega, 1987).

En la Gestión de reducción de riesgos y daños la conformación de un buen y saludable vínculo entre el operador de campo o Trabajador Social y los usuarios con un consumo problemático de sustancia es medular, si el vínculo no es construido teniendo esta concepción será muy difícil poder avanzar en la transformación del sujeto.

Mucho se habla de la pérdida de valores y de referencias positivas en la sociedad, la mayoría de los usuarios son hijos de este pensamiento, un mensaje desde una sociedad altamente consumista en el más amplio sentido de la palabra y la necesidad de la inmediatez, del ahora, del ya, una sociedad que brinda todo tipo de instrumentales para estar en comunicación pero que paradójicamente cada vez el hombre está más solo, más aislado. En este contexto tan macro como se para el Trabajo Social, la formación de profesionales altamente comprometido con valores éticos que permitan el acompañamiento y construcción de los procesos de cambios en aquellas poblaciones vulnerables y entre ella la de los usuarios de consumos problemáticos que al igual que todos luchan para incluir una sociedad que a todo momento los excluye.

-La producción de conocimientos, el papel de la sistematización y la investigación, los prejuicios y preconceptos.

Uno de los problemas u obstáculos que se presenta en el tema drogas con respecto a la profesión de Trabajo Social es la poca producción intelectual que con respecto a las prácticas e intervenciones se tiene. Una profesión en la cual su desempeño está altamente vinculado al trabajo con las necesidades de amplios sectores de la población con diferentes grados de vulnerabilidad social, donde el problema de los consumos de sustancias está ampliamente difundido y por momentos transversaliza toda intervención.

No solo en aquellos profesionales que directamente están insertos en la demanda específica por trabajar desde programas o proyectos vinculados con el tema como

pueden ser policlínicas de adicciones, centros de tratamiento o programas de reducción de riesgos y daños. Sino también aquellas demandas inespecíficas con la que el profesional se encuentra a diario en su trabajo como puede ser desde un club de niños, en el ámbito escolar – liceal, comunitario o donde desempeñe su actividad profesional.

A lo largo del tiempo las buenas prácticas en esta temática solo quedan en el conocimiento de quien las practique ya sea por el escaso tiempo que desde el trabajo se tiene para dedicar a la producción intelectual, o quizás porque la cotidianidad del tema y el estar ligado a otras circunstancias lo vuelve natural.

Ha sido la sistematización utilizada como metodología la que ha permitido a la profesión sacar la intervención de su invisibilidad en muchas ocasiones, pero no basta con sistematizar para decir que hay una producción de conocimiento en Trabajo Social.

La sistematización se vuelve fuente privilegiada de aprendizaje en este como en otros muchos temas, pero por si sola no logra trascender el momento de la experiencia misma, a no ser que se articule con la teoría que la encierra, generando así un nuevo marco desde donde pensar las intervenciones en dialogo entre practica y teoría que enriquece y posibilita pensar nuevas prácticas y formas de ver e interpretar la realidad.

El actual debate sobre la relación investigación- intervención en Trabajo Social evidencia la necesidad de la producción de conocimientos que permitan retroalimentar la intervención, generando prácticas innovadoras, que consoliden el estatuto científico y académico de la disciplina. (Genolet, 2005)

Los profesionales del Trabajo Social a lo largo de su desempeño han generado un sinnúmero de acciones, que terminan denominándose “buenas prácticas”, pero al no lograr expresarse en un lenguaje dentro del cuerpo teórico, terminan sin la suficiente contundencia como para dejar algún rastro de sus intervenciones. Esto indica que los Trabajadores Sociales se desenvuelven profesionalmente desde un cumulo de saberes incorporados que aunque infinitamente ricos no alcanzan lo suficiente como para trascender los aportes individuales que sobre las problemáticas se tienen.

-

-No recortar en drogas al sujeto, integralidad.

Al enfrentarse a un consumidor de sustancias hay dos términos que tienden a confundir si se está, frente a un consumidor problemático de sustancias o, frente a un consumo problemático de sustancias. En el primero de los casos lo que se tiene son patologías de base que están siendo disparadas por la inhibición o la estimulación de un consumo, a modo de ejemplo ayudará pensar en un usuario que ante cierto consumo como puede ser el alcohol, se vuelve violento o agresivo, la sustancia en sí no es la portadora de la violencia, sino una patología de base que se ha manifiesta permitida por la inhibición que ejerce la sustancias sobre el sistema nervioso central.

En el segundo de los casos podría considerarse el síndrome amotivacional causado por el consumo de marihuana, o los efectos alucinógenos de los inhalantes en niños por ejemplo. En ambos casos es posible trabajar, requiriendo estrategias de abordajes diferentes, pero el trabajo deberá ser integral. No perdiéndose en ambos casos la integralidad del consumo y la vida del usuario, los consumos cumplen una funcionalidad en la vida del usuario, están ocupando un lugar en la dinámica vital y para poder trabajar debe conocerse cuál es ese lugar, trabajando en las sinergias que permitirán ir realizando cambios y transformaciones en la vida del sujeto.

Los diferentes modelos de intervención históricamente se han basado en la triada DROGA- SUJETO- COMUNIDAD (familia, barrio, comunidad) un trabajo basado en la reducción de riesgos y daños tomara como ejes de actuación al sujeto y a la comunidad esto no significa que no se trabaja sobre la sustancia simplemente se corre la atención de ella para trabajar las interacciones que tanto el sujeto usuario de tal sustancias se desarrolla en su comunidad.

Tomando la noción de dispositivo de Foucault entender la realidad que vive el sujeto en torno al consumo como un conjunto multilineal cuyas líneas siguen direcciones diferentes que se tensan, se cruzan y atraviesan y ninguna de las líneas termina por explicar definitivamente el dispositivo, se deben de tomar en cuenta cuales están haciendo fuerza en determinado momentos (Balbier, 1999).

- Factores de protección y factores de riesgo.

Hablar de intervenciones en GRDD implica tener presente una serie de factores que actúan directamente sobre quien consume sustancias psicoactivas dividiéndose en factores de protección y de riesgos trabajar sobre dichos factores permitirá generar modificaciones en los consumos respectivos. Si bien cada situación tendrá su particularidad y singularidad la literatura al respecto ha ido haciendo consenso en una serie de factores comunes actuando sobre los individuos.

Se entenderá por factor de protección al atributo o característica individual, condición situacional y /o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de una sustancia psicoactiva o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Por factor de riesgo se entenderá al atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Estos factores tanto de riesgo como de protección operan en diferentes ámbitos, el familiar, el comunitario, el grupo de referencia o de pares, escolar e individual.

Para hablar sobre los factores de riesgos y de protección se deberá tener en cuenta algunos aspectos que hacen a estos factores en general mas allá de que se esté trabajando o no con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

- Un factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
- varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado.
- El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgos y protección.
- La relación entre los factores de riesgos y de protección entre si y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativas por las normas relacionadas con la edad.

Diferentes programas de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas han tratado y trabajado sobre los factores tanto de riesgo como de protección a continuación se enumerarán algunos de dichos factores¹².

Factores de riesgo familiar:

- Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres
- Baja supervisión familiar
- Baja disciplina familiar
- Conflicto familiar
- Historia familiar de conducta antisocial
- Actitudes parentales favorables al consumo de drogas
- Bajas expectativas para los niños o para el éxito
- Abuso físico

Factores de protección familiar

- Apego familiar
- Oportunidades para la implicación en la familia
- Creencia saludables y claros estándares de conductas
- Altas expectativas parentales
- Un sentido de confianza positivo
- Dinámica familiar positiva

¹² Dicha clasificación se basa en diferentes autores como Buning E. (2004), Touze G. (2006), Rossi D. (2001), programas como el de Prevención de las Farmacodependencias del Instituto Interamericano del niño y manuales de programas de Reducción de Daños.

Factores de riesgos comunitarios:

- Situaciones de vulnerabilidades
- Desorganización a nivel comunitaria
- Cambios de lugar (mudanzas)
- Creencias, normas y leyes de la comunidad que sean favorables hacia el consumo de sustancias.
- La disponibilidad y accesibilidad a la sustancia
- La percepción social del riesgo de cada sustancia.

Factores de protección comunitarios:

- Sistema de apoyo externo positivo
- Oportunidades para participar como un miembro activo dentro de la comunidad
- Control y descenso de la accesibilidad de las sustancias
- Normas culturales que motiven e incentivan las expectativas para los jóvenes
- Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

Factores de riesgo Individual:

- Factores biológicos (sexo y edad)
- Factores psicológicos
- Patologías.
- Trastornos de conducta
- Conducta antisocial
- Alienación y rebeldía
- Agresividad
- Consumo temprano de drogas

- Ausencias de valores
- Rasgos de la personalidad
- Búsqueda de sensaciones nuevas

Factores de protección a nivel individual

- Creencia en las normas sociales
- Habilidades sociales
- Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes
- Orientación social positiva
- Aspiraciones de futuro y superación
- Resiliencia

Factores de riesgo del grupo de pares:

- Actitudes favorables del grupo hacia el consumo de sustancias
- Compañeros que consumen sustancias
- Conducta antisocial o infractoras
- Rechazo por parte del grupo.

Factores de protección del grupo de pares:

- Apego a los iguales que no consumen
- Vínculo con compañeros que están implicados en actividades sociales, escolares.
- Resistencia a la presión de los compañeros especialmente a las negativas.
- No dejarse influenciar por otros.

Factores de riesgo escolar:

- Bajo rendimiento escolar

- Bajo apego a la institución
- Tipo y tamaño del centro de estudio.

Factores de protección escolar:

- Escuelas de calidad
- Oportunidades para integrar actividades escolares y extraescolares
- Cuidado y apoyo de los docentes y personal no docentes
- Clima institucional positivo.

-El trabajo en redes: la necesidad del acompañamiento en su espacio vital, trabajo de proximidad.

Cuando en una sociedad se instala una problemática y se disparan los mecanismos de alerta sucede que el problema pasa al ámbito donde todos opinan, el conocimiento popular y el saber técnico o académico desde las diferentes disciplinas y en el caso particular de las drogas los medios de comunicación con una importante dosis de sensacionalismo.

Todo lo cual vuelve un tanto complicado poder pensar y trabajar la problemática a nivel micro, tanto sea con el consumidor, como la familia, o con la comunidad. Ante este problema en particular la familia se ve tironeada por múltiples opiniones, consejos y la propia demanda de darle una inmediata solución a lo que están viviendo y en esta desesperación se pierde de vista lo más importante que es el tiempo interno del proceso del sujeto que está viviendo, y la desesperación gana espacio, y el estigma sumada a la discriminación, las familias no pueden contener y se vuelven expulsivas perdiendo los lazos con quien está haciendo un uso de sustancias, las familias se fragmentan, se debilitan las redes con las cuales está inserto aumentando así la vulnerabilidad en la que se encuentra.

El trabajo en estos casos y con las características de la población debe ser en diferentes frentes, uno estaría dado en el cuerpo a cuerpo, si se quiere intentar un proceso de inclusión se deberá apostar fuertemente a restablecer los vínculos con la comunidad sin dejar de tener presente que todo consumo conlleva ciertas

responsabilidad y debe ser en el espacio vital del consumidor, acompañando y colaborando en sostener junto a él las estrategias que se vayan elaborando, a diferencia de lo que sucede en las mayorías de los centros de internación y en algunos centros de acogida transitoria la reducción de riesgo y daños implica si o si el trabajo y la captación en calle, llegar a los “achiques” desarrollar las tareas en el propio territorio, su propio espacio diario y cotidiano es el escenario donde se debe trabajar se debe estar en el día a día, será en su territorio donde están los miedos y los fantasmas de volver a consumir en el caso que haga abandonado la práctica, no poder decir que no y es ahí mismo donde se debe trabajar fuertemente el tema de las recaídas, y lo que deben significar, cómo enfrentarlas y salir de ellas acompañando ese momento de crisis. Será necesario un segundo frente y es el apuntar el trabajo hacia la comunidad diferenciando en este punto dos dimensiones con respecto a comunidad una de ella refiere a la comunidad de pares sus conocidos, allegados con los cuales comparte, tiene en común el tema del consumo y lo que hace a la comunidad territorial, la cuadra, el barrio, porque esta diferenciación porque la primera no es contenida por la segunda, la identificación en común con el otro trasciende el territorio y en oportunidades se debe trabajar o ir tras las redes de consumidores que se vinculan, mientras que la segunda tiene la limitación de un espacio o enclave territorial donde vive.

-Entender la problemática en términos de estigma, vulnerabilidad y responsabilidad.

La rotulación o el establecimiento de distinciones entre personas en una sociedad constituyen un proceso intrínseco de la dinámica social, tanto en un sentido positivo como negativo.

Algo similar sucede con quienes hacen uso de sustancias psicoactivas, las drogas a lo largo de la historia humana han constituido tanto un signo de distinción y de aprobación para algunos, desde sabios y chamanes en la antigüedad, como su uso en algunos círculos intelectuales en los siglos XIX y XX a modo de ejemplo quién desapueba frases como: “y, unos, ojos, color verde marihuana”¹³, o, “nos sirvió para

¹³ Letra canción “Barbi Superestar” Joaquín Sabina.

*el ultimo gramo el cristal de su foto de boda*¹⁴ del cantautor español Joaquín Sabina, o el caso del jugador del Liverpool inglés Robin Flower, quien después de marcar un gol en forma de festejo corre hacia la línea lateral de la cancha se agacha simulando estar aspirando una línea de cocaína o heroína llegando a generar simpatía, o, más aún la habilitación de ciertos consumos como aceptables, y están los otros usuarios de diferentes sustancias psicoactivas los cuales son vistos como el “drogadicto”, el “peligroso”, el “delincuente”. Estas simples etiquetas con una connotación negativa se convierten en una condición o estado del individuo, pudiendo éstas ser transitoria, o, convertirse en una característica intrínseca del sujeto. Este tipo de estigmatización sobre muchos de los usuarios de sustancias se sumara a una situación de vulnerabilidad mucho mayor que el mero consumo de sustancias.

Se entenderá por vulnerabilidad a un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas (Busso, 2001).

La cual se puede manifestar tanto en los individuos como en colectivos en diversas formas como desamparo del Estado que no cuida a sus ciudadanos, como en debilidad interna de los individuos para hacer frente a los cambios del entorno, también como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para el logro de una buena calidad de vida.

Pensado así los consumos de sustancias, irán a formar parte del grado de vulnerabilidad que viven los individuos, por lo tanto las acciones pensadas para las poblaciones usuarias de sustancias no pueden estar inconexas del contexto en el que están a diario. En este sentido la reducción de riesgos y daños plantea una intervención con un corte mas social, que hace hincapié en los procesos de marginalización y estigmatización que sufren los usuarios insistiendo en la necesidad de cambiar las representaciones sociales que fomentan estos mecanismos de exclusión. No solo toma aspectos que hacen al cuidado y mejoramiento de la salud, sino que postula la defensa de los derechos del usuario de drogas, reivindicando su condición de ciudadanos con los mismos derechos que los no usuarios. Esto coloca a

¹⁴ Letra canción “Peor para el sol” Joaquín Sabina.

quienes trabajan en estas temáticas, frente al desafío de diseñar estrategias que permitan mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen drogas, afirmando su condición de ciudadanos, cuyos derechos deben ser asegurados y respetados.

Los consumidores de drogas son ante todo ciudadanos y es su derecho el de ser considerados como tal. Este concepto de ciudadanía se apoya pilares como la responsabilidad y la libertad tanto individual como colectiva. Por lo tanto, el ser ciudadano implica que los consumidores como todos los demás, poseen obligaciones y derechos.

Al hablar de derechos se entra en terreno de los Derechos Humanos: a la salud, educación, al trabajo, a la igualdad, a la dignidad, a la libertad, a la privacidad, a la propiedad, estos tres últimos mencionados son los que permiten fundamentar el derecho al uso de sustancias psicoactivas, que ha posibilitado la apertura de los debates sobre cuestiones como la despenalización del consumo y la legalización de las drogas.

El trabajo debe ser pensado desde un trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, equipos técnicos que permitan la multiplicidad de miradas, sin perder la interacción de los individuos con su entorno así como que dichos consumos ocupan un lugar tanto simbólico, como espacio temporal y que su tratamiento deberá ser pensado dentro de la integralidad de sus vidas. En muchos casos se deberá desaprender conductas, estilos de vidas, modificar hábitos, descubrir junto al usuario la función que dicho consumo está cumpliendo en determinado momento y con determinadas características y desde ahí comenzar a construir junto al usuario.

-Recuperación gradual de la autonomía.

¿Cómo dejar los consumos? ¿Cómo salir de ellos? Son algunas de las tantas preguntas con las que se encuentra un equipo de trabajo en su intervención las formulan las familias, los propios usuarios y aquí es donde la multidisciplinariedad debe funcionar a pleno, cada disciplina hará su aporte dará su visión y trabajara aquellos aspectos propios, se podría unir en este momento desde el Trabajo Social en la tarea de pensar estrategias para dejar y/o modificar los consumos, buscando en todo momento el trabajar hacia una autonomía en el cotidiano, lograr que el usuario

tenga nuevamente autonomía con respecto a sus actividades y vida, permitiendo a cada usuario ver cuál es el momento y el tipo de recuperación que quiere y que puede mantener en la etapa que se encuentre. Retomando la idea de un consumidor que ante todo es un ciudadano las intervenciones deben estar centradas en la construcción de esa ciudadanía e ir generando gradualmente la autonomía de los sujetos.

Las vivencia ante ciertos consumos por parte de los usuarios ha mostrado la poca capacidad que se tiene para el manejo de dinero, el contar con efectivo o objetos de valor es sumamente riesgoso en ciertas etapas de la carrera de consumo, y a veces algunas de las estrategias o propuestas están en generar un habito de trabajo y en la adquisición de éste por del individuo consumidor, no solo por la remuneración económica, sino por todos los otros componentes sociales y psicológicos que genera. Pensar en programas de inserción laboral está bien, si se trabaja fuerte sobre el manejo que hará de su dinero a la hora de recibir su pago, o quién y cómo lo manejara en los primeros tiempos, lo que puede ser una buena solución puede no terminar siendo tal.

Trabajar en Reducción de Riesgos y Daños implica buscar y crear estrategias junto a los usuarios, ver cuáles son los momentos de mayor vulnerabilidad y trabajar las responsabilidades que trae su consumo tanto para su vida como para el entorno.

A MODO DE CONCLUSION:

Se ha dicho que no existen recetas a seguir, se ha visto a grandes rasgos características de los consumos, se sabe mucho más sobre los efectos, sobre las sustancias, y la pregunta que nos cabe es: ¿Por qué seguir trabajar con un enfoque de gestión de riesgos y daños?. La respuesta que continua surgiendo es que las sustancias psicoactivas han existido, existen y existirán y siempre habrá sujetos que las consuman, que algunos no querrán dejar de hacerlo, otros que no pueden hacerlo en tanto no existen las condiciones necesarias para así hacerlo a pesar de múltiples intentos y otros que simplemente no se plantean la abstinencia como meta. Y las intervenciones en este sentido es algo que deben tener presente, se deberán trabajar sobre los efectos resultantes del consumo, para que éste tenga los menores efectos posibles para quien las consuma, para su entorno social inmediato, así como para la sociedad en general.

Al ir culminando el presente documento de tesis “desmorrugando prejuicios” se ha querido ir rompiendo en la manos algunos conceptos que ayudaran a pensar el tema de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y ahora apuntamos a los prejuicios, en dos dimensiones el prejuicio que rodea todo lo referido a los consumos y más aun a los consumidores donde muchas veces el miedo nos paraliza ante el trabajo con ellos, porque se ven peligrosos, dañinos y porque no sabemos mucho del tema. Y otro prejuicio el de pensar que sobre este tema otras profesiones tienen en dominio y la hegemonía en la producción de conocimiento, así como el que las otras profesiones tienen sobre la nuestra. Nuestra formación coloca al Trabajador Social un lugar de mediador, de articulador entre muchas veces de los saberes y de la vida cotidiana de quienes viven las problemáticas, pertenecemos a una profesión dependiente en su trabajo, no realizamos clínica, no tenemos consultorios, pocos espacios para ser profesionales independientes y considero que por momentos esta dependencia también se refleja en la producción de conocimiento.

Se podrá leer mucha literatura sobre sustancias psicoactivas sobre sus efectos, las toxicología, sobre su historias, sobre narcotráfico, poder, dinero etc, pero la verdadera información sobre las sustancias y sus efectos las tienen los consumidores que experimentan directamente y a diario con ellas y es junto a ellos que se adquiere un conocimiento que puede generar intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de

vida de los usuarios y su entorno, y nuestra profesión tiene las herramientas y el privilegio de trabajar cotidianamente estos temas.

El ejercicio de leer y articular autores para desarrollar el presente documento solo puede cumplir con la formalidad para la obtención de un título, de un diploma, pero se volverá enriquecedor y transformador si dejamos paso a la pasión del trabajo por una profesión que está ligada a la defensa de los Derechos Humanos, en una de las primeras clases que tuvimos dentro del ciclo profesional del plan de estudio la docente Cristina Rovira se refirió a que ser trabajador social era tomar “una opción de vida” y cada día que pasa más resuenan en mí esas palabras y el pasar a formar parte de un colectivo profesional renuevan mi convicción.

Queremos cambiar el mundo, pero nos enfrentamos a una gran paradoja. En esta etapa de mi vida, he llegado a la conclusión de que no soy capaz de cambiar el mundo, ni siquiera una parte de él. Solo tengo el poder de cambiarme a mí mismo. Y lo fascinante es que si decido cambiarme a mí mismo no hay fuerza policial en el mundo que pueda impedirme hacerlo. La decisión depende de mí, y si quiero hacerlo, puedo hacerlo. Pero el punto fascinante es que si yo cambio, puede ocurrir algo en consecuencia que conduzca a un cambio en el mundo. Pero tenemos miedo de cambiar. Siempre es más fácil intentar cambiar a los otros. La enseñanza de Sócrates fue “conócete a ti mismo”, porque sabía que los seres humanos tienen miedo de conocerse. Sabemos mucho de nuestros vecinos, pero muy poco sobre nosotros mismos. Entonces, si simplemente pudiéramos cambiar nosotros mismos podría darse la posibilidad de que algo fascinante pudiera suceder en el mundo.

Espero que llegue el día en que cada uno de nosotros sea lo suficientemente valiente para poder decir, con toda honestidad: “soy, y porque soy, me volví parte de...” (Max – Neef, 1998: 147)

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, José Antonio (2003) “Reflexiones acerca del Trabajo Social en las cárceles”. Ed. Espacio. Argentina.
- Alayon Norberto, organizador (2007). “Trabajo Social Latinoamericano a 40 años de la Reconceptualización”. 2da. Edición. ED. Espacio Buenos Aires.
- Aquin Nora y otros (2009) “Políticas públicas, derecho y Trabajo Social en el Mercosur”. Ed. Espacio Argentina.
- Balbier E. y otros (1999) “Michel Foucault, filosofo”. Ed. Gedisa. Barcelona España.
- Bastos Francisco y otros (2003). “Drogas, Dignidade y Inclusao Social.. A lei e a pratica de reducao de danos. Ed. Odorizzi Ltda. Brasil.
- Becerra Rosa Maria (1999). “Trabajo Social en drogadicción” Ed. Lumen. Humanitas. Argentina.
- Borsotti, Carlos A. (2009). “Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empiricas”.2da Edición. Ed. Mino y Dávila.
- Buning Ernst. (2004) “Alcohol y reducción del daño. Un enfoque innovador para países en transición”. ED. Lagormarsino. Montevideo.
- Casella Miguel. (2011)” ¿La droga es el toxico? Prevención de adicciones” Ed. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- Cervantes Marcelo y otros (2004) “No te enganches con la Lata” Ed. IDES. Montevideo.
- Chadi, Mónica (2010): Redes sociales en el Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Francolino, Carla y otros (2006).”Guía de prevención del consumo de alcohol y drogas en el ámbito de trabajo”. Programa de Prevención de PIT-CNT. Impreso Tarma S.A. Montevideo.

- Garat, Guillermo, (2012). "Marihuana y otras Yervas". Ed. Sudamerica Uruguay. Montevideo.
- Genolet, Alicia y otros (2005) "La profesión de Trabajo Social, ¿cosa de mujeres? Univ.Ncial. Entre Ríos Argentina.
- Gobbi, Sonia (1993) "Adolescencia y adicción. Acerca de la elección de la droga". Ed. Homo Sapiens. Rosario Argentina.
- lamamoto, Marilda (2003)." Servicio Social en la contemporaneidad". Editorial Cortes. San Pablo.
- JND (2006). "Pasta Base de Cocaína. Practicas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos". Ed. Rosgal S.A. Montevideo..
- Karsz, Saul (2007), "Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras y clínica" Ed. Gedisa Barcelona.
- Kornblit, Ana Lía (coordinadora). (2004) "Nuevos estudios sobre drogadicción" Ed. Biblios. Argentina.
- Labrousse, Alain (2011) "Geopolítica de las drogas" Ed. Trilce. Montevideo.
- Matus, Teresa (2001). Los desafíos de los 90. En Matus y otros. Perspectivas metodológicas del Trabajo Social. Espacio Editorial. Argentina.
- Max – Neef, Manfred (1998). "Desarrollo a Escala Humana". Ed. Nordan Comunidad. Barcelona.
- Osimani, Maria Luz y otros (2001). "Sida y drogas, Investigación y dilemas en la construcción de la Agenda Publica". Ed. IDES. Montevideo.
- Osimani, Ma Luz y otros (2003). "Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por VIH, Hepatitis B y Hepatitis C y T.Pallidum en Usuarios de Cocaína." Ed. IDES. Montevideo.
- Peralta Juan (1999), "Los escenarios de la salud". Editorial La llave, Buenos Aires.
- Pérez Lindo, Augusto (2001). "Acción e Inercia Social en el existencialismo dialéctico de J. P. Sartre". Ed. Del signo. Argentina.

- Rasner, Jorge, coordinador (2010). "De la epistemología a la metodología y viceversa ".UCEP UdelaR. Uruguay.
- Rossi Diana, compiladora (2001). "Sida y Drogas. Reducción de Daños en el Cono Sur". Asoc. Intercambios. Argentina
- Scarlata Laura y otros (2006). "Unificando miradas en políticas de drogas". Ed. Rosgal Montevideo.
- Touze Graciela (Organizadora), (2006) "Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína". Ed. Intercambio. Argentina.
- Yañez Pereira Víctor (2007). Visibilidad/ invisibilidad del Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.

OTRAS FUENTES DOCUMENTALES.

- Busso Gustavo (2001). "Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias para Latinoamerica a Inicios del Siglo XXI.
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf> .
- Funes Arteaga, Jaime. Revista Monitor Educador. Usos de las drogas en la Adolescencia. Año 2008. Nº 126.
- Ley 19.172