

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

Ideación e intervención en drogas desde lo sanitario: analizando los discursos profesionales y dispositivos ambulatorios de atención

Matías Montañés
Tutora: Marcia Barbero

2019

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo general comprender las formas actuales de concepción del problema de drogas en relación a la ejecución de dispositivos sanitarios especializados, en Montevideo, Uruguay. El documento sintetiza la investigación realizada durante el año 2018, la cual se enmarca dentro del área temática sociología de la salud. El diseño es cualitativo transversal con muestreo teórico intencional deliberado de casos. Se seleccionaron dos centros asistenciales de la capital del país, uno de la esfera pública y otro de la esfera privada, ambos con características similares en cuanto a la heterogeneidad de propuestas asistenciales disponibles, pero de diferente capacidad de atención. Se implementaron tres técnicas de relevamiento: entrevistas a personal profesional, observaciones de los centros en distintos momentos de su jornada asistencial y análisis de documentos institucionales. Se buscó profundizar en los discursos presentes en los equipos ambulatorios de intervención, para luego compararlos entre sí, buscando identificar contradicciones y similitudes entre ellos sobre el tema seleccionado, en el marco de un contexto general de cambios coyunturales que ha impulsado el gobierno en materia normativa y de política pública. La investigación procura conocer cómo se entiende la problemática desde dos modelos de intervención en ámbitos diferentes, con capacidad de atención distinta, desde qué paradigmas se da la ideación- ejecución del dispositivo y cómo se construyen o no grupalmente dichas cuestiones, que determinan en definitiva las líneas de acción a la hora de intervenir en la complejidad de este tema.

Palabras Clave: Representaciones, Discursos Profesionales sobre Drogas, Salud Pública, Equipos Técnicos de Intervención, Sociología de la Salud.

Summary: The present research has as general objective to provide new knowledge about the current ways of conceiving the drug problem related to the execution of specialized health services in Montevideo, Uruguay. The document summarizes a study carried out during 2018, which is framed within health sociology. The design is transversal, qualitative with deliberate intentional theoretical case sampling. A public and a private assistance centers were selected in Montevideo both with similar characteristics in terms of the available range of assistance, but with different attention scope. Three survey techniques were implemented: interviews with professional staff, observations of the centers at different times of their working day and analysis of institutional documents. Its aim is to analyze in detail the technical teams' speech, so as to compare them with each other, seeking to identify contradictions and/or similarities between them on the selected topic.. All this, within a general context of conjunctural changes that the government has promoted with regulatory matters and public policy. The research seeks to learn how the problem is understood from two intervention models in different areas, with different attention capacity; considering how the ideation-execution paradigms of the attention services are given, and how these topics are collectively built or not; which ultimately determine the course of action when handling the complexity of this issue.

Keywords: Representations, Professional Speeches on Drugs, Public Health, Technical Intervention Teams, Health Sociology.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Revisando aportes teórico documentales y antecedentes	3
1.1 El ser social y las sustancias a lo largo de la historia.....	3
1.2 Uruguay el paradigma importado. ¿Drogas como problema de Salud Pública?.....	9
Capítulo 2. Paradigmas de concepción y modelos de intervención en drogas	13
2.1-El paradigma epidemiológico y sus diferentes expresiones.....	13
2.2- El paradigma del aprendizaje social cognitivista y el paradigma sociocultural.....	15
2.3 El modelo de reducción de riesgos y daños. Comprendiendo su heterogeneidad de paradigmas	17
2.4 Mixturas y tensiones latentes.....	18
Capítulo 3- Aspectos metodológicos	19
3.1-Problema y preguntas de investigación.....	20
3.2- Objetivos generales y específicos.....	21
3.3-Algunos supuestos:	22
3.4- Técnicas de relevamiento de datos	22
3.5- Trabajo de campo.....	23
3.6- Enmarcando los centros de atención seleccionados.....	24
A- Anclaje en la red asistencial.....	24
B- Organigrama y estructura de los centros estudiados.....	25
Capítulo 4- Análisis: De lo concreto a lo abstracto y viceversa	26
4.1 Analizando discursos sobre concepción y construcción del problema de drogas en salud.....	27
A) Representaciones sobre sentido, cambios y continuidades en el vínculo con las drogas.	27

B) Atribuyendo causas	35
C) Atribuyendo consecuencias.....	38
D) El hito histórico pasta base, crisis y oportunidad.....	41
E) Apropiación y referenciación del marco normativo.....	43
F) Caracterizando las políticas públicas.....	45
4.2 Análisis sobre los dispositivos, modelos de intervención instituidos y fuerzas instituyentes.....	48
A) Modelo de Intervención instituido.....	48
A.1 Modelo de uniformidad abstinencialista de rehabilitación.....	48
A.2 Modelo sastre.....	52
B) Algunas fuerzas instituyentes.....	54
B.1 La necesidad de cambios latentes.....	54
B.2 Instituyente solapado	56
Capítulo 5- Reflexiones finales.....	58
6- Bibliografía de referencia:.....	69
7-Anexos.....	73
A1- Revisión documental.....	73
A2-La configuración del sistema de salud y la política pública en drogas en el Uruguay de hoy.....	74
A3-Pauta de entrevista en profundidad semiestructurada.....	77
A4 Fichas de análisis documental.....	79
A5 Reseña sobre estrategia de análisis implementada.....	85
A6 Descripción: Pintando lugares y sus fuerzas Instituidas.....	86
A7 Tipos ideales de población objetivo.....	89
A8 Tipos de encuentro en los equipos ambulatorios.....	94

LISTADO DE SIGLAS

INSTITUCIONALES

ASSE: Administración de Servicios de Salud

FONASA: Fondo Nacional de Salud

JIFE: Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes

JND: Junta Nacional de Drogas

MS: Ministerio de Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

OPP: Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la República

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

UNDOC: United Nations Office on Drugs and Crime

ACTORES

Coord Priv: Coordinador/a del Centro Privado

Dir Priv: Director/a del Centro Privado

Pisc Pub: Psicóloga/o del Centro Público

Psiq Priv: Psiquiatra del Centro Privado

Psiq Pub: Psiquiatra del Centro Público

Toxi Pub: Toxicólogo/a del Centro Público

Sub Dir Pub: Sub Director/a del Centro Público

TS Pri: Trabajador/a Social Centro Privado

TS Pub: Trabajador/a Social Centro Público

Introducción

En la coyuntura actual, Uruguay se encuentra bajo la mirada internacional en el tema drogas, debido a los cambios normativos recientes en materia legislativa, a los que se suman diversas pujas y tensiones entre múltiples formas de concebir el asunto. En este contexto, resulta de importancia indagar cómo se construyen las diferentes visiones sobre las drogas, en tanto problema que, según algunos relatos, estaría atentando contra lo denominado “salud pública”. Específicamente se profundiza en la construcción de sentido desde quienes intervienen cotidianamente en el campo de la salud, institucionalidad determinante de amplia consolidación y desarrollo durante el siglo XX.

Se considera necesario entonces, estudiar las construcciones de sentido en torno al tema drogas, tanto aquellas inherentes al sistema de representaciones comunes que componen al imaginario social, como aquellas perspectivas desde la experticia técnica, eso que marca el posicionamiento de las diferentes disciplinas ante el tema drogas en el ámbito de la salud. La investigación pretende conocer por qué las drogas son o no concebidas como un problema de salud pública, y en base a qué paradigmas se construyen las interacciones profesionales a la hora de intervenir, pero también a la hora de pensar una respuesta dada, en el marco de dos dispositivos de salud concretos. Se retoman los conceptos que sustentan la intervención en drogas en este ámbito, contrastándolo con valores e intereses subyacentes en los discursos técnicos relevados, los cuales podrían catalogarse como perspectivas que dan sentido a una forma de entender e intervenir en el tema. Esto permite comprender además qué pujas dialécticas se dan en el plano simbólico, que hacen directamente a la concepción, construcción y transformación o no de la realidad.

Si bien en la revisión de antecedentes se encontraron aportes académicos en el área temática Drogas-Salud, de los cuales algunos se retoman a lo largo del documento, no se hallaron investigaciones específicamente desde la sociología de la salud, que abordaran los discursos técnicos de equipos asistenciales para analizar las formas de ideación del problema, en relación a los modelos de intervención ejecutados cotidianamente. Por tanto se considera que este trabajo hace un aporte al vacío en esta área temática concreta. A su vez, aporta a generar un debate que problematice las visiones en los equipos de intervención en drogas, apoyando la idea de repensar la praxis en términos de vigilancia

epistemológica, conocer pero también repensar críticamente los “lentes” que fundan la intervención profesional.

Uno de los principales nodos de la investigación, es si las drogas en definitiva deben ser catalogadas o no como un problema de salud pública, y desde qué modelos se interviene en el campo de lo sanitario. Otro nodo conceptual que se aborda, es en torno a los fundamentos discursivos que dan génesis a las respuestas dadas en salud, según cada disciplina interviniente, como lo son: Medicina, Psiquiatría, Toxicología, Psicología y Trabajo Social. Por otro lado se trabaja cómo se da la ideación en torno al tema drogas a la interna de los equipos, cómo se construye el enfoque que respalda la intervención realizada desde los dispositivos concretos, y cómo este se encastra en la red asistencial general.

El diseño metodológico, es el de una investigación cualitativa transversal, que profundiza en los discursos de los equipos ambulatorios de intervención, para luego compararlos entre sí, buscando identificar contradicciones y similitudes existentes entre ellos. Se seleccionaron un centro público y otro privado, para poder comparar dos órbitas diferentes en cuanto a su posicionamiento dentro de la malla asistencial en drogas, y entender también qué diferencias existen entre sí, teniendo en cuenta el cambio que implicó el Sistema Nacional Integrado de Salud. Esa reforma en el año 2007 buscó explícitamente universalizar y unificar la política de salud a nivel país, en pro de una idea de gestión equitativa y sustentable, con metas asistenciales y financiamiento común, lo que genera cambios en la organización del sistema sanitario, así como en la forma en la que se constituyen e interaccionan los efectores de salud que la componen. (OPP;2006)

En cuanto a su lógica expositiva, este documento comienza con la fundamentación y pertinencia del tema seleccionado, luego se retoman los aportes teóricos y el estado del arte con respecto a los conceptos y dimensiones, articulándolos con los subsiguientes puntos inherentes a diseño y metodología implementada. Una vez planteado esto, se procede a desarrollar el análisis en función de los hallazgos relevados en dos grandes dimensiones; denominadas analíticamente como “ideación” e “intervención”, las cuales se encuentran transversalizadas por conceptos centrales a desarrollar como paradigma, modelo, dispositivo, institución e interdisciplina en equipos de salud.

A modo de cierre, se realizan algunas reflexiones en relación a los objetivos trazados y recomendaciones como insumos para ambos dispositivos.

Capítulo 1. Revisando aportes teórico-documentales y antecedentes

En este capítulo se retoman aportes teóricos que se consideran centrales en torno al tema drogas, sobre todo haciendo foco en el proceso de cómo se fue transformando la concepción acerca de las diferentes sustancias psicoactivas, hasta llegar a ser vistas como una cuestión lesiva de la salud pública, entendiéndola como aquel bien jurídico a ser preservado y cuidado desde las diferentes instituciones modernas. Además se hará referencia a diferentes investigaciones, que problematizan el mismo objeto de estudio, pero desde las diferentes corrientes de investigación e intervención, retomando algunas premisas que permitan caracterizar los diferentes paradigmas y modelos de atención en drogas.

1.1 El ser social y las sustancias a lo largo de la historia

Históricamente se ha dado una puja en términos de intereses y valores¹, que marcan las formas de concebir las sustancias desde los diferentes grupos humanos, ya que los mismos han coexistido con ellas, formando parte importante de su evolución como especie. Estas formas de vincularse con las diferentes sustancias se han ido transformando a lo largo del tiempo, a partir de valores e intereses latentes en el seno social, reproduciendo así ciertos sentidos socialmente construidos sobre dicho vínculo.

Desde esta perspectiva, los valores e intereses dan sentido a la acción social, por lo tanto resulta sumamente pertinente comprender cuales se encuentran presentes en el modelo del paradigma hegemónico de las drogas hoy. En el pasado, ha habido un paradigma imperante por sobre otro, como plantea el sociólogo Rafael Bayce, fruto de una lucha dialéctica y dinámica entre formas de concebir dicho vínculo con las diferentes sustancias. Si bien varios investigadores sostienen que en Uruguay la fortaleza de la institucionalidad religiosa no fue tal como en otros países de Sudamérica, pueden rastrearse fácilmente los valores judeocristianos que se encuentran latentes en las normas jurídicas y la moralidad imperante.

“(…)esa espiritualidad material, externa, colectiva, sensorial, corporal, de construcción, celebración y reproducción de la asociación comunal, comienza a cambiar hacia una espiritualidad negadora de su materialidad, exterioridad, corporalidad, colectividad y festividad. Esto ocurre cuando el imaginario

¹ Cuando se hace referencia a valores e intereses, se entiende desde la óptica de Weber (1992) en la medida en que la actitud en la acción social, se inspira en una compensación de intereses por motivos racionales (de fines o de valores) o también en una unión de intereses con igual motivación.

neoplatónico, en especial el de Plotino, empieza a sustituir a la sacramentalidad original. Dicha espiritualidad, despojada de materialidad y corporalidad, íntima, individual y no colectiva, se transmite a través de los siglos por la visión de San Agustín de la salvación y de la perfección, que atraviesa el Medioevo, se mantiene latente a través de sus místicos (...) se convierte en la espiritualidad hegemónica que ejemplariza toda espiritualidad; y que discrimina y demoniza como bárbara y pecaminosa toda otra espiritualidad contenida en celebraciones comunales de contenido festivo, colectivo, material y sensorial en sus rituales(...)" (Bayce; 2012:68)

Para comprender los procesos macro históricos más importantes, se realiza una revisión de documentos internacionales que dieron marco normativo y también una cierta cosmovisión al respecto, que luego intentó ser reproducida como política internacional a ser internalizada por los gobiernos del momento. Previo a la década del sesenta, los gobiernos mantenían una postura sumamente distante, lejos de sostener una preocupación real y documentable sobre el tema drogas, más allá de algunos inconvenientes puntales que se resolvían en el ámbito administrativo, y de llegar a lo penal no trascendía en sanciones punitivas, ya que las drogas no eran concebidas como un problema al que debiera necesariamente prestársele atención desde las diferentes órbitas gubernamentales.²

A partir de los años sesenta, comienza un proceso creciente hacia la prohibición, fiscalización y persecución de las diferentes sustancias, encabezado fundamentalmente por los países potencia y de mayor peso político dentro de organizaciones internacionales como Naciones Unidas, en el marco de convenciones y pactos entre países, que llevaron a una cierta postura hegemónica de combate a las drogas, un cierto paradigma que se vio cristalizado en acuerdos, instituciones y leyes.³

Es a partir de esto que nacen organizaciones como la "Organización internacional de Policía Criminal" y la "Junta Internacional de Fiscalización", que buscan generar controles rigurosos a nivel global, en coordinación con las diferentes naciones que ratificaron la Convención Única de 1961. Esta colinealidad de intereses geopolíticos, establece además determinadas obligaciones a seguir por los países, para colaborar con este lineamiento de acción de corte prohibicionista e higienista del tema drogas. (ONU;1961). A su vez se pueden identificar una serie de valores compartidos, que connotan negativamente desde lo moral a quien sostenía un determinado consumo, demonizando ciertas conductas, individuos y grupos de forma muy selectiva.⁴

² No se encuentran registros oficiales en Uruguay que den cuenta de imputaciones penales, que permitan reconstruir una mirada punitivista previa a los grandes documentos internacionales que son citados en este trabajo.

³ Véase anexos A1. Revisión documental

⁴ Idem

Se plantea en dicha convención internacional, la importancia de la institucionalización total, para sacar al sujeto de su contexto de origen y recluirlo con fines terapéuticos, debido a la “gravedad” que implica la “toxicomanía” para sí, pero sobre todo para el resto de la población. Aquí se puede ver la postura de control higienista, perspectiva biologicista-drogocéntrica que prima durante todo el documento. (ONU; 1961) El enfoque individualiza y etiqueta al sujeto por su calidad de consumidor, calificado y clasificado como “toxicómano”.

En 1988 se realiza una nueva “Convención de Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas”, donde se reafirman y se profundizan las concepciones prohibicionistas, ya no solo se persigue a las sustancias psicoactivas su uso y comercialización, sino también a sus precursores químicos. (Naciones Unidas, 1988). Es en este encuadre, que se genera una estructura normativa internacional y local consolidada, que le brinda de hecho al cuerpo científico pero sobre todo a la Medicina y sus especialidades, la potestad y el monopolio de la utilización, experimentación y suministro de sustancias; por ejemplo benzodiazepinas u otros psicofármacos varios.

Es entonces que la convención y sus sucesivas protocolizaciones mantendrían intereses políticos, fiscalizadores y comerciales, planteándose la persecución geopolíticamente coordinada desde una cosmovisión prohibicionista hegemónica⁵, reproducida entre los países y a la interna de cada uno, además de la limitación del uso de “estupefacientes” a los fines médico-científicos. Se pautan las listas de “estupefacientes” y luego sus posibles precursores, que pasan a ser sumamente controlados. Desde este modelo no solo se comparten intereses, sino que se introyectan valoraciones, ocasionando que lo que antes no era concebido como un problema social, pase a ser reproducido como la principal causa de “degradación” en las sociedades modernas, visto sobre todo desde una ideación epidemiológica de las drogas.

Uruguay históricamente ha ratificado y convertido en Ley las convenciones y documentos internacionales destacados en párrafos anteriores. En 1974 se promulga el Decreto Ley 14.294, que incorpora los lineamientos asignados desde los organismos internacionales. El mismo solidifica una posición prohibicionista en materia de drogas, llevando a la tipificación de los delitos correspondientes. De esta forma, se traza la línea de

⁵ Cuando se habla de hegemonía se hace referencia a lo planteado por Gramsci (1975) como el problema fundamental de toda concepción del mundo, es decir, que haya producido una actividad práctica y una voluntad, el problema de conservar la unidad ideológica de todo el bloque social, que precisamente es cimentado y unificado por esta ideología.

ilegalidad con respecto a la plantación, cultivo, cosecha y comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse “estupefacientes” u otras sustancias que “determinen dependencia física o psíquica, a excepción de aquellas con fines médicos y de investigación científica”, que se encuentran bajo supervisión del Estado. Ya desde esta Ley se toma una postura de combate al narcotráfico y persecución de los llamados “delincuentes”, pero también un control sobre los considerados “toxicómanos”, que deben ser rehabilitados. (UNDOC; 2009). Es la figura del médico, quien puede valorar desde aspectos referidos a la imputabilidad o no del sujeto, hasta indicar cuál sería el correcto abordaje de su “patología”, sea en una institución disciplinante tanto en clave de dispositivo total de internación, como de forma ambulatoria. Si bien en Uruguay el consumo nunca fue tipificado como delito, se visualiza una reproducción de este mismo paradigma hegemónico que llevó a un disciplinamiento moral de los cuerpos, reproduciendo representaciones sociales en el imaginario colectivo de la sociedad, constituyendo las formas de darle sentido en términos de ideación a ese vínculo entre ser humano y sustancias.

Uno de los dispositivos locales que toma el control de la valoración y el trabajo cercano con los juzgados sería la llamada “Comisión Nacional de Lucha contra la Toxicomanía”, que alineada con lo sugerido por los documentos internacionales y locales, consideraba que la mejor forma de tratar a “los drogadictos” era mediante la abstinencia y la reclusión terapéutica rigurosa. Es en base a esto que se reproduce la postura de que las drogas atentan por sí mismas sobre la salud pública.

“Esta extraña priorización de lo secundariamente riesgoso, en desmedro de riesgos iguales o mayores en nombre de la salud pública, obedece también a la hegemonía, entre nosotros, de una moralidad de raíz judeocristiana, que condena los excesos de los sentidos, el placer corporal, las vías contemplativas y místico excitativas de perfección y salvación, las búsquedas de estados alterados de conciencia y la ampliación de la sensibilidad y la mente a experiencias que no sean productivas o conducentes a una salvación y moral ascéticas. Pero no podemos ser tan fundamentalistas etnocéntricos como para negar otras moralidades y no solo desaconsejarlas sino prohibirlas, encarcelar a sus cultores y torturarles la vida a ellos y a los suyos por una elección de vida que no es objetivamente peligrosa” (Bayce; 2009).

Es entonces que Uruguay importó un modelo de combate al narcotráfico ante la “epidemia de las drogas” desde un paradigma ajeno, una respuesta que no se correspondía a un problema real para la sociedad en su conjunto, cuanto menos en términos cuantificables o cualificables, que pudieran fundamentar la puesta en marcha de una línea de acción semejante. Sin embargo, sí cabe resaltar que las instituciones se encontraban ya preparadas gracias a que en la primera mitad del siglo XX, se dio entre otros procesos el período estatista-higienista, que empoderaría definitivamente a la medicina como

disciplina y las instituciones de salud, pudiendo entonces desempeñar ese papel que luego les sería encomendado desde el Estado, a partir de la colinealidad de intereses geopolíticos del momento. Dirá Herzlich: “colocar de nuevo al enfermo y a la enfermedad en la larga duración, permitía poner en evidencia el doble carácter construido y social del discurso sobre el enfermo y la enfermedad.” (1988; 24).

Para entender este proceso, es imprescindible retomar el concepto de biopoder foucaultiano, el cual permite explicar el desarrollo moderno de estas líneas de disciplinamiento y control social. El ‘cuerpo’ social deja de ser una simple metáfora jurídico-política, para aparecer como una realidad biológica y un campo de intervención médica. Es aquí donde se puede entrever cómo los mecanismos de control sobre la vida biológica y sus procesos, buscan regular y controlar la vida misma, la tecnología del control produce sujetos dóciles y útiles para los intereses dominantes (Foucault:1996). Estas tecnologías se materializan e interconectan en dispositivos, estos según Agamben son un conjunto heterogéneo que incluye, lo lingüístico y lo no lingüístico, al mismo título: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas de policía, proposiciones filosóficas, el dispositivo en sí mismo es la red que se establece entre estos elementos, siempre tiene una función estratégica concreta y siempre se inscribe en una relación de poder; incluye en sí la episteme, que es, para Foucault, aquello que en determinada sociedad permite distinguir lo que es aceptado como un enunciado científico de lo que no es científico. (Agamben; 2015)

Es este devenir histórico, el que dio cimientos a la construcción de un modelo que durante años permaneció vigente, desde el prohibicionismo criminológico más puro, a la transición mix criminológico-sanitarista. Ya no solo se etiqueta como “drogadicto” a quien se relaciona con determinada sustancia psicoactiva moralmente condenada desde la visión hegemónica, sino que se le suma la etiqueta añadida de “delincuente”, producto de la lógica de un sistema jurídico sumamente selectivo. Este paradigma sanitarista patologizante, reproduce un perfil de asociación de etiquetas como “drogadicto-enfermo-criminal” cuyas expresiones parecen de difícil diferenciación en la visión doxa, pero también en varias expresiones discursivas del pensamiento político y académico del momento. La ciencia moderna legitimó este poder, siendo ejercida relacionamente desde ese paradigma cuasi dogmático, debido a que como dice Zolá, “la medicina se convierte en el nuevo depositario de la verdad, con apariencia neutral de juicios absolutos y definitivos.” (1972; 23)

“Pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales (...) La sensibilidad disciplinante miró sospechosamente al placer, cuando no lo condenó. El poder médico fue uno de los primeros poderes que en el novecientos emanó del saber, de la ciencia, es decir de la forma cultural que asumió la verdad. “La medicalización de la sociedad – la asunción por la cultura de los derechos de la salud – tuvo pues su contracara: la socialización del saber médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominantes en el saber científico.” (Barrán, 1992: 13-17)

Esto trajo aparejado como plantea Escotado (1993) “un crecimiento atrófico del aparato estatal”, que generó grandes grupos de desviados de los estándares de normalidad preestablecidos, producto del sistema de valores e interés imperante. El prohibicionismo hegemónico culminaría por convertirse en una de las principales causas del problema que enfrentan las sociedades contemporáneas, no solo por los cambios que implicó en la adulteración de las sustancias en sí mismas, sino por toda la parafernalia que se construyó a partir de ciertos valores por sobre otros, de una demonización del vínculo sujeto-sustancia, en el marco de sociedades dotadas de una vida cotidiana empapada en hiperralidad magnificada, pero en definitiva cuestiones funcionales a la legitimación del Estado y su accionar en el tema. (Bayce; 2012)

A partir de una lucha de varios años, por parte de actores de la sociedad civil pro legalización del cannabis, es que se logra incorporar el tema en la arena pública. Sin embargo, culmina cobrando fuerza paradójicamente a partir del “Decreto por la vida y la convivencia” en el año 2012. Este fue un momento, entendido por el gobierno de turno, como coyuntural para acelerar los pasos normativamente previstos, para impulsar la ley de regulación del cannabis, pero también entre otras medidas aquella Ley 19.007 que recrudecería las penas de los casos donde la pasta base de cocaína fuera objeto de delito, en forma de agravante especial. Esto por lo pronto, da la pauta previa de que no existe un cambio radical en cuanto a la cosmovisión general imperante sobre el tema drogas, pero sí una cierta selectividad de carácter moral, sobre qué sustancias son consideradas como más agresivas para “la salud de todos” y la seguridad pública. Son este tipo de contradicciones de ideación-intervención, las que se intentará identificar dentro de los discursos técnicos analizados en los apartados próximos.

En 2013 se promulga la Ley 19172, la cual tendría como objetivo:

“(...)promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.”(Ley 19172 ROU)

Aquí se podría decir, que hay un leve cambio de postura cuanto menos en lo discursivo, ya que se pone en el centro de interés la reducción de riesgos y daños, aunque

fuertemente permeada aún por una lógica en parte neohigienista, patológica del tema. Sin embargo algunos cambios en las formas de nombrar al sujeto, ya no como “drogadicto” o “toxicómano”, sino como “usuario problemático de drogas”, que si bien intenta distinguir entre usos problemáticos y no problemáticos, continúa individualizando el peso del problema en la singularidad de la persona. Cabe replantearse si los cambios en el etiquetamiento se corresponden luego o no con la forma en que los dispositivos piensan y asisten cotidianamente, o si resultan meros eufemismos carentes de una connotación empíricamente contrastable.

En esta investigación se estudia específicamente, como los profesionales reproducen ciertos discursos cargados de sentido, entre experticia técnica y representaciones comunes, construyendo una determinada otredad en el proceso de ideación del problema en pro de un cierto modelo de intervención.

Karel Kosik entiende las representaciones comunes como una “proyección de los fenómenos externos en la conciencia de los hombres, producto de la práctica fetichizada y forma ideológica de su movimiento.” (1967: 6). La representación de la cosa, que se hace pasar por la cosa misma y crea la apariencia ideológica, no constituye un atributo natural de la cosa y de la realidad, sino la proyección de determinadas condiciones históricas petrificadas, en la conciencia del sujeto. Es entonces que el mundo de la pseudoconcreción y los objetos fijados, son producto de estas prácticas reproducidas sin mediación crítica (Kosik, 1967).

Resulta interesante en el marco de esta investigación, indagar cómo la cotidianidad de la intervención interacciona con las representaciones que componen el imaginario social, analizando que colinealidad de intereses y valores se da en contraposición a estos nuevos cambios en términos normativos y su forma de hacer política de drogas.

1.2 Uruguay, el paradigma importado. ¿Drogas como problema de Salud Pública?

La discusión académica sobre drogas ha sido ligada al eje salud, un área que se consolida en la propia modernidad como fenómeno de diferenciación y especialización materializado durante el siglo XX. Se da una mirada de salud como ese bien público a ser preservado, discursos que sustentaron por ejemplo procesos higienistas sociosanitarios en

el Estado de bienestar uruguayo, aunque no siendo un proceso exclusivo del país. A continuación se retoman debates y aportes de diferentes autores que caracterizan estos procesos, que serán articulados con la normativa internacional y nacional vigente. Cabe retomar a Herzlich, cuando dice:

“El discurso colectivo y las prácticas que derivan de él, están arraigados en la real realidad de la patología de una época y su respectiva respuesta social. Sin embargo el orden de lo simbólico no es el simple reflejo de la realidad (...) las concepciones que una sociedad se hace de sus enfermos y que los mismos interiorizan y nutren a su vez orientan organizan y legitiman las relaciones sociales y en cierta medida producen la realidad de sus enfermos” (1988: 23)

Esto permite entender por qué resulta importante hacer hincapié en los discursos profesionales, ya que en ellos también están contenidos los procesos históricos de construcción social sobre cómo se comprende el vínculo de las personas con las diferentes drogas, y lo determinante de estos discursos en su estructuración de las relaciones sociales, la concepción del problema que parte del pensamiento, pero que luego se objetiva en la formulación de políticas, programas de atención, control, regulación y combate a las drogas.

Si se realiza una revisión de los aportes científicos sobre el tema drogas, sobre todo desde disciplinas como la psiquiatría, pueden visualizarse cuanto menos ciertos problemas metodológicos que podrían poner en tela de juicio la confiabilidad de algunos resultados que arrojan ciertos estudios.

“son mecanismos de refuerzo del estigma, de cierto imaginario hegemónico, juega el papel de fuente de autoridad útil para justificar y reafirmar los valores predominantes guiados por los diferentes intereses. Estas falacias las cuales se desarrollaran a continuación son generalizadas por asociaciones estadísticas sin una relación causal comprobable, con plausibilidad teórica “Se atribuyen a efectos de las sustancias consecuencias en la morbilidad propia y en daños, y en perjuicios a terceros en base a atribuciones causales arbitrarias, lógicamente falaces antojadizamente interpretadas.” (Bayce 2012 115)

Algunas de las afirmaciones se basan en atribuciones causales que no poseen plausibilidad teórica, si bien algunos conocimientos resultan frágiles en cuanto a validez científica, bastan para alimentar de forma funcional una cierta cosmovisión prejuiciosa y teocéntrica del mundo de las sustancias psicoactivas. Históricamente la figura de las ciencias médicas han ido consolidándose y legitimándose a tal punto, que la valoración social que se le brinda, es de sumo privilegio en cuanto a relaciones de poder, que convierte a la figura del médico en un interlocutor extremadamente valioso y ponderado, a pesar de que algunos de sus enunciados y postulados no se respalden necesariamente en estudios confiables. (Bayce; 2012)

Esto como establece Barrán se debe a que:

“(…) el médico fue el único al que el saber y la razón (novecentista) autorizaron para violar los cuerpos, escuchar la intimidad de las almas y, en los hechos dirigir como antaño el cura, las conciencias. Su poder llegó a micropenalizar todos los aspectos de la vida cotidiana del novecientos, desde el contagioso mate en común,

hasta el beso a los niños, desde el gasto desordenado a los obreros que impedía una alimentación científica, hasta la trasnochada del adolescente que culminaba en la sífilis la blenorragia o la tuberculosis.” (Barrán 1992:14)

Como se ha documentado, existió una colinealidad de intereses y valores que permitió consolidar este proceso, una visión epidemiológica de las drogas por parte de la medicina, conjugado con exponentes políticos y profesionales cuyo interés fue combatir la “toxicomanía” dando paso a académicos, que en reiteradas ocasiones como figuras preponderantes en la psiquiatría de la época dictatorial, protagonizaron una persecución hacia todo consumidor de las sustancias consideradas como ilegales. Se sostenía fehacientemente la idea de que las drogas ofendían directamente a la salud pública, gracias a la expansión de esta “epidemia contagiosa de la drogadicción”, que como plantean los documentos internacionales vigentes denigrarían los principios morales de la sociedad.

Desde ese entonces se comenzó una persecución de todo aquel sujeto que sostuviera un vínculo con las sustancias legalmente prohibidas, a pesar de que su uso no fuera ilegal, la condena social y sanitaria estaba estructurada sólidamente en la sociedad.“

“Como bien jurídico a proteger las drogas no ofenden a la salud pública en grado apreciable ni mucho menos comparable a los daños que producen otras tantas cosas mucho menos divulgadas en la opinión pública.” (Bayce; 2012: 29)

Esto a su vez se suma a la postura de gobiernos de corte paternalista, que consideran válido coartar la libertad individual del sujeto “por el bien común”. (Gallego García, 2011) El principio constitucionalmente reconocido de autonomía personal se ve puesto en jaque, cuando el comportamiento no es el esperado para la línea de normalidad trazada, cuando lo moralmente condenable trasciende al daño real que dicha conducta genera en la sociedad. Lo paradójico, es que en vez de demostrarse el supuesto daño social que generan las drogas, se culminan tomando medidas desde abordajes prohibicionistas jurídicos y epidemiológico-sanitarios, que generan consecuencias aún mayores, creando nuevos problemas o agravando aún más cualquier situación de consumo problemático, mientras que el peso institucional recae fundamentalmente sobre el usuario individual. (Bayce, 2012).

Uno de los problemas que se identifican en lo sanitario, es el riesgo toxicológico que poseen las sustancias en sí mismas para el individuo por su calidad, por su dosis, por su composición y adulteración. Varios de estos problemas concretos, han sido instalados ni más ni menos que por el prohibicionismo, que en su afán de luchar contra la oferta y demanda han llevado a que las sustancias pongan en riesgo aún más al sujeto, pero no solo

por el consumo reiterado, sino por los determinantes contextuales que dicha postura ha generado en la evolución de ese vínculo y en la propia modificación de esa sustancia.

“Porque despenalizar es reducir daños dramáticamente, que las reducciones de daños que deberían acompañar la despenalización y no sustituirla. Porque permite el control de la calidad de las sustancias que están en el mercado, impidiendo los perjuicios derivados de la baja calidad de los insumos, las materias primas y los cortes muchas veces responsables de las consecuencias sanitarias y conductuales, adversas más que las propias sustancias es un impacto químico farmacológico puro” (Bayce; 2009:3-4)

Puede apreciarse cómo se da una lógica sumamente contradictoria y paradójica en Uruguay sobre el tema drogas, donde por un lado se habla de enfocar el abordaje desde un paradigma de derechos, que apunte a lo intersectorial e interdisciplinario, desde un camino hacia la regulación, pero al mismo tiempo parecen mantenerse algunos vestigios de una ideación e intervención propias de un paradigma prohibicionista clásico, con líneas aún centradas en lo patológico y lo punitivo. La reducción de daños como modelo de intervención, no tiene una sola expresión en sí misma (como se desarrolla en el siguiente punto) y se implementa desde diferentes concepciones, mientras que en algunas instituciones existen elementos que pertenecen al modelo epidemiológico hegemónico, o de aprendizaje social, o modelos mixtos que coexisten entre sí dentro de un mismo dispositivo. Lo mismo sucede en el plano jurídico donde por un lado se habla del paradigma de derechos humanos y por otro se recrudecen las penas para determinados vínculos con ciertas sustancias por sobre otras, dotando de una connotación negativa a lo que simbólicamente representa, como es el caso de la pasta base de cocaína, individualizando el problema patologizando y etiquetando al sujeto una vez más.

Capítulo 2. Paradigmas de concepción y modelos de intervención en drogas

A continuación se exponen los diferentes modelos de intervención en el ámbito de la salud sobre el tema drogas, problematizando tanto sus formas de praxis como su “backup” o respaldo teórico, ético epistemológico que los sostiene. Esto será relacionado con los puntos anteriores, ya que estos conceptos se encuentran directamente interconectados. Dicha construcción teórica realizada se podría entender como dirá Weber en calidad de “tipo ideal” (*Idealtypus*, en alemán) es una construcción mental (o *Gedankenbild*) que tiene “el carácter de una utopía en sí, que es obtenida a partir de la exageración mental de determinados elementos de la realidad”. Tal construcción no debe implicar una contradicción lógica, pero “no corresponde al mundo real”. Podemos interpretar esto diciendo que un tipo ideal es un concepto o representación mental (situado en la mente del historiador, del sociólogo o del teórico económico) cuya descripción describe un estado de hechos lógicamente posible, pero que es difícil encontrar en el mundo real.” (Weber, 1904 en De Donato, 2007: 154)

Cuando se habla de paradigma se hace referencia a aquello que “está constituido por los supuestos teóricos generales las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica” (Chalmers, 1999: 128).

Los modelos son entendidos como dispositivos concretos con un componente de ideación pero también empíricamente constatable, “usados en ciencias y otras disciplinas, para dominar lo real o la experiencia e incluso para producir objetos técnicos” (Zamora, 2010: 158)

2.1 El paradigma epidemiológico y sus diferentes expresiones

Se podría decir que la concepción médico epidemiológica fue la que imperó durante décadas, donde entre otras cuestiones se fundamenta y se explica de forma reduccionista “la adicción” y el consumo meramente desde lo biológico.

En el campo de las drogodependencias, es innegable el papel que las distintas drogas producen en el cerebro y en los restantes órganos corporales. Sin embargo esta explicación se convierte en reduccionista si la causa, o la aparente “causa principal” de la dependencia, se reduce solo a causas biológicas o al mero efecto en el funcionamiento cerebral como consecuencia de la ingestión de esa sustancia concreta. (Inchaurraga; 2001)

Si bien actualmente se han hecho numerosos estudios científicos en las ciencias de la rama biológica⁶ que demuestran el impacto de una determinada sustancia sobre el cerebro (sistema de recompensa), es solo una arista que permite entender la dependencia física. El problema está cuando estos saberes específicos se vuelven la explicación total del fenómeno y se desarrollan en base a estas afirmaciones que no poseen confiabilidad en sus resultados, siendo meras atribuciones causales determinadas por la moralidad imperante.

Esto lleva a problematizar que cuando se habla de la integralidad de la mirada, en ocasiones se da únicamente en forma de yuxtaposición de variables socioambientales, psicológicas, biológicas, (bio-psico-social) pero que en definitiva se las analiza desde este enfoque epidémico como factor común. No se trata solo de la atribución causal antojadiza, o la superposición de campos y disciplinas, sino la reproducción de un modelo moralmente dirigido sobre cómo concebir y transformar la realidad. La hegemonía médica como relación de poder, como forma de explicar y entender el mundo, aplicado al fenómeno de las drogas, permea a las diferentes disciplinas que intervienen e investigan al respecto.⁷

Sobre esto cabe mencionar el aporte de Block quien hace una revisión ejemplificante sobre los estudios de marihuana y su aparente causalidad con otros fenómenos como la esquizofrenia y algunos trastornos cognitivos.

En el artículo “Violencia y adicciones: problemas de salud pública” realizado por Cueva en 2012, se puede notar esa confluencia de enfoques, variables, que buscan conciliar la perspectiva de reducción de riesgos y daños con un enfoque bio-psico-social pero patológico del problema, llevándolo a un vínculo estrecho con otros fenómenos como violencia y pobreza. Se caracteriza a la persona que mantiene relación con sustancias como “el adicto”, individualizando el problema, dotando al sujeto de un único atributo que lo hace notorio, y es la supuesta dependencia a una cierta sustancia. Aquí se deja entrever una ideación semejante a la del modelo prohibicionista jurídico-sanitarista que especifica poco la diferenciación de consumos y cae en la relación lineal de adicto-delincuente, con una propuesta que se autopercebe desde un modelo de reducción de riesgos y daños en su versión más epidemiologista.

⁶ Cuando se habla de epidemiología como rama que proviene de la ciencia biológica, se toma la definición y encuadre que realiza la OPS (2010) entendida como área de la investigación de salud pública que estudia las variaciones en la salud y la morbilidad de grupos de población y las causas de esas variaciones según los factores ambientales, el agente patológico y las características del huésped. De esta especialidad se desprende la perspectiva epidemiológica de las drogas, que se centra en estudiar la incidencia del uso y las tendencias de prevalencia.

⁷ El problema inicial del modelo biomédico ha sido intentar encapsular el comportamiento adictivo dentro de los límites del cerebro, buscando la enfermedad en los recovecos de sus tejidos. (Apud y Romani 2016; 122)

El modelo epidemiológico, que sostiene que la adicción a una determinada sustancia es una enfermedad o patología, se basa en una explicación parcial, utilizando aquel modelo de intervención que se pensó para enfermedades infecciosas epidémicas, con manifestaciones de características contagiosas.(Bayce 2012:) Este paradigma puede sugerir la abstinencia total como meta alcanzable y necesaria para varias de sus expresiones modélicas, por lo tanto su objetivo principal es combatir el uso de la sustancia, una postura sumamente alineada en intereses y valores al prohibicionismo, que propone el combate frontal a la oferta y demanda de las llamadas drogas ilegales. Los discursos en torno a drogas tienen la particularidad de que si bien se apoyan fundamentalmente en mitos, en ficciones, en representaciones comunes, las mismas adquieren un estatuto de verdad a través del sistema de poder que las legitima. (Inchaurraga; 2001)

2.2 El paradigma de aprendizaje social cognitivista y el paradigma sociocultural

Este paradigma reafirma que el individuo aprende en tres dimensiones centrales de reciprocidad trídica, conducta- ambiente y factores personales. Existe una incidencia cruzada entre estos tres factores lo que culmina determinando el accionar del sujeto. Según los postulados de Bandura el sujeto aprende de forma directa por propia experiencia, por observación de los otros o por auto motivación y recompensas autogeneradas. (Bandura en Rivière, 1992)

La novedad de esta teoría es que pone el foco en el entorno, en cuanto a su determinación en el aprendizaje, retención y reproducción de ciertas pautas conductuales que luego los sujetos llevan adelante. Esta perspectiva teórica innovó dentro de la corriente cognitivo conductual, la cual es fácilmente traspolable a temas como el uso de drogas. El enfoque del aprendizaje social tiene un fuerte componente del campo de la psicología, resultó un aporte que redimensionó los conceptos de la teoría clásica conductista, al incorporar el elemento social como determinante a la hora de analizar los fenómenos. El mismo es utilizado por varios especialistas de la psicología para explicar diferentes comportamientos y conductas humanas sobre todo en cuanto a su relación con los otros.

Se han realizado estudios por el propio Bandura, para explicar el aprendizaje de conductas agresivas en los niños por imitación, también en el campo de estudios criminológicos, o en el estudio de la educación formal, donde se visualiza la relevancia de las conductas imitativas por aprendizaje social, la incorporación de pautas valores, que

luego configuran el sentido común del individuo y gran parte del desarrollo de su psiquismo. Cabe problematizar que también esta mirada puesta exclusivamente en el aprendizaje social como forma determinante para incorporar ciertas conductas desconoce otros factores, y puede caer en un reduccionismo explicativo si se la utiliza como único elemento de ideación del problema, legitimando una visión de que todo sujeto expuesto a círculos donde exista consumo problemático implicaría como consecuencia un consumo problemático *per se* en un futuro para dicho sujeto.

En esta búsqueda de perspectivas interpelantes a la ideación clásica y hegemónica del modelo epidemiológico y biomédico, se puede retomar la construcción del paradigma sociocultural. Según Comas desde un enfoque sociológico “el estudio de la relación entre las adicciones y los procesos de anomia y desviación, el estudio de la “subcultura” de la droga y sus “nichos” de desorganización social, las teorías del “etiquetado social” y estigmatización del adicto, entre otros (Comas, 1993 en Apud y Romani 2016; 120). Esta perspectiva busca dar una ideación anclada en develar “trayectorias de adicción” entendidas como “experiencias y narrativas de afiliación donde se ponen en juego trayectorias de personas, sustancias, creencias, categorías, técnicas e instituciones, que demuestran la gran variabilidad de situaciones que existen detrás de la etiqueta de “adicción” ” (E. Raikhel & Garriot, 2013 en Apud y Romani 2016). Los antecedentes de este paradigma se remontan desde la escuela de Chicago y su estudio etnográfico del uso de opiáceos, pasando por Becker las nociones de consumo- etiquetamiento, hasta los aportes españoles desde el estudio etnográfico de grupalidades urbanas de la década de los ochenta. Es la investigación cualitativa la que ha permitido consolidar un paradigma que busca trascender una visión lineal de laboratorio, para pasar a entender desde los propios actores y su contexto, contribuyendo tanto en generar conocimiento académico como dando herramientas para repensar las líneas de asistencia e intervención en drogas. (Apud y Romani 2016)

2.3 El modelo de reducción de riesgos y daños. Comprendiendo su heterogeneidad de paradigmas

El postulado principal es disminuir las consecuencias negativas del uso de drogas.

“Este abordaje puede contrastarse con el abstencionismo, la política dominante en Norteamérica, que enfatiza la disminución del uso de drogas. La reducción de daños intenta reducir los problemas asociados con el uso de drogas y reconoce que la abstinencia puede ser un objetivo ni realista ni deseable para algunos especialmente a corto plazo.” (Inchaurreaga 2001 pág. 16)

Una de las cuestiones fundamentales para entenderlo, recae en la premisa de "Si una persona no quiere abandonar su uso de drogas, debemos ayudarla a reducir los daños hacia sí misma y hacia otros" (Inchaurreaga 2001, 20). Esto conlleva una postura vinculada al respeto y reconocimiento de los derechos fundamentales, a que las personas son libres de consumir cualquier tipo de sustancia sin necesidad de ser reprimido en el ámbito sanitario y jurídico (autonomía personal), a pesar del daño que esto le genere al sujeto. Aun así se apunta a generar un cambio en aquellas cuestiones asociadas al consumo problemático, que puedan generar un mayor riesgo físico, de daño hacia la persona y su entorno inmediato. La autora a su vez plantea que disminuir las consecuencias negativas es considerado como opuesto a focalizar en la abstención del uso de drogas en sí mismo y que se debe trabajar la disminución de los usos o de las formas dependiendo la situación. (Inchaurreaga 2001)

Otro aspecto a resaltar es que se presupone que el uso de drogas es inevitable, lo cual se basa en que el consumo no solo trae aparejado objetivamente y subjetivamente aspectos negativos sino también positivos, cosa que resulta indispensable para entender sus causas⁸ Los riesgos que se buscan evitar en general hacen referencia a la probabilidad de que al consumir dichas sustancias, produzcan menos consecuencias negativas en determinados aspectos de la vida del sujeto. (Inchaurreaga; 2001:18) Como fuera mencionado, se intenta no juzgar el consumo desde la moralidad para condenar determinadas conductas⁹, preponderando la dignidad del usuario. El paradigma Reducción de Riesgos y Daños (RRD) también tuvo en sus inicios expresiones modélicas mezcladas por ejemplo con vestigios de la epidemiología biomédico higienista, que si bien resulta

⁸ Esta perspectiva se encuentra fuertemente vinculada al paradigma sociocultural “Las metodologías cualitativas han tenido la capacidad de un mayor acercamiento a poblaciones “ocultas” o de difícil accesibilidad, a través de técnicas que permiten comprender la perspectiva de los actores.” (Apud y Romani, 2016: 121)

⁹ Los intersticios de moralidades y juicios de valor interpelan y transversalizan los enfoques de intervención. “ Para intentar modificar estas trayectorias no parece razonable pensar exigencias y moralizar actitudes. Antes bien, resulta necesario asumir plenamente que quienes no pueden o no quieren dejar de usar drogas tienen derecho a ser amparados, a ser cuidados integralmente en su salud, lo cual implica cortar con un ciclo moralizante que contribuye a la reproducción de la exclusión y por tanto, con el mantenimiento intocado de las condiciones que hacen que la salida del uso problemático de drogas sea muy improbable.” (Fernández y Rossal, 2016: 61-62)

pertinente dadas algunas características del problema, su respuesta única resulta insuficiente, ya que reconoce solo una parte de la problemática, no interpelando las bases éticoepistemológicas de la política hegemónica.

Independientemente de sus distintas formas de conjugación las RRD han dado respuestas a la problemática de drogas desde otro nivel de proximidad y comprensión del problema desde los propios usuarios, y son ellos quienes dan relevancia a la propia intervención en contexto, dando respuestas que se ajustan a la dinámica cotidiana y no artificialmente distanciada de ella. Como plantean Fernández y Rossal “(...) queda claro que ciertos aspectos del modelo de reducción de daños son reclamados cotidianamente por los usuarios de drogas más vulnerables: un plato de comida, un espacio para conversar, para bañarse, para encontrar caminos de salida (...)” (2016; 62)

2.4 Mezclas y tensiones latentes

Resumiendo tensiones en los espectros de ideación e intervención, se podría decir que estos son los principales modelos presentados en estado teórico como tipos ideales, estableciéndose polos fuertemente contrapuestos en sus expresiones más puras, sobre cómo concebir y abordar la misma problemática.

La primera disyuntiva de ideación es si entender el consumo como enfermedad o como aprendizaje social adquirido, mientras que en el plano práctico entran en tensión el promover un abstinencialismo total a ultranzas o ciertas conductas de reducción de riesgos y daños de forma prioritaria.

Luego en términos de intervención se da un espectro de configuraciones, que pueden ir desde focos más medicalizantes en cuanto a la centralidad del tratamiento médico farmacológico como línea principal de intervención y las otras estrategias de acción técnica como adjuntas, aunque no entendidas de misma relevancia e incluso no vistas como necesarias; o viceversa una intervención con fuerte anclaje psicosocioeducativo que utilice el fármaco como herramienta secundaria o que incluso pueda dejarlo de lado totalmente.

A priori se visualiza un espectro de posibles modelos de intervención que van desde mayormente verticalizantes estructurados a modelos de empoderamiento, autonomía y horizontalidad terapéutica en la relación usuario-equipo. Es dentro de estos distintos

tipos ideales contruidos, que se intenta problematizar y caracterizar los modelos de los dos centros estudiados en la presente investigación, comparando cuanto se acercan o alejan de los mismos las constataciones empíricas relevadas en campo.

Capítulo 3. Aspectos metodológicos.

En este apartado se retoman las principales decisiones y líneas metodológicas trazadas durante el proceso de formulación y ejecución del trabajo de investigación.

En cuanto a generalidades del diseño cabe destacar que esta investigación de corte cualitativa transversal plantea un modelo de muestreo de tipo teórico intencional deliberado de casos. Se seleccionaron dos centros que tuvieran las distintas expresiones asistenciales que actualmente exige el MS y la JND, pero que a su vez se encontraran en lugares totalmente diferentes dentro de la malla asistencial para usuarios de drogas de Montevideo. (JND 2015) Esto tiene como finalidad enriquecer la comparación, buscando a priori lógicas de funcionamiento diferentes. Por un lado se eligió un centro público de referencia donde se espera que medie fundamentalmente una asistencia pública abierta, como aquello de todos y para todos, mientras por otro lado un centro privado donde medie el mercado, la lógica asistencial cerrada y exclusiva de venta de servicios. A su vez dentro de cada centro se limitó la población a los equipos ambulatorios, partiendo del supuesto de que estas unidades asistenciales mantienen un vínculo estrecho con las otras unidades que componen el centro, lo que permite emerger ciertos discursos con cierta apertura y conocimiento abarcativo de las instituciones en su integralidad.

En cada centro se solicitó a sus correspondientes direcciones, que facilitaran a su propia consideración un representante de cada disciplina que componga el dispositivo ambulatorio, para aplicar una entrevista en profundidad con cada uno de ellos. Además se pactaron instancias de observación y se solicitaron documentos formales que regulen el funcionamiento del dispositivo, material que también fue sujeto a análisis. Esto permitió que los referentes profesionales propuestos por las propias unidades diligenciales fueran aquellos que reflejen fielmente el instituido buscado por cada dispositivo asistencial.

La unidad de análisis es cada discurso emergente en cada una de las diferentes técnicas de relevamiento de datos implementadas, sumado al producto directo de las consecuentes interacciones entre el investigador y el objeto de estudio.

3.1 Problema y preguntas de investigación:

Las preguntas se desprenden directamente del marco teórico y los antecedentes expuestos en los puntos anteriores del documento.

Puede apreciarse en el marco y antecedentes, que existen modelos distintos, algunos incluso contrapuestos, sobre cómo concebir el tema drogas, entonces resulta indispensable conocer cómo se manifiestan estos en el discurso, la argumentación en torno al enfoque que se pretende desarrollar, las tensiones que genera a la interna de los equipos, si existe más de un modelo de intervención y qué criterios se manejan a partir de la cultura normativa introyectada o no en la misma dinámica profesional. Cabe preguntarse ¿Cómo se posiciona el cuerpo técnico de los diferentes dispositivos de intervención con respecto a las categorías interpretativas que generan la construcción de sentido en el tema drogas como problema de salud pública? entonces ¿desde qué modelo o modelos se comprende e interviene en los distintos equipos y cómo se manifiestan en el discurso de los técnicos?

Por otro lado, resulta crucial entender la distancia entre el modelo y las diferentes representaciones explicitadas en los discursos de los profesionales que intervienen. Los mismos son parte de la sociedad y reproducen ciertas prácticas a veces de forma inconsciente, ya sea debido a la dinámica del propio servicio, o por atribuciones de sentido vinculadas a la subjetividad o coloración¹⁰ de cada técnico. Entonces es necesario indagar en la interacción permanente, entre la concepción técnica profesional del problema con el cúmulo de representaciones pertenecientes al mundo de la pseudoconcreción y los objetos fijados del imaginario social. La pregunta es: ¿Cómo se da la interacción entre el posicionamiento explícito desde un determinado modelo teórico de comprender e intervenir y las diferentes representaciones comunes con sus distintas expresiones del imaginario social sobre el tema drogas?

¹⁰ Coloración como producto del proceso de individuación desde Jean Paul Sartre 1963. Este concepto se retoma con la finalidad de entender las diferencias entre los individuos y sus procesos, recorrido en proyecto del cual los técnicos no se encuentran exentos.

Una última interrogante que surge, es sobre la forma de interacción que se da a la interna de los equipos, sobre todo haciendo hincapié en el modelo y su correspondencia de la auto percepción sobre el rol y lo que se espera del resto de los roles del equipo. Esto aporta a entender qué papel juega cada profesión en torno al problema. Además esto contribuye a visibilizar qué tensiones se generan en la intervención y en las relaciones de poder. Permite vislumbrar a su vez la complejidad que implica el conocer e intervenir en situaciones vinculadas a las distintas sustancias, ya que estas son transversalizadas como se explicita en puntos anteriores, por una serie de dimensiones de extrema complejidad. Resulta fundamental indagar en las construcciones de sentido grupales e individuales al respecto, haciendo una autocrítica del abordaje, sea unilateral, inter, multi o transdisciplinario, con las peculiaridades que cada forma conlleva. Las preguntas son ¿Cómo se da la interacción discursiva entre los diferentes roles del equipo de intervención en el plano de la autoconcepción y lo esperado? ¿Se da un enfoque interdisciplinario¹¹ de construcción integral, o por el contrario se realizan abordajes aislados que aportan cada uno desde su especialidad sin necesariamente apostar a una construcción colectiva y común del tema?

3.2 Objetivos Generales y Específicos

Objetivo General: Comprender las formas actuales de concepción y abordaje del problema de drogas en dos dispositivos sanitarios especializados, dentro de Montevideo Uruguay.

Objetivos Específicos:

- 1) Analizar en las representaciones comunes, conceptos técnicos y formas de intervención presentes dentro de los dos dispositivos ambulatorios que atienden a usuarios de drogas.
- 2) Analizar los dispositivos de intervención materializados en los modelos asistenciales de salud, comparando su construcción y ejecución.
- 3) Indagar la interacción grupal y las dinámicas de interrelación entre disciplinas, en el marco de dispositivos ambulatorios de atención a usuarios de drogas.

¹¹ Cuando se habla de Interdisciplina se hace referencia sobre el concepto de Stolkiner 1999, hace referencia a la complementariedad e incompletitud de las disciplinas, que confluyen entre sí en un mismo lenguaje común y entendimiento mutuo, indispensable para comprender y hacer en la praxis profesional.

3.3 Algunos supuestos:

- 1) Existen representaciones y expresiones discursivas en común entre los diferentes profesionales entrevistados de ambos dispositivos.
- 2) Coexisten modelos de intervención opuestos formando un sincretismo conceptual y de técnicas o estrategias implementadas dentro de los mismos equipos.
- 3) No se identifica un abordaje interdisciplinario a la interna de los equipos que permita una construcción crítica colectiva sobre el tema Drogas, dándose así un sincretismo práctico y conceptual.

3.4 Técnicas de relevamiento de datos:

- 1) Entrevistas¹² en profundidad semi estructuradas a cada profesional interviniente de cada equipo. (Pauta en Anexo 3)

Esta técnica permite relevar elementos instituidos en los equipos de intervención, se entrevista a los profesionales que intervienen en los casos relacionados a consumo problemático de sustancias. A su vez permite recoger el contenido y los códigos discursivos que emplea cada técnico, que luego será analizado y contrastado en etapas posteriores. Se buscó relevar la autoconcepción del rol que juega en el equipo, la función que se espera de él, la perspectiva sobre el resto de los técnicos, el posicionamiento en torno a los modelos de concepción e intervención, entre otras cuestiones que refieren a los objetivos trazados.

- 2) Observación participante¹³, de los centros y las diferentes instancias de coordinación, construcción del problema a la interna de los equipos de intervención.

¹² Cuando se habla de entrevista en profundidad se plantea en términos de Taylor y Bogdan, cuando dicen que la técnica de reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no solo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas." (1992: 100)

¹³ Cuando se habla de observación participante se hace referencia a una técnica donde "los observadores participantes entran en el campo con la esperanza de establecer relaciones abiertas con los informantes. Se comportan de un modo tal que llegan a ser una parte no

Esta técnica de tipo etnográfica permite visualizar el funcionamiento institucional, los movimientos cotidianos dentro de cada centro, constatar elementos que permiten caracterizar el instituido de cada dispositivo.

- 3) Análisis de fuentes documentales¹⁴, protocolos de atención de cada equipo y otros elementos normativos que reglamentan el funcionamiento de los mismos

Esta técnica es utilizada como elemento de contraste y control, ya que los documentos seleccionados son aquellos que reflejan lo esperado por la política y la institución en la que se encuentran insertos, pudiendo establecerse en qué cuestiones los equipos se alinean a la política trazada y en qué cuestiones no, si es que así sucede. Se analizan documentos normativos que regulan la atención y el tratamiento de drogas en términos generales como lo es la última reforma del Marco Regulatorio para los Establecimientos Especializados en la Atención y el Tratamiento de Usuarios Problemáticos de Drogas promulgada en 2013, reglamentos internos de los centros sanitarios que los profesionales mencionen durante la interacción como posible fuente de validación de su argumento, o incluso otros documentos que rijan el funcionamiento interno del dispositivo y que no sean necesariamente mencionados.

3.5 Trabajo de campo

Se realizan diez entrevistas en total. En la institución privada se entrevista a cinco técnicos: director y dueño del centro (psicólogo), encargado de dirección técnica (psiquiatra), coordinadora (psicóloga), trabajadora social y operador terapéutico (psicólogo). En el centro público se entrevistó a cinco técnicos: subdirectora (psicóloga), psicóloga, trabajadora social, psiquiatra y médico toxicólogo.

Se analizaron cuatro documentos institucionales que protocolizan la construcción/ ejecución de un cierto modelo instituido en dos distintos dispositivos sanitarios.

Paralelamente se hicieron observaciones participantes en ocho oportunidades en total, durante distintas horas del día en ambos dispositivos. Esto arroja desde elementos

intrusiva de la escena, personas cuya posición los participantes dan por sobreentendida. Idealmente, los informantes olvidan que el observador se propone investigar. Muchas de las técnicas empleadas, en la observación participante corresponden a reglas cotidianas sobre la interacción social no ofensiva..." (1984: 50)

¹⁴ Se aplica la misma lógica analítica adoptada para el análisis de discurso, se revisarán los contenidos códigos y símbolos emergentes del instituido materializado, los documentos de los centros resultan reservorios de cultura normativa, valores, acuerdos, elementos técnicos y representaciones compartidas por la grupalidad.

empíricos objetivables, hasta otro tipo de interacciones de relevancia registradas en la bitácora de campo, la cual también es incorporada al análisis posteriormente por su valor en el registro de las dinámicas relacionales de los lugares, entre los actores y también de todo esto con el investigador.

3.6- Enmarcando los centros de atención seleccionados

A: Anclaje de los centros en la red

Es necesario visualizar dónde se encuentran ubicados los centros dentro de la red de atención sanitaria en drogas de Montevideo, para entender las diferencias en cuanto al lugar que ocupan en ella, y cómo esto permite aproximarse a ciertas cuestiones vinculadas a la organización, cultura normativa y accionar de las mismas. Dicha aproximación permitirá luego comprender el material relevado en el trabajo de campo, haciendo foco en el análisis de los discursos y elementos propios de ambas instituciones.

En el último anuario del Instituto Nacional de Estadística en 2016, en la medición de distribución de la población del Sistema Nacional Integrado de Salud, en una discriminación por área geográfica según sistema de atención de salud, presenta: que el 63,9% de la población de Montevideo se encuentra afiliada a instituciones de asistencia médica colectiva por Fondo Nacional de Salud y un 6,4% Instituciones de asistencia médica colectiva pago privado, 3,4% Seguro privado a través de FONASA., 1,1 Seguro privado privado. Mientras que salud pública presenta una afiliación de 7,2 % Ministerio de Salud Pública por FONASA ASSE, 11,7% Ministerio de Salud Pública por bajos recursos ASSE, 4,3 Sanidad Policial y Militar. Cabe destacar que un 1,5 de la población permanece sin cobertura. (INE 2016:83) Las cifras de afiliación dan una idea de cómo se distribuye la población dentro de la red general, cual es el flujo de personas dentro de los diferentes prestadores de servicios. (Véase Anexo Conf. Del SNIS y P.P de Drogas)

“El centro público de atención figura como un nodo en la red de asistencia pública en drogas, “(..) depende de la Dirección de Salud Mental que está en Asse digamos la Dirección de Salud Mental tiene 5 unidades ejecutoras a su cargo.. una de las unidades ejecutoras es (...)” . (Sub Dir Pub)

El centro privado de tratamiento seleccionado tiene doble vínculo con la red, por un lado el que sostiene con las instituciones colectivas de asistencia o sea el Mutualismo, que como dirá su director “salvo algunas excepciones que tenemos convenio para ambulatorio

en general la mutualista a lo que deriva es a la internación y a partir de allí bueno se va trabajando las diferentes etapas del tratamiento”. Aquí se observa principalmente la prestación tercerizada de un servicio, que es el dispositivo de internación en comunidad terapéutica y alguna excepcionalidad de convenio con el servicio ambulatorio. Por otro lado el vínculo con usuarios pagantes privados, que compran en la clínica un servicio en los diferentes dispositivos que ofrece el centro.

Se podría decir que existen diferencias determinantes en su acceso y capacidad asistencial, que se explica también por varios factores como la demanda en función de distribución de la población según su afiliación, la capacidad microeconómica de los usuarios (Véase Anexos Tipos ideales de usuarios)¹⁵, convenios de mutualismo con centros privados para tercerizar ciertos servicios asistenciales, en el marco de las disposiciones del Ministerio de Salud.

B) Organigrama y estructura de los centros estudiados

El centro público posee dispositivo ambulatorio, residencial y centro diurno, compuesto por cinco unidades según el proyecto inicial (Proyecto fundacional; 2005): Unidad de Admisión, Unidad de Asistencia Ambulatoria, Unidad de Internación, abordaje en red y servicio de orientación telefónica.

El centro privado tiene dispositivo ambulatorio, comunidad terapéutica en internación, casas de medio camino y centro diurno. A esto se le complementan algunos servicios especiales como el de acompañamiento terapéutico y psicoterapia individual.

En cuanto a la estructura del organigrama el centro público tiene tres niveles jerárquicos, el de dirección, seguido de los coordinadores de los dispositivos, que en el caso del ambulatorio dicho rol lo cumple la subdirectora, y luego los operativos técnicos de las diferentes especialidades técnicas.

El centro privado posee también tres niveles jerárquicos, el de dirección y dirección técnica, el nivel de coordinadores, luego los operadores y talleristas. En cuanto a estructura son similares entre sí y representan las figuras jerárquicas que mayormente se ven en las

¹⁵ En este apartado del Anexo se construyen dos tipos ideales de usuario por centro a partir de los discursos técnicos. Esto fue pensado como herramienta para lograr una mayor comparabilidad de cuánto se alejan o aproximan entre sí.

diferentes organizaciones, directivos, mandos medios y operativos. Cambia cuantitativamente el personal por dispositivo, ya que en el centro público se requieren más recursos humanos debido a la cantidad de población atendida¹⁶.

Existen algunas cuestiones de las funciones y etiquetas cotidianas que se diferencian entre los equipos, por ejemplo en el caso del centro privado su director también es “dueño”, hay una lógica en la dimensión económica de la institución donde impera una racionalidad de mercado, empresarial.

“bueno dentro de lo que es el cargo tiene que ver en en varias funciones no? porque además de ser el Director soy el dueño (...) por otro lado todo lo que tiene que ver con el tema digamos más que tiene que ver con gerenciar la la la la empresa no?” (Dir Priv)

En el centro público impera la idea de gestión y administración pública de recursos, teniendo como característica propia del espacio público como aquello abierto, accesible, que es de todos.

“todas las tareas que tienen que ver con la gestión la gestión de los recursos el pienso de la planificación de los recursos económico financieros este la administración recursos humanos este el trabajo interinstitucional” (Sub Dir Pub)

Capítulo 4. Análisis de lo concreto a lo abstracto y viceversa.

En este capítulo se presentan las principales líneas de análisis, como resultado de un proceso de abstracción conceptual y contrastación empírica, utilizando como insumo esencial el material relevado a lo largo del trabajo de campo. Se articulan discursos emergentes, normativas, documentos ya referenciados en el marco teórico, bajo el lente de una perspectiva crítica de análisis discursivo, retomando conceptos y categorías teóricas que estructuran el análisis dentro de la lógica de dimensiones y objetivos ya estipulados en el diseño de la investigación.

La estrategia de análisis¹⁷ seleccionada es el análisis de discursos. Se desempeñó en tres etapas: descubrimiento, codificación y comparativa, en ellas se buscaron elementos en

¹⁶ En los discursos relevados se pueden observar diferencias en la unidad de medida utilizadas para estimar el flujo de personas para cada centro. En el centro público se habla de unos 500 comités de recepción anuales y tenemos unas 10 mil consultas anuales dentro del ambulatorio. Mientras que en el centro privado se habla de 100 personas anuales y alrededor de 20 personas en el momento bajo tratamiento ambulatorio.

clave de tópicos relacionados a las dimensiones ya mencionadas en el diseño. (Véase Anexo 3)

4.1 Analizando discursos sobre concepción y construcción del problema de drogas en salud.

A) Representaciones sobre sentido, cambios y continuidades en el vínculo con las drogas.

En este punto se presentan dentro de la dimensión analítica de ideación y comprensión, cómo los técnicos entienden el vínculo ser humano- sustancia en un estímulo de entrevista que arroja algunos elementos discursivos que permiten comprender y analizar sus representaciones del “ayer y ahora”.

No se visualiza una postura totalmente homogénea en los discursos técnicos sobre cómo el ser humano se vincula con las sustancias, aparecen relatos que se mueven en un espectro de diferentes énfasis discursivos. Algunos se muestran poco exhaustivos a la hora de caracterizar el vínculo con las drogas, sin embargo otros contextualizan comprendiendo factores históricos, coyunturales, y/o estructurales. Algunos de estos dan por esperable el vínculo del humano y las drogas como parte de su propia historia.

Hay una relativa distinción general en los discursos técnicos de ambos centros, donde las ideaciones del consumo van: desde una escasa distinción donde no se profundiza específicamente o no se distinguen diferencias explícitas entorno a una visión con mayor profundidad en cuanto a caracterizar y categorizar las diferentes formas de consumo, distinguiendo como patológicos o problemáticos solo aquellos comportamientos que puedan ser calificados como “adicciones”.

El término adicción es comúnmente utilizado en ambos centros aunque mayormente en el ámbito privado con mayor homogeneidad. Este concepto puede ser definido desde diferentes corrientes, tal vez una de las más relevantes para entenderlo es el aporte psicoanalítico, el cual plantea que se habla de adicción “cuando uno es poseído totalmente por “lo deseado” y es incapaz de racionalizarlo, de expresarlo.” (Romani: 2010; 87)

¹⁷ La estrategia de análisis se basó en la estructura de etapas planteada por Taylor y Bogdan 1992 en su libro Introducción a los métodos cualitativos en investigación.

“Bueno primero decimos que es adicta o no es adicta cuando no puede parar de consumir, no importa si es de un día para otro o si todos los domingos tanta sustancia, no importa la frecuencia sino de cualquier manera no está pudiendo parar, el eje de su vida pasa a ser la sustancia y no otras cuestiones, como proyectos estudios trabajo lo que sea, entonces este inclusive pueden pasar a las nuevas adicciones si la persona no está pudiendo parar es una adicción” (TS Pri)

En el dispositivo privado se maneja mayormente la idea de adicción, porque el foco de la intervención se encuentra fuertemente ubicado en la conducta individual y patologizada del sujeto. Aquello que luego se intentará redisciplinar desde la institución, mediante las herramientas que proponen los diferentes dispositivos terapéuticos que la componen. La idea de adicción como enfermedad, donde es determinada por múltiples factores causales, es algo que se repite en los discursos relevados dentro del dispositivo privado, pero no solo en este.

“y bueno acá mucho le cuesta definirlo ehh..., porque es muy sutil no? a veces emm-.... problemático porque interfiere en la cotidianidad... porque interfiere en poder ser libre, en mi manejo de las emociones de expresarme de sentir, problemático porque después además me trae un montón de consecuencias, ya no solo para mí sino para mi familia, mi entorno, empiezo a quedar afuera, empiezo a quedar discordante con el con..., eso no está tan mal lo que pasa es que es un camino errado de repente el de quedar un poco afuera a veces de algunos lugares, lo que pasa es que creo que ahí falta un poco de manejo... más emocional como para de repente elegir otro camino para salirse de, este mmm.....algunos ehh o a nosotros mismos técnicos nos cuesta el margen, porque la teoría dice esto problemático cuando empieza a interferir en ciertas cosas, pero.. También yo siempre me dejo abierta la pregunta bueno emm... o sería ehh la falta de la sustancia lo que define cuando es problemático ¿no?, no tanto qué pasa cuando la tengo sino de cuando no la tengo... cuando ahí empiezo a tener que hacer cosas o hacer cosas para obtenerla bueno ahí está complicado el asunto en realidad”
(Ts Pub)

En el ámbito público se da una variación entre consumo problemático, adicción-drogadicción- manejado cuasi indistintamente en el diálogo sin aclaración de sus límites, de cuándo es que cosa, y se autoreconoce una cuestión difícil de definir. Esto es algo que refleja la multiplicidad de criterios que coexisten y la importancia de la singularidad de la situación para llegar al diagnóstico y posterior categorización. Estos elementos son resaltados y problematizados críticamente porque se entiende que las formas de nombrar constituyen práctica, la etiqueta discursiva da una imagen de la cosa, lo que le da una otredad y la edifica en la realidad misma.

Por otro lado a la hora de definir el problema en el dispositivo público, parece no haber una consonancia homogénea en cuanto a los criterios compartidos, se realizan acentuaciones en diferentes puntas de la misma situación, y desde sus propios enfoques disciplinarios, sin desconocer e incluso incorporando elementos discursivos de otros campos profesionales. A su vez se dan visiones variadas, se alternan modelos de concepción e intervención, por lo que resulta difícil definir un criterio totalmente en común delimitado, inamovible. Más allá de lo que cada técnico entiende en su óptica particular, parecen coexistir distintos énfasis en las diferentes aristas que presenta el problema. Se visualizan elementos de concepción donde convergen posturas que ponen foco en variedad

de aspectos, aunque con mucho potencial adaptativo en la forma de ejecutar líneas de acción común, desde el mismo modelo propuesto para con las situaciones en singular. Ante las imprecisiones de ideación común, parece priorizarse lo práctico, ejecutivo e inmediato a ser atendido.

A pesar de esto, no se visualiza una diferenciación clara en base a criterios comunes, sobre cuando se está ante un consumo problemático, una adicción o un trastorno patológico por dependencia a cierta sustancia. Lo que sí se visualiza cuanto menos es una problematización y heterogeneidad de criterios, por lo que existe un cierto cuestionamiento a la definición biomédica clásica de toxicómano como característica principal de la adicción. Esto no ocurre tanto en los discursos del centro privado donde toda adicción es sinónimo de enfermedad en todos los relatos casi estandarizadamente.

Aquí se visualiza dentro del dispositivo público, como el énfasis discursivo se pone en el contexto social de los individuos, y como éste resulta un determinante para explicar cómo el ser humano actualmente se ve atravesado por múltiples procesos estructurales, que determinan diferentes aspectos de su vida cotidiana, incluso su vínculo con las sustancias. Las formas de consumo pueden cambiar en su expresión, mutan con el propio individuo en contexto, pero que en esencia parecería guardar una relación común. De aquí se desprende tal vez un intento reflexivo de explicar un motivo compartido, este parecería ser la pulsión del deseo, que da móvil a la acción de vincularse con una sustancia, como otra relación en el proceso de desarrollo del ser humano como tal.

“Cambian los consumos, cambian las formas de consumo, cambian las adicciones en el sentido de... ¿no? como que todo ha ido mutando sería... ¿no? entonces lo que hoy vemos es distinto y es en el fondo lo mismo ¿no? que tienes internet, tenes globalización, tenes el uso de celulares tenes.... acceso a otras cosas” (Psic Pub)

Otro elemento a destacar, es la relación entre el consumo de drogas habitual como una forma de visualizar problemas que afectan al sujeto y la función compensatoria de la sustancia, que permite mitigar un cierto sufrimiento o displacer. Tal vez esto tiene que ver con la visión de deseo de Lacan, quien decía que éste, contiene la falta, aquello que necesita ser llenado y que da génesis al impulso, a la sensación, al placer, ocultando su contracara de vacío. Esto se alinea directamente con la visión de que a mayor búsqueda compulsiva de placer como finalidad constante, mayor sería ese vacío, eso que se intenta llenar de forma infinitamente imposible, la sustancia operando como satisfactor placebo y a la vez como cara visible que enmascara carencias. (Lacan; 1963) Esto parece plantear la

tensión paradójica entre la búsqueda libre de placer dionisiaca y la “esclavitud” del propio hábito repetitivo de “adicción”.

Si bien estos efectos¹⁸ son relatados en términos generales, puestos en contexto puede entenderse de otra forma, sobre todo desde las propias voces de los usuarios. Un ejemplo puede ser sobre los beneficios atribuidos por los propios usuarios de pasta base en el vínculo particular de consumo de dicha sustancia, que va más allá de la mera búsqueda del placer momentáneo. La utilidad del adormecimiento o falta de sensibilidad al calor, frío, dolor, hambre, son cuestiones que puestas en un contexto hostil de calle, pueden resultar como un medio para transitar el proceso, para sobrellevar “la gira¹⁹”, pero también porque ante la imposibilidad de proyectarse a mediano y largo plazo la única seguridad en su cotidianeidad parecería el vínculo en repetición constante del consumo (Moraes et al. 2015).

“Bueno yo que sé... ahí a veces se confunde un poco la expectativa también que son comunes a muchos de los pacientes, que dicen bueno este es el que me da la pastilla y ya está (...) Desde los pacientes y algunos de los colegas también... si va todo bien va todo bien y si va mas o menos - che a ver que le podes dar o dale una pastilla o yo qué sé... como está muy centrado muchas veces en la medicación que bueno creo que eso es una información general... en o la que trato de ... trato de desmitificar toda esa historia, porque la verdad que no me gusta ese papel de ser un poco casi un dealer acá jaja...” (Psiqui Pub)

Tal vez esto aplica para entender en ambos centros no solo el uso de las sustancias que son objeto de intervención por los equipos, sino también aquellos psicofármacos que son utilizados como herramienta en pro de una cierta finalidad de tratamiento, como puede ser reducir los efectos de abstinencia a otra sustancia, o para controlar determinadas conductas no deseadas en miras de un ajuste hacia un deber ser deseado, funcional. El fármaco es un ejemplo claro de cómo se materializa la razón instrumental²⁰, empleando una droga con una finalidad instituida de uso que se construye en ambos lugares. El abuso de la misma, puede resultar un ejemplo también de vaciamiento de ese sentido y resignificación desde el sujeto.²¹

Si se analiza de donde deviene esta imagen generada del psiquiatra como mero proveedor de un fármaco, estableciendo un reduccionismo de la intervención en drogas, se

¹⁸ Va a decir OPS: “su gran capacidad de actuar sobre procesos cerebrales que influyen en la motivación, el pensamiento, el estado de ánimo y, lo que es tal vez más importante, la experimentación del placer” (2010: 16)

¹⁹ Entendida como momentos de consumo continuo por un tiempo ininterrumpido de tiempo ya sea solo o en relación con otros.

²⁰ Cuando se habla de razón instrumental se hace énfasis en el concepto de Adorno, T y Horkheimer M 1994, como elemento constitutivo de la modernidad, la razón puesta puesta exclusivamente en función de la utilidad, el mecanicismo, lo autómatas, en el contexto de un gran vacío de sentido.

²¹ Cabe destacar que el 27,2 % de la población encuestada ha consumido alguna vez tranquilizantes y que dos de cada diez lo hicieron sin prescripción médica. Cuando la hubo 78%, solo en el 37 % de los casos un psiquiatra fue quien hizo la prescripción. A su vez los psicofármacos tranquilizantes son la tercera sustancia más consumida por la población uruguaya. (OUD JND 2016)

podría decir que es el mismo colectivo médico el cual a lo largo de la historia reciente ha afianzado la imagen de que si la adicción o drogodependencia es una enfermedad, toda enfermedad tiene cura o tratamiento, y ambas en su generalidad recaen en la administración de un fármaco, el cual cura o surge como paliativo de determinados síntomas. La no desmitificación del psicofármaco como solución de todos los males, lleva a la reproducción socialmente común de que ahí está la cura a la enfermedad, la pastilla como solución o como alivio, dejando de lado la importancia del trabajo en las otras líneas de acción, o sub focos que causan el problema visible del abuso de sustancias. Esto a su vez se relaciona directamente con la imagen construida de paciente, un término utilizado en ambos centros casi por igual, aunque en el centro privado resulte la etiqueta preponderante, mientras que en el centro público se alterna mayormente entre usuario y paciente. Cuando se habla de usuario se hace referencia a su doble connotación como usuario de drogas y como usuario del propio dispositivo.

El término paciente es una forma de nombrar característica de la clínica, de origen biomédico y luego trasladada a las disciplinas intervinientes en dicho campo. Se entiende por paciente como aquel que espera, el que espera con una connotación de “enfermo” el que padece y de “paciente” que espera a ser asistido, características fundantes de su etiqueta pero que también va a incidir en el papel a jugar dentro del dispositivo.

“digo la gente... yo que sé... capaz que en otra época lo arreglaba conversando con la tía que estaba ahí ponerle, y ahora que no está la tía va al médico, y el médico se paspa porque no tiene mucho tiempo pa verla y le dice toma, tomate esto, yo creo que bueno son sustancias que luego de que las introducís es muy difícil de discontinuarla, o sacarla.” (Psic Púb)

El tratamiento parecería quedar de lado y toma protagonismo una intermediación que no es más que una transacción utilitaria, de interés mercantil, de acceso a una cierta sustancia como sería la figura de “dealer”, el psiquiatra como medio para acceder a esto. Se da una cierta sustitución de papeles, pero la relación vuelve a ser similar a la del sujeto en su medio de consumo aunque traspolada al ámbito institucional. Hay pujas de sentido que parecen latentes en la cotidianidad del servicio, que culminan en una disociación entre la objetividad clínica y la subjetividad del usuario consultante, esto se puede interpretar como una praxis fetichizada o praxis enajenada del mundo del traficar y manipular que plantea Kosik.

Luego dentro del espectro del énfasis discursivo se pueden identificar aquellos que realizan una enumeración tipificada de diferentes formas de consumo.

“(...) yo que sé, los hongos, los cucumelos el floripón, este los patrones de consumo son distintos, este ¿no? Consumos experimentales, relacionales, con un fin recreativo y otros son que pueden ser consumos diarios habituales no para generar un fin buscado a placer, sino para aliviar un displacer” (Tox Pub)

Cabe destacar, que se ponen ejemplos de patrones de consumos experimentales, relacionales y recreativos, con aquellas sustancias que tienen un bajo potencial químico para generar dependencia desde el punto de vista de la farmacocinética y la farmacodinamia. Es interesante como se referencia sobre todo al consumo social, como aquel que se vincula con un ritual grupal, donde la experiencia con la sustancia es compartida por grupos de pares. Sin embargo las otras expresiones pierden en su etimología el componente visible de “lo social”, llevando al consumo habitual activo y abusivo, al menos en el concepto pierde centralidad el componente colectivo, y se individualiza en aquel sujeto con conductas de consumo adictivas o abusivas. Se entiende que esto es claramente una asociación para dar fuerza a una argumentación donde las drogas que no generan químicamente dependencia se vean en imagen desnudas de ese potencial patológico, la cual la ocupa su papel experiencial relacional. A su vez ocurre el proceso inverso con las drogas que pueden llegar a generar mayor dependencia, dado su impacto en el núcleo acumbens del cerebro humano, aquella que desencadena químicamente la repetición de actos placenteros.

“obviamente no todas las personas que consumen son adictos, ta eso este está bueno tenerlo claro ¿no?” (TS Priv)

“Bueno sí existe el consumo social consumo abusivo y consumo adictivo ¿no?”... (OT Priv)

Una vez más la especificación de los tipos de consumo permite un reconocimiento de que no todo consumo debe ser objeto de intervención, y se clasifica de diferentes maneras por finalidad, por vías de uso, por tipo de comportamiento adoptado. La necesidad de establecer tipologías instrumentales de conductas, responde en consonancia a las diferentes formas de clasificar y calificar, que materializan los dispositivos de biopoder, la idea de Biopolítica Foucaultiana ya mencionada, hecha luz a este tipo de acciones disciplinantes. Como en los centros de atención a personas con cierto tipo de vínculo con una sustancia, es necesario clasificar, calificar y nombrar, para poder luego establecer una cierta medición de cuán alejado se está de una cierta idea de conducta normal, para luego desplegar las acciones de disciplinamiento. La rehabilitación engendra en sí misma la idea de una vuelta a la normalidad, de ciertas conductas desviadas, la idea de hacer vivir y dejar morir ya mencionada. (Foucault 2000)

“Hoy en día hay más un abuso que algo más recreativo, yo creo que hay más cantidad hoy en día...” (Coord Priv)

Aquí se coloca el énfasis en una visión magnificada de tendencia al abuso, como comportamiento general en la sociedad, y que se expresa por ejemplo en el abuso de sustancias, no siendo el único exponente de comportamientos tendenciosamente abusivos, donde el consumo se vuelve un medio en sí mismo. Es interesante ver cómo en esta cita se utiliza la generalización, una especie de hiperralidad magnificada, de que el abuso es lo que más se da en la realidad, cuando en términos cuantitativos y cualitativos esto no está probado, sino que existen evidencias que apuntan en dirección contraria. No son más quienes mantienen un vínculo categorizado de abuso en relación a quienes utilizan las sustancias de forma recreativa, o sea sin haber desarrollado un vínculo “patológico”, “compulsivo” o de “dependencia”. Es interesante ver que en las recurrentes mediciones empíricas que realiza el Observatorio de Drogas, parecería no haber variaciones abruptas o muy sustantivas de las distintas sustancias en los últimos años, sobre todo de aquellos vínculos que son tratados en los dispositivos.

Cuestionado esto, cabe destacar la idea de modernidad líquida de Bauman, donde las fuerzas del deseo de consumo tienden en su forma a la repetición, pero no es cualquier forma desecante, sino aquella que se configura en pro de un tipo de consumo inmediato, o sea de búsqueda de placer aquí y ahora. Es a partir de esto que todo resulta efímero, no se sostiene en el tiempo, y el acto de la compra resulta ser un aparente “acto de exorcismo”, donde el sujeto logra sentirse realizado momentáneamente, sin embargo, la instantaneidad del consumo y la búsqueda del placer inmediato de forma permanente, significa “un cierto vacío, significa el agotamiento y desaparición inmediata del interés” (2000; 21). Las drogas no serían ajenas a esta lógica general, sin embargo no todas las personas que consumen son consumistas compulsivos, ni los consumistas son la generalidad, a pesar de que dentro del sistema existan acciones que busquen generar esto último, como mecanismo para obtener mayor riqueza y sostener el funcionamiento del aparato en sí mismo²². En posteriores interpretaciones se retomará la idea de sociedad de consumo como encuadre genérico contemporáneo.

“hay algunos que los usan como para para, para hacer con ellos ehh no sé... su forma de vida y crear, y otros con eso se destruyen.” (TS Pub)

²² Según Romani “Podemos pensar que en nuestras sociedades contemporáneas un cierto nivel de adicción resulta funcional, si tenemos en cuenta el rol central que el consumo tiene en ellas, tanto desde el punto de vista económico, como el de las relaciones sociales, de la construcción de una identidad, etcétera. Adicción que supondría una entrega irreflexiva al automatismo del consumo, para que la maquinaria siga funcionando sin mayores problemas, lo cual constituiría el ideal de las grandes corporaciones que hoy pretenden decidir (parece que con bastante éxito) sobre nuestras vidas y haciendas.” (Romani; 2010: 87-88)

En esta última cita, se da un discurso un poco más individualizante del uso, la motivación del uso como aquello individual, de libertad de elección, “yo utilizo a la sustancia para diferentes finalidades”, no habiendo entonces un destino prefijado y lineal. Se reconoce una cierta autonomía de acción al sujeto, pero también una vez más su contracara de expresión más destructiva. Resulta interesante replantear el debate teórico donde existen argumentos encontrados sobre: por un lado el potencial “esclavizante” de las sustancias, haciendo alusión a una pérdida total de autonomía de decisión en aquellas expresiones de mayor dependencia vs. aquellos aportes teóricos donde se habla de que “el consumo de drogas podría afectar nuestro ejercicio de la autonomía, pero es cuestionable que nos lleve a un modo de esclavitud” (Ortiz, 2009, 55).

Resulta pertinente conceptualizar la idea de autonomía:

“La autonomía es la capacidad que tiene un individuo de dirigir su vida de acuerdo con las creencias, valores, consideraciones y deseos que ha decidido adoptar. Nadie es completamente autónomo debido a que el contexto en el que uno nace y se desarrolla imponen desde el principio ciertas restricciones y valores. No obstante, estos constreñimientos biológicos y sociales afectan en menor grado la autonomía en la medida en que no se presenten de manera coercitiva.” (Puga, 2013: 318)

Si bien las sustancias pueden impactar en estas capacidades mentales necesarias para tomar decisiones, este estadio es transitorio, por ejemplo durante los efectos de una abstinencia elevada que no le permita al sujeto emplear sus capacidades para decidir por sí mismo o expresar su voluntad lucidamente. (Puga 2013: 319)

Tanto la naturalización del consumo general y de la adicción, o los perfiles conductuales que presentan los sujetos que se encuentran bajo tratamiento, parecen ser algunas de las cuestiones que surgen como opiniones ante el estímulo general de cómo visualizan el consumo de sustancias.

El fenómeno de la naturalización del consumo de ciertas sustancias, no parecería ser algo nuevo o exclusivo de los tiempos contemporáneos como en algunos relatos se presenta, paradójicamente en otros momentos históricos, el consumo de sustancias como el clorhidrato de cocaína era también visible y común en la vida cotidiana de las personas. A esto Kosik lo llama mundo de la pseudoconcreción, compuesto por el mundo de fenómenos externos, el cual lo integran fenómenos naturalizados y una praxis fetichizada, donde se utilizan estos fenómenos sin previa reflexión, ya que el ser humano no es consciente ni racional todo el tiempo. Es aquí donde afloran algunas representaciones comunes, donde se desarrolla el saber doxa poseedor de prejuicios, y el mundo de los

objetos fijados, donde identifica las cosas que se muestran dadas, sin aparentes antecedentes, ni devenir o causalidad social. (Kosik; 1967)

B) Atribuyendo causas

En este apartado se expondrán elementos analíticos que refieren a las causas atribuidas discursivamente al vínculo problemático entre el ser humano y las diferentes sustancias.

Una de las más referenciadas en los discursos de casi todos los técnicos entrevistados es la familia y lo determinante de los vínculos primarios.

“y yo creo que tiene que ver un poco con la dinámica de esa familia, con el tema de poder aceptar lo que se está transitando, este... de aceptar, de negar principalmente no? De que la persona tiene una negación emm... una adicción perdón, y por otro lado son familias que tiene como un mecanismo ya instalado y les cuesta mucho salir de ahí, no? de funcionamiento digo” (Psic Priv)

Es interesante problematizar la idea de familia, desmitificándola como un lugar donde necesariamente se da una cierta funcionalidad estándar, un *statu quo* que dista bastante de la realidad de las familias modernas en sus diferentes expresiones.

Dirá Miotto “—Esquecem-se que dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada mais é construída a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo.” (Miotto; 1997: 177)

Las familias en un modelo burgués, o extendido o unipersonal de corte más individualista, no son más que expresiones de cómo las familias se forman a partir de las estructuras productivas y socio políticas (Jelin,2010).

“pienso que la adicción tiene que ver con... un síntoma que está en la familia y el adicto es el emergente de ese síntoma.. Y bueno después tiene que ver con una cantidad de cuestiones más familiares, falta de límites, la falta de conexión, la falta de contención por lo general un formato que se ve bastante en la clínica en mi experiencia es.. una madre sobreprotectora y un padre ausente o un padre como que no de alguna forma no no cumple este lugar de contenedor de imagen fuerte, imagen viril sino que es un padre que está y no está” (OT Priv)

Luego cada trayectoria familiar reproduce ciertos valores, conforma el proceso de socialización primario de sus integrantes, y es en esta negociación cotidiana donde para muchos técnicos, se desencadenan ciertos determinantes que luego estructuran una cierta personalidad, potencian u obstaculizan los diferentes aspectos del desarrollo de los individuos que la componen. Una familia, dirá Miotto, puede ser el cielo o el infierno para el individuo.

Aquí se puede visualizar una cierta similitud entre los discursos técnicos de ambos centros, sobre una cuestión más socio familiar como causa, y la repetición de ciertas cuestiones que dan a entender un aprendizaje social de conductas, donde o el sujeto

convive en muy temprana edad con experiencias cercanas de situaciones de consumo problemático de sustancias o/ y las carencias afectivas, de contención a nivel vincular, que generan un cierto vacío no resuelto, que luego el sujeto traduce en aquello aprendido y reproduce determinadas conductas que cubren ese vacío. Tal vez lo que no se identifica en los énfasis discursivos sobre trayectorias familiares como causa, es cuales son los procesos macro sociales que permiten que esas mismas familias se estructuren de esa forma y se vinculen así en su dinámica cotidiana. Tanto en el centro privado como en el documento fundante del centro público, aparece la idea de “disfuncionalidad,” pero no se problematiza la idea de funcionalidad, normalidad, sino que aparecen como cuestiones dadas, una mirada analítica que queda miope en su alcance problematizador.

Cabe destacar por último, la reproducción de ciertos relatos ya conocidos dentro del estudio de drogas y que actualmente se encuentran interpelados. La teoría de la escalada, la idea de a mayor acceso a la sustancia mayor probabilidad de consumo problemático; siendo presentadas como causas de la adicción en las situaciones de las personas con las cuales trabajan. Estos elementos se presentan en técnicos de ambos centros, como representaciones fijas sobre el problema.

“pero siempre decimos o sea para el que es adicto y el que no tiene preferencia por ejemplo la marihuana la marihuana es un canal para después llegar a otra adicción u otra sustancia” (TS Priv)

Esta teoría está muy relacionada históricamente con el discurso prohibicionista clásico, ya que en los fundamentos para la prohibición de ciertas sustancias se esgrimía la teoría de que aquellas personas que desarrollaran un consumo habitual de cierta sustancia, como consecuencia directa el escalar a otra sustancia “más dura” o con mayor potencial de generar dependencia y mayor daño a la salud. Esto es algo que con el correr de los años fue puesto en tela de juicio, tomando en cuenta, que si se recorren las trayectorias de los usuarios catalogados como adictos, donde el policonsumo es la modalidad que mayormente se da, es esperable que haya habido un camino de experimentación con distintas sustancias, comenzado por aquellas que tal vez culturalmente son más próximas en las etapas de su proceso de socialización, por su contexto cultural situado, en tiempo y espacio determinados. Quienes critican esta postura, van a enunciar un argumento muy sólido: la mayoría de los sujetos que consumen las nombradas sustancias de entrada o canal de entrada, no desarrollan un consumo de dependencia en relación a esa sustancia, ni tampoco establecen un vínculo patológico a otras de las sustancias con las que establecen

relación. Si es mayor el número de consumidores esporádicos de las diferentes sustancias en relación al número de usuarios catalogados como “adictos”, parecería que la teoría de la escalada se desmorona en su fuerza argumentativa.

”(…) Clorhidrato de cocaína se ha hecho muy popular y accesible (...)Yo creo que te paras en cualquier esquina de Montevideo y la conseguís, levantas la vista y la conseguís, entonces tengo pacientes de yo que sé por decirte algunos, del puerto, de la intendencia, de yo que sé, los que trabajan en restaurantes, los que hacen delivery, taximetrista” (Psiquiatría)

“Yo creo que hoy en día ellos tienen muchísimo más acceso a todo eso” (Psiquiatría)

Otra causa que también es muy utilizada desde el prohibicionismo clásico y que se releva en el discurso de un técnico del centro público, es la idea de que a mayor acceso, mayor consumo general. Este fundamento también fue utilizado en varios discursos en la llamada “guerra contra las drogas” se podría citar a Nixon en su declaración de 1971 u otros exponentes locales que se posicionaron desde el prohibicionismo clásico (Véase Anexo 1 Revisión Documental). El argumento de a mayor acceso mayor consumo, busca fundamentar las líneas estatales de acción para reducir la oferta, entendiendo que si se reduce la disponibilidad, los usuarios no van a consumirla.

“En general, cuanto más se disponga materialmente de una droga, más asequible sea esta como reforzador y como símbolo social y más aceptada sea por los pares de un individuo, más probable será que invite a la experimentación y el consumo continuado” (OPS: 2010: 37)

Este es tal vez uno de los pilares del prohibicionismo clásico al cual algunos científicos cuestionan, analizando el consumo de alcohol por ejemplo en la época de la ley seca en EEUU o en la época de guerra a la cocaína en Colombia. Las consecuencias de estas iniciativas fueron bastante evidentes en cuanto al impacto que generó tanto en la calidad de las sustancias como en el saldo de daños, producto de un intento empecinado y fallido de evitar el acceso a las sustancias. Los aportes de Bayce, Escotado y otros autores retomados en el marco teórico, resultan claves para comprender los discursos contrahegemónicos que contradicen esto. La idea de que a mayor acceso mayor consumo problemático o a menor acceso menor consumo problemático, aquello catalogable como “adicción”, es algo que tal vez no recaiga solamente en lo accesible, sino en cómo se construye socialmente ese vínculo con esa sustancia, que significantes se le atribuyen, cuánta información o que tipo de aprendizaje y aprehendizaje se tuvo para con esa sustancia dentro del proceso de socialización del propio ser social en un determinado contexto de significaciones, de representaciones y conductas que son reproducidas socialmente.

En síntesis se puede apreciar como a la hora de transmitir discursivamente una cierta ideación sobre las causas del problema, se recurre al tópico de la muticausalidad como factor común a todos los discursos. De esta idea difusa luego se desprenden elementos propios de los diferentes campos disciplinarios pero con líneas que se entrecruzan y se reconocen entre sí. Se visualizan representaciones comunes y objetos fijados que parecen concatenarse con ideaciones hegemónicas de fines del siglo XX, donde como se puntualizó aparecen algunas ideas muy vinculadas al paradigma del prohibicionismo clásico, aunque con cierta relativización. Se puede apreciar también la idea de normalidad y funcionalidad como elementos poco cuestionados, emergiendo como dados a la hora de entender conductas y grupos sociales.

C) Atribuyendo consecuencias.

En este apartado se expondrán elementos analíticos que refieren a las consecuencias atribuidas discursivamente sobre el vínculo problemático entre el ser humano y las diferentes sustancias.

En cuanto a los discursos al respecto se pueden apreciar dos grupos. Por un lado, aquellas consecuencias referidas al impacto en la salud individual y por otro lado otro grupo de consecuencias identificadas como de impacto a la salud pública, en términos del efecto que el vínculo con las diferentes sustancias genera en terceros.

“Y bueno es un daño cuantificable o sea los pacientes ehh son más propensos a sufrir accidentes, tienen conductas de intentos de autoeliminación mucho, o sea están en una carrera suicida prácticamente no, yyy.. Ingresos a Cti ingresos en puerta intoxicaciones repercusiones orgánicas eso todo en cuanto a lo somático de salud no” (Psic Priv)

El daño individual relacionado directamente a situaciones de consumos diarios prolongados como hábito, es algo sobre lo que parecería haber un cierto acuerdo general entre las diferentes especialidades intervinientes. Se entiende que existe un impacto físico, psíquico, directamente asociado a cuestiones de comorbilidad del uso prolongado de sustancias, tanto a nivel de dependencia, síntomas, efectos somáticos por abstinencia, diferentes problemas de ansiedad, trastornos conductuales que le generan al sujeto diversas problemáticas y repercusiones en su estado de salud físico, mental, social e individual.

La gran mayoría de los entrevistados entiende que el consumo problemático de drogas tiene un impacto en la salud pública de todos, a excepción de algunos de los

entrevistados, que brindan una visión distinta, donde relativizan y problematizan la idea de macro impacto social en salud pública, como algo distinto a impacto en salud, entendiendo que no todo puede ser considerado como salud.

“bue de hecho a ver, atenta cuando.. Cuando ese consumo se instala como un problema, se instala cuando todo consumo de drogas tiene sus riesgos, ahora cuando ya se genera un daño.. Está atentando contra la salud.. Las conductas de riesgo asociadas atentan contra la salud.. más allá de cuando no hay una dependencia ni una repercusión médica... en una conducta de riesgo atenta contra la salud pública en otro ámbito.. Un siniestro de tránsito un siniestro laboral.. Una enfermedad de transmisión sexual.. ¿no ? o sea eh ahí existen otros factores ¿no? lo que se llama morbilidad o mortalidad indirecta por drogas.. este que también ..eh afectan notoriamente la salud pública...” (Toxi Pub)

Si nos posicionamos desde una cosmovisión epidemiológica, todos los problemas asociados a consumo de drogas, entrarían como efectos contagiosos de la enfermedad en terceros. Tal vez esto podría entenderse como una patologización del todo, todo es una enfermedad, o todo es consecuencia de ella, la violencia lo sería, la criminalidad lo sería, el impacto que genera el circuito de narcotráfico también es visto como una cuestión patológica. La idea de consumo de sustancias comprendido desde el paradigma de las enfermedades infecciosas o crónicas, lleva a una extensión indefectiblemente patologizante de todas las conductas y problemas asociados.²³

En general no se problematiza el alcance del concepto salud explícitamente, por lo que varios de los problemas asociados al consumo de sustancias podrían comprenderse dentro del campo. Varios de los técnicos entienden que el impacto excede a la órbita individual de quien consume, afectando a terceros directa e indirectamente, comenzando por redes primarias familiares, secundarias de pares y extendiendola a otros círculos sociales más vinculados a la comunidad. Para argumentar este último se utilizan de forma recurrente los ejemplos de: transmisión de patologías asociadas como VIH, accidentes de tránsito, criminalidad, violencia en sus diferentes expresiones, incluyendo el deterioro de vínculos en general. Sin embargo es cuestionable esta visión de salud pública que todo lo incluye, al incorporar las diferentes dimensiones dentro de la idea de salud, no se establece un límite, de hasta donde es un problema de salud pública o si en realidad las

²³ Problematicemos por ejemplo los accidentes de tránsito como problema de salud pública. Sociólogos como Rafael Bayce (2018) cuestionan la escasa confiabilidad de las estadísticas de siniestros de tránsito y alcohol, que no solo son extremadamente bajas estadísticamente, sino que a su vez carecen de solidez a la hora de establecer relaciones causales, que parecen más antojadizas o morales que fácticas o basadas en elementos empíricos. O sea no solo no logran demostrar que la mayoría de los siniestros de tránsito son responsabilidad de quien manejaba alcoholizado, y que este tiene la responsabilidad directa del hecho en todos los casos que constatan alcohol en sangre en alguno de los implicados, sino que además no controlan otro tipo de variables intervinientes como la señalización, la iluminación, el estado de las calles, rutas y el aumento del parque vehicular. Dirá en un artículo “Repitamos, por enésima vez, que una gran cantidad de países tiene tolerancias mayores que Uruguay (0.3, 0.5, 0.8) y tienen cifras de accidentalidad, mortalidad, heridos y daños más bajas. Esto quiere decir que el monto de la tolerancia no es, ni por asomo, un factor fundamental. Entre nosotros, la vigencia de la ‘tolerancia cero’, el aumento de la intolerancia del 0,3 al 0 absoluto, coincide con un aumento de la accidentalidad, los fallecidos y los heridos.” (Bayce;2018 Revista CYC)

consecuencias de ciertos problemas sociales tienen un impacto que puede repercutir en la salud individual de otros.

Esto a su vez plantea otra interrogante, y es si deben existir límites o no en relación al alcance de un problema, para que deba ser considerado realmente un problema “fundamental para la salud pública”. ¿Basta con que exista un número reducido de consecuencias directas por ejemplo de vínculo con sustancia y delincuencia, para enunciar que el problema de la delincuencia es un problema que atenta gravemente contra la salud pública; o en realidad se debe entender que algunas de las consecuencias por ejemplo de los actos violentos relacionados con el uso de sustancias puede ser considerado como impacto social con consecuencias en la salud individual de los otros en algunos casos?. Si bien la interrogante no será posible responder con los aportes de esta investigación, permite si visualizar cuanto menos algunas tensiones poco definidas o en controversia sobre el asunto.

“contra esto de la salud pública de repente no? Este.. Entendiendo que bueno que si sentirse como amenazado afecta en algún punto a la sociedad toda no?” (Sub Dir. Pub)

Es un debate que debe ser puesto sobre la mesa, ya que existe una muy escasa elaboración interdisciplinaria sobre estos elementos. Algunos discursos establecen cierta problematización y relativizan el impacto dentro de la salud pública, entendiéndolo como una cuestión relacionada a una cantidad menor dentro de la totalidad de los usuarios, quienes con ciertas conductas pueden llegar a una circunstancia lesiva de terceros sobre todo de su propia trama vincular primaria. Por tanto el mayor impacto es hacia la salud individual y luego algunos casos puntuales podrían considerarse impactan socialmente a terceros de su comunidad. Esto lleva a pensar que tal vez el razonamiento se debe hacer a la inversa, porque es difícil sostener que el consumo de sustancias de un grupo reducido de sujetos impacta gravemente en la salud pública de todos los uruguayos. Por el contrario, debería de demostrarse en aquellos casos puntuales si es que existen y no asumir una generalización, que en realidad no tiene ningún fundamento empírico cuantificable, más que la magnificación hiperreal de algunos casos puntuales de algún subconjunto de consumidores problemáticos, que a su vez serían un subconjunto minoritario de los consumidores totales. Incluso parece difícil, demostrar que la causa de esa actividad lesiva para terceros, sea directamente por el consumo y no por otros factores que dan pie a la circunstancia donde la sustancia es un mero medio, como inhibidor de ciertas conductas,

pero cuya raíz responde a otros factores sociales estructurales criminógenos los cuales operan en las situaciones analizadas e intervenidas. (Bayce: 2012)

Muchos de los problemas sociales relacionados al consumo de drogas están directamente vinculados al prohibicionismo y no al consumo problemático extremo de un porcentaje relativamente bajo comparado a la totalidad.

“¿en qué me puede afectar a mí? estoy pensando.. bueno a ver a ver capaz que te puede afectar pero no a nivel de salud, puede haber una afectación social” (Psic Pub)

Será ilustrativo tomar el ejemplo que pone un técnico del centro público para problematizar este punto. La profesional desarrolla en su discurso el caso de una “boca” en un complejo de apartamentos y como la presencia de la misma impacta en la cotidianidad de los vecinos.

“mucha gente grande, y bueno como yo con hijos grandes, muy poca gente con niños chicos ¿no? ta genial, una paz una tranquilidad en uno de los apartamentos fallece una señora, y su hijo tuvo la mejor y brillante idea de mandar a su hijo, o sea el nieto de esa señora, a vivir allí... el tipo puso una boca.. yo no podía creer.. o sea a mí me impactó, pero es social eso..” (Psic Pub)

La violencia que se da en el barrio por conflictos con la policía, entre vendedores de drogas, los problemas con la presencia de gente que va al lugar a comprar las sustancias, la violencia y disturbios de la comunidad, el miedo de los vecinos, no son más que consecuencias sociales ocasionadas por la lógica del microtráfico de sustancias ilegales que genera el prohibicionismo. Entonces ¿cuánto de estas afectaciones son sobre la salud pública de la comunidad? Parecería que no es la sustancia o el consumo de ella la causa de la violencia social, de la criminalidad, sino que son aquellas determinaciones histórico estructurales, como el prohibicionismo, como las desigualdades estructuralmente reproducidas, la crisis de sentido y otros factores criminógenos las que culminan cristalizando este tipo de situaciones conflictivas en la comunidad.

D) El hito histórico pasta base, crisis y oportunidad.

En cuanto a hitos discursivos que marcaron cambios desde la visión técnica, surge recurrentemente el estallido del consumo de pasta base de cocaína fumable en el año 2002, durante la cúspide de la crisis económica regional comprendida entre 1998-2004.²⁴ Es esta

²⁴ Período definido por los sociólogos Tabaré Fernández y Marcelo Boado en su estudio “Una mirada a la crisis uruguaya desde las clases y la pobreza” (1998-2004).

expresión la que motivó la apertura de centros de tratamiento que se especializarían en la atención a esta problemática. No es aleatorio el surgimiento de una sustancia con características tan particulares en un contexto de crisis, donde el consumo como comportamiento central para una sociedad moderna se ve afectado negativamente, donde el prohibicionismo se encuentra presente, y donde los sujetos buscan satisfacer sus carencias, como plantea Moraes para explicar el consumo desde la autopercepción.

Resulta interesante la asociación del vínculo con la pasta base por parte de los sectores con mayores problemáticas de vulnerabilidad socioeconómica, y sobre la territorialización del consumo de ciertas sustancias y no de otras. Esto a su vez explica algunos fenómenos que se continúan dando hasta la actualidad, donde el dispositivo público aún sigue siendo vinculado desde su génesis con el tratamiento a usuarios problemáticos de pasta base en el imaginario colectivo. Es necesario denotarlo, ya que marcó históricamente un momento tanto de cambio, como de instalación y solidificación de una cierta problemática, pero también una oportunidad que desafió al modelo sanitario de atención en drogas a continuar diferenciándose como sistema experto, dando inicio a dispositivos de atención que tuvieron como objeto de intervención este problema específico.

“y porque cuando se abrió y cuando se generó este proyecto ehh ... fue cuando hubo como más irrumpe la pasta base ¿no? ahí es que el gobierno empieza con pensar en hacer algo que llevó un tiempo, pero fijate que este proyecto no era lo que es...yo concurre para un centro de desintoxicación de pasta base de cocaína en el año 2003 2004” (Pisc Pub)

Existe una visión que se condice con algunos de los cambios explicitados en el marco teórico del trabajo sobre las diferentes transiciones de paradigmas, en relación a cómo en la órbita de las políticas públicas de drogas existía una cierta condena moral, una cierta patologización del consumo de drogas a una mayor visibilidad, a una mayor aceptación cuanto menos discursivo desde la subjetividad del técnico.

“Lo positivo es que bueno estos pacientes antes no tenían donde ir iban a una puerta y le decían anda drogadicto sentante ahí y no sé qué, no lo atendían... o ni siquiera iban porque tenían miedo de que los agarraran por la fuerza que se yo..” (Psig Pub)

Esto que se plantea en los discursos a su vez se condice con un proceso de desestigmatización del usuario de drogas que transita y consulta por diferentes problemáticas, algo que si bien anteriormente se atendía, existía una fuerte necesidad de ocultar ciertas conductas ante el propio equipo médico, como plantean los técnicos antes la gente no consultaba por tener cierta condena social, un atributo que varía según el espacio, la sustancia y la otredad, pero que al menos desde los dispositivos sanitarios ha pasado a

formar parte de la cotidianidad asistencial. Analizando los elementos discursivos y normativos citados se entiende que esto no garantiza *a priori* la no estigmatización o el no prejuicio actual sobre los usuarios problemáticos de sustancias dentro de los dispositivos sanitarios, aunque si por lo pronto su presencia se vuelve naturalizada dentro del propio campo.

Se visualiza el manifiesto discursivo del cambio hacia una cierta perspectiva de derechos, donde se prioriza la atención y el acceso por sobre la condena moralizante del problema *per se*, algo que tal vez en otro momento fuera reproducido un prejuicio explícito, incluso por los propios referentes técnicos profesionales de la medicina en la arena política, donde la adicción era señal de enfermedad y delincuencia casi automáticamente. Este cambio hacia una perspectiva de derechos, se condice con las formas documentales de las nuevas leyes en materia de regulación, con el enfoque del Sistema Nacional Integrado de Salud donde el acceso, el derecho a la asistencia, cobran fuerza y centralidad en el ámbito asistencial sanitario.

“pero me parece que no hay como una condena moral como había antes ehh no hay emm conceptos como de asociación droga delincuencia, si los hay obvio que los hay pero hay otra forma de mirar el problema ¿viste?, yo veo eso después si hay más drogadictos menos drogadictos ...” (Psic Pub)

A medida que han avanzado los abordajes, las investigaciones y las elaboraciones académicas, se han complejizado las lecturas del tema drogas, parecen haberse quedado atrás sustancialmente en la ideación de los equipos específicos de atención del problema, aquellos razonamientos cerrados, lineales, reduccionistas del problema drogas, del estilo “se drogan porque son delincuentes” o “se drogan porque son enfermos”. A pesar de esto aún se visualizan algunos vestigios de dicho razonamiento, también complejizado en su interpretación.

E: Apropiación y referenciación del marco normativo.

En esta sección se analizan las referencias discursivas sobre los cambios normativos en la materia y cómo impactan en la implementación de ambos dispositivos ambulatorios de atención.

La gran mayoría de los entrevistados, no logra visualizar un impacto directo y sustantivo de la prohibición o regulación de las drogas en su trabajo diario de intervención.

“Entonces nosotros la trabajamos igual, nosotros la legalidad o la ilegalidad no nos altera a la hora de nuestro trabajo y de nuestra propuesta que es bueno con psicoeducación del riesgo, pero es con con con psicoterapia y es con el compromiso de trabajar con la abstinencia” (Psic Priv)

Sin embargo surgen algunas perspectivas que visualizan positivamente la regulación como por ejemplo la visión toxicológica, la cual reconoce la potencialidad regulatoria a la hora de investigar e identificar las sustancias consumidas, o la de la mejor calidad de la marihuana que consumen reduciendo el impacto en la salud.

No aparece en los discursos la relevancia de la prohibición a la hora de pensar en el abordaje, salvo algún énfasis con respecto a la trasgresión como característica innata de quien mantiene un consumo problemático de sustancias que no son comercializadas lícitamente. Esta imagen de trasgresión como la “trasgresión de lo legal” y como “conducta desviada”. Esto hace síntesis en frases como “son transgresores por definición”, como si esto fuera una característica puramente individual y dada en el sujeto. Algo que no se aprecia en los relatos es la lectura problematizada de aquello que causa la trasgresión, a qué se debe y cómo se relaciona con el prohibicionismo y otras cuestiones estructurales que están generando esas conductas.

Por otro lado se problematiza el éxito o fracaso de la prohibición y de la regulación, relativizando el foco del debate, sobre dónde está el problema, si en regular o prohibir conductas o sustancias. No parece haber una cuestión definida o problematizada en este aspecto con demasiada profundidad, exceptuando el caso de la regulación de la marihuana, que denota ser un hito que llevó a una problematización colectiva e individual de su impacto o no en la población.

La marihuana emerge como tema en sí mismo, sin aportar algún estímulo directo durante entrevistas, con conceptos referenciales poco claros, sobre todo en cuanto al contenido de la ley. La mayoría de los entrevistados entiende que la misma y su implementación es positiva o afirman no poseer elementos para realizar un juicio de valor acabado al respecto, pero casi todos los discursos mencionan que trajo aparejada una baja percepción del riesgo, y desinformación generalizada en su población objetivo.

“(…)te vuelvo a repetir, yo creo que ellos ahí ellos naturalizan el tema de que esto de que sea hoy en día legal” (Psic Coord Priv)

–“(…) a nuestra población no le toca, nos han preguntado algo alguna vez se la agarran como para decir a pero marihuana puedo, porque vienen por otra sustancia, pero en realidad yo considero que hay una cosa muy de clase social en esto(…)” (TS Pub)

La mayoría de los técnicos tanto del ámbito público como privado, enfatizan en que luego de la regulación de la marihuana, los usuarios que atienden en los distintos dispositivos mantienen una “baja percepción del riesgo”. Que si bien tiene elementos

positivos como lo es la puja por el mercado como estrategia estatal contra el narcotráfico, el control de la calidad de la sustancia, no se visualizan impactos significativos en los usuarios que cotidianamente atienden, exceptuando el elemento de la percepción del riesgo. Se identifica entonces una cierta colinealidad en el discurso técnico con algunos de los discursos políticos que fundamentaron la regulación. Parecería emerger a partir del imaginario colectivo de las personas, la tergiversación de información sobre la regulación, lo que da a lugar a una re significación de la imagen socialmente construida sobre la sustancia. Cabe destacar que cuando se hace referencia a los tipos de consumo, muchas veces se habla de policonsumo, como la figura que se repite mayoritariamente en los perfiles de los usuarios, donde el alcohol, el tabaco y la marihuana aparecen como aquellas sustancias que si bien no son el centro de la consulta o demanda inicial para el usuario promedio, si son consumidas a la par de aquella otra sustancia con la que sí existe un vínculo definido como problemático, y que resultaría de móvil para concurrir a un dispositivo asistencial especializado en tratamiento de drogas.

Según los discursos relevados parecería aumentar la dificultad a la hora de problematizar con los usuarios, el vínculo con aquellas sustancias que se encuentran reguladas, debido a que existe una imagen doxa con ciertas representaciones desde el imaginario de los individuos, donde no se es consciente de que dichas sustancias también pueden afectar su salud. Parecería existir un desconocimiento sobre los efectos no deseados, y una reproducción de un significante, que viste al vínculo con la sustancia como algo arraigado a las conductas y rituales socialmente reproducidos. Cabe problematizar que no es solo el modelo sanitario el que debe dar respuesta ante esta falta de reflexividad sobre los vínculos con las sustancias, sino que en realidad debería ser abordada también desde la intersectorialidad, por ejemplo en órbitas socioeducativas entendiendo que la prevención exclusivamente en salud no es suficiente, ya que cuando el consultante llega generalmente con la problemática ya está instalada en su vida.

F: Caracterizando las políticas públicas.

Todos los entrevistados resaltan positivamente los cambios y el enfoque unificador que da la Junta Nacional de Drogas, es el organismo de referencia y comunión para ambas instituciones aunque con diferencias en intensidad. El dispositivo público se encuentra más vinculado a otras instituciones públicas y a la intersectorialidad del problema, mientras que

el dispositivo privado se vincula sobre todo en cuanto a la posibilidad de reinserción social de sus usuarios, desde lo educativo y lo laboral.

Existe desde los discursos de los técnicos del centro público una visión más próxima a las propuestas que realiza el Estado desde sus diferentes políticas públicas, un mayor manejo de las mismas.

“pero luego a través de la necesidad, de la demanda, sin duda yo creo que ha habido un cambio positivo.” (Toxi Pub)

“no yo creo que están muy buenas yo creo que están muy buenas ... nos falta igual nos falta mucho” (TS Pub)

En cuanto a problemas identificados en las políticas públicas, desde los discursos de los profesionales de la órbita pública, se habla de vacíos en la red haciendo referencia a ciertos espacios que aún no han sido cubiertos por la política pública en drogas. Sobre la red se cuestiona la falta de presencia en el interior del país y los dispositivos asociados al primer nivel de atención, debido a las dificultades que presentan para establecer una eficaz georeferenciación territorial como primera respuesta.

A pesar de las percepciones acerca de las descoordinaciones y los problemas de vacíos, tiempos de espera, carencias en algunos aspectos de la red asistencial pública de drogas, se podría decir que en los últimos años se ha dado una mayor diferenciación entre sus partes por tanto una cierta especialización en la experticia de cada unidad. Se tendió a la diversificación y estructuración de niveles captación-derivación, comunidad-territorio, atención móvil, atención ambulatoria e internación específica en drogas.

Un elemento que aparece como tensión, es la imagen generada desde las representaciones comunes, donde se ve a la internación como una solución para el problema, como algo buscado desde el imaginario, una cuestión que los propios técnicos frecuentemente intentan deconstruir sobre todo en el centro público estudiado.

Dirán: “me parece que se despega se despega de la idea que me parece muy interesante el tratamiento en drogas no es sinónimo de internación , ta? que eso es una cuestión que circula siempre de que bueno que si no estás internado no te estas tratando digamos no? Entonces nosotros siempre decimos bueno nosotros al xxxxxxx una respuesta al ambulatorio si vos llamaste al xxxxx a las dos de la tarde a las 24 hs tienes un grupo T que es la primer respuesta y es parte del tratamiento empezar a venir a un grupo informarte asesorarte(...)” (Sub Dir. Pub)

Esta imagen generada, se encuentra originalmente emparentada con la visión que se promulgó durante mucho tiempo desde la órbita criminológica y la propia órbita sanitaria de la “lucha contra el toxicómano”, donde se consideraba que la mejor forma de tratar a “los drogadictos” era mediante la abstinencia y la reclusión terapéutica.

Hasta el día de hoy el campo jurídico y el campo sanitario continúan entrecruzándose permanentemente, se visualizan en algunos discursos ciertas tensiones y problemas cotidianos de corte ejecutivos a la interna y entre sí, que no la tienen solamente el centro público sino también el centro privado. Aunque las situaciones sean manejadas diferencialmente entre uno y otro, es interesante la persistencia de este entrecruzamiento de campos y las diferentes falencias, desajustes de criterios, pujas y tensiones que se vivencia cotidianamente, dándose una lógica de negociaciones permanentes que dejan entrever los conflictos a los que se enfrentan los mecanismos sanitarios para satisfacer una respuesta buscada desde lo judicial y viceversa.

“(…)este lo legal también evidentemente nosotros este por ejemplo un oficio donde te mandan a un gurí por el artículo 121 que significa que el chiquilín estaría acá privado de libertad nosotros no tenemos la medida de contención institucional y no está preparado la planta física ni los técnicos para eso entonces nosotros tenemos que decir que no , entonces eso es una característica del dispositivo a que dice que no(…)” (Sub Dir Pub)

En el ámbito privado se explicita un cierto desconocimiento sobre macro política y sobre algunos lineamientos impulsados en los últimos años. Igualmente se plantean avances e insuficiencias, sobre todo en cuanto a ciertas respuestas institucionales también de la malla de protección social, y de la oferta en el interior del país.

“macropolítica si no no estoy muy empapado” Ot Priv

-“Siempre creo que hay un poquito para mejorar no?... me gustaría también capaz que estar un poquito más empapada en el tema como para poder decirte en qué punto capaz que reforzaría o cambiaría, ta? prefiero no adelantarme porque ... desconocimiento del tema” (Técnico Priv)

Si bien desde los discursos del centro privado de atención se visualiza menos introyección y proximidad en cuanto a cuáles son las propuestas generales desde la política pública, se dan varias referencias con respecto a la Junta Nacional de Drogas, como organismo de referencia y de coordinación sobre todo con aquellos elementos vinculados a la reinserción social de los usuarios en tratamiento, referido a las ofertas de trabajo y educación.

También por otro lado se visualiza que las clínicas privadas como la seleccionada para el estudio parecen no participar de la red de atención más general en drogas, tampoco se hace referencia a formar parte de encuentros o cuestiones de iniciativa colectiva con otras instituciones de la órbita pública. Esto puede tener que ver con que si bien existe una tendencia a la unificación de lo público y lo privado mediante el SNIS, en cuanto a las propuestas asistenciales, las metas etc, aún continúa existiendo una cierta separación entre

el ámbito público y privado, lo que a su vez fracciona al sujeto que decide tratarse por un problema de consumo de sustancias.

La propuesta privada parece estructurarse totalmente distinto a la atención pública en el marco de políticas de atención a usuarios de drogas. Las mutualistas tercerizan partes del tratamiento en clínicas privadas que se encuentran menos conectadas con la política de drogas en general. Esto es algo que se abordará también cuando se trabaje el modelo de intervención ambulatorio privado y la relación con su red de conexiones con el afuera.

4.2 Análisis sobre los dispositivos, modelos de intervención instituidos y fuerzas instituyentes.

En este subcapítulo se analizan los discursos técnicos y el resto de los elementos relevados en campo, estableciendo una comparación entre ambos modelos de intervención, cuáles son las fuerzas instituidas e instituyentes, como operan e interaccionan cotidianamente. (Lourau; 1992)

A) Modelo de Intervención instituido²⁵.

A.1 Modelo de uniformidad abstinencialista de rehabilitación

En el modelo del dispositivo privado, se da una intervención en clave de comunidad terapéutica, con fuerte influencia de la corriente cognitivo conductual, abstinencialista. Se da una protocolización y rigidez normativa muy presente, que resulta una herramienta fundamental para el tipo de intervención cotidiana que realiza el equipo, tanto en sus facetas individual como grupal.

El modelo se encuentra preestablecido y poco discutido en las bases ontológicas que lo definen, se presenta como dado. Sin embargo, existe una convicción y defensa discursiva muy presente en los relatos de los técnicos. A pesar de que no se interpelan mayormente los pilares del modelo, si se dan instancias formales de equipo donde se revisan las normativas micro que rigen la cuestión conductual cotidiana de los usuarios del

²⁵ Cuando se habla de instituido se entiende conceptualmente en términos de René Lourau quien lo plantea como aquellos que se encuentra solidificado dentro de la propia institución, tanto en expresiones de normas, reglas, costumbres, todo aquello grupalmente entendido como tradicional o característico de la institución. (Lourau 1992)

centro, aspectos de encuadre de estrategia de intervención, y ajustes de la dinámica del equipo. (Ver anexo Puntos de encuentro) Según relata el director del centro, el modelo proviene desde Estados Unidos y fue aplicado por su fundador, un médico psiquiatra que intentó adaptarlo a Uruguay. A partir de ahí se siguió la línea terapéutica sin modificar sus pilares fundamentales.

El acceso al centro, está marcado por derivaciones directas, convenios mutuales, pero sobre todo para el ambulatorio el factor determinante es la capacidad económica que cada individuo tiene para poder financiarse su tratamiento allí (Véase tipo ideal de usuario en Anexos). Su ubicación en la red es de referencia para el sector del mutualismo, que descentraliza este servicio en el centro privado, aunque con respecto al dispositivo ambulatorio en singular quienes llegan a él son aquellos que pasan en general por la comunidad terapéutica y luego pueden pagar un tratamiento ambulatorio en la misma institución, ya que las mutualistas ofrecen en su gran mayoría su propio servicio ambulatorio y no extienden la tercerización a esta modalidad de dispositivo. Con respecto a su modo asistencial, se destaca lo personalizado en cuanto a la relación cuantitativa técnico usuario, a pesar de que el modelo plantea generalidades que no se adaptan a la realidad de cada sujeto, exceptuando alguna particularidad que puede llegar a ser contemplada.

“-y bueno nosotros tenemos el programa terapéutico y bueno tenemos un montón de.. a mí me mee me... se ríen mucho de mí que les protocolizo todo, entonces jejeje... trato de cada área que hay que abordar la medicación áreas de los turnos de los operadores , todo eso tiene un protocolo interno que que es en construcción digamos siempre, yo cada tanto lo reviso y sacamos una nueva versión y lo revisamos en las reuniones de equipo pero si hay un programa terapéutico digamos que nos nuclea y hay protocolos de actuación ¿no?” (Psic Priv)

Todas las drogas son vistas como no deseables en su consumo y el cuidado del cuerpo y la mente es el principal valor a preservar. Dicho trabajo se apoya en la psicoeducación conductual, que busca redisciplinar desde las conductas asociadas directamente al hábito de consumir cualquier sustancia. Incluso, se disciplinan aquellas acciones que puedan llevar al sujeto a situaciones que puedan generar conflicto directa o indirectamente con el proceso de rehabilitación propuesto. Con esto se hace referencia a por ejemplo desde impartir un cierto léxico, ciertos mecanismos de espera, de pautas comunicativas; hasta regular manejo de dinero, prohibir relacionamiento sexual entre pares, utilizar remeras o distintivos que hagan apología a alguna sustancia, remeras de cuadros de futbol, entre otras cuestiones que regulan minuciosamente el espacio.

Hay una tendencia general y estandarizada de entender el problema de drogas como una enfermedad, con fuerte anclaje de trabajo en las conductas desde lo psicoeducativo, en

consonancia con las herramientas farmacológicas que sean necesarias según cada caso. Este último aspecto en general se maneja con psiquiatra exógeno al centro, por lo que implica una cierta coordinación y seguimiento interinstitucional en el propio tratamiento farmacológico. Por tanto, se podría decir que este centro privado de tratamiento funciona como regulador, articulador y fortalecedor del vínculo entre el usuario y su tratamiento farmacológico individual, el cual es indicado por un especialista de la correspondiente mutualista, pero que luego es apoyado e incentivado en su cumplimiento y manejo como parte del mismo proceso terapéutico.

Es necesario destacar la centralidad del psiquiatra mutual tratante, ya que en el mutualismo es la figura con mayor relevancia en cuanto a las decisiones sobre el tratamiento del usuario. Esta figura es en general quien lleva adelante casi en exclusividad la conducción de varias de las policlínicas de adicciones con las que tienen convenio, siendo quien diseña y da seguimiento a cuál será la ruta terapéutica para el usuario. A su vez, según relatos de los propios técnicos del centro privado, es este especialista quien en ocasiones visita a los usuarios tratados en su internación dentro de la comunidad y quien mantiene contacto fluido sobre todo con el referente de la misma especialidad que desempeña el rol de dirección técnica, o sea el psiquiatra de referencia para el centro privado de tratamiento. Parecería relatarse una lógica donde el psiquiatra tratante no tiene posibilidades de vincular al usuario según el modelo que mejor crea conveniente, entre una oferta más o menos variada de tratamientos, sino que se limita a derivar al usuario al lugar que el convenio de tercerización le permite.

La mayor parte de las ocasiones el tratamiento es compartido y coordinado con la unidad mutual, ya que una vez culminado el proceso de internación en comunidad, el usuario es nuevamente referenciado a la atención ambulatoria de la mutualista vía informe, que en general la continúa el mismo psiquiatra que ya lo había valorado en una primera instancia. Esto lo que claramente conlleva es que el tratamiento se encuentra fraccionado, y no tendría una continuidad en cuanto a la lógica del modelo, ya que luego el seguimiento ambulatorio sería individual, con los técnicos de salud mental de cada mutualista, por lo general funcionando en base a derivaciones entre sí a las distintas especialidades intervinientes, quienes llevan adelante un seguimiento fuertemente médico, con un grupo terapéutico semanal y régimen de psicoterapia individual de forma limitada y no en todos los casos. *A priori* resulta difícil visualizar una cierta integralidad interdisciplinaria de

abordaje grupal unificado, en este contexto de fragmentación y tercerización parcial del tratamiento del usuario mutual.

Por otro lado, quienes ingresan al ambulatorio en su mayoría son aquellas personas que pueden pagar de forma particular dicho servicio, que por lo general la mayoría provienen a su vez de la comunidad terapéutica y deciden continuar con el modelo de atención que les ofrece el centro. (Vease tipo ideal de usuario en Anexos)

Estos elementos permiten ver un cierto desajuste en cuanto a la diferencia en calidad de atención según la posibilidad económica de cada usuario, ya que aquel que pueda pagarlo podrá acceder a un equipo ambulatorio hiperintegrado, personalizado en cuanto a cierta exclusividad de atención, con un mismo enfoque relativamente coherente en cuanto al modelo aplicado, con técnicos que no se derivan los casos sino que mantienen instancias de discusión cara a cara, de revisión de las situaciones, de contención próxima al sujeto, algo que *a priori* no coincidiría con la oferta que luego el mutualismo ofrece en la atención ambulatoria. Aquí cabe visualizar la posible contradicción de que aquellos sujetos a los que les dio resultados terapéuticos favorables, pero que debe luego incorporarse al modelo de atención ambulatorio que ofrece su mutualista, y tal vez este no coincida con la conformación y propuesta técnico terapéutica que venía recibiendo.

Volviendo al modelo del centro, no se dan mayormente contradicciones entre los discursos en cuanto a cómo se aplica, existe un fuerte disciplinamiento del propio equipo sobre cómo redisciplinar a los usuarios durante el proceso. Tal es así que todo está protocolizado, incluso aquellas cuestiones conductuales más micro se encuentran reguladas. El control y apoyo al usuario se caracteriza por ser extensivo hacia el afuera, intentando sostener el proceso fuera y dentro de las paredes del propio centro. Incluso existe la posibilidad paga de acceder a acompañante terapéutico en domicilio proporcionado por la propia clínica. Si bien se incorporan por ejemplo talleres temáticos y técnicas orientales, se funden con el modelo de una manera que no contradiga los valores y criterios instituidos en el centro. Parece darse mucho flujo de información entre la dirección y las coordinaciones de los diferentes dispositivos, siendo sobre todo este grupo el que toma las decisiones en cuanto a situaciones de complejidad o asesoramiento a los operadores, quienes son los encargados de ejecutar dichas líneas de acción en un trabajo cuerpo a cuerpo diario.

A.2 *Modelo Sastre*

El dispositivo público funciona asistiendo a los usuarios de ASSE, con una apertura en su forma edilicia, donde se conjugan los tiempos personales de cada usuario con respecto al proceso de su vínculo con las sustancias, con los tiempos institucionales de absorción de la demanda de atención. Dicho centro juega un papel importante en cuanto a referencia en la red de atención en drogas de Montevideo, mantiene un vínculo interinstitucional en red con varios organismos del ámbito de la salud pública y con otros dispositivos que trabajan otros aspectos que hacen a la intervención integral de situaciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Se rige principalmente por el documento fundante que es el proyecto escrito. Este presenta generalidades en cuanto a cómo se estructura la institución y sus diferentes niveles asistenciales. En este se pueden visualizar elementos constitutivos en la génesis institucional y su coyuntura en dicho momento histórico, pero también su enfoque terapéutico propio.

“Partiendo de la conceptualización de que el consumo de drogas tiene como punto de partida la encrucijada bio-psico-social del ser humano planteamos que la respuesta terapéutica solo podrá surgir de la encrucijada de ciencias (...) La posición terapéutica se deberá ir estructurando, de una primera posición ortopédica, hasta posteriormente una posición elaborativa” (Proyecto Pub 2005)

Se visualiza en la cita una fuerte presencia de una problematización conjunta del problema y la conjugación también integral como elementos esenciales, marcada por los tiempos en los que se encuentra cada usuario, con una fuerte postura “ortopédica”, como apoyatura para trascender aquellos momentos de dependencia y síndromes de abstinencia fisiológicos, en términos de contención y control, luego una cuestión vinculada a la elaboración en clave de cierta proyección del sujeto una vez atravesada esta primera etapa más vinculada a la desintoxicación.

“Esta mención a lo psiquiátrico, si bien es relevante como se menciona más arriba, no debe ser considerada hegemónica ni excluyente de otras consideraciones -al igual de importantes- a la hora de realizar el diagnóstico en vistas a la asignación al tratamiento más adecuado. Nos interesa destacar la importancia que tiene la comprensión de la percepción y el sentido que se le asignan a los consumos, los cambios que han experimentado estos y su correlación con las transformaciones que a lo largo del tiempo –y sobre todo en los últimos años– han sufrido las redes familiares y socioculturales. Sabemos de la significativa interrelación existente entre el deterioro de la red social y el uso problemático de drogas. La clínica nos muestra con elocuencia que el nivel de gravedad diagnosticado en el vínculo de una persona con la droga -legal o ilegal- está en directa relación con el grado de disfuncionalidad observable en su red familiar - social.”
(Documento Fundante Pub 2005)

Si bien se visualiza en el documento fundante una visión que propone una cierta integralidad (Bio-psico-social), e intenta no hegemonizar la perspectiva patologizante como única cuestión presente en el diagnóstico clínico, se percibe una fuerte presencia del paradigma de la normalidad, el cual también es traspolado a la órbita social con palabras como “disfuncionalidad”, lo “enfermo”, más vinculado a la corriente sistémica del mundo, de la familia en cuanto a desviación que debe llevarse nuevamente al estándar, a lo sano, al orden. Esta perspectiva dentro de la teoría del Trabajo Social, hace referencia a la postura de exponentes como Mary Richmond en cuanto a su diagnóstico social de caso, pre reconceptualización de los años sesenta (Richmond; 2005). Esta perspectiva guardaba relación con la visión médica de lo social, ya que fue generada en el contexto de inicio del campo del trabajo social en la primera mitad del siglo XX desde corrientes como el higienismo. Esta postura de entender lo social, fue sumamente cuestionada luego de los aportes posmodernos que problematizan directamente desde las ciencias sociales la idea de “lo normal”, en el entendido de algo natural, sano, bueno, cuestionando también la idea de déficit, disfuncionalidad e incluso poniendo en tela de juicio a políticas verticales que tenían implícitos un deber ser y no una construcción horizontalizante de respuestas que emerjan de los propios usuarios. Estas cuestiones son heredadas de cierta postura teóricoepistemológica que tiene un fuerte origen en los primeros avances de la intervención social dentro del campo de la salud, el cual se encontraba muy permeado por el léxico médico, de la cosmovisión de las ciencias duras.

“y ta y terminamos en una cosa que no tiene nada que ver con lo que fue el proyecto original, en realidad todos los que concursamos nos juntamos a armar para armar el proyecto que hoy es que también fue cambiando y madurando y hay cosas para cambiar..” (Psic Pub)

Si esta visualización del problema se compara con los discursos técnicos relevados, se podría decir que se da una visión de ideación bastante similar a la del documento fundante, aunque tal vez en su forma de funcionar y complejizar actualmente el tema existen diferencias. Así lo plantean algunos técnicos cuando hacen referencia a dicha normativa fundacional. Tampoco aparecen conceptos como: normal, disfuncional o déficit en las entrevistas con los técnicos de la órbita psicosocial, sin embargo esto sí se da en el discurso del campo social en el centro privado.

El dispositivo ambulatorio no tiene un protocolo que rija la intervención en cuanto a aspectos micro, sino que esta normativa general y fundadora otorga un gran paraguas como política institucional, para que luego los técnicos desarrollen un funcionamiento

clínico, en el cual mantienen naturalizados ciertos canales de comunicación e intercambio, formas de trabajo, criterios en común adquiridos en su propia dinámica de pautas introyectadas. Se funciona mayoritariamente con sistema de agendas, cronograma de grupos e historia clínica.

“y no tenemos un protocolo como documento así escrito” (Psic Pub)

Se podría decir -retomando una imagen metafórica que establece uno de los técnicos- que dicho dispositivo intenta funcionar como “sastre”, elaborando un traje a medida en el que cada técnico zurce una parte del mismo, en la medida que ciertos determinantes institucionales y de contexto lo permiten o dificultan en su elaboración. Se genera esta visión de trabajo artesanal, que establece metas concretas para cada situación con su propia especificidad, utilizando a conveniencia las herramientas disponibles en los diferentes modelos terapéuticos y sus respectivas cajas de herramientas.

“ vuelvo a lo mismo del traje a medida, si yo no abro mi cabeza, ta porque somos sastres, es a medida, si yo no abro mi cabeza porque este no puede, porque este no puede, y yo voy con el mismo librito con el mismo librito alguno va a perder, yo tengo de esa valija este puede lograr una abstinencia, este puede hacer una internación domiciliaria, no lo internes.... deja que la madre le de los remedios y se quede en la cama en la casa... ¿no? y este otro pobre hombre... jaja ¿con qué? a ver coma todos los días en vez de fumar todos los días fume el viernes o el jueves ¿viste? este en el refugio no pierdas el lugar en el refugio, bla bla bla tira cuetes y viene y digo qué bueno fulano no fumaste esta semana... ¿entendes? (Psic Pub)”

B) Algunas fuerzas instituyentes²⁶

B.1 La necesidad de cambios latentes (Centro Público)

En el centro público se identifican algunos discursos que interpelan algunas formas de entender y funcionar dentro del dispositivo.

-“..perdón, eso puede ser algo que te complejice la tarea en el sentido que no contás con el recurso tan rápidamente, para decir no, ta fulano mirame a mengano la cosa viene complicada a veces no lo tenés ... haaay yo que seee, no sé yo qué sé, yo confío en mis compañeros y ellos confían en mí(...) ¿viste? acá hay una cosa que tiene el equipo que me parece con miiil diferencias mil diferencias mil diferencias, que nos respetamos ¿viste? yo respeto a todo el mundo...” (Psic Pub)

Si bien existe un fuerte lazo basado en la confianza como elementos legitimantes del accionar del otro y del grupo en sí mismo, parecerían darse ciertos vacíos en cuanto al apoyo interdisciplinario a la hora de ejecutar líneas de acción en función de los emergentes cotidianos. La carencia de recursos humanos en momentos específicos, entendidos como necesarios para afrontar algunos aspectos del problema que exceden el campo disciplinario del técnico interviniente, parecería ser una falencia o al menos una tensión autopercebida, o sea la conjugación de los tiempos de los integrantes del equipo

²⁶ Se hace referencia a instituyente entendiéndolo como aquella fuerza de cuestionamientos, de flujo de cambio que interpela, ofrece resistencias o intenta transformar total o parcialmente el instituido de la institución (Lourau 1992)

“Mmmaso menos yo creo que muchas veces la inercia te gana a pararnos a ver bueno pa donde vamos que estamos haciendo bien.. yo que sé eso tampoco se.. no hay mucho tiempo pa eso” (Psiqui Pub)

La dificultad de encontrar momentos de abstracción colectivos parece estar determinada por la lógica desbordante de la cotidianidad, que obliga a la respuesta inmediata, la resolución micro de los problemas más cotidianos, resultando difícil encontrar espacios donde se reflexione colectivamente, ejercitando la transición entre jerarquía consciente e inconsciente de la vida cotidiana. (Heller; 1970) Así se llega a una falta de reflexividad sobre las propias prácticas profesionales y la necesidad latente de un “pienso” colectivo que arroje un nuevo documento actualizado a un nuevo encuadre anclado en la actualidad y no en la coyuntura del 2002.

Otro elemento que aflora es la individualización excesiva de la intervención, la dificultad para el trabajo con la familia como objeto de intervención directa y no como elemento contributivo o coligante a la situación-problema.

La falta de regulación micro de los lugares genera ciertos desencuentros y tensiones latentes. Parecería darse una demanda clara de un documento que intente establecer nuevos acuerdos de grupo, solidificar criterios comunes de forma escrita que guíen la intervención cotidiana sin la pérdida de la autonomía profesional. Esto mismo sucede con la falta de una referencia clara y exclusiva en la coordinación del dispositivo ambulatorio. Si bien emerge en las entrevistas que la subdirectora del centro oficia como coordinadora, parecería haber cierta carencia dada la no exclusividad de su función, lo que le quita proximidad a la cotidianidad del dispositivo y un feedback *in situ*, de trabajo próximo e inmediato con el problema.

El planteo del desborde de demandas explícitas en recepción emerge en varias entrevistas sobre todo en los técnicos del área social y psicológica sobre la falta de un “pienso” sobre cómo continuar ordenando y capacitando la figura administrativa que es la primera “cara visible”, pero también la que se encuentra más expuesta a la hora de vivenciar ciertas problemáticas emergentes. El establecer acuerdos sobre cómo proceder y qué tipo de problemáticas son pertinentes para qué especialidad, parecería ser la fuerza que busca instituir un orden en cuanto a preservar la especificidad técnica y evitar recibir demandas que no son entendidas como parte de la propia disciplina.

T-... emmm jeje.... si este... la...la dificultad de poder estee.. ofrecer ¿no? yo lo vivencio así al menos como ofrecer respuestas pensadas interdisciplinariamente y cómo diseñadas, diseñar estrategias para cada usuario, como que yo siento que a veces nos falta se hace en esa reunión de equipo y se hace cuando hay buena voluntad y buscas un compañero ahh tú lo tenes a tal usuario en tal grupo también qué hacemos entonces qué hacemos llamamos a la familia hacemos esto.. pero no existe un momento horaria para eso entonces, yo siento que a veces hay usuarios vienen vienen , vienen

manifestando síntomas que no están bien no están bien paasa el tiempo... y ta cuando quieres acordar sucutum una recaída, y viste nosotros tenemos que ver también en eso" (TS Pub)

Otro elemento sustantivo es la falta de un trabajo en la ideación colectiva del caso, la revisión sistemática ordenada y conjunta de las situaciones parece ser entendida como insuficiente, lo que impacta directamente, según algunos relatos, en los usuarios y la no detección de problemas a tiempo. La separación del tratamiento y las escasas ofertas de talleres, la falta de integralidad entre lo que sucede en otros espacios grupales o individuales con los técnicos como insumos de problematización e intervención. La idea de repensar cuánto se incide desde el dispositivo en la recaída misma del usuario, o en el fracaso terapéutico, la no efectividad en las formas que incorporan las praxis profesionales. En suma se da cuenta de una necesidad de mayor autocrítica como equipo, en un campo de oportunidades que los desafía para una reformulación normativa mediante un piense grupal a nivel de criterios de ideación y praxis, que ajuste los tiempos institucionales a los tiempos de la problemática que presenta cada usuario en su singularidad.

B.2) Instituyente solapado (Centro Privado)

En el dispositivo privado parece haber menos flujo instituyente que en el público, se denota dificultad para plantear disconformidades, tensiones, cambios o rupturas con el dispositivo o la institución. El instituido es tan fuerte que opaca la capacidad de contradecirlo. La lógica empresarial tal vez brinde cierta inseguridad a los entrevistados para ir contra lo establecido, además de cierta competitividad latente que según algunos de los entrevistados lleva a tener dificultades para compartir y enriquecer la práctica colectiva, primando cierta cuestión individualista en cuanto a las herramientas que cada uno maneja. Esto no quiere decir que individualmente no existan elementos que consideran deben ser modificados, sin embargo no especifican o parecen autocensurarse en la forma en que responden a las preguntas asociadas a esto.

Algunos de los elementos que surgen refieren a una mayor presencia de instancias grupales para trabajar aspectos de la intervención, donde parecería no ser suficiente debido al tiempo que implica el tratamiento destinado a los usuarios y la poca permeabilidad del modelo a propuestas individuales alternativas. Emerge también la necesidad de actividades de esparcimiento y la no centralidad en la institución sino llevar momentos terapéuticos en el contexto del afuera. Esto a su vez refleja la característica ya mencionada de cerramiento de la institución hacia el afuera.

El elemento instituyente que parecería latente es la falta de flexibilidad del modelo, el exceso de respuestas estandarizadas, que si bien pueden tener alguna adaptación a aspectos muy micro para alguna situación específica, parecería tener como debilidad aquello que también es su potencialidad, tal vez por la radicalización de cierta rigidez propia del modelo pero que no permite adaptar al usuario, se tiende a pensar que ciertos perfiles que les es difícil adaptarse a este disciplinamiento son necesariamente expulsados por no poder adecuarse a este funcionamiento, y el dispositivo no logra cumplir su objetivo para ese tipo de situaciones.

Capítulo 5) Reflexiones finales:

En el presente capítulo se intentará delinear las principales líneas reflexivas del documento en relación a las preguntas, objetivos y supuestos operativos planteados en el apartado metodológico del presente trabajo de investigación.

Con respecto a la dimensión de ideación, no existe una explicación unidireccional segmentada, ni en cuanto al sentido del vínculo ser humano - sustancias, ni en su expresión definida como adicción. Se da una gama de diferentes énfasis discursivos con mayor correlación de criterios tal vez en el modelo privado, dado su estricto encuadre estandarizado de concepción e intervención instituido.

En su mayoría, los discursos sostienen una categorización de tipos de consumo, donde la etiqueta de “lo social” aparece relacionado sobre todo, en aquellos tipos de consumo que refieren a la utilización de la sustancia en torno a un relacionamiento con pares, al uso esporádico, donde no parece haber un uso en el que se visualice una dependencia. En las tipologías utilizadas, cuando aparece la adicción en su expresión de drogodependencia, consumo abusivo, problemático, habitual, la etiqueta pierde este componente social visible en las formas de nombrar, cobrando centralidad la conducta individualizada del sujeto. Esto ha sido cuestionado desde los diferentes aportes teóricointerpretativos, haciendo visible paradójicamente la relevancia de lo social también en los consumos considerados de adicción, entendiendo que todos los consumos en sus diferentes tipologías se da una fuerte determinación social indispensable para comprenderlos. Ello no aparece demasiado cuestionado o problematizado en los discursos a la hora de referirse a la categorización y caracterización de formas pretipificadas de consumo.

Otro nodo a problematizar es la discusión latente entre “autonomía vs. esclavitud”, algo que parece no encontrarse resuelto en el debate profesional a la interna de los equipos, donde no está fijado un criterio de si en realidad en aquellas situaciones consideradas como adicción, el sujeto se encuentra en condición de decidir como un ser autónomo o debido a la falta/presencia de la sustancia en su cuerpo, el mismo pierde su capacidad de decisión debido al propio sometimiento del principio activo sobre su sistema neurológico. Cabe preguntarse ¿es en todos los casos que se puede hablar de una enfermedad entendida como cuasincapacitante como aquello sobre lo cual el sujeto no puede decidir en sus actos

inmediatos? ¿Cuánto pesa en la adicción de los sujetos la estructuración externa y cuanto lo individual? ¿Hay una pérdida de autonomía?. Si es así ¿es crónico o transitorio? Esto resulta importante como cuestión a problematizar desde los equipos ya que hace a la construcción de una mirada sobre el individuo en tratamiento, algo que parecería no estar completamente definido grupalmente.

Otra reflexión sobre la connotación de “el adicto” como etiqueta con una potencialidad estática definitiva, que genera una transferencia hacia el usuario que puede estar acotando el campo de sus posibles. Esta ideación del problema como una enfermedad crónica, que nunca podrá ser superada, tiene una potencialidad condenatoria que tal vez pueda determinar *a priori* la posibilidad de lo que cada sujeto pueda alcanzar con su proceso de tratamiento. El calificativo de adicto a la hora de referirse al usuario, también lo connota con una única faceta estática, siendo justamente el tratamiento un proceso de redescubrimiento personal de todas sus otras facetas, potencialidades, oportunidades, que cada situación trae consigo, por lo que el etiquetamiento rígido podría estar sabotando o entrando en contradicción con lo que se intenta transformar en la praxis profesional. Entendido esto, cabe preguntarse; si la adicción es una enfermedad crónica que nunca podrá ser superada o con la que el sujeto deberá lidiar toda su vida, como anuncian algunas perspectivas relevadas en el estudio²⁷ ¿es correcto entender la intervención sanitaria en drogas como un tratamiento de rehabilitación o en realidad es un paliativo para compensar ciertos momentos de ese “vínculo patológico” entre el usuario y esa sustancia, algo que en definitiva nunca podrá trascender? *A priori* parecería tratarse de una contradicción entre el modelo de concepción y el de intervención adoptado sobre todo en el centro privado.

Los entrevistados del área de psiquiatría de los distintos equipos parecen ser los discursos menos permeados por las visiones de otras disciplinas intervinientes, resultándoles difícil realizar procesos de abstracción que escapen a la casuística clínica, algo que tal vez se estructure a partir de la formación y de lo esperado dentro de la cotidianidad de los dispositivos, en cuanto a su función o papel a desempeñar. Se da en su cotidianeidad la tensión entre la figura del “dealer” clínico - vínculo utilitarista vs. tratamiento farmacológico ético responsable. Esto lleva a replantearse la sustitución

²⁷ Con esto se hace hincapié en las potencialidades que posee el modelo sociocultural para aportar a la problematización de la lógica hegemónica- de adicción o adicto en el ámbito de la salud. “ En este aspecto, el modelo sociocultural ha podido dar cuenta no solo de la perspectiva del “sujeto adicto”, sino también de los vaivenes históricos del propio concepto de adicción. De esta manera el concepto de adicción deja de ser una categoría exclusivamente “natural” o “biológica”, y pasa también a la arena de la cultura, la política, los intereses sociales y económicos.” (Apud y Romani 2016; 122)

utilitaria de drogas ilegales por psicofármacos, como tendencia al cambio de satisfactor sustancia pero continuidad del vacío o carencia, en términos de la teoría del deseo.

La transformación paulatina de cómo se concibe el consumo de sustancias en la sociedad uruguaya contemporánea, sumado a una apropiación histórica de la temática en el campo de la salud, a modo de supuesto cabe preguntarse si esto podría haber modificado los discursos de quienes ejecutan el trabajo de intervención, encontrándose una visión latente que prioriza el acceso a una respuesta sanitaria, desde cierto respeto a los derechos del usuario. Parecería haber cierta reflexividad común manifiesta, que llevó por ejemplo a cuestionar ciertos procesos de estigmatización que se generaban en los propios dispositivos sanitarios con respecto a los usuarios consultantes.

En cuanto a la visión de los técnicos sobre los marcos normativos de prohibición y regulación, parecería haber una fuerte consonancia con los discursos hegemónicos actuales, aunque no visualizan que impacten significativamente en su tarea diaria. Si bien hay un manejo diferencial de la normativa y sus contenidos, resultando más próxima a los técnicos del centro público, se resalta la regulación de la marihuana como hito discursivo, como tema sensible y muy presente en el campo reflexivo de los técnicos. No se problematiza demasiado el impacto que genera la prohibición en la cotidianidad de los usuarios, los cuales deben manejarse bajo un manto de prohibición para poder acceder a la sustancia que consumen, con todas las situaciones que esto conlleva para ellos, desde la alteración de las propias sustancias hasta los procesos de violencia en todas sus expresiones a las que se ven obligados a vincularse para poder obtener una sustancia en el contexto de un mercado no regulado, donde operan lógicas sumamente vulnerabilizantes para el sujeto y su entorno. Sin embargo, en ocasiones sí se destacan discursivamente elementos que refieren a la individualidad transgresora e impulsiva de los perfiles como algo propio y dado, aparecen poco cuestionados los procesos macrosociales que lo generan.

A la hora de hablar sobre el proceso de regulación post ley, se da una cuestión dicotómica de reconocimiento de los fundamentos que se manejaron como pro regulación, mejora de calidad de sustancia, legalidad vs. narcotráfico, reducción de riesgos y daños visibles, pero por otro lado se menciona la falta de información general y de procesos educativos que trabajen en deconstruir ciertas representaciones sobre la marihuana, pero no solo. Esto ha generado una aparente baja de la percepción de riesgo de los usuarios que llegan a los centros de atención. La representación en el imaginario colectivo que

identifican los técnicos en su población es una imagen de no daño, e incluso de no droga, algo muy similar a lo que identifican en la naturalización del consumo de alcohol o tabaco.

A la hora de establecer una postura sobre el debate regulación o prohibición, parecería no haber una cuestión grupalmente construida a la interna, sino que parecería entrar depositado en lo que es la visión más personal de cada técnico, que incluso parece trascender lo disciplinario. Esto parecería manifestar una cierta separación entre la órbita política de decisión y la órbita de la ejecución de la política pública en salud, algo que retroalimenta un alejamiento entre las esferas de toma de decisión y la potencialidad que tienen los dispositivos ejecutores, sobre todo para realizar investigaciones evaluativas que apunten a dar sustento a la decisión política, permitiéndose trascender la intervención micro con el usuario, para así problematizar el impacto de fenómenos estructurales en su propia población objetivo.

Otro elemento resaltable en cuanto a la ideación o concepción del tema, es que la mayor parte del peso en política pública sobre el tema drogas recae en el campo de la salud. Sin embargo se reconoce por sus propios exponentes técnicos, que una vez la situación llega a dicho campo es porque en realidad el problema ya está instaurado como tal, resaltándose fuertes falencias en el campo de la educación, y en la generación de cierta gobernabilidad autónoma del sujeto, que genere un circuito consolidado de prevención, y un mayor manejo de los riesgos y daños que implican las sustancias para los usuarios. Se resaltan muy positivamente las iniciativas como las generadas desde la Intendencia, MS y organizaciones de la sociedad civil en ciertas acciones puntuales desde reducción de riesgos y daños. Algunos ejemplos citados son el análisis de pastillas en fiestas de electrónica, suministro de agua, carpas de "achique" y distintos abordajes comunitarios en territorio. Parecería enfatizarse que dichos lineamientos deberían tener una lógica de política de Estado para todas las drogas, buscando mayor alcance y presencia de este enfoque, siendo tan importantes como lo ya implementado en el ámbito de la salud donde sobre todo se aborda al individuo y su entorno más próximo, pero no aquellos factores macrosociales que en definitiva inciden de forma determinante en la construcción de una cierta forma de vincularse con las drogas.

En cuanto a la concepción del problema, se identifica la dicotomía aprendizaje vs. enfermedad. Esta cuestión, que en el marco teórico fue pre visualizada como un conflicto entre dos formas de explicar el tema desde la academia, parecería replicarse en los

discursos de los equipos estudiados. En el caso del centro privado de intervención, se entiende desde el instituido que la adicción es una enfermedad incuestionablemente, mientras que en el público existe una cierta amplitud de criterios, encontrándose una tensión de ideación que parecería resolverse en una cierta adecuación pragmática para cada situación particular. Sin embargo la amplitud de ideación no necesariamente implica una mejor forma de detección y abordaje *per sé*, ya que de sostener debilidades en mecanismos interdisciplinarios de diagnóstico y análisis integral de las situaciones abordadas, la concepción se puede volver poco precisa o incluso contradictoria entre los técnicos intervinientes. Al no visualizarse tampoco un enfrentamiento de posturas radicales de una u otra ideación en el dispositivo público, no aparecen grandes grietas en las perspectivas técnicas que se materializan en el modelo sastre. Sin embargo no aparecen mecanismos grupalmente constituidos que permitan diferenciar cuándo se está ante un tipo de consumo problemático de carácter patológico y cuándo ante uno con mayor peso de causalidad psicosocial, para optimice luego los esfuerzos terapéuticos desplegados dentro del dispositivo.

Desde las formas de entender el problema predomina la idea de disfuncionalidad y normalidad, entendiendo que ciertas conductas no se ajustan a un cierto estándar normativizado de un deber ser deseable, esperable, que ha sido universalizado. Esto se visualiza muy claramente en el centro privado, mientras en el público no se habla explícitamente de estos elementos en los discursos, sin embargo si se encuentran en el instituido de su documento fundacional. La cosmovisión sistémica en el área social en cuanto al entendimiento del orden, se encuentra históricamente emparentada con la mirada médica de lo social, a su génesis en el campo de la salud. A su vez, encuentra consonancia con la idea de tratamiento y rehabilitación, de llevar la desviación social a la normalidad, en una idea de orden del mundo parsoniano y mertoniano.

En el relevamiento discursivo a partir de entrevistas, se visualizan algunas teorías que han sido muy cuestionadas desde la academia y las posturas más contrahegemónicas del saber experto en drogas. Una es la teoría de la escalada y la otra es la relación causal forzada de a mayor acceso, mayor adicción. Ambas tal vez reflejan los vestigios fosilizados de una visión previa, que tiene origen en un prohibicionismo clásico que parece no quedar del todo en el pasado. Este fenómeno propio de un momento de transición parece replicarse también en las normas vigentes en materia de drogas, donde si bien se

intenta transformar el paradigma, aún guarda normas que recrudecen e incrementan el prohibicionismo clásico, dándose un marco sumamente abigarrado y contradictorio.

En cuanto a las consecuencias del problema, parece haber una perspectiva de que la “adicción”, impacta directa e indirectamente a lo denominado salud pública. Se ponen ejemplos como violencia, delincuencia y accidentes de tránsito para fundamentar el argumento. Esto es problematizado y cuestionado desde la presente investigación, sobre todo en cuanto al alcance excesivo e insuficiente de la idea de salud pública, lo que refleja una característica de la modernidad, donde la vida en general es patologizada de forma exponencial. Cabe preguntarse si en realidad el problema es social por definición y que también se refiere a consecuencias sociales en la mayoría de las situaciones, donde en algunas circunstancias particulares se da un daño en salud pública, pero que no es lo preponderante, si de consecuencias a terceros en la comunidad se habla. Tal vez si hay algo que por definición sí atenta contra la salud pública, o contra lo social en general, no es la conducta de consumo problemático individual, sino el prohibicionismo en sí entre otros factores vulnerantes del sujeto. ¿Es la violencia en contexto de consumo de drogas un problema que impacta gravemente contra la salud pública o es la violencia en sí un problema social que en ocasiones interactúa con sustancias y en definitiva tiene un impacto social general, donde a veces impacta en la salud de terceros? ¿Es la delincuencia y la violencia relacionada con drogas un problema devenido del consumo o en realidad responde a fenómenos estructurales como el propio prohibicionismo el cual siembra y sostiene lógicas de funcionamiento que culminan estructurando estas cuestiones atribuidas simplifcadamente luego al consumo de drogas? ¿Es el consumo de sustancias efectivamente lo que genera un daño a la salud como bien público, o en realidad esto responde a un impacto social propio de las dinámicas generadas por el prohibicionismo, factores criminógenos y las conductas que los sujetos adoptan cotidianamente para manejarse en dicho marco?

Especificadas estas reflexiones sobre la ideación, parecería que efectivamente se cumple el supuesto de que existen representaciones, significantes, atribución de sentido y expresiones en común entre los diferentes profesionales entrevistados de ambos dispositivos. Pero si bien se comparten ciertas atribuciones de sentido, cabe destacar que se da con ciertas particularidades que los diferencian según el centro y según la particularidad de cada técnico. Se pueden encontrar diferencias siempre y cuando la institución admita la

coexistencia de las mismas, algo que se da diferencialmente entre el centro público y el privado en cuanto a la relación instituido instituyente.

En cuanto al vínculo de los centros con la política pública en drogas, en términos generales parecería darse una mayor proximidad en el ámbito público, mientras que en el ámbito privado mantiene una relación parcial con la macro propuesta. Esto entra en tensión con la idea de SNIS, de lograr una cierta equidad entre los efectores, dándose entonces aún una cierta diferenciación entre esferas y su interconexión interinstitucional. Parece un desafío para la política de drogas actual alcanzar cierta homogeneidad en el alcance de la propuesta en sí, una revisión de su exclusividad abriendo y promulgando una mayor participación de todas las esferas tanto públicas como privadas por igual, en aquellas instancias de debate, propuestas y oportunidades de construcción política en conjunto. Al mismo tiempo debe darse una mayor apertura y reforzar desde los dispositivos privados de asistencia, una dinámica que implique elevar propuestas proactivas que acerquen las partes a una línea realmente integral, que contemple las diferentes realidades de todos los que componen la malla asistencial.

Una cuestión que resulta como cierta debilidad para la investigación es la no inclusión directa de entrevistados que den voz a la propuesta de atención en drogas que efectiviza el mutualismo. Para complementar esto, se intentó reconstruir el vínculo desde el propio centro privado sobre el cual tercerizan cierto servicio dentro del tratamiento, pudiendo hacer emerger ciertas interrogantes y tensiones llegando a supuestos bastante consistentes en base a los relatos de los propios técnicos que coordinan diariamente con la mutualista que deriva.

El centro privado, dada la estructuración que le brinda la propia lógica de acuerdos por tercerización, condiciona su alcance en el tratamiento de los usuarios que trabaja, lo que tiene como consecuencia la fragmentación del tratamiento del sujeto, que en función a su cobertura asistencial y su capacidad de pago, puede o no acceder a determinados servicios de forma diferencial. La partición del tratamiento entre la comunidad terapéutica y el ambulatorio mutual, podría atentar contra sostener una misma lógica de intervención. La decisión sobre qué modelo o tratamiento acceder debería radicar en el usuario fomentando la autonomía de decidir si quiere continuar o no tratándose en el centro privado donde realizó su proceso de internación, o si en realidad prefiere realizar en su defecto el ambulatorio en la mutualista u otras opciones que hoy no posee. Esto permitiría

un ajuste de intervención a la voluntad del usuario en función de sus necesidades particulares o sus experiencias con las diferentes propuestas terapéuticas y no en función al mandato vertical que el esquema de tercerización mutual le ofrece limitadamente. Esto habla de una determinación externa al sujeto, en su propio camino de asistencia, no pudiendo optar por lo que mayor beneficio le genera personalmente, sino que lo transita a partir de lo que el equipo y el marco institucional le proveen. Esto se vuelve más relativo cuando se habla de usuarios con mayor nivel socioeconómico, ya que los capitales le dan al usuario y su familia una mayor autonomía de elección y acceso pago a distintos satisfactores, que brinden mayor beneficio desde su propia autopercepción.

En contraste, el instituido público parece tener cierto desfase con su documento fundacional, el cual fuera generado en un momento histórico coyuntural, pero que no se ha logrado aggiornar en un nuevo documento, que sintetice los nuevos aportes de su propio equipo técnico y los cambios que cristalizan la propia dinámica social expresada en la realidad de su población objetivo actual. Esto parecería ser un desafío que debe afrontar el dispositivo público estudiado, para poder consolidarse y renovarse a sí mismo en su forma de entender e intervenir, algo que si bien se vendría haciendo en la cotidianidad, no se ha logrado consolidar en un acuerdo grupal conciliado y escrito que regule y lleve al colectivo técnico del lugar a un verdadero debate problematizador y refundacional.

Ambos centros mantienen modelos muy diferentes. Por un lado el denominado “modelo sastre” y por otro lado el “modelo de uniformidad abstinencialista de rehabilitación”. Esto refleja la diversidad de ofertas que coexisten en la malla asistencial público privada, algo que por los propios técnicos entrevistados de ambos centros es visto como positivo bajo la premisa de que a mayor oferta, mayor posibilidad para que el usuario pueda optar por lo que mejor cumpla con su necesidad a la hora de ser asistido. Sin embargo, esto no refleja una libertad real de los usuarios para acceder a un lugar u otro ya que el SNIS aún mantiene ciertas barreras que dificultan la movilidad inmediata del usuario, el cual en general requiere una respuesta en poco tiempo. Esto parecería ser un desafío para el propio sistema de salud en cuanto a poner el eje en el usuario y sus necesidades, conciliando los tiempos institucionales y los tiempos de la demanda del usuario.

Si bien la población objetivo de cada centro es diferente dada su estructuración, podría decirse que comparten algunas características en cuanto a perfiles de usuarios. La

expresión del policonsumo como cuestión compartida parece ser un elemento destacable. Luego se diferencian claramente en el origen social de sus usuarios y el respaldo de sus referentes durante el proceso de tratamiento. Se podría decir que en términos generales aún se cumple que los usuarios que se encuentran en peor situación de vulnerabilidad socioeconómica se continúan tratando en el centro público de referencia, mientras que aquellos que tienen un cierto vínculo con la malla de protección social acceden al mutualismo y/o buscan y pagan una atención diferencial exclusiva en el centro privado.

Sobre las reflexiones realizadas en cuanto a la ejecución de dos modelos de intervención distintos y en relación al supuesto establecido para esta dimensión, se podría decir que en ninguno de los dos casos coexisten modelos de intervención puros y opuestos entre sí que choquen y se contradigan radicalmente. En el modelo público, si bien se acepta como línea central el no ejecutar un solo modelo teórico técnico, como característica de su impronta, se dan ciertas tensiones en cuanto a posturas, debido a que no es un modelo totalmente definido de acción e ideación común, sino que se permite a sí mismo la disidencia, dándose una construcción discursiva que se ajusta a la situación de cada usuario. A pesar de esto existen ciertos sincretismos conceptuales y de técnicas o estrategias implementadas a la interna en pro de dar solución a ciertos emergentes problemáticos concretos, no lográndose definir conceptualmente todas las herramientas y criterios de forma unívoca, crítica y acabada a la interna del equipo.

En el caso del centro privado, las contradicciones no parecen ser tan recurrentes dada la fuerte lógica del modelo de uniformidad, el cual aúna todas las líneas de acción en pro de una misma forma de intervenir, incluso definiendo cuestiones sumamente detalladas. Explícitamente se define y se toma partido por una sola concepción del problema, algo que permanece incuestionado, pero que en definitiva solapa cualquier tipo de contradicción de criterios que pueda emerger.

En cuanto a la grupalidad cabe destacar la relevancia constatada por las observaciones del papel que desempeñan las figuras administrativas de recepción de ambos centros y la cierta invisibilidad por parte de las instituciones. No es visualizada en términos generales la potencialidad que tiene dicho espacio, no se los concibe como parte del equipo aunque canalicen gran parte de las instancias de intervención en la lógica de funcionamiento de ambos centros, siendo que forman parte importante de la lógica de los dispositivos que se encuentran operando.

En cuanto a interdisciplina, parece haber un horizonte claro de ir hacia esa forma de entender e intervenir, sin embargo en el centro público parecería faltar una optimización de instancias de debate en pro de establecer de forma más efectiva ciertos criterios comunes, que ordenen la intervención y permitan generar esa actualización de la propuesta, por ejemplo solidificando en términos de documentos que den orden y acuerdo a la interna del dispositivo. Por el contrario, en el centro privado parecería haber un instituyente que demanda una mayor apertura al cambio, a lo flexible, que habilite nuevas ideas y horizontalice la propuesta de intervención, dando mayor posibilidad creativa, de decisión propositiva de todos sus referentes, al igual que mayores instancias de encuentro formal, para fortalecer el propio colectivo de intervención. Esto podría dar mayor capacidad de innovación técnica, compartiéndose nuevas herramientas de intervención y flexibilizando la propuesta terapéutica, buscando cierta diversidad y ajuste, que parecería sumamente constructivo para el modelo, sin necesariamente perder su impronta fundante.

En relación de las reflexiones sobre el supuesto de grupalidad trazado *a priori*, no se considera que la investigación tenga elementos suficientes como para profundizar en el análisis de la interacción a la interna de los equipos. Esto se debe a que no se sostuvieron instancias de observación de ciertas dinámicas íntimas de los equipos ambulatorios y/o encuentros grupales que hubieran permitido tener mayores elementos para analizar en este aspecto. Sin embargo, sí se logra problematizar los discursos correspondientes a cómo los técnicos conciben individualmente esa grupalidad, sobre todo en torno a la construcción y ejecución de sus respectivos modelos de intervención.

Quedan abiertas interrogantes en las cuales se podría profundizar en futuros trabajos de investigación, por ejemplo integrando al análisis otros dispositivos de atención de la red asistencial de drogas, buscando diferencias y similitudes con los discursos profesionales de los equipos insertos en departamentos del interior del país. Se podría explorar algunos de los vacíos en la red, que especifican los entrevistados y qué mecanismos operan para que estos existan o incluso adentrarse nuevamente en un abordaje micro que estudie exclusivamente las herramientas técnicas aplicadas y compararlas entre sí.

Estas son algunas de las principales contribuciones que realiza la investigación sociológica dentro del campo de la salud, sumando en esta oportunidad específica a generar una visión reflexiva sobre las prácticas cotidianas de ideación e intervención a la

interna de dos equipos, que ocupan un lugar importante en el abordaje asistencial de usuarios que mantienen un uso problemático de sustancias. Se realizan aportes que problematizan elementos conceptuales, de percepción, pero también aportes mayormente pragmáticos que apuntan a repensar y enriquecer la ejecución de las líneas de intervención que lleva adelante cada modelo.

6- Bibliografía de referencia:

Adorno, T y Horkheimer M: (1994) Dialektik der Aufklärung. COLECCIÓN ESTRUCTURAS Y PROCESOS Editorial Trotto, S.A. Sagasta, 33. 28004 Madrid

Agamben, G (2015) ¿Que es un dispositivo? Anagrama, Colección Argumentos

Apud, I, Romaní, O (2016) La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. Article in Salud y drogas Revista Health and Addictions

Aristóteles: (1999) “Retórica” Ed: Gredos Madrid

Barrán, J P: (1992) El Poder de Curar. Tomo1. Edición Banda Oriental. Montevideo. Uruguay.

Bayce, R (2009) “Argumentos a favor de la despenalización de las drogas”. Inédito. Montevideo. Uruguay

Bayce,R (2012) “Drogas derecho penal y salud pública” en el libro La Permanente Crisis de la Política Criminal A 20 años del Primer Congreso de Derecho Penal y Criminología Ed: CIEJ-AFJU. Uruguay

Bayce, R.- (2012) “Los trasfondos del imaginario sobre 'drogas': valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos”. Aporte universitario al debate nacional sobre drogas. Colección Art. 2. CSIC. Udelar. Montevideo. Uruguay.

Berterretche, R. 2001 Salud y enfermedad conceptualización y evolución histórica. Determinantes. En Liliana Etchebarne (coord.) Temas de medicina preventiva y salud. 3ra.Edición. Editorial Oficina del Libro FEFMUR, Montevideo, Uruguay,.

Block, R et al. (1990) “Long- term marijuana use and subsequent effects on learning and cognitive functions related to school achievement: preliminary study” en NIDA Research Monograph Series. No. 101. National Institute on drug abuse. Department on health and human services. US Government printing office. Washington DC. US.

Cueva, G (2012) “Violencia y adicciones: problemas de salud pública”, Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

Chalmers, A (1999) ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Ed Siglo Veintiuno España.

- Escotado, A:** (1993) *Nuestro Derecho a las Drogas* Editorial Anagrama. Barcelona, España
- Fernández J y Rossal M** (2016) “Puntos de Encuentro y Puntos de Mira” JND-UDELAR. Montevideo Uruguay
- Fernández, T y Boado, M** (2004) *Una mirada a la crisis uruguaya desde las clases y la pobreza (1998-2004)* en Mazzei *La sociología Moderna en el Uruguay* Dpto de Sociología Facultad de Ciencias Sociales. Udelar
- Foucault, M:** (1996) “*Historia de la Sexualidad. Vol. I La voluntad de saber. Siglo XXI* Editores. Vigésimo cuarta edición.
- Gramsci, A** (1975) “*El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto*” Croce, Juan Pablos Editor, México
- Gallego García, G 2011** - “¿Por qué no debemos prohibir la ayuda al suicidio?” Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo.
- Habermas, J** (1999) *Racionalidad de la Acción y Racionalización Social. Teoría de la Acción Comunicativa Tomo 1* Ed Taurus Humanidades, Buenos Aires Argentina
- Heller, A** (1970) “*Historia y Vida Cotidiana.*” Ed. Grijalbo- México 1985
- Herzlich, C.** (1988). *De ayer a hoy: construcción social del enfermo.* Cuaderno Médico Sociales Nro. 43.
- Inchaurrega, S** (2001) “*Drogas y políticas públicas El Modelo de Reducción de Daños*” Editorial Espacio
- Jelin; E (2010)** “*Pan y Afectos*”. La transformación de las familias. Ed Fondo De Cultura Económica. Argentina.
- Jociles, M** (2005). *El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibáñez,* Revista de Antropología, núm. 7, 2005, pp. 1-25 Universidad Nacional de Misiones Misiones, Argentina.
- Kosik , K** (1967) *Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo* Ed. Grijalbo, México
- Lacan, J.** (1963). *El seminario 10: La Angustia.* Buenos Aires- Barcelona- México: Paidós.
- Lourau, R** (1992). *El Análisis Institucional,* Ed. Amorrotu, Madrid, España, .
- Medina, M** (2012) “¿Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?” Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, DF. México

Mioto, R (1997): —Familia y Serviço Social y Sociedade. Contribuições para o debatell
Ed: Cortez. Brasil.

OPS (2010) La política de drogas y el bien público. Biblioteca Sede OPS Washington DC

Ortiz M, G (2009), “El prohibicionismo, las adicciones y la autonomía individual”, en
Rodolfo Vázquez (comp.), ¿Qué hacer con las drogas?, México, Fontamara.

Richmond, M (2005), “Social Diagnosis” ed Siglo XXI Madrid España

Puga, C (2013) Adicción, salud y autonomía: Una defensa normativa de la legalización de
algunos narcóticos para fines recreativos Revista Política y Gobierno Vol 20 N2 México

Riviére, A. (1992) “Teoría Social del Aprendizaje: Implicaciones Educativas”. En: Coll,
C., Palacios, J. y Marchesi, A. (Comp.) Desarrollo Psicológico y Educación II. Madrid:
Alianza.

-Romaní, O (2010) “Adicciones, drogodependencias y “problema de la droga” en España:
la construcción de un problema social”, Universidad “Rovira i Virgili” de Tarragona,
España. Número 49 ed Revista Cuicuilco México

Silva, M (2013) “Toxicología Vincular: Hacia un paradigma no drogocéntrico y
transdisciplinario de los vinculos toxicos”. Uruguay

Stolkiner, A: (1999) La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista El
Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3, N° 10/1999, Rosario.

Taylor; R. Bodgan (1984). “La observación participante en el campo”. Introducción a los
métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós
Ibérica..

Taylor,S.J. Bogdan, R (1992).-Introducción a los métodos cualitativos en investigación.
La búsqueda de los significados. Ed.Paidós, España

Weber, M (1992[original en alemán de 1922]): Economía y Sociedad. FCE, Ciudad de
México, México. (Primera parte: conceptos sociológicos fundamentales).

Zamora, José (2010) “Mito y paradigma en el político de Platón” Universidad Autónoma
de Madrid. España

Zola, I.K. (1972). La Medicina como Institución de Control Social. En: De la Cuesta, C. (Comp). Salud y enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina. Antioquia, Universidad de Antioquia, 1999

Fuentes documentales:

-Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes (1993) “La importancia de la reducción de la demanda”. Thematic Chapters. Viena, Austria.

-Junta Nacional de Drogas (2016): Estrategia Nacional para el abordaje del problema Drogas 2016-2020

-Junta Nacional de Drogas: (2015) La oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de Drogas en Uruguay

-Organización Panamericana de la Salud (2010) “La Política de Drogas y el Bien Público”. Washington DC

-OPP: (2006) Sistema Nacional Integrado De Salud. Lineamientos De La Reforma De Salud. Versión Síntesis SMU. Uruguay

-UNDOC (2009) De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogo-dependencia mediante atención sanitaria en lugar. Viena, Austria.

-Naciones Unidas:(1972) Convención Única de 1961 Sobre Estupefacientes enmendada por el protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Link Web: <https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention>