

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

El rol del Trabajo Social en las políticas dirigidas a la atención del consumo de cannabis. Una visión desde el plano local

Natalia Termi
Tutora: Cecilia Silva

2019

Resumen

En este trabajo se realizó un estudio cuyo propósito fue conocer el rol que cumple el Trabajo Social en las políticas públicas dirigidas a la atención del consumo de cannabis en el Departamento de Durazno. Para la realización de dicho estudio se diseñó un estudio descriptivo de orden cualitativo. No se pretendió medir, ni asociar, sino que conocer la realidad de un fenómeno, esto nos permitió tener así una primera aproximación a la temática. Se realizaron entrevistas a profesionales del Trabajo Social que se desempeñan en distintos campos relacionados al área de estudio en la ciudad de Durazno, obteniendo datos relevantes para el desarrollo de la monografía.

De los datos obtenidos se puede identificar el rol del Trabajo Social en aspectos de prevención de prácticas con potencial de vulneración, promoción de información adecuada, abordaje familiar e individual. El Trabajo Social es parte activa de los equipos de abordaje, creando estrategias a la par con otros profesionales y la sociedad civil.

Palabras clave: Trabajo Social, abordaje profesional, regulación del consumo de cannabis

Índice

• Introducción	4
• CAPITULO 1: Consumo de drogas: conceptos generales	6
1.1 Consideraciones sobre el consumo de drogas, haciendo un poco de historia.....	10
1.2 Breve recorrido en nuestro país sobre la temática.....	15
1.3 Legalización de la marihuana.....	17
• CAPITULO2:El Trabajo Social desde una perspectiva Histórica	19
2.1 Algunas particularidades del Trabajo Social en las intervenciones en el proceso de medicalización social.....	21
2.2 La experiencia de Trabajo Social en el departamento de Durazno.....	23
• Consideraciones finales	30
• Bibliografía	33

Introducción

El presente trabajo corresponde a la monografía final para el egreso de la Licenciatura en Trabajo Social, Plan 1992, del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El mismo se propone un estudio descriptivo sobre el contexto de regulación del consumo de cannabis en Uruguay y el rol del Trabajo Social en el conjunto de políticas que surgen a partir de los cambios normativos. El estudio se realizó tomando como campo empírico a profesionales que se encuentran en los ámbitos donde se realiza acciones tendientes a la prevención en la capital de Departamento de Durazno. El objetivo general que guio esta investigación hace referencia a conocer el rol que cumple el Trabajo social en las políticas públicas dirigidas a la atención del consumo de cannabis.

Se buscó conocer y analizar las características que asume la intervención de la profesión con la población que consume cannabis, particularmente cuando tal consumo significa un hábito problemático para el desarrollo de su vida diaria. Con respecto al problema de estudio y conociendo esta realidad se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los ámbitos preventivos en los que interviene el Trabajo Social en el departamento de Durazno con respecto al uso problemático del cannabis?

El cambio de enfoque en nuestro país hacia las políticas de drogas ha sido relevante, buscando un abordaje integral en la materia, haciendo hincapié en la educación y no solo en el aspecto represivo. Para esto se incorpora al Estado y a la sociedad civil, así como también las comunidades locales e instituciones privadas. La política sobre drogas aparece en todas las agendas políticas y la integración de profesionales del Trabajo Social es significativa en la constitución de equipos interdisciplinarios.

La monografía se organiza en tres capítulos. En el primer capítulo se aborda el tema del consumo de drogas introduciendo algunos conceptos clave sobre sustancias y usos de las drogas que aportan a la comprensión del tema en un sentido amplio. Asimismo, se describe el contexto nacional exponiendo una breve reseña general sobre el consumo problemático haciendo énfasis en la Ley 19.172. En el segundo capítulo se analiza la llegada de las

profesiones asistenciales como respuesta a la cuestión social para luego desarrollar el rol que le compete al Trabajo Social en el modelo de prevención. En el tercer capítulo se realiza el análisis de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales del Trabajo Social y referentes del tema que trabajan en ámbitos en los que se puede realizar el trabajo en prevención. Finalmente se desarrollan las conclusiones principales a las que se arribó en el estudio.

Capítulo 1: Consumo de Drogas: conceptos generales

En este capítulo se presentarán los trazos principales del contexto histórico que contribuyó a configurar el análisis de la construcción social de consumo problemático de drogas en nuestro país.

Con el correr del tiempo las drogas se han presentado de diferentes formas, teniendo en cuenta las diferentes sociedades, con diferentes culturas y con maneras distintas de concebir la realidad, muchos son los cambios que se han producido en este largo proceso.

El uso de las drogas tiene sus orígenes en el comienzo de la humanidad, tanto en medicina como en cultos religiosos, la utilización de distintos tipos de hongos y plantas se hacía de forma natural, ya sea en rituales o en actividades médico-terapéuticas (Slapak, Grigorovi; 2007).

Se pueden encontrar diferentes connotaciones cuando se habla de las drogas, que son “buenas” y “malas”, “drogas” y “medicinas”, sustancias “decentes” e “indecentes”, “venenos del alma” y “curalotodos”, fármacos “delictivos” y “curativos”, sin embargo se realiza escaso énfasis en el efecto de cada compuesto y sobre en la generación de información por lo cual en ellas recaen consideraciones no adecuadas (Escohotado, 1998, p.13).

Este autor plantea que cualquier droga se presenta como un potencial veneno y un potencial remedio, que esta se convierta en nociva o benéfica, depende exclusivamente de la dosis, las ocasiones para la que se emplea; su pureza; condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso.

Por otra parte, Szasz (1992) realiza un debate sobre las leyes y sobre como el gobierno crea la idea de que muchas sustancias son drogas peligrosas. Se pregunta dónde radica precisamente nuestro problema con las drogas y plantea que “radica principalmente

en el hecho de que muchas de las drogas que deseamos son aquellas con las que no podemos comerciar, ni vender, ni comprar” (Szasz, 1992, p. 25).

Este autor propone que resolver nuestro problema con las drogas prohibiéndolas no es la solución adecuada, se cree que las medidas utilizadas han agravado el problema, al definir el uso de drogas como enfermedad y obligando a los consumidores a un tratamiento en ocasiones involuntario “...porque nuestro concepto sobre la naturaleza del problema es erróneo, porque nuestros métodos de respuesta son coactivos y porque el lenguaje con que lo tratamos es engañoso” (Szasz, 1992, p. 26).

Szasz (1992) plantea que “ninguna droga es peligrosa mientras no entre en el cuerpo, y cualquier droga puede ser peligrosa para ciertas personas y en determinadas dosis. Es importante que quien decida consumir drogas, conozca los efectos de la misma” (Szasz, 1992, p. 109).

Si pensamos cómo las drogas fueron evolucionando a lo largo de la historia partimos de la premisa que en la actualidad estos usos han cambiado, se pasó de usos religiosos- terapéuticos a usos recreativos y festivos. Si tenemos en cuenta los cambios que se produjeron en los diferentes contextos en los que se daba dicho consumo, podemos ver que lo que hoy preocupa a la mayoría de las personas es que aquellos contextos son muy distintos a los de hoy. Si bien el abuso de sustancias viene desde hace mucho tiempo, con el correr del mismo se fue dando un cambio en contextos donde se realizan tales acciones, afectando esto al individuo o al entorno social, familiar o laboral.

En torno al uso de las drogas son diferentes las situaciones que se van dando. Para esta monografía priorizamos trabajar con algunas definiciones más clásicas y más hegemónicas en este campo, tomando principalmente algunas definiciones de las drogas como la de la OMS y sus clasificaciones.

Una definición clásica dada por la Organización Mundial de la Salud puede servirnos de guía para intentar comprender qué son esas sustancias que llamamos drogas: (OMS, 1978)

“droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Las drogas son sustancias químicas que al ser consumidas alteran el comportamiento, el humor, la percepción o las funciones mentales. En la medicina se utilizan para aliviar el dolor y curar enfermedades”.

Tozué (2006, p.28) plantea que existe un grupo de sustancias denominadas drogas psicoactivas, las clasifica según el efecto provocado sobre el sistema nervioso central: Depresoras, Estimulantes y Alucinógenas. Las Depresoras: son aquellas que retardan disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión (alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados (morfina, heroína, metadona). Las Estimulantes: son aquellas que aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud (cocaína, estimulantes tipo anfetamínico, sustancias de síntesis).

Los alucinógenos: es un grupo de sustancias cuyo nombre proviene de las alucinaciones que originan cuando consumen. Los sentidos dan señales falsas bajo el efecto de la droga. Se puede oír, tocar y oler cosas que no existen. Las personas sufren de alteraciones de la afectividad y confusiones. Entre ellas se encuentran la marihuana, el LSD y la mescalina.

La cantidad y el tipo de ingesta determinará las consecuencias negativas para el cuerpo, el exceso puede generar drogodependencia, generando en el consumidor una necesidad de consumir drogas para obtener sensaciones placenteras o eliminar algún dolor.

Todo lo antes expuesto nos lleva a pensar más allá de lo que son las drogas en sí y sus clasificaciones, pensar en cómo se concibe la realidad del consumo actualmente. Desde una mirada social las drogas se constituyen como sustancias prohibidas, nocivas para la salud y que de alguna forma traen un prejuicio individual y social. Pero ¿para quién

es un problema dicho consumo?

Durante muchos años el enfoque de las políticas de las drogas llevado a cabo por diversos países encontraron en la prohibición y la criminalización como salida a este problema. Estados Unidos ha sido uno de los pioneros en esto. Escobedo plantea “hemos tratado de resolver nuestro problema con las drogas prohibiendo las drogas “problema”; encarcelando a las personas que comercian, venden o usan tales drogas; definiendo el uso de tales drogas como enfermedades; y obligando a sus consumidores a ser sometidos a tratamiento” (Escobedo, 1989, p. 25).

Por su parte, Szasz (1992) dice que es “un grave error conceptualizar determinadas drogas como «enemigo peligroso» al que debemos atacar y eliminar, en vez de aceptarlas como sustancias potencialmente provechosas, así como también potencialmente dañinas, y aprender a manejarlas competentemente” (p. 26). Educar sobre drogas no implica la abstinencia, sino buenos hábitos de consumo y saber utilizar estas drogas de modo inteligente, responsable y autodisciplinado (Szasz, 1992, p. 138). Lo que llamamos «problema con las drogas» es un complejo grupo de fenómenos interrelacionados, producidos por la tentación, la elección y la responsabilidad personal, combinadas con un conjunto de leyes y políticas sociales que genera nuestra renuencia a encarar este hecho de una manera franca y directa (Szasz, 1992, p. 27).

Un elemento central en esto es el vínculo que cada persona puede generar con el consumo de drogas. El Abrojo (2010) realiza una caracterización de los vínculos posibles, a modo de comprender este tipo de relaciones:

- Usos experimentales. Se caracterizan por ser las primeras experiencias e intentos que las personas hacen con una droga cualquiera.
- Usos ocasionales. Entre las personas que prueban las drogas, algunas seguirán usándolas de forma ocasional por diferentes motivos –personales, familiares, influencia del grupo de pares y/o del contexto, etc.–. En este caso los usuarios limitan su uso a determinados por espacios y /o compañía.
- Usos habituales. Aquí un pequeño grupo de los usuarios de uso ocasional desarrollará un consumo habitual, entendido como el consumo regular y diario de

esa sustancia. Usos dependientes. Finalmente, en este caso se presenta en el usuario el pasaje del uso habitual a un uso dependiente de la droga . En estos casos la persona tiene gran parte de su identidad “comprometida” con el mundo que rodea a la sustancia (Citado en el Equilibrista, 2010, p.3).

De la tipología reseñada se desprende que la posibilidad de vincularse de forma amigable con el consumo de drogas es posible y constituye por lo general el tipo de vínculo que más se da. Sin embargo ¿cuándo estas se vuelven problemáticas para las personas? Es relevante señalar que el uso problemático implica a la menor proporción de personas usuarias de drogas, sin embargo, el acento de “lo problemático” es de tal intensidad que ese número menor se torna una de las mayores dificultades para las políticas de abordaje.

Tozué (2010, p.34) plantea que “el uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber:

1. su salud física o mental;
2. sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos);
3. sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio);
4. sus relaciones con la ley.

1.1 Algunas consideraciones sobre el “problema del consumo de drogas”

El uso de drogas tiene sus comienzos en el origen de las culturas, éstas eran la base de ritos religiosos en muchos pueblos del mundo, mientras que el problema de drogas como tal tiene sus comienzos en la modernidad. El vínculo de las drogas con la humanidad pasó de la tradición y lo divino a un uso recreativo o farmacológico, este vínculo con los individuos fue cambiando, ya no como facilitador del vínculo social o de vehículo hacia lo sagrado, sino como una práctica privada en donde se prefiere una sustancia (Touzé. 2010).

La utilización de ciertas sustancias no siempre representó un problema. Sin embargo, podemos decir que la condición de uso de las drogas por razones culturales o médicas cedió lugar a la condición de cambio con motivación económica. Por su parte, Escobedo (1989, p.13) plantea que “tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de la sobriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabo encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte”.

El término drogodependencia podría ubicar su inicio a partir de la Revolución Industrial, debido a las condiciones culturales, sociales y técnicas que favorecieron su aparición. El desarrollo de la industria química en general, asociado al crecimiento de los medios de transporte y comunicación que acompañan el proceso de industrialización y al desarrollo de las sociedades urbanas , favorecieron su uso (Romani, 1992).

Es entonces, que aparecen términos como “adicción” o “toxicómanos” para referirse a la consumición tradicional de sustancias, pasando de ese entonces, de una condición de “delincuente” a la de “enfermo”.

Touzé (2010, p. 20) plantea con claridad que, “La historia nos muestra así cómo, en menos de un siglo, el consumo de drogas pasó a ser una práctica privada a evaluarse como una muestra de la “debilidad moral”, de grupos considerados amenazantes (chinos, negros, latinos, irlandeses e italianos), para convertirse durante el siglo XX en un delito de carácter planetario, merced a los convenios de Ginebra”.

A fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, Estados Unidos intentará imponer la prohibición de las drogas al mundo entero, marcando así, el comienzo del cambio de rol del Estado hacia un Estado más asistencial, que interviene en lo moral, sanciona costumbres e impone otras. Asimismo, los conflictos sociales son atribuidos a minorías de los inmigrantes y marginales.

Romani (1992, p.263) afirma que “... a partir de estos procesos se instaura el que será el paradigma dominante sobre las drogas en nuestras sociedades, paradigma de tipo represivo y criminalizador , aunque posteriormente se modifique con algunas

orientaciones medicalistas e incluso incorpore algunos elementos de perspectivas socioculturales más globalizadores”

El pasaje del sujeto “delincuente” al sujeto “enfermo” en el caso del consumo de drogas, se vio determinado también por la medicalización de lo social, lógica que impregnó todas las esferas de la vida cotidiana sobre todo a comienzos del siglo XX, periodo que va entre el 1900 y 1930, de la mano de la modernización. Mitjavila (1998, p. 2) plantea que la medicalización de la sociedad es considerada desde las ciencias sociales como “(...) los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios”.

Esto quiere decir que la medicina abarca otros campos que antes no eran propios de su práctica, esta extensión es tanto ideológica como práctica, poniendo en juego todas sus técnicas. Un ejemplo de concepto que es usado en esta expansión es el de factores de riesgos, siendo aquí donde interviene la medicina, encontrando un aliado en su expansión. Estos factores de riesgo son muy variados, su creación se basa en los comportamientos de consumo, las distintas fases de la vida, como también los atributos individuales (Mitjavila, 1998).

Durante el proceso de proletarización e industrialización, se dio una consecuente concentración urbana que trajo consigo tensiones sociales, una de las consecuencias de estas tensiones en materia de drogas fue la asociación del uso de algunas sustancias a grupos llamados “peligrosos”, por ejemplo se asociaba la marihuana a los migrantes mexicanos y el opio a la población china. No obstante, esta preocupación por el consumo problemático de drogas comenzó con los grupos religiosos en Estados Unidos, sociedades para la supresión del Vicio y otros cónclaves de pregón moralista. Estos grupos fueron los organizadores de la primera conferencia en Shangai en 1909 (Garat, 2013).

Por su parte Fernández (2000, p .96) plantea que “los ciudadanos son considerados víctimas potenciales de las sustancias ilegales y de quienes lucran con su comercio, y se

intenta protegerlos mediante medidas legislativas, que versan sobre la producción, posesión, comercialización, y sobre la posesión de material necesario para su preparación o consumo”.

Si pensamos en el uso de las drogas como una práctica privada debemos tener en cuenta que durante mucho tiempo y bajo la política prohibicionista, estas se han convertido en una justificación para el mantenimiento y desarrollo de diversas formas de disciplinamiento, el cuerpo pasa a ser legislado por políticas sanitarias, lo que convierte el desvío de tales normas en sanción.

Un ejemplo claro de esto, fue la “ley seca” en Estados Unidos en 1920, donde las medidas prohibicionistas extremas llevadas a cabo por la cúpula política de ese entonces, fomentara una gran industria del crimen organizado. Dicha ley es dejada sin efecto al tener en cuenta que dicha prohibición en lugar de disminuir el consumo de alcohol, trajo consigo el mercado negro, consumo clandestino y varios muertos por intoxicación debido a la adulteración de los productos (Escotado, 1995).

En tanto, la problemática de la drogadicción es una problemática multicausal también sus consecuencias son diversas y múltiples, es por ello que se ha contemplado de diferentes puntos de vista, y por lo tanto se han diseñado diferentes modelos interpretativos de este fenómeno, en el que cada cual enfatiza diferentes aspectos y toma posturas de acuerdo a esto. En lo que tiene que ver a las medidas de disciplinamiento, éstas tienen su base en el modelo jurídico–represivo. Tal como lo plantea Fernández (2009, p. 97): “El modelo jurídico –represivo fundamenta su accionar en una demonización de las sustancias ilegales y subraya el posicionamiento de los ciudadanos frente a la ley. En la triada habitual de drogas –individuo-contexto, busca mediante la erradicación del primer término un reacondicionamiento normativo de los sujetos y una depuración de las sustancias que se ofertan en el mercado”

La lógica de medicalización de lo social, vino a constituir una nueva relación de poder sobre los individuos y sus cuerpos. Foucault (1977) nos plantea que el poder designa

relaciones entre sujetos que de algún modo, conforman una asociación o grupo; y para ejercerlo, se emplean técnicas de amaestramiento, procedimientos de dominación y sistemas para obtener obediencias. En la relación de poder se busca que el sujeto dominado realice las conductas deseadas, es decir, incita, induce, desvía, facilita, amplía o limita ciertos comportamientos.

Para este autor el poder no es considerado como un objeto que el individuo cede al soberano, sino que es una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad en un momento determinado (Foucault , 1976).

Otro de los modelos que se quiere señalar para el tema que estamos tratando, es el modelo médico- sanitario, en él se “considera la dependencia de las drogas como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su consumo” (Pons, 2008, p. 157). Esto pone de manifiesto que se trata de un modelo que únicamente se centra en las características individuales del consumo, y considera únicamente los procesos internos que suceden en el individuo con el consumo de la sustancia tóxica sin importar el entorno u otros factores que puedan haber influido en el consumo.

Aquí se considera a quien consume como enfermo que requiere atención y sobre el que hay que implementar medidas de aislamiento. Al considerar el problema de las drogas como un tema esencialmente sanitario, los actores privilegiados son los médicos.

Según Touzé (2006), la medicalización de la vida, concepto que retoma de Ivan Illich, llevó a que una gran parte de situaciones que antes no eran definidas como problemas comenzaran a ingresar en la jurisdicción de la medicina.

Para que algo pueda ser medicalizado es necesario que sea clasificada, evaluada y caracterizada en términos de normalidad-anormalidad. Siguiendo a Menendez quien plantea que normalizar implica “proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de sus fundamentos médicos (Menendez 1984, p.164).

1.2 Características principales de Uruguay respecto a la regulación del consumo de cannabis

En el siglo XX el Estado comenzó la regulación de aquellas drogas que la Convenciones Internacionales de la Haya (1914) y la de Ginebra (1925) quería controlar (opio, cannabis y cocaína). Se pasó a restringir la cantidad que las farmacias podían vender, así como también las recetas que los médicos podrían entregar a los pacientes. Los opiáceos se autorizaron solo para fines medicinales (Garat, 2015).

Durante el gobierno de Gabriel Terra se prohibió y se reprimió el consumo. El uso de la droga estaba de moda, se extendía por todas las clases sociales y de a poco comenzó a llegar a las clases menos favorecidas. Se comenzó a utilizar la palabra “toxicomanía” para referirse a este fenómeno, que según la sociedad estaba ligada al mundo de las amenazas que acechaban la supervivencia de la raza humana. Una fuerte campaña en los medios de comunicación hacia mediados de los años treinta hizo que su restricción llegara a los hospitales y farmacias. Las drogas se convirtieron en sinónimo de esclavitud, crímenes, tráfico, daños irreparables a la salud, locura, muerte o descontrol (Garat, 2015).

En 1961 se aprobó la Convención Única sobre Drogas en Naciones Unidas de la cual Uruguay formó parte. En 1972 se firmó un acuerdo Sudamericano de Estupefacientes y Psicotropicos (ASEP), este representó un instrumento regional acordado por las agencias Internacionales, Estados Unidos y los países latinoamericanos para el combate en términos policiales a la oferta y también la demanda de drogas. Nuestro país por su parte en 1974 ratificó dicho acuerdo creando la ley 14.294, con la salvedad de que no criminalizó el consumo de drogas que admitió en su artículo número 31. Hacia 1998 se modifica dicha ley, se le dio mayor libertad al usuario, en donde el consumidor quedaba exento de pena, siempre y cuando este tuviera una cantidad razonable para consumo propio, con arreglo a la convicción moral que se forme el juez a su respecto. Esta ley 17016 fue la primera ley de drogas votada en democracia (Garat, 2015).

Hacia 1995, el diputado Luis Gallo quien presentó una exposición sobre el fenómeno de la drogadicción, en donde pedía racionalidad y que el tema fuera abordado con “mente abierta”. De esta forma el tema quedaba planteado, de a poco nuestro país se proponía un cambio hacia un enfoque de salud, dejando de lado el enfoque jurídico-moral (Garat, 2015). Más adelante, en 2001 el presidente José Batlle hizo pública su idea de legalizar las drogas. Batlle estaba dispuesto a apoyar a la Junta Nacional de Drogas en ese sentido “el cambio de eje fue no hacer hincapié en si el consumo de drogas está bien o está mal, sino en dar información” (Garat, 2015, p. 15).

La crisis económica, sumada las diferencias políticas dentro del gobierno en cuanto al tema, hizo que la política no pudiera avanzar. No conforme con esto existieron organizaciones civiles que continuaron con el tema, llevándolo a la esfera política por algunos sectores de la militancia juvenil. Más adelante llegada la presidencia de Tabaré Vazquez se llevaron acciones en el ámbito de la salud pública en busca de conocer la asistencia a los usuarios problemáticos de drogas y así poder elaborar una estrategia (Garat, 2015).

Durante el gobierno de Tabaré Vazquez se llevaron a cabo acciones tendientes a controlar, el narcotráfico, se buscó regularizar el mercado apunado especialmente aquellas actividades del crimen organizado. Se crearon nuevos centros y se regularon las prácticas de las comunidades terapéuticas que venían funcionando durante décadas sin parámetros claros.

Dependencias como El Portal Amarillo, El Jagüel y Casa Abierta considerados centro de referencias nacional, cobraron más importancia por parte de esta administración, haciendo que mas adelante “se multiplicaron estos espacios y con ello la incorporación de recursos y personal capacitado, con lineamiento científico de enfoque psico social para la atención y en algunos casos la prevención” (Garat, 2015, p. 27)

Hasta ese momento el sistema de salud no se encontraba organizado como para proyectar acciones que tuvieran como fin una atención integral de las personas con consumo problemático de drogas. A partir del 2008 se crearon dispositivos de fiscalización

de herramientas utilizadas para aquellos centros que brindaran el servicio, así como la creación de decretos que obligaron a contar con cierto número de personal médico y terapéutico especializado (Garat, 2015).

Con las acciones antes mencionadas el gobierno busco reorientar las políticas públicas, se adoptó una visión integral de las políticas de drogas con enfoque en derechos humanos, se propuso un cambio legal, judicial y penal como principales intervención estatal en relación a los usuarios de marihuana. Es así, que se instaló un debate sobre los enfoques prohibicionistas, evaluando sus bases y acciones. Se planteó un modelo alternativo de regulación y control basados en la reducción de riesgos como un nuevo abordaje de las políticas de drogas.

Como una de las primeras estrategias la regulación del cannabis aparece en este contexto para iniciar un cambio en la normativa que regía hasta el momento en materia de drogas y, además, por representar la droga ilegal más consumida en el mundo y por contar con una percepción social menos negativa con respecto a otras sustancias (Repetto Lorena, s.f).

1.3 Legalización de la marihuana

En el año 2013 Uruguay aprobó la Ley N° 19.172, la cual habilita el uso legal de la marihuana y su producción para el consumo propio, además de regular la producción, distribución y venta a través de privados en convenio con el Estado. Dicha ley tiene por objetivo disponer las medidas tendientes al control y regulación del cannabis y aquellas que buscan educar, concientizar y prevenir a la sociedad de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico. En ella se expresa las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y reducir los daños del uso del cannabis. Además promueve 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.

Esta ley establece un marco normativo que permita regular el mercado del cannabis, a efectos de contribuir a reducir los riesgos y daños potenciales en los que incurren aquellas personas que usan marihuana con fines recreativos o medicinales.

“El Estado busca garantizar los derechos de las personas protegiéndolos del vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico, evitando las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias” (Ley N° 19.172, art.4).

Para el seguimiento y la ejecución de lo establecido por la esta ley, se crea el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), este se encarga de regular las actividades de plantación, cultivo, cosecha, producción, elaboración, acopio, distribución y expendio de cannabis. Por otra parte tiene como misión promover y proponer acciones tendientes a reducir los riesgos y daños asociados al uso problemático de cannabis, así como también fiscalizar el cumplimiento de dicha ley.

Por su parte los adquirientes del cannabis deberán ser mayores de 18 años y estar registrados en el sistema informático del IRCCA. La inscripción a este registro es obligatoria también para aquellos que pertenezcan a un club de membresía o cultivadores domésticos.

Desde el 25 de setiembre de 2018 se vienen llevando a cabo acciones a través de la Junta Nacional de Drogas y el IRCCA en donde se presentaron diez recomendaciones con base científica acerca del consumo del cannabis, las denominadas “Pautas de reducción de riesgos del uso de cannabis”. Estas pautas son una herramienta de educación y prevención de la salud. Están dirigidas a aquellas personas las cuales elijen consumir cannabis o que estén considerando usarlo, así como también su entorno cercano, haciendo hincapié en los jóvenes, advirtiéndolos que existen riesgos científicamente comprobados ya sea para la salud inmediata como a largo plazo.

Capítulo 2: El Trabajo Social desde una perspectiva Histórica

Para comenzar es necesario realizar el abordaje de esta investigación, contextualizando las profesiones asistenciales en el proceso indicado en el capítulo anterior y que requiere un estudio pormenorizado, la medicalización social a la que se hizo referencia.

Parte de la estrategia de instalación de la sociabilidad moderna y una nueva forma de organización y funcionamiento social, fue la consolidación de las profesiones asistenciales, de las cuales forma parte el Servicio Social en aquel momento.

Ortega señala que “Se podría afirmar que el proceso de medicalización en la sociedad uruguaya comenzó a manifestarse más claramente hacia fines del siglo XIX y desde principios del XX se encuentra asociado al proyecto político del batllismo, en el cual la consolidación del Estado es un eje central, un Estado expandido que “coloniza” prácticamente todas las dimensiones del espacio social” (2003, p.24).

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad. Dichos procesos hacen referencia a “la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos” (Portillo en Ortega, 2003, p.22), imponiéndose en los dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social.

La modernidad ha supuesto un control social sobre las actividades antes individuales o familiares. Así, durante la primera etapa de la revolución industrial el capitalismo sacó la producción de la casa y la colectivizó en la fábrica. Más tarde se apropió de las habilidades y conocimientos técnicos del trabajador. Finalmente extendió su control sobre la vida privada del trabajador con la supervisión de la crianza de los vástagos por parte de médicos, psiquiatras, maestros, jueces, trabajadores sociales, psicoeducadores, psicólogos. A la “socialización” de la producción ha seguido la socialización de la reproducción (Lasch, 1996).

Por su parte, la salud pública y la moral insistieron en que la familia por sí misma no podía satisfacer sus propias necesidades sin la ayuda e intervención de los expertos (Lasch, 1994). En este contexto la familia pasó a ser vista como freno al progreso social y al desarrollo, la escuela pasa a sustituir el hogar, ya que según la sociedad, ésta no cumple con su función, por el contrario es generadora de “delincuentes”, “inadaptados”, “criminales”. De esta forma la escuela y servicios de bienestar social se ponen a trabajar juntos para el Estado y crear así buenos ciudadanos. La escuela, además de enseñar los conocimientos básicos, debe también encargarse de la formación física, mental y social del infante (Lasch, 1996).

En la era moderna, el poder médico reemplaza al legislativo que a su vez sustituye al eclesiástico como centro simbólico de la sociedad (Lasch, 1996). Es así que aquellos espacios que antes eran ocupados por la religión pasan a manos del saber médico.

La familia como institución en constante construcción, no siempre no siempre ha tenido la misma forma, espacio y lugar, sino que depende del contexto social. Es así que, con la medicalización social, se crean nuevos dispositivos de intervención, en donde comienzan a prevalecer nuevas formas de tratamiento diferenciados a la interna de la familia. En este sentido, se empieza a configurar una alianza entre el médico y la familia con carácter disciplinador.

Es a través de la mujer, en un rol facilitador, que se posibilita la llegada del profesional al resto de la familia, siendo el médico quien actúa directamente disciplinando al resto de los integrantes. Es así, que algunas de las funciones que antes correspondían solo a la familia, ahora son compartidas y asumidas por otras instituciones, organismos estatales o privadas.

2.1 Algunas particularidades del Trabajo Social en las intervenciones en el proceso de medicalización social

Hacia mediados de siglo XX, se produce una inflexión en los modos de intervención en lo social, particularmente en el ámbito de la salud, asociada a la instalación del modelo preventivista basado en la búsqueda de tratamientos adecuados, incorporando acciones tendientes al aprendizaje colectivo, atendiendo las necesidades y los problemas sociales del momento. Para la realización de estos cambios se crearon nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, la formación de nuevos agentes sanitarios reforzando el papel de las diferentes categorías profesionales, entre las cuales se encuentra el servicio social (Ortega, 2008).

En nuestro país las primeras tres décadas del siglo XX se acentúa el poder del Estado en todo el territorio nacional, asimismo se instaura un sistema de protección social el cual incluye reformas en donde los derechos sociales toman un papel importante.

En este contexto nacen las primeras demandas de la profesión de Trabajo Social, demanda realizada fundamentalmente por médicos. La visitadora social de este tiempo representaba el nexo entre el médico y la familia. Surge la demanda de las instituciones médicas y educativas la necesidad de un agente profesionalizado que hiciera llegar el mensaje higienista a las familias, específicamente a las familias pobres (Ortega, 2014, p. 368).

La necesidad imperante de que existiera el nexo entre el médico y la familia hizo que en 1925, el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria creara puestos de visitadoras escolares, “Las tareas que son asignadas a las visitadoras consisten en la acción de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento, “labor de todos los días y de todas las horas” (Ortega, 2003)

Las primeras figuras de la profesión cumplían tareas fundamentalmente inspectivas, tenían como función principal desarrollar acciones tendientes al control respecto de los niños en los salones de clase, brindar instrucciones sanitarias tanto a los maestros como a

los niños. A estas tareas, se sumaron luego las visitas domiciliarias, con el objetivo de instruir a la familia acerca de los beneficios de la higiene. Otras de las tareas encomendadas era la de mediadora entre el médico y la familia, logrando mejorar las condiciones de vida de los más pobres. La particularidad de la mujer (cariñosa, diligente y hábil) que le permitía así conseguir cosas que parecían imposibles, hacia que esta carrera fuera “especialmente apropiada para la mujer” (Ortega, 2014).

Paulatinamente las problemáticas sociales hicieron que poco a poco se pensara en ampliar el campo de intervención en lo social, es así que a mediados del siglo XX se comenzará a pensar en una profesión distinta y así separar lo que hasta ahora venía haciendo las visitadoras sanitarias del rol que debería cumplir un asistente social más adelante. Todo lo mencionado anteriormente según Ortega (2003) tiene que ver con la prevención de la salud, asociadas con la concepción de la salud como “un completo estado de bienestar...”, la cual permitió que se abriera un espacio social que validaba la intervención en áreas cada vez más amplias de la sociedad.

2.2 La experiencia de Trabajo Social en el departamento de Durazno

Luego de introducirnos brevemente en lo que refiere a los antecedentes de la regularización de la marihuana, es que puede desarrollarse el objetivo de nuestro trabajo, que es conocer la realidad actual que vive el Trabajo Social a nivel local dentro de las políticas dirigidas a la regularización en general del cannabis. En este apartado del trabajo nos centramos en recabar la opinión del Trabajo Social y de otros profesionales que trabajan en ámbitos donde se promueven estrategias tendientes a la prevención entre otras acciones como la rehabilitación. También se ha requerido la opinión de la coordinación de la Junta Departamental de Drogas y de instituciones educativas como secundaria y primaria. Asimismo, cabe mencionar que se opta por entrevistar al profesional del equipo ETAF, pues si bien este programa no se encuentra directamente vinculado a estrategias de drogas, trabaja con familias, con niños/as y adolescentes en situación de pobreza, en donde se presentan temas vinculados al consumo problemáticos.

Si se piensa en las tareas realizadas en general por el Trabajador Social en el ámbito de las drogas se puede afirmar que dichas tareas corresponden a prevención, asistencia y/o reinserción. En los ámbitos donde trabajan los entrevistados, estas tareas son variadas, van desde brindar información a través de charlas y talleres hasta la derivación, en otros casos se brinda asistencia integral para la rehabilitación de los usuarios.

Se puede constatar mediante las entrevistas, que el trabajo realizado se centra fundamentalmente en la información y en algunos pocos casos se realizan intervenciones sistemáticas orientadas a prevenir el consumo de drogas.

Cabe señalar que la profesión se encuentra condicionada por el lugar que ocupa dentro del marco institucional de la entidad que lo contrata. Si bien el profesional debe enmarcarse dentro de las normas institucionales, posee cierta libertad en su accionar. El profesional debe definir su accionar entre las demandas generadas por la institución contratante y las demandas de las personas que trabaja (Iamamoto en Rosas, 2004, p. 98).

Respecto a este tema podemos decir las funciones del profesional varían dependiendo de la institución para la que se trabaje y del tipo de intervención que se realizará.

“En ciudadela las funciones van desde trabajar en pro de la reconstrucción y fortalecimiento de la trama social de los usuarios y su inserción social, brindar un espacio de escucha, informar y asesorar al usuario sobre posibilidades de resolución de los problemas, derivaciones, coordinaciones con otras organizaciones. Asimismo se evalúan y analizan las intervenciones realizadas en busca de mejorar, valorar y rectificar los procedimientos de atención”.(Extraído de entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social del dispositivo ciudadela)

En la actualidad en nuestra profesión “hemos observado que el perfil de profesional exigido por las políticas sociales es el de técnico general llamado a hacer de todo un poco” Por un lado el profesional del Trabajo Social es llamado a hacer todo tipo de actividades, y por otro nos encontramos con otros profesionales asumiendo funciones que históricamente han correspondido a nuestra profesión. Esto nos lleva a que las tareas realizadas sean “simplificadas y abstraídas de contenido concreto, de modos de hacer inespecíficos” (Guerra, 2018, p.62).

Respecto al alcance de la tarea profesional una de las entrevistadas nos dice que:

“Evidentemente se está dando cada vez más situaciones que necesitan más horas técnicas en cada institución para ser atendidos. De pronto quieren ver un psiquiatra y si van por cuenta propia la tienen para dentro de un mes, hay que coordinarlo con anticipación, esas cosas habría que agilizarlas de otra manera como para brindarle otro tipo de atención al usuario. El trabajador social es nexo, es el mediador, pero hay veces que no pueden con el sistema, no hay recursos humanos como para atender tanta demanda. También están llegando mucha situaciones judiciales de menores y mayores, hay veces que son muchas las demandas y pocos los recursos” (Extraído de entrevista a Lic. en Trabajo Social de ASSE).

El abordaje que logre desarrollar el profesional estará condicionado por el enfoque de la institución u organismo para el que trabaje.

Por su parte, “en los equipos ETAF (Equipos Territoriales de Atención Familiar) las funciones son variadas, van desde atender a los grupos familiares en situación de extrema vulneración, realizar coordinaciones inter-institucionales, realizar diagnósticos, realizar plan de acción y facilitar a la familia el acceso de los derechos sociales, bienes y servicios, económicos y culturales” (Extraído de entrevista a operador de Programa Cercanías).

Al respecto, Carballeda (2010, p.48) plantea que “La complejidad de las problemáticas sociales actuales da cuenta de la necesidad de profundizar el conocimiento y la discusión acerca de las practicas que intervienen en este campo (...) sobresale la importancia de reflexionar y analizar críticamente lo que se hacen tanto intervención con la finalidad de revisar y observar desde donde y para que se interviene en lo social”.

El consumo de sustancias se ha convertido en una problemática social relevante, esto nos conduce a la necesidad de hacer hincapié en el trabajo en prevención.

“El Trabajo Social en su rol de Promoción y Prevención será el encargado de realizar actividades y talleres que promuevan acciones en salud, es fundamental aclarar que toda intervención surge por demanda del centro escolar y las acciones se desarrollarán en coordinación con dupla psicosocial, inspector de zona y departamental” (Extraído de entrevista realizada a Lic. en Trabajador Social de Educación Primaria).

Cuando hablamos de la función realizada por los profesionales del Trabajo Social en los dispositivos Ciudadela el entrevistado nos dice que esta es principalmente asistencial.

“Nosotros particularmente tenemos esta función que es más asistencial, reducida a que la persona llegue por voluntad propia o por alguna derivación que es de salud, INAU y

ámbito educativo” (Extraído de entrevista realizada a Licenciado en Trabajo Social del dispositivo Ciudadela).

Muñoz Contreras (s.f) plantea que en la intervención en adicciones surge la necesidad de un profesional con capacidades singulares, que logre visualizar diversas variables ambientales, familiares e individuales, para no caer en el reduccionismo de la persona. El Trabajo social se ha transformado en profesionales indispensables al momento de buscar una intervención que posea impacto real en las personas, familias y comunidades.

A nivel de enseñanza media, se plantea como necesidad contar con grupos interdisciplinarios para poder intervenir en las diferentes problemáticas que se presentan.

“Lo ideal sería tener una equipo interdisciplinario en cada institución, profesionales que estén capacitados para trabajar en la temática, yo creo que a nivel de secundaria lo más importante es trabajar en prevención, ya desde la escuela, desde primaria y en ciclo básico” (Extraído de entrevista realizada a Adscripta de secundaria).

La interdisciplina para Cazzinaga (2001, p.5) actualmente constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuesta a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos.

La persona entrevistada por su cargo en la junta departamental de drogas ve como una problemática la falta de recursos humanos para poder abordar la prevención en todos sus aspectos, así como un trabajo que sea prolongado en el tiempo, algo que esté presente en la planificación anual de educadores y demás profesionales. Cabe destacar la importancia de establecer como prioridad el trabajo en prevención que según los entrevistados es un aspecto inconcluso en la práctica profesional en las áreas como la educación y la salud:

“En realidad hay mucho para hacer, más allá de la reglamentación que está establecida en los planes de estudio, el trabajo en prevención no se hace, lo que está reglamentado hay que ponerlo en práctica me parece, hay muchas cosas que hay que llevarlas a las acciones, es como un gran debe, ahí en esa medida se tomaría más conciencia, los adultos, los jóvenes, toda la población” (Extraído de entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de ASSE).

Las transformaciones que se vinieron dando a nivel político y social no dejan fuera al Trabajo Social, sumándose las sobrecargas de funciones que sufren muchos de ellos, haciendo que el profesional se aleje de los objetivos y límites de la profesión. Esto genera que las intervenciones sean muy superficiales, acotadas en el tiempo, que dificultan el encontrar junto al otro una adecuada respuesta a la problemática. Los profesionales entrevistados sostienen su intervención atendiendo puntualmente aquellas situaciones en las que ya está instalada la problemática, así como también aquellas demandas realizadas por familiares de los usuarios y docentes en busca de información, asesoramiento y derivación según sea el ámbito en el que se encuentran.

Al respecto queremos traer el término “surfear” que Bauman (2004) utiliza para hablar de la superficialidad con las que se tratan los temas y los vínculos humanos. El autor afirma que de esta misma manera que se navega por las olas se entra y se sale de los temas. Bauman (2004, p. 190) plantea “que el moverse en lo profundo, es todo aquello que comienza justo debajo de la superficie, es buscarse problemas, ya que la superficialidad ofrece la ventaja de una entrada y salida fácil de los temas, así como de los vínculos humanos”.

“Somos todos responsables de que no se esté trabajando en prevención, la población, los entes públicos, privados, sistemas educativos, los prestadores de salud y los centros educativos” (Extraído de entrevista realizada a Lic. de Trabajo Social de ASSE).

La mayoría de los entrevistados manifestó desconocer algún tipo de programas o estrategia que se realicen a nivel departamental sobre la prevención del consumo

problemático de cannabis y el conocimiento manifestado de las disposiciones de la ley que reglamenta su control y regulación es muy poco.

Por su parte, debemos de tener en cuenta que los programas preventivos se desarrollan en diferentes ámbitos o contextos, como por ejemplo el ámbito familiar, el ámbito escolar, el ámbito comunitario y ámbito laboral. Para poder ahondar más en la temática de las adicciones se hace necesario conocer las características de los ámbitos donde se va a trabajar, esto nos va a facilitar la tarea a la hora de elaborar planes eficientes de intervención para una determinada población.

Cuando hablamos de prevención hablamos de frenar el consumo antes que aparezca el daño, Roldan (2001, p. 451) nos propone detectar anticipadamente aquellos factores que convierten a las personas en vulnerables “la detección precoz es captar tempranamente los indicadores de riesgo y las vulnerabilidades de la personas, en la familia, en la comunidad y en la cultura”.

“La idea sería poder captar a los adolescentes, pasan por el sistema y no hay nadie que se dé cuenta que se está ante una situación problemática, hay muchos que desertan del sistema por esta problemática cuando en realidad se podría haber captado y abordado a través de redes” (Extraído de entrevista realizada a Adscripta de secundaria).

Por otra parte, se resalta la importancia de seguir invirtiendo en recursos y herramientas que faciliten la educación preventiva continua, así como la participación de la población tan importante en esta problemática.

Martínez y Agüero (2014) destacan que aquellos profesionales del Trabajo Social que están “en la trinchera” de los problemas que sacuden a la sociedad, deberían ser los más preparados y competentes. Teniendo en cuenta que nunca se está absolutamente formado para abordar la multiplicidad y complejidad de los problemas sociales. Por lo cual es necesario repreguntarse acerca de lo que sucede en la realidad.

Según lo manifestado por los entrevistados se cree que una de las barreras impuestas a la profesión a la hora de capacitarse es que el tiempo y los costos de las capacitaciones exigidas por las organizaciones corren por cuenta del empleado. Esto provoca una carga y una presión para los trabajadores, que muchas veces optan por no realizarlas.

Finalmente y cerrando este capítulo, se puede concluir en términos generales que la intervención realizada por aquellos Trabajadores Sociales en Durazno que se desempeñan en los ámbitos donde se puede desarrollar programas preventivos, no se están implementando acciones que logren algún impacto en aquellas personas que comienzan o comenzaron con el uso de la marihuana o de otras drogas, teniendo en cuenta que el cannabis, junto con el alcohol y el tabaco entre otras, son las sustancias más consumidas por la población uruguaya.

Resulta importante cuestionarse al respecto ¿de quién depende esta falta de recursos? ¿es responsabilidad única del profesional del Trabajo Social llevar a cabo acciones tendientes a la prevención? ¿es responsabilidad del profesional la falta de capacitación, si tenemos en cuenta la carga horaria a la que se ven sometidos muchos de ellos? ¿por qué la prevención se convierte en un tema secundario para los diferentes profesionales que trabajan en los distintos ámbitos?

Consideraciones finales

La presente monografía tuvo como objetivo investigar el rol que cumple el Trabajo Social en las políticas públicas dirigidas a la atención del consumo de cannabis en la ciudad de Durazno. A lo largo del trabajo y con este fin debimos recorrer los diferentes aspectos de esta problemática, así como su devenir histórico. El consumo de las drogas es un fenómeno multicausal, el contexto social y personal tienen un peso importante a la hora de trabajar en los diferentes ámbitos, se cree que es de real importancia el trabajo interdisciplinario en prevención con distintos actores de la sociedad. En este abordaje se hace necesario el trabajo con el propio sujeto, su familia, demás profesionales y la sociedad. Haciendo énfasis en la prevención y la promoción de hábitos saludables, sensibilización acerca de efectos perjudiciales y reforzar recursos personales y sociales. No todos los usos son iguales, es importante diferenciarlos y quitarles la significación de peligrosa para poder abordar el tema desde una óptica integral, apostando a la educación en prevención.

Como se planteó a lo largo de la monografía y teniendo en cuenta la problemática expuesta se cree importante destacar el cometido del Trabajo Social en el ámbito de las drogas, al mismo le compete informar, orientar y sobre todo fortalecer recursos personales y sociales de forma tal que las personas se sientan protegidas, reduciendo así los riesgos posteriores, teniendo en cuenta que una persona informada es menos propensa a caer en ellas. Formar junto con otros profesionales un sistema que sea integrador, que actúe como orientador para aquellas familias que necesitan intervención profesional no solo sobre la emergencia, teniendo presente que la familia y la sociedad son un pilar fundamental para el trabajo.

Debemos reconocer que no todas las personas le dan el mismo uso a la sustancia, estos van desde uso experimentales, ocasionales, habitual y dependiente, así como terapéutico en multitud de dolencias. Es así, que se cree importante la creación de instrumentos teniendo en cuenta las condiciones particulares de los sujetos.

La integración del Trabajo Social en muchos ámbitos tales como el de la salud ha sido en forma lenta. La falta de reconocimientos por parte de otros profesionales lleva a que se desconozca las competencias del Trabajo Social, además de sobrecargar al mismo ante la falta de una definición adecuada de sus funciones.

En el caso particular de la ciudad de Durazno, según la información obtenida a través de los diferentes entrevistados la situación que se plantea es la falta acciones tendientes a la prevención en diferentes ámbitos, las soluciones estarían en el aumento no solo de recursos materiales sino en la incorporación de recursos humanos capacitados para trabajar en las diferentes situaciones que se plantean. Se cree de real importancia la apertura de trabajo interdisciplinario, lo que permitiría intercambios, aportes y miradas desde las diferentes profesiones, enriqueciendo el trabajo. Así como también, admitir por parte de las instituciones contratantes la importancia de espacios de capacitación y la actualización de las mismas.

Lo antes expuesto conduce a repensar el espacio que se brinda como profesionales, quienes debidamente capacitados son capaces de interpretar correctamente la realidad, de analizar científicamente el funcionamiento de la sociedad en la cual se trabaja. Para la legitimación de esta profesión, no basta con la implementación de políticas sociales, se hace importante el espacio de intervención para el diseño de políticas y evaluación de las mismas.

Por otra parte, permitió visualizar la realidad que viven muchos profesionales del Trabajo Social en el interior, quienes reconocen que no se realiza una labor constante en prevención, sino que lo hacen de una forma puntual y para un tipo de población. Motivados por muchos factores como se menciona más arriba, impidiendo que se desarrollen buenas acciones que perduren en el tiempo. La acción educativa juega aquí un papel fundamental, no solo con la persona que consume sino con la sociedad en general, utilizando estrategias que permitan alejar el imaginario social que estigmatiza a los consumidores.

Como se dijo antes, queda un largo camino por recorrer en busca de un espacio de reconocimiento de nuestra profesión como agente transformador capacitado no solo para intervenir en situaciones problemas, (familiares, grupales, de comunidades,) sino que también participe de formulación de políticas y contribuir en el empoderamiento de los sujetos para garantizar sus derechos. Las profesiones como el Trabajo Social pueden aportar estrategias que junto con otros profesionales y el resto de la sociedad realicen acciones tendientes a la participación en conjunto con los sujetos afectados y así contribuir a la recuperación de sus derechos.

Bibliografía

- Ander-Egg, E. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI. Buenos Aires: Humanitas
- Ander-Egg, E. y Follari, R. (1988). *Trabajo Social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. y Cortes, M. (2011) *Manual de adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación*. Barcelona: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)
- Cazzaniga S. (2002) *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*.
- Claramunt, A. (2009) *El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad*. En: *Fronteras* (5).
- Cruz, E. (2009) *Políticas Sociales en el Uruguay Progresista. ¿Continuidades o rupturas?* En: *Trabajo Social* (46).
- Escohotado, A. (1995) *Historia general de las drogas*. T I, II y III. 3a ed. Madrid: Alianza Editorial. Madrid España
- Foucault, M. (1976) *Vigilar y castigar. Los cuerpos dóciles*. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI

- Fernández, L y Gómez, J.A. (2013). La psicología preventiva en la intervención social. Ed Síntesis. Madrid
- Fernández J. (2000). Los fármacos malditos. El holograma de las drogas y otros ensayos. Montevideo, ed. Nordan. Facultad de Psicología
- Garat G. (2013) *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay*. Recuperado de: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/10001.pdf>
- Garat, G. (2015). “El camino: Cómo se reguló el Cannabis en Uruguay según actores políticos y sociales”. Junta Nacional de Drogas.
- Haberkorn, P. (2001). Cuando las buenas intenciones no bastan:¿de qué hablamos cuando hablamos de prevención? En Adicción (p. 85 a 95) Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Montevideo.
- Jáuregui I.(s.f). Familia: bisagra en el divorcio entre educación y sociedad. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.
- Kisnerman, N. (1998) *Pensar el trabajo social: Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Lasch, C. (1996) “Refugio en un mundo despiadado. Reflexiones sobre la familia contemporánea”. Editorial Gedisa S.A, España.
- Mitjavila, M. (1998) “El saber médico y la medicalización del espacio social”. Departamento de Sociología, FCS, Uruguay.
- OMS (1978) Declaración de Alma-Ata. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad1/complementaria/declaracion_de_alma_ata.pdf

- Ortega , E. (2003) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Recuperado de: <https://www.adasu.org/prod/1/486/Tesis.de.maestria.Elizabeth.Ortega.Cerchiaro.pdf>
- Pons, X. (2008). Modelos Interpretativos del Consumo de Drogas. Revista Polis- Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. Vol. 4 n° 2. Valencia. 157-186.
- Repetto L.(s.f) Regulación del cannabis: ¿un asunto de seguridad? entrada y mantenimiento en agenda de un problema de política pública.
- Romaní, O. (1992) Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación- intervención. En: Alvarez-Uría (ed.) Marginación e inserción: 259- 281.
- Slapak, S.; Grigoravicius, M. (2007) Consumo de drogas: la construcción de un problema social. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943026>
- Szasz, T. (1992) *Nuestro derecho a las drogas*. New York: Praeger
- Touzé, G. (2010) *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel.
- Touzé, G. (2006) “Discursos, políticas y prácticas. Parte I” en Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Intercambios Asociación Civil- Federación Internacional de Universidades Católicas. Buenos Aires, Argentina.

Otras Fuentes documentales

- El equilibrista (2010) Tipos y usos de drogas. Recuperado en: http://www.elabrojo.edu.uy/elequilibrista/?page_id=122
- Junta Nacional de Drogas (2016) *Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas. Período 2016–2020*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/institucional/plan-estrategico>
- Uruguay. Ley 19172 (2014). Regulación y control del cannabis. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013/8>
- Normas de la Licenciatura en Trabajo Social (Plan de estudios 2009)” (2011). FSC, Uruguay. En: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2013/archivos/Reglamento%20Licenciatura%20en%20Trabajo%20Social.pdf> (Recuperado: 22/09/2016, 10.20).