



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES
INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TESINA

Modelo Minnesota, un abordaje sobre los consumos problemáticos.
Estudio de caso “Granja San Camilo”

Apellido y nombre del director: Alberdi Jose (jmalberdi68@gmail.com)

Apellido y nombre de la estudiante: Escoda Maria Carolina
(caroescoda97@hotmail.com)

Junio 2024

Contenido

Agradecimientos	3
Anteproyecto.....	3
Tema.....	3
Justificación	3
Objetivo general.....	4
Objetivo específicos.....	4
Metodología.....	4
Capítulo 1	6
¿Qué son las sustancias psicoactivas?	6
Tipos y Clasificación de Sustancias	6
Trayectoria Histórica y Normativa del consumo en Argentina	7
Intervenciones del Estado	8
Primeras Medidas de Prohibición y Regulación del Consumo	8
Fallo Gonzales: Un Punto de Inflexión en la Prohibición de Conductas.....	10
Fallo Terán de Ibarra: La Controversia sobre la Tenencia de Drogas y el Bien Jurídico	11
Legislación y Prohibiciones en la Ley 20771	11
Dos Cigarrillos, Dos Años: El Impacto del Fallo Colavini	12
El Caso Bazterrica: Música, Drogas y la Lucha por la Privacidad.....	13
Ley de estupefacientes n 23.737.....	14
Revolución en la Salud Mental: La Ley 26.657.....	17
Abordaje Intersectorial y Asistencia Integral: El Plan IACOP	18
Capítulo 2.....	20
La Cultura del Consumismo: Reflexiones y Consecuencias Sociales	20
Paradigma de la complejidad	21
Dinámicas de Vulnerabilidad y Resiliencia.....	22
Modelos clásicos.....	23
Modelo de la Abstinencia y Reducción de daños y riesgos	25
El trabajo social.....	28
Capítulo 3.....	29
Sobre religión y problemáticas sociales.....	30
Granja San Camilo: Inicios	32
Infraestructura.....	34
Residentes.....	34
Equipo interdisciplinario	34
Admisiones.....	35
Sostén económico	36

Modelo Minnesota.....	36
Laborterapia y talleres.....	39
Post tratamiento.....	40
Rol de l ts.....	41
Conclusiones.....	45
Anexos.....	48
Entrevista a Juan Cabrera.....	48
Entrevista al psicólogo: Santiago Turin.....	60
Bibliografía.....	62

Agradecimientos

A todas las personas que hicieron posible esta tesina. Gracias a la Granja San Camilo, a Juanito, y a todos los profesionales que allí trabajan por abrirme las puertas. Gracias a los residentes y familiares por abrir sus corazones y dejarme conocerlos.

Agradezco a mis padres, Fernando y Maria Ines, por su amor incondicional, su apoyo constante y por haberme brindado todas las oportunidades para estar donde estoy hoy.

A mis amigas por ser quienes me impulsan y me abrazan cuando más lo necesito.

Agradezco especialmente a mi tutor de tesis, José, por su paciencia y por haberme guiado sabiamente en este camino.

Por último, agradezco a la Fc Polit, no solo por su formación académica y su cálido recibimiento, sino que también por haber sido mi segunda casa y haberme presentado gente tan linda todos estos años.

A todos ustedes GRACIAS.

Anteproyecto

Tema

Modelo Minnesota, un abordaje sobre los consumos problemáticos. Estudio de caso “Granja San Camilo” en Pergamino en el año 2024.

Justificación

A raíz de una estrecha relación con los profesionales de la “Granja San Camilo”, surge mi interés por conocer en profundidad la modalidad de abordaje interdisciplinario allí propuesta.

La finalidad de esta tesina es comprender cómo los profesionales perciben los consumos problemáticos, para así entender las estrategias de abordaje que proponen y utilizan.

El problema de consumo de drogas nos atañe hoy como sociedad y cabe aclarar que entendemos por consumo problemático a:

“un 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: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudios), sus relaciones con la ley” (Infantino, A; 2019 ;pp 3)

Esta definición establece los límites que tenemos para saber cuándo el consumo se vuelve un problema para intervenir. Al respecto Sedronar piensa al consumo como complejo y por ende para su tratamiento se tiene que trabajar desde una mirada integral:

“Sedronar asume al consumo de drogas como una problemática social que debe ser abordada desde una mirada integral, junto con organismos nacionales, provinciales, comunales y de la sociedad civil. Sus acciones se llevan adelante a partir de un trabajo en red en territorio, fomentando procesos de inclusión y de fortalecimiento del entramado social.” (Sedronar, 2019. pg 8)

En esta tesina se parte de una mirada de las comunidades terapéuticas religiosas como aquellas donde “el dispositivo terapéutico de base comunitaria-convivencia está orientado a establecer una trama simbólica que organice al sujeto en su modalidad cincelar y adaptativa, una red estructurante y de sostenimiento frente a la pérdida de ideales y de valores, frente al desamparo y la carencia afectiva y ante la inminencia de una identidad que se desarma. Esta red vincular apunta a la unificación de los tres registros. Propone un espacio unitario donde lo emocional y lo reflexivo, el trabajo colectivo y el individual, la significantización de conductas articularan la matriz simbólica en aquellos casos que requieran sostenimiento y contención continuos. Es una red que contiene un sistema de control y de autocontrol donde se excluirán las vertientes destructivas de la personalidad” (Boeiro; 2015).

Esta institución articula la base terapéutica-religiosa de las comunidades terapéuticas religiosas con la forma de abordaje, organización y modelo de tratamiento Minnesota.

Esta modalidad de abordaje y de creación de nuevos registros se lleva a cabo a través de intervenciones integrales, realizadas por un equipo interdisciplinario que está presente en cada etapa del tratamiento. La historia, las experiencias previas y los sentires condicionan la intervención de los equipos interdisciplinarios. La complejidad de las situaciones hace que las estrategias de acción deban ser pensadas en conjunto con los usuarios y no para ellos. Estamos frente a una problemática multicausal, ya que intervienen múltiples implicancias como las psicológicas, medicas, sociológicas, etnológicas, económicas, jurídicas, y educativas, por lo que no podemos reproducir un pensamiento simplificante, necesitamos pensar bajo la concepción de Edgar Morín de un pensamiento complejo, que dé respuestas integrales, entendiendo la problemática como un todo y en interacción con diversos elementos del entorno.

Objetivo general

Comprender la modalidad de intervención basada en el modelo de abordaje Minnesota de la Casa Comunitaria Convivencial “Granja San Camilo” sobre el consumo problemático en pergamino en el año 2024.

Objetivos específicos

Indagar sobre las formas de concebir los consumos problemáticos el equipo interdisciplinario de la Casa Comunitaria Convivencial “Granja San Camilo”

Conocer las estrategias propuestas por el modelo de abordaje Minnesota para llevar adelante el tratamiento y la efectividad de sus acciones

Averiguar cuáles son las redes o los circuitos de acción con los que articula la Casa Comunitaria Convivencial “Granja San Camilo”

Entender el rol del Trabajo Social en este establecimiento y la importancia de trabajar de manera interdisciplinaria.

Metodología

Esta tesis se nutrirá de información relevada por una metodología cualitativa de carácter descriptivo.

El equipo interdisciplinario se conforma por dos psicólogos, dos trabajadoras sociales y un coordinador general. Se realizará una entrevista al psicólogo y una entrevista al coordinador general, con opción de ampliar a una segunda entrevista en caso de ser necesario. Respecto de la Trabajadora Social, decidí no realizar una entrevista formal ya que comparto espacios de talleres donde me informa sobre su proceso de trabajo y debatimos problemáticas allí presentes. Toda información proporcionada por ella fue debidamente documentada y se ve reflejada en esta tesis al igual que la información obtenida por las demás entrevistas.

Además de las entrevistas, utilizare la herramienta de observación para completar la información recopilada.

La recopilación de esta información será complementada por entrevistas previas realizadas por los profesionales de la Granja a medios de comunicación, documentos legales, investigaciones de otros autores sobre la temática y contenido estudiado durante la carrera de Trabajo Social

Capítulo 1

¿Qué son las sustancias psicoactivas?

Para abordar esta problemática es necesario llegar a un acuerdo sobre lo que entendemos cuando hacemos uso del término sustancias psicoactivas. Este capítulo lleva adelante una síntesis de la trayectoria histórica y normativa de las sustancias psicoactivas. Vamos a ver que según el tiempo y el contexto en el que se da cambia la legislación de este consumo, pero no podemos comenzar sin antes aclarar qué es lo que entendemos por sustancias psicoactivas en la actualidad y sin conocer sus posibles clasificaciones.

Para eso tomamos la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud, la cual entiende por sustancias psicoactivas : 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.(OMS ;2004)En consonancia con esta definición podemos nutrirnos de la definición de Jaime Funes Arteaga, psicólogo y docente, que sostiene que las sustancias psicoactivas será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad de modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, y su comportamiento , a su percepción o su estado de ánimo.

Gracias a estas definiciones entendemos que las sustancias psicoactivas no tienen un componente bueno o malo, lo que determina si esta relación es problemática o no, va a ser la persona, el contexto y su relación con la ella.

Tipos y Clasificación de Sustancias

Son muchas las clasificaciones que podemos plantear, la primera estaría dada por el origen o la naturaleza de las sustancias psicoactivas clasificándolas en sustancias psicoactivas naturales o sintéticas, en el primer grupo veríamos el opio y sus derivados, la hoja de coca y sus derivados ,los hongos, el tabaco y el alcohol; y en el grupo de sustancias psicoactivas sintéticas tendríamos la metadona, el LSD, éxtasis, anfetaminas, entre otras. Otra clasificación puede ser dividir las entre sustancias psicoactivas legales e ilegales según el momento histórico en que los estemos viendo, dónde las sustancias psicoactivas legales hoy en Argentina son el alcohol y el tabaco siendo las sustancias psicoactivas ilegales aquellas cuyo consumo está penalizado. Siguiendo con esta clasificación podríamos sub-clasificarlas en sustancias psicoactivas duras y blandas , estas se diferencian por cuál es la vía para su consumo , aquellas que se pueden inyectar serían las sustancias psicoactivas duras y la marihuana ,el alcohol y los cigarrillos serian drogas blandas. Y por último las podríamos clasificar en relación a los efectos que producen sobre el sistema nervioso central de esta forma se dividen en 3 grandes grupos, o sustancias depresoras, sustancias estimulantes y sustancias perturbadoras o distorsionadoras del sistema nervioso central.

Así como caracterizamos las sustancias psicoactivas podemos caracterizar también los consumos entendiendo que todo consumo es diferente de otro. para esto hay que tener en cuenta la sustancia, no todas las sustancias tienen los mismos efectos en todos los usuarios, la frecuencia, qué necesidad de repetirlo tenemos para lograr el efecto esperado, la cantidad ,cuánto puede soportar de esa sustancias psicoactivas nuestro cuerpo, la calidad y toxicidad, qué pureza tiene la sustancia que vamos a consumir y qué componentes posee, la disponibilidad a veces antes la escasez de una droga se busca una suplementaria, la vía de consumo si es oral inhalada aspirada o inyectada, las características del individuo, qué tiene que ver con su personalidad o sus patologías de base y el contexto en el que se da ese consumo y por último la relación que el consumidor tiene con la sustancia, o puede hacer un uso de la sustancia, un abuso o una dependencia tanto física como psíquica, en caso de hacer uso de la sustancia hacemos referencia a que el consumo, no pone de manifiesto consecuencias negativas para el consumidor ni para su entorno, el abuso, sí evidencia consecuencias negativas tanto para el consumidor

como para su entorno y la dependencia se evidencia cuando el consumo pasa a ser el organizador de la vida del individuo, lo que en muchos casos puede llevar al consumidor a actividades delictivas, en pos de conseguir dinero para satisfacer esa dependencia.

Es por esta complejidad que no podemos dar una respuesta única a la problemática del consumo problemático, el consumo no siempre se dio de la misma forma, no siempre se utilizaron las mismas sustancias para consumir y no siempre la legislación se ocupó de esta problemática. Para llegar a esta concepción de sustancias psicoactivas y de consumo tuvimos que atravesar varios hitos, legislaciones, contextos e historias. Frente a una sociedad dinámica y cambiante hay que problematizar constantemente nuestro accionar frente a las problemáticas sociales y para lograr esto es necesario conocer los orígenes de esta problemática. Es por eso que a continuación vamos a llevar a cabo un breve recorrido histórico y normativo.

“Es importante aclarar por qué “sustancias psicoactivas” y no “drogas”. Al hablar de sustancias psicoactivas estamos hablando de todas aquellas sustancias que, incorporadas al organismo, producen algún tipo de alteración del estado psíquico y del estado de conciencia. Y es que sucede que al hablar de “drogas”, la gente solamente piensa en las ilegales como la cocaína, marihuana, éxtasis o el paco, y en algunos casos algunos hasta incluyen en la idea de droga al pegamento. Cuando se habla de las drogas legales, normalmente hablamos de sustancias que tienen una tolerancia social y una aceptación que no están discutidas. Hoy, pensar que el alcohol es una droga es algo no fácilmente aceptado; y, sin embargo, junto con los psicofármacos, son las sustancias que más problemas nos generan.” (Damin:2015)

Trayectoria Histórica y Normativa del consumo en Argentina

La adicción existió siempre en la historia de la humanidad, expresándose en diferentes formas, comenzando con “drogas naturales” hasta llegar a las sustancias psicoactivas producidas en laboratorios. Se pudo estudiar, que, en las décadas previas, las tribus de distintas partes del mundo ya utilizaban distintos tipos de sustancias psicoactivas como hierbas, hongos y plantas para acompañar prácticas médicas o cultos religiosos y mágicos.

“El consumo de aquéllos pueblos era un consumo reglado de una manera particular, no se consumía en cualquier momento, sino que se lo hacía en cierto momento del año, en general vinculado con alguna cuestión religiosa, o para celebrar algún acontecimiento significativo, como el término de la cosecha. No consumía cualquier miembro de la comunidad, sino que eran personas autorizadas por la liturgia quienes lo hacían, los llamados chamanes, para conectarse con fuerzas espirituales o con los dioses” (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2019: 17) Fue recién hacia la década de 1970 que la drogadicción comienza a construirse como problema público en el país (Camarotti, 2010)

La actual definición de la OPS sobre droga es: “Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento” (OPS; 2004). Tomando esta definición, podemos decir que la droga no tiene connotaciones positivas ni negativas, sino que es su forma de consumo, cantidad y contexto, las que definen, si son más o menos problemáticas; para quienes son problemáticas y si todo consumo es problemático.

Como se mencionó anteriormente, el consumo de sustancias psicoactivas no siempre fue ilegal. Esta tesis hace un breve recorrido histórico en Argentina para explicar la transición de la utilización de sustancias de uso recreativo o con fines religiosos, hasta lo que hoy se considera un problema de consumo que atañe a la sociedad entera.

Intervenciones del Estado

“La Argentina tuvo de todo: la época legal hasta los años veinte, la etapa de pseudo control hasta los sesenta, la persecución al consumidor hasta fines de los ochenta y la llegada de los cárteles a partir de los noventa”. (Mauro Federico, Ignacio Ramírez; 2015; pg9). Por su ubicación era considerada punto estratégico para el envío de cocaína a Europa, por lo que se convirtió en un territorio en disputa para los carteles encargados de su distribución.

Como se mencionó anteriormente, el consumo de drogas nace como un consumo social y festivo, sin embargo, se tienen registros de los primeros cultivos de opio con miras al intercambio en el siglo XVI con el gran desarrollo de la navegación, cuando comenzó a exportarse a grandes países como EEUU. El primer país en advertir los problemas de salud que estas drogas producen fue China. En este país el opio y la morfina (extraída del mismo opio) tuvieron unos pocos años de gloria antes que sea prohibido su consumo debido a los problemas de salud que su ingesta conlleva.

Primeras Medidas de Prohibición y Regulación del Consumo

Mundialmente se generó una gran brecha entre los estados que prohibían este tipo de drogas contra los países que se beneficiaban económicamente de su tráfico. Tal es así que a fines del siglo XIX se intentó detener el comercio mediante la presión impositiva para la importación y distribución de muchos países, pero eso no hizo más que provocar un aumento del tráfico ilegal. Como consecuencia comenzaron los controles aduaneros.

En 1912 se celebró, en La Haya, la Convención Internacional del Opio (International Opium Convention), que fue el primer tratado internacional sobre el control de drogas. En este tratado los países firmantes se comprometían a “realizar sus mejores esfuerzos para controlar, o para incitar al control, de todas las personas que fabriquen, importen, vendan, distribuyan y exporten morfina, cocaína, y sus respectivos derivados, así como los respectivos locales donde esas personas ejercen esa industria o comercio” (Esteve de Sagrera, 2005: pg 110) Esta convención fue firmada por el imperio alemán, Estados Unidos, China, Francia, Reino Unido, Italia, Japón, Holanda, Dinastía Kayar(Irán), Portugal, Imperio Ruso y Siam (posteriormente Tailandia).

La República Argentina adhirió a la Convención Internacional de La Haya sobre el opio a través de un decreto presidencial del 23 de enero de 1912 pero entra en vigencia con la presidencia de Irigoyen en 1919, junto con una orden del departamento nacional de higiene para restringir la importación de opio y otros preparados. Solo podían importar determinadas drogas las farmacias y droguerías, para utilizarlas con fines médicos o científicos, además tenían que presentar un certificado para tal transacción.

En 1918 en Pergamino- Buenos Aires, se registra el primer caso que relaciona adicción y conductas sociales pasibles de punición. Este registro establece que una persona, de profesión médico; había sufrido una fractura de rodilla y que frente a tal dolor había comenzado a inyectarse hipodérmicas de morfina lo que le produjo una grave adicción a esta sustancia y para ese entonces la sociedad del siglo XX ya lo caracterizaba como una lacra social por ser morfinómano.... Por casos como estos, el estado sintió la responsabilidad de intervenir legalmente.

La década del 20 se caracterizó por un pensamiento más libre y relajado. Se comenzó a asociar el consumo de cocaína, morfina y opio con un cierto estatus. Se creía que quienes consumían era porque eran jóvenes adinerados que no tenían que trabajar y podían permitirse gozar del consumo de cocaína. Sin embargo, a los

vendedores de estas sustancias se los asociaba con una mirada totalmente diferente, mientras los consumidores eran bien vistos como jóvenes de la alta sociedad, los vendedores eran “lacras o traficantes de venenos”.

La cocaína comenzó a popularizarse entre mujeres y niños también. La sociedad ya había notado el consumo de estas sustancias en las clases altas, pero no se había hecho notar aun en las mujeres y niños. Este hecho provocó una serie de críticas que los periódicos no tardaron en hacer notar.

Tanto el diario *Crítica* y *La Nación* en Buenos Aires, la voz del interior en Córdoba y el “*Nueva Época*” en Santa Fe comenzaron a hacer hincapié sobre esta temática. Este último expresó lo siguiente en:

“Desde el frenesí del baile, con las formas más indignas de la cultura y la moral, hasta el indecoro del vestido femenino, todo parece haberse conjurado para despojar a nuestras niñas de ese bellissimo pudor que es la joya más rica del adorno de su sexo. Y como si todavía eso no bastara, ya las tenemos con reuniones privadas, donde no tan sólo se fuman cigarrillos perfumados, sino donde se aplican inyecciones de morfina. [...] Están en peligro las más tradicionales virtudes de la mujer argentina, y con ellas las de nuestro pueblo entero, que no es posible desconocer que la sociedad es lo que son las madres. (Nueva Epoca; 1922)

El consumo y la tenencia de estupefacientes era común entre una sociedad preocupada, sin embargo, aún no eran penados ni regulados en Argentina. Estas leyes no tardaron en aparecer.

En 1920 Juan José Capurro, diputado radical, presentó un proyecto de ley que prohíbe todo consumo recreativo y establece que la cocaína, la morfina, el cáñamo indiano y otros preparados solo se pueden vender en farmacias y con recetas médicas. Todo lo que exceda a esa reglamentación sería castigado.

“En 1921 se sumó al Código Penal la primera sanción en el artículo 204, sobre la base de la doctrina del “suministro infiel de medicamentos”. La primera legislación limitó el castigo de la venta, entrega o distribución de sustancias peligrosas para la salud, al hecho de que el culpable hubiera ocultado a la víctima el “carácter nocivo” de la droga”. (Federico, M, Ramirez; 2015 ; pp 51) Sin embargo en este mismo año fue detenido un individuo que comercializaba pequeños paquetes con cocaína, pero la ley, como dijimos anteriormente, castigaba el ocultamiento del carácter nocivo de la droga y en este caso tanto el vendedor como el comprador eran totalmente conscientes de lo nocivo que era esa sustancia.

Esto produjo una nueva modificación de la ley vigente donde se debatió el accionar del estado, la regulación de médicos y farmacéuticos, la regulación del comercio venta y distribución, entre otras cuestiones, teniendo como resultado la promulgación de la ley 11309 en 1924

Esta ley incorpora al Código Penal los términos narcóticos y alcaloides, “estableciendo como delito la introducción clandestina al país de esas sustancias, su venta sin receta médica y la prescripción o expendio en dosis mayores a las indicadas.” (Ley 11309) Además,” reprimía con prisión de seis meses a dos años al farmacéutico que venda o entregue o suministre alcaloides o narcóticos sin receta médica, basándose en el paradigma moral-intervencionista cuya esencia es institucionalizar la relación entre derecho y moral, que habilita la intervención del Estado en la esfera privada.” (Mauro F, Ramírez I;2015: pp 53). La Ley 11309 introduce del Código Penal, la sanción de las conductas de venta, entrega o suministro de alcaloides o narcóticos sin receta médica, y será recién en año 1926 con la Ley 11331 que se agrega a ese artículo el delito de tenencia, definido como “el que no estando autorizado... tenga en su poder drogas... y no justifique la razón legítima de su posesión o tenencia”. (Código Penal de la República Argentina).

Para 1930 en un contexto donde Argentina trataba de salir de la gran depresión y con un gobierno de facto al mando, surgen organizaciones delictivas que provocan los primeros indicadores de inseguridad y violencia del siglo XX.

Fallo Gonzales: Un Punto de Inflexión en la Prohibición de Conductas

El primer fallo desde la ley 11331, fue el fallo Gonzales, un hombre detenido por portar tres gramos de cocaína para consumo personal. La Cámara estableció que “implica infracción la tenencia de alcaloides por quien no está autorizado para su venta o que no justifique la razón legítima de su posesión; siendo inadmisibles las excusas de uso personal de alcaloides por quien los posee” Código Penal de la República Argentina). Sin embargo, los 3 votos opositores de la minoría establecen que “condenar a un toxicómano por el hecho de serlo, significa lo mismo que castigar a un loco, por el hecho de que lo es. Hay que curarlo, no condenarlo”. (Terragni, 1989: pp 163).

Con este debate en 1932, Juan Ramon Beltrán, un profesor de Medicina Legal y de Psicología Experimental y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), demandó la creación de un establecimiento oficial donde recluir a estos pacientes.

El 29 de agosto de 1937 el ministro del Interior le solicitó por escrito al ministro de Salud que los hospitales tuvieran sanatorios especializados en toxicomanía porque se estaba apresando a los proveedores y nadie estaba haciendo nada con los “enfermos”, es decir, los consumidores.

En el transcurso de esta década hubo varios encuentros internacionales destinados a regular y controlar el comercio internacional y a establecer la legislación represiva de producción y tráfico. Algunos de ellos fueron, la Conferencia preliminar de Londres (1930), la Convención de Ginebra (1931), la Conferencia de Bangkok (1931) y otra convención en Ginebra (1936). Si bien se llegaron a algunos acuerdos, todos los intentos de regulación fueron incapaces de dominar el mercado de estupefacientes.

Argentina, recién estaba saliendo de la década infame y tomaba la presidencia Juan Domingo Perón. Este gobierno fortaleció el sistema público de salud y organizó los primeros centros asistenciales destinados a “toxicómanos y alcoholistas”. Por otro lado, también creó la policía federal; ésta se encargaba principalmente de allanar establecimientos que en general eran teatros y puertos en busca de drogas, investigar donde se estaban creando los primeros laboratorios clandestinos de cocaína y averiguar donde se aterrizan los aviones que ingresaban las hojas de coca al país, provenientes de Bolivia.

Hasta esos tiempos la legislación se centraba en las cantidades que se podían poseer para consumo personal. Pero en 1942 el diputado José Peco presentó un proyecto al Congreso para reprimir el comercio y suministro de drogas. El objetivo de este proyecto era poner el enfoque sobre el delincuente y no sobre el adicto. Los delincuentes deberían ser sancionados mientras que los viciosos o adictos deberían ser internados con fines de readaptación.

En 1962 con la nueva Ley de aduana, se consideraba delito el contrabando de sustancias, este sería penado con uno a ocho años de prisión. Dos años después, durante la presidencia de Arturo Illia, se aprobó la Ley 16.478 por la que el Estado argentino adhirió a la Convención de Nueva York realizada en 1961, en esta convención se firmó un tratado internacional contra la manufactura y el tráfico ilícito de drogas que conformó el fundamento del régimen global de control de estupefacientes para todos los países miembros.

Fallo Terán de Ibarra: La Controversia sobre la Tenencia de Drogas y el Bien Jurídico

En 1966 un nuevo fallo ratifica la doctrina punitiva que se había impuesto con la ley 11311 y había sido ratificada con el fallo Gonzales Antonio en 1930. En esta ocasión la Cámara del Crimen de la Capital Federal aprobó el fallo plenario “Terán de Ibarra, Asunción”, donde concluyó que “la mera tenencia de drogas, aun para el uso personal, constituye un peligro para los bienes que el derecho busca proteger [...La sentencia agregaba que...] “no puede considerarse legítimo un vicio que es socialmente disvalioso” [...y que...] “la ley no castiga al vicio sino a quien tenga las drogas, ya que aquí se está protegiendo un bien jurídico —la salud pública— que debe estar por encima del interés particular del individuo”. (Mauro Federico, Ignacio Ramírez; 2015; pg 114)

Recién en 1968 el Decreto ley 17567 art.204, introdujo una cláusula que dejaba fuera de su régimen a quien tuviera en su poder estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran de las que corresponden a un uso personal”. (Touzé, 2010:2) que luego se transformó en la ley 17711 al incorporar una reforma en el código civil donde se establece la posibilidad de internar compulsivamente a los “toxicómanos” y limitar su capacidad legal. Esta incorporación traía consigo un pensamiento muy estructurado ya que sostenía que todo aquel que esté desempleado o que consuma algún tipo de drogas debía ser internado ya que de esa forma se prevendría el delito.

El sociólogo y experto en adicciones Alberto Calabrese proponía establecer normas sanitarias para la rehabilitación del adicto que fueran más allá de una institución psiquiátrica. Impulsaba un nuevo sistema legal sanitario para la recuperación de drogadictos que infringen la ley vigente. A raíz de esta propuesta se fundan varios centros de atención. Uno de ellos fue el Servicio de Toxicomanía del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda fundado en 1971. Allí, los pacientes adictos eran tratados con un tratamiento con electroshocks, eufemísticamente llamado terapia electroconvulsiva (TEC). También fue creado el Centro de Prevención de la Toxicomanía de la Facultad de Medicina de la UBA.

En 1972 se creó la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONTARON) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, compuesta por diferentes ministerios, organismos de seguridad y universidades públicas. Era una dependencia estatal destinada a crear políticas globales sobre drogas y que un año más tarde se convirtió en Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) entendido como una institución pública especializada en el uso y tratamiento de las drogas. Este organismo publicó en su plan de desarrollo de 1973-1975 lo siguiente: “el fenómeno socio-cultural de la adicción no constituye en nuestro país un problema de la magnitud y los alcances dañosos con que se presenta en otros países americanos y europeos”. (Mauro F, Ramírez I; 2015; pg 171)

Legislación y Prohibiciones en la Ley 20771

En 1974 entra en vigencia una nueva ley, la Ley 20771 que había sido debatida en la 12ª Sesión Ordinaria de la Cámara de Diputados celebrada el 19 de septiembre de ese mismo año, la cual calificaba a los drogadictos como potenciales traficantes de estupefacientes. Esta nueva ley consideraba al narcotráfico como contrario a la seguridad nacional y estableció la siguiente pena: “Será reprimido con prisión de uno (1) a seis (6) años y multa de cien (\$) 100) a cinco mil pesos (\$) 5.000) el que tuviere en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados a uso personal.”(ley 20771: art. 6). Para la nueva legislación, quedaban abarcados “los psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que la autoridad nacional debe elaborar a este fin y actualizar periódicamente” (Ley 20771 art 10). La ley condenaba al que a) Siembre o cultive plantas o guarde, semillas utilizables para producir estupefacientes, o materias primas, o elementos destinados a su elaboración; b) Produzca, fabrique, extraiga o

prepare estupefacientes; c) Comercie estupefacientes o los distribuya, almacene o transporte; d) Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes, aunque sea a título gratuito; e) Introdujere al país o sacare de él estupefacientes en cualquier etapa de su elaboración.”(ley 20771:art 2). A la vez tipifica los delitos vinculados al tráfico, incriminar la mera tenencia, prescribía una medida de seguridad curativa y establecía la competencia federal para su juzgamiento.

El objetivo de la nueva ley era claro: sentar las bases de las futuras políticas públicas que debían asociar directamente al adicto y la droga con la subversión, tanto en la oferta como en el consumo. En la misma fundamentación del proyecto se sostiene que el control penal de los estupefacientes era necesario para tutelar la seguridad nacional como bien jurídicamente protegido y la defensa nacional, asegurando que el tráfico ilegal de estupefacientes debe ser perseguido hasta su aniquilación. Esta ley promovió la persecución de los consumidores ya que sin ellos los vendedores no tenían a quien expender la droga.

Las estrategias de esa época recaen en responsabilizar a las familias por los consumos de los usuarios, así en 1976 las campañas oficiales comenzaron a interpelar a la familia publicando anuncios como: “¿Sabe usted dónde está su hijo?”.

La única institución destinada a la recuperación de las adicciones eran los manicomios. No había instituciones específicas, el destino de los consumidores era o la cárcel o instituciones de salud mental. De más está decir que estas últimas no tienen tratamientos adecuados para esta población y que tanto en la cárcel como en los manicomios, el tráfico de drogas se daba en el cotidiano. Por lo tanto, el único fin que tenían estos lugares era el de aislar a los consumidores de la sociedad y olvidarlos allí hasta cumplir su condena.

Las familias de los consumidores de drogas además de responsabilizarse por donde estaban sus hijos comenzaron a hacer aportes a las primeras comunidades terapéuticas, en adelante C.T, que comienzan a aparecer formadas por ex adictos que generalmente estaban ligados a iglesias evangélicas. Estas comunidades eran centros residenciales, establecidos en granjas, que ofrecían un tratamiento alternativo a los institutos públicos, este tratamiento consiste simplemente en cortar la ingesta. La más conocida fue el Programa Andrés, fundado en 1973 por un ex dealer; que llegó a tener 400 camas. Su tasa de recuperación para quienes lograban terminar el tratamiento eran superiores al 70%.

Dos Cigarrillos, Dos Años: El Impacto del Fallo Colavini

4 años más tarde “En 1978 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el caso “Colavini” condenó a la pena de dos años de prisión de cumplimiento en suspenso, y al pago de una multa, a un joven que había sido detenido por una comisión policial mientras circulaba por una plaza pública y al que se le secuestraron dos cigarrillos de marihuana” (Federico, M; Ramirez I;2015: 25)

En esos años la pelea contra la “toxicomanía” comenzaba a interpretarse como una forma de lucha contra la subversión. Así se conformó dentro de la Policía Federal Argentina el Departamento de Toxicomanía, que incluía una división de prevención.

Mientras a fines de los sesenta en la Argentina cundía el pánico contra las drogas, en once estados de Estados Unidos (Oregon, Alaska, Maine, Colorado, California, Ohio, Minnesota, Mississippi, Carolina del Norte, Nueva York y Nebraska) ya se había despenalizado la tenencia de marihuana, y regulado la cantidad máxima permitida y la calificación del delito.

Para el Estado argentino las drogas no representaban un problema serio y, por eso, ni la Justicia ni las fuerzas de seguridad estaban capacitadas para enfrentar a las organizaciones delictivas que se conformaron al calor del tráfico clandestino y el negocio de la droga.

El Caso Bazterrica: Música, Drogas y la Lucha por la Privacidad

En década del 80 se sancionó el fallo Bazterrica, que marcaría un antes y un después en materia de drogas

Gustavo Bazterrica era el dueño de un departamento donde se frecuentaban juntadas caracterizadas por la música y el consumo de diferentes tipos de drogas. Funcionaban como una cooperativa, se juntaba el dinero, el dueño de la casa compraba las drogas y luego a medida que iban pasando las iban consumiendo. Un día la policía federal irrumpe en el establecimiento y al requisar encuentra cigarrillos de marihuana. En ese instante Bazterrica y 3 acompañantes fueron detenidos. Al ingresar a la comisaría, Bazterrica se encuentra con su abogado quien le recomendó que se hiciera cargo de todo para que liberen a sus acompañantes. Sostiene que es más fácil sacarlo a él solo, que a los 4 juntos. Bazterrica lo obedece y es condenado a un año de prisión; frente a esto su abogado presentó, como defensa, la inconstitucionalidad de la acusación ya que condenarlo violaba el artículo 19 de la Constitución Nacional que sostiene que “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados”. (Ley N° 24.430: art 19)

Este fallo es de suma importancia porque establece las bases para que 5 años después se declare inconstitucional el artículo 6 de la ley 20771 (artículo por el cual condenaron a Bazterrica) ya que este artículo invadía la esfera de la libertad personal. A raíz de esto los jueces dejaron de condenar a quienes se los encontraba con cantidades mínimas.

Esto trajo aparejado grandes consecuencias, porque no había suficientes efectivos policiales para controlar el mercado y con este fallo las calles comenzaron a poblarse de pequeños vendedores y compradores, no solo para el consumo local sino también para cocinar y exportar.

Para mediados de la década del 80, la cocaína en Estados Unidos era una problemática que llamaba la atención del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Frente a esto se promovió una campaña de concientización sobre los efectos negativos que esta droga produce, sin embargo, los consumidores ignoraban los efectos negativos reales potenciando sus efectos “positivos”.

La Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, realizada en 1988, buscó promover la cooperación entre los Estados para limitar o erradicar el comercio internacional de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de origen ilícito.

“En los últimos días del año 1988 se firmó en Viena la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, que acentuó los aspectos penales del sistema internacional de fiscalización referido a esas sustancias, incluyendo –con reservas– la punición de la posesión para consumo personal. Al año siguiente se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), organismo que se constituyó como el principal defensor de los postulados de la política sobre drogas.” (Corda, 2015:88)

Si nos situamos en Argentina, las respuestas se orientaron a la lucha contra el narcotráfico y por otro lado con la prevención y reducción de las consecuencias negativas del consumo.

Las estrategias se focalizaron en ampliar y diversificar la oferta asistencial, abrir el debate legislativo, retomar la drogadicción como tema prioritario de agenda pública, ampliar la creación de centros de atención con modalidad de abordaje terapéutico y se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas en 1985. Estas estrategias se amparaban sobre una nueva forma de pensar donde se distingue al adicto- enfermo del traficante-delincuente.

Si bien todas estas estrategias estaban imponiendo cambios sociales, la década del 80 se caracterizó por registrar un aumento del consumo y con ello el riesgo en enfermedades contagiosas ya que muchos usuarios compartían jeringas.

Para el doctor Damián Lavarello, miembro del Comité Ejecutivo de la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD), “esta epidemia de consumo en curso desde los años ochenta ha determinado una transmisión relevante del VIH entre usuarios endovenosos y a su vez ha producido una fuerte impronta sobre los servicios de salud pública. El consumo de cocaína tiene un fuerte determinante cultural y social (la noche, la calle, el grupo, la fiesta) e implica un alto número de inyecciones consecutivas, con breves intervalos entre sí, seguidas en ocasiones por varios días sin consumo, lo que es posible por una abstinencia menos severa que la de heroína” (Lavarello, s/f).

Recordemos que anteriormente hablamos de la creación del programa Andrés en 1973 fundado por Carlos Novelli que para 1982, con una trayectoria de casi 10 años, abre la primera Comunidad Terapéutica de la Argentina, en Diego Gaynor, Pilar, donde comenzaron viviendo quince personas con problemas de adicciones. “Si bien el componente religioso fue importante en un primer momento, el tratamiento no se basaba sólo en un cambio operado por la fe, sino que se fueron incorporando familiares y amigos de los pacientes con roles definidos, grupos de ex adictos, dándole forma a una nueva modalidad de atención que ya había tenido para entonces buenas repercusiones en Europa, fundamentalmente en Italia”, (Federico, M; Ramirez I; 2015 ;pp 206) agrega Cincunegui consultor y especialista en temas de drogas. Esta comunidad terapéutica a diferencia del programa Andrés, consistió en aplicar a los pacientes laborterapia, distribuyendo tareas y actividades diarias entre los miembros de la comunidad. En 1987 ya había ciento veinte residentes viviendo en la Comunidad Terapéutica.

[Ley de estupefacientes n 23.737](#)

A principios de 1989, se aprueba la nueva Ley de Estupefacientes N° 23.737, que establece “Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que, estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica o diversa de la declarada o convenida, o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que según las reglamentaciones vigentes no pueden ser comercializados sin ese requisito” (ley 23737 art 1). “Así, vigente la ley 23737 y bajo una nueva composición del Alto Tribunal, éste emitió en el año 1990 el fallo “Montalvo”, regresando por voto de la mayoría y con expresa mención a la jurisprudencia sostenida en el caso “Colavini” al reiterar que carecía de sustento sostener que la norma que reprime la tenencia de estupefacientes para uso personal atenta contra el principio de reserva del art. 19 de la Constitución Nacional” (Rozes, 2014: pp 51) y al mismo tiempo Menem, encargó la creación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Su fundamento fue que, si Bush estaba preocupado por luchar contra el narcotráfico, Argentina tenía que estar actualizada en políticas antidrogas.

El ex funcionario de la SEDRONAR, Claudio Izaguirre, sostiene que "la ley puso al adicto en el lugar de enfermo, brindando el camino hacia la atención médica y separándolo de la condena atribuible al vendedor de drogas, pensando solamente la tenencia de estupefacientes". (Federico, M; Ramirez I; 2015: pp 223)

Esta secretaría recibió fuertes críticas, una de ellas proveniente de la Asociación Civil Intercambios que sostenía que "Crear un único organismo con responsabilidades tan dispares como la persecución criminal, la atención de la salud y la prevención; sumado a una ley que persigue a las personas que usan drogas y los encarcelan si no aceptan un tratamiento. Todo eso trajo consecuencias gravísimas: siete de cada diez detenidos por la ley de drogas son consumidores, el resto son transportistas fronterizos con pequeñas cantidades y pequeños vendedores de barrios pobres. Equivalen a un tercio de los reclusos federales, la mayoría mujeres jefas de familia y migrantes pobres", (Federico, M; Ramirez I; 2015: pp 223)

Otra de las críticas recibidas fue que "Se privilegió la tercerización de la asistencia y no se fortaleció la respuesta pública de salud. Además, no promovió las estrategias de reducción de daños, de probada efectividad para mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. La SEDRONAR concentró la asistencia en becas para dispositivos de internación y, en menor medida, ambulatorios, pero sin inserción comunitaria, que es clave para abordar los problemas relacionados con el consumo problemático de drogas tal como reconoce la nueva ley de salud mental", (Federico, M; Ramirez I, 2015: pg 225)

En el año 1996 a cargo de la SEDRONAR, mediante el decreto N° 623, se elaboró y aprobó el Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas, teniendo como referencia normativa a la Ley N° 23.737

Llovera y Scialla destacan que:

"Al promediar la década de 2000, se evidenció un complejo debate en Latinoamérica en torno a los resultados alcanzados por el prohibicionismo para afrontar los problemas asociados al consumo y venta de sustancias, en el cual se remarcó su rotundo fracaso en la región y los desastrosos resultados que produjo."(Llovera y Scialla; 2017; pp85)

A principios de 2006 el entonces gobernador Felipe Solá propone una nueva modificación a la ley de estupefacientes. La propuesta era descentralizar la lucha contra el narcotráfico en la provincia de Buenos Aires, hasta ese momento reservada a la Justicia Federal, lo que permitió a los fiscales bonaerenses sumarse a la lucha contra los dealers bonaerenses. La reforma de "desfederalización" apunta a la adhesión voluntaria de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de competencia.

El segundo artículo de esta reforma señala que "los delitos previstos y penados por esta Ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país, excepto para aquellas provincias y la ciudad Autónoma de Buenos Aires que, mediante ley de adhesión opten por asumir su competencia cuando se comercie, entregue, suministre y facilite estupefacientes fraccionados en dosis destinadas directamente al consumo". (Parlamentario, 2005)

Silvia Inchaurrega, directora del Centro de Estudios Avanzados en Drogodependencias y SIDA (CEADS) de la Universidad Nacional de Rosario (2018), realiza un breve análisis de la implementación de la ley de desfederalización. Ella plantea que la población más afectada serán los sectores más vulnerables y pagarán con su libertad la persecución de los delitos menores. Por esta razón el enfoque del problema no es el consumidor, ni el vendedor de drogas en pequeñas cantidades, ni la precaria habitación en la que se ofrece, o

el soldadito que la custodia. En tanto, reafirma que “hay que pensar en una política en la cual la persecución del narcotráfico sea sinónimo de persecución de los que lucran con el negocio de la droga y no de quienes sobreviven en los márgenes de la ley gracias a las drogas y/o a pesar de ellas.” (Incharruga, 2016)

En 2007 el senador nacional Aníbal Fernández propone un cambio de enfoque, en vez de condenar al criminal, proponía descriminalizar el consumo personal y enfocar una política criminal hacia los traficantes y con agravante si intervienen funcionarios públicos.

La pena que propuso Fernández era la siguiente:

“Propuse imponer al que organice, dirija o administre una red de producción, fabricación, comercialización o distribución, nacional o internacional, la misma pena que para el homicidio simple, es decir, de ocho a veinticinco años de prisión”, la Presidenta de la Nación, en ese momento Cristina Fernández de Kirchner, respaldó públicamente la iniciativa con esta frase: "No me gusta se condene al que tiene una adicción como si fuera un criminal. Los que tienen que ser condenados son los que venden la sustancia" (Touzé,. 2010, pp 4)

Sin embargo, esta iniciativa no se convirtió en ley, ni tuvo repercusiones a nivel penal. El consumo continuó creciendo significativamente.

Según un relevamiento realizado por la SEDRONAR en 1999, el 2,9 % de la población había usado algún tipo de droga de las denominadas ilegales. Casi una década después, los datos de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas efectuada en 2008 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) determinó que este porcentaje casi se triplicó, alcanzando el 8,7%.

En marzo de 2008 la Comisión Científica Asesora en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja dio a conocer su primer documento donde explican la necesidad de avanzar sobre las siguientes cuestiones:

“El desarrollo de políticas criminales en las que la persecución penal de consumidores y eslabones menores de la cadena de comercialización no encubra fenómenos de corrupción y extorsión;

La cooperación penal internacional y el intercambio de información con el fin de mejorar la eficiencia en entregas vigiladas, control del tráfico ilícito e investigación de delitos complejos;

La puesta en funcionamiento de un control administrativo eficaz en materia de medicamentos, con especial énfasis en los estupefacientes y psicotrópicos;

La adopción de mecanismos administrativos en materia de control de calidad y desvío de sustancias de corte o precursores químicos que permitan garantizar la calidad de los productos y efectuar un debido control del mercado ilegal;

El diseño de políticas públicas de comunicación que enfatizen la prevención y educación como parte del mejoramiento de la calidad de vida y controlen los mensajes que estimulen y fomenten el consumo de sustancias legales e ilegales como única pauta de integración social.” (Federico, M; Ramirez I, 2015; pp 277)

“Culminando este proceso, se creó en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción, con el objeto de elaborar y proponer políticas

públicas nacionales y regionales en materia de lucha contra la delincuencia organizada transnacional, el lavado de activos, la corrupción y el tráfico ilícito de estupefacientes, estableciendo espacios institucionales interministeriales, intergubernamentales e interregionales, asesorando en todos los aspectos al Jefe de Gabinete de Ministros, a fin de coordinar un accionar conjunto para la optimización de las políticas públicas” (Touzé, 2010, pp 4)

En 2009 se hace presente otro fallo en donde la Corte Suprema de Justicia resolvió los casos de cinco personas que fueron sorprendidas saliendo de una vivienda bajo vigilancia por comercio de estupefacientes. Estos consumidores fueron detenidos por personal policial a pocos metros del lugar, habiéndose encontrado entre sus ropas alrededor de tres cigarrillos de marihuana. La Corte, retomando los considerandos del fallo Bazterrica, declaró por unanimidad la inconstitucionalidad del famoso artículo, por afectar el derecho a la intimidad protegido por el artículo 19 de la Constitución Nacional. Los jueces entendieron que el derecho a la intimidad debía primar, pero establecieron cierto límite a la protección constitucional en la afectación de esa conducta a terceras personas.” (Touzé; 2010, pp. 2) Gracias a este fallo la corte exhortó “a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento con los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país”. (Corte Suprema de Justicia, 2009).

Este fallo es importante ya que sentó las bases para que se deje de criminalizar a los usuarios de drogas. Recién a fines de 2011, los consumidores dejan de ser estigmatizados y se los considera sujeto de derecho.

Revolución en la Salud Mental: La Ley 26.657

Seguidamente el fallo Arriola, que desplazó a los tenedores de drogas para consumo personal de la esfera penal, ubicó con claridad a la dependencia de drogas como un problema a resolver en el ámbito sanitario. “Con la promulgación de la ley nacional 26.657 de salud mental en el año 2010 se instaló un nuevo escenario para poder pensar la salud mental en general y los consumos problemáticos en particular, dado que reconoce que son procesos determinados por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. En el artículo 4º, la ley detalla: Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. La consideración de las adicciones como una cuestión que se inscribe en el campo de la salud mental, la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas y la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y su atención en los servicios de salud son tres aspectos centrales para una propuesta actual de intervención en consumo problemático.” (Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones; 2015; pg 11)

“Aunque ya no se criminaliza a los consumidores, podrían ser etiquetados como enfermos (mentales), y por lo tanto se correría el riesgo de medicalizar / psiquiatrizar a todo consumidor de drogas. En este sentido, es importante remarcar la distinción que algunos documentos oficiales y proyectos de ley realizan entre “consumos” y “consumos problemáticos”, así como el énfasis en el resguardo de los derechos de las personas con padecimiento mental, entre las que se ubican aquellas con usos problemáticos de drogas.” (Touzé, 2010:6)

A raíz de estas legislaciones se brinda importancia a los tratamientos de las adicciones referidos a una perspectiva de derechos humanos y garantías individuales. Es un tratamiento donde según la norma se prioriza el acompañamiento familiar comunitario y la participación social, bajo este paradigma, integral y de prevención, en 2009 se creó el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el

Consumo Indebido de Drogas que tiene como objeto orientar las prácticas educativas para trabajar en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del Sistema Educativo Nacional.

En línea con este cambio de paradigma, Silvia Inchaurrega, directora del Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y Sida (Ceads) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) menciona que “necesitamos contar con una atención primaria para prevenir y/o asistir el consumo con políticas de reducción de daños [...] La reducción de daños son estrategias de intervención en conductas que provocan riesgos para la salud, que buscan mitigar las consecuencias negativas que ocasionan los estupefacientes, intentando reducir riesgos asociados como las enfermedades de transmisión sexual o el peligro de sobredosis.”(Inchaurrega, ;2016. Pg. 1)

Abordaje Intersectorial y Asistencia Integral: El Plan IACOP

En el año 2014 fue sancionada y promulgada la Ley 26.934 Plan Integral Para El Abordaje De Los Consumos Problemáticos (PLAN IACOP), dicha ley tiene como objetivo a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático (Ley 26934. 2014.)

Esta ley también promueve en su artículo 5 la creación de “Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.” En esta misma sintonía esta ley busca fortalecer una inclusión educativa y laboral mediante becas de estudios, convenios intersectoriales, orientación ocupacional o inscripción a diferentes programas.

El 2020 fue un año atravesado por un contexto pandémico protagonizado por el Covid -19. Frente a esta pandemia el Estado emprendió una serie de políticas como “el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), así como la convergencia de programas sociales ya establecidos en el Programa Nacional de Inclusión Socio-Productiva y Desarrollo Local “Potenciar Trabajo”, expandiendo la cobertura de protección social y alcanzando a grupos más amplios.” (Díaz Langou ;2020). En agosto de ese mismo año, Sedronar lanza en todo el territorio nacional el programa Potenciar Acompañamiento. Este programa surge como una línea dentro del programa “Potenciar Trabajo”, e “implica la ampliación de los derechos que este garantiza a quienes se encuentren cursando una etapa avanzada de un proceso de atención y acompañamiento por consumo problemático de drogas en el marco de un dispositivo de la red de asistencia de la Sedronar y de las provincias y que estén en situación de vulnerabilidad. Se orienta a la promoción de la inclusión social plena de las personas, acompañando en la etapa final de su tratamiento para promover proyectos de vida saludables dentro de su comunidad, fortaleciendo sus relaciones afectivas y propiciando su desarrollo sociolaboral.” (OAD: 2022)

Este mismo año por” Resolución N° 2.805/2020, se crea el Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios”, bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, con el fin de coadyuvar a diseñar, monitorear y evaluar el plan provincial en salud mental y consumos problemáticos para la prevención y asistencia de la población desde un enfoque participativo, intersectorial e interdisciplinario con perspectiva de derechos, en aplicación de la Ley N° 14.580 de Salud Mental”

Finalmente, en la actualidad se está llevando a cabo un proyecto de ley llamado “PROGRAMA NACIONAL DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALIZADAS.” El objetivo final es reducir las consecuencias en materia de salud y sociedad y economía que las adicciones a las sustancias psicoactivas legales o ilegales puedan acarrear. Los lineamientos de este programa no son compatibles con el modelo abstencionista/prohibicionista que actualmente funciona. La diputada nacional Mónica Macha, quien presentó este proyecto de ley, sostiene que “las actuales políticas de drogas regidas por el Modelo Abstencionista/ Prohibicionista están condenadas al fracaso y que empeoran todos los daños que las drogas son capaces de generar”. (Macha; 2023)

Capítulo 2

La Cultura del Consumismo: Reflexiones y Consecuencias Sociales

Consumo etimológicamente significa extinguir implica usar a alguien o algo para el propio funcionamiento que se algo se agote al terminar de usarlo. Cuando hablamos de la cultura del consumo o de la sociedad de consumo, nos referimos a una “gran variedad de experiencias nuevas, nuevos modos de nombrar y representarnos el universo del consumo y nuevas formas de entendernos a nosotros mismos. .(Zamora; 2012)

La característica que tiene este consumo, es que es efímero. Solo nos da la sensación de satisfacción por un instante, pero ese consumo fugaz ya determinó el modo de pertenecer y el modo de hacer lazos con el otro también. La Secretaría de Política Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), en su Manual 2019 plantea que:

“Vivimos en una cultura que valora la satisfacción rápida e inmediata, el consumo por el consumo, donde el sistema nos propone todos los días, por ejemplo, un nuevo modelo de celular, con una serie de funciones que nada tienen que ver con la necesidad que vienen a satisfacer -la comunicación-, y que, además, si no se lo posee, uno se queda afuera de la sociedad. La integración a la sociedad se da por el consumo, y se prodigan valores que apuntan más al tener, que al ser. “(Sedronar; 2019, pp 18)

En esta sociedad puramente consumista, los niños piden lo que la televisión o la vidriera de los negocios les ofrecen y anhelan los juguetes de sus compañeros de colegio. A medida que crecemos los gustos y las necesidades cambian, pero el seno de la sociedad de consumo sigue ahí, empujándonos a consumir bienes y servicios no esenciales para poder pertenecer y tener status. En toda etapa de la vida queremos ser incluidos en la sociedad, en el grupo de amigos, en la familia. Nacemos y nos criamos con eso. El problema se presenta cuando para ser incluidos y ser aceptados ponemos en riesgo nuestra salud y nuestra vida. “Los lazos sociales se han deteriorado, sufrimos la falta de espacios de socialización y de construcción de sentidos que conecten al sujeto con el “todo”. La fragmentación de la vida cotidiana, el individualismo, la competitividad y la inequidad son algunos de los vestigios que nos fueron quedando de los gobiernos neoliberales y que no supimos superar. Como consecuencia hoy estamos atravesando una crisis como sociedad en todos los ámbitos y sectores.(Carballeda; 2008)

Una de las manifestaciones de esta crisis son los jóvenes que, en esa búsqueda de aceptación y pertenencia, sumado a otros posibles factores desencadenantes, se vieron inmersos en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

En sintonía con la postura de Carballeda, Susana Ryan sostiene que “En las últimas décadas, la aplicación de políticas neoliberales produjo procesos de exclusión que trajeron aparejada una importante fragmentación social y el aumento de la violencia estructural. (...) Desde los años 60’, el consumo de sustancias psicoactivas ha ido en continuo aumento. Sin embargo, es a partir de los años 90’ que esta problemática se convierte en una clara manifestación sintomática de malestar, asociándose progresivamente y cada vez con más fuerza a otros conflictos sociales, tales como la violencia, la deserción escolar, la delincuencia, el VIH y el SIDA. La forma que asume el rechazo social al aumento del consumo de drogas en la población juvenil surge de analizar el fenómeno de manera aislada y parcial, sin considerar que el mismo se da en un contexto caracterizado por el estímulo de prácticas de consumo desenfrenado e indiscriminado, en el seno de una sociedad que precisamente tiene al consumo de bienes y servicios como base de sustento económico y como fuente de su crecimiento. Cotidianamente, desde los medios masivos de comunicación y desde los grupos de pertenencia, se fomentan la compra y el uso de bienes no estrictamente necesarios, sino a efectos de “ser”, “pertenecer”,

en síntesis, “tener para ser”. Así, se promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez, que cobran mayor envergadura ante un contexto de crisis de las figuras de autoridad y ante la dificultad de los sujetos para encontrar y orientarse por ideales. (Ryan; 2009)

A la par de este estado neoliberal prácticamente inexistente, se van desdibujando los principios de solidaridad, universalidad e igualdad que eran sostenidos anteriormente por las políticas de bienestar. Con el neoliberalismo esos valores son reemplazados por los de competencia, focalización e individualidad, que no hacen más que enfrentar a la sociedad.

No podemos dejar de mencionar que el consumo problemático de sustancias se rige bajo esta misma lógica, la lógica del mercado. Son oferta de bienes, que pueden ser materiales o no, que el sujeto no sabía que necesitaba hasta ese momento. Todos somos los protagonistas principales del consumismo; cada uno con bienes diferentes, pero consumiendo, en fin.

Freud sostiene que en el centro del sujeto existe un malestar, y para paliar ese malestar supone diferentes formas, puede ser el amor, la religión, la sublimación o los narcóticos, “quitapenas” como él los llama.

En este escenario, “la drogadicción, en tanto padecimiento, se convierte en una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido.” (Carballeda, 2006; pp 1)

Quizás lo novedoso consista en que el consumo se ha convertido en un hecho global en el que están implicadas prácticas sociales, identificaciones y ensoñaciones y que, por tanto, abarca la totalidad de nuestra vida, un hecho global que se apodera de nuestros espacios y tiempos, redefiniendo nuestras identidades.(Zamora; 2012) La globalización también implica que hay una respuesta que es para todos igual, que todos pueden gozar de la misma manera y esto implica una mirada de representaciones sociales, es decir a un mismo grupo social le puedo dar la misma respuesta, esto nos impide observar otras dinámicas y contextos que influyen día a día. En este caso estaríamos dando intervenciones simplificadoras y parciales que no hacen más que tapar el problema.

Paradigma de la complejidad

Entendemos que los diversos elementos proporcionados anteriormente no pueden considerarse aisladamente es por eso que un pensamiento complejo nos brinda las herramientas para pensar desde el mundo real y poder comprender a partir de ello, todas las dimensiones, vivencias y contextos que están ocultos en las diferentes problemáticas. De esta forma podemos superar un pensamiento simplista y unidimensional. Este pensamiento complejo lo desarrolla Edgar Morín y establece que la complejidad es: “el tejido de cuentos, acciones, interacciones, retracciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Confronta la pura simplificación. Busca ser un espacio mental donde se revela, des-oculta la incertidumbre. (Morín; 2010)

Qué si bien, parte de un pensamiento significativo busca a través de la observación y del pensamiento poder superar este pensamiento y ver más allá, en su relación con el entorno, en la realidad total. Busca ver lo que un pensamiento simplificador no puede ver; pretende dar respuestas e intervenciones complejas que un pensamiento simplificador nunca hubiera podido dar.

Para lograr esto se vale de 4 principios; el dialógico en donde no busca superar mediante contrarios sino que ambos términos deben coexistir para formar nuevo conocimiento sin dejar de ser antagónicos, el segundo principio es el de la recursividad en donde el efecto es la causa y la causa es el efecto por ende lo podríamos entender cómo: la sociedad forma este individuo y este individuo es el que forma la sociedad también, el principio holográfico que sostiene que complejidad de un sistema no está simplemente contenida en la suma

de sus partes, sino que puede estar contenida de alguna manera en una representación más simple o en una estructura más superficial y por último el principio de la organización sistémica en donde todo se articula con las partes y las partes con el todo en una interacción dinámica.

Morín sostiene que no se trata de rechazar lo simple, sino que se trata de verlo articulado con otros elementos, propone separar para enlazar al mismo tiempo.

Dinámicas de Vulnerabilidad y Resiliencia

Esta fragmentación del mundo trajo consigo problemáticas sociales que a su vez desencadenan otras problemáticas aún más complejas. En el caso de los consumos problemáticos la sociedad, y por sociedad me refiero a la familia, amigos y los lazos sociales que el sujeto pueda construir a lo largo de su vida; actúa como condicionante, ya sea positivo o negativo, para que el sujeto llegue a una situación de consumo.

Fernández y Martínez establecen 5 factores que influyen en la predisposición al consumo. Cuando influyen de manera negativa los llaman factores desencadenantes, estos se pueden clasificar en :

Factores psicológicos:

- Sujetos con altos niveles de dependencia, ya que están en continua búsqueda de objetos de la realidad para satisfacer sus necesidades.
- Intolerancia a la frustración
- Dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos
- Imposibilidad de sostener proyectos y metas a futuro.

Factores familiares:

- Ausencia de límites, ya sea por sobreprotección o indiferencia.
- Malos tratos, relaciones inexistentes o padres con consumo de sustancias.

Factores sociales:

- Necesidad de pertenencia y adaptación
- Desesperanza y falta de proyectos

Factores culturales:

- Escasa cultura del esfuerzo
- Búsqueda del rédito inmediato

Factores económicos y políticos:

- Aislamiento progresivo
- Desarraigo afectivo e ideológico

Así como nombran aquellas condiciones que hacen que un sujeto sea susceptible al consumo, también sostienen que hay factores con el efecto contrario, los llaman factores de protección. Ellos son:

Factores individuales:

- Autoestima y autoeficacia

- buena capacidad de comunicación
- proyectos personales y sociales
- poseer valores donde canalizar inquietudes y que otorguen un sentido a la propia vida
- sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones
- permitir el placer en la vida

Factores familiares y sociales:

- grupo familiar estable, contenedor
- -buen nivel de comunicación en la familia
- disciplina familiar
- protagonismo y compromiso social
- red de apoyo
- buena utilización del tiempo libre
- grupo de pares donde prime la solidaridad y ayuda mutua.

(Fernandez y Martinez; 2014)

Todos estos factores ya sean factores desencadenantes o de protección, nos dan los indicios para entender la multicausalidad de la problemática y poder abordarla desde una mirada compleja.

En el capítulo 1 vimos como la sociedad va generando nuevos contextos para la sanción de leyes que avanzan en la temática y al inicio del capítulo 2 empezamos a conocer en profundidad las características de la actual sociedad de consumo para comenzar a comprender las diferentes ofertas institucionales que aparecen en escena. Para entender su dinamismo hay que conocer los distintos modelos de abordaje que se dieron en cada momento histórico. Estos modelos de abordaje no solo vislumbran la postura respecto al consumo problemático, sino que son un modo de entender al sujeto, la educación, la prevención y el tratamiento.

Benedetti, señala que “cuando hablamos de modelos, hablamos de un esquema sintético que ordena los elementos de la realidad-visión del mundo, y este orden da o determina la concepción que nosotros tenemos acerca de las cosas” (Benedetti, 2015, p.23).

Modelos clásicos

El Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos, establece 5 modelos clásicos, en donde está en constante dinamismo el sujeto, el contexto y la sustancia.

El primer modelo que tomó preponderancia en la temática fue el modelo ético-jurídico. Este modelo diferencia las drogas como lícitas e ilícitas, donde estas últimas son un problema. Concibe al sujeto consumidor como un criminal, un vicioso. Según Graciela Touze ¹ el modelo presenta una paradoja intrínseca, por un lado, se presenta al consumidor como vicioso y a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un

¹ (Touze, 2006)

delincuente, pero por otro, el modelo considera como sujeto activo a la droga, no a la persona, que es solo su víctima; por esta razón el consumidor de drogas se convierte en delincuente y víctima simultáneamente. Pone énfasis en el control del cultivo, producción, distribución, uso y posesión y en la divulgación de los efectos nocivos que estas conllevan, ya que sería la única forma de evitar su consumo. Al consumidor se lo aísla y castiga por tener una conducta desviada.

El segundo modelo es el modelo médico sanitario. Este modelo ya no se rige bajo un paradigma punitivo, como el modelo ético-jurídico, sino que lo hace a partir de una mirada desde la desviación. El consumidor no es un vicioso, en este modelo es un enfermo que necesita un tratamiento en vez de un castigo. También se diferencia ya que no hace distinción entre drogas legales o ilegales. Abarca a toda sustancia que produce dependencia. El objetivo final de este modelo es curar y reinsertar al enfermo en la sociedad.

“En la primera mitad del siglo pasado este modelo tuvo un papel central pero luego quedó opacado a causa de la importante presencia social que fue adquiriendo el modelo anterior. Sin embargo, hacia el inicio de la década de los 70 surgió con fuerza la idea de que los drogadictos no son delincuentes sino enfermos, por esta razón se debía introducirlos en los dispositivos médicos que implican su institucionalización, como enfermos primero, como convalecientes más tarde y, en algunos casos, a mitad de camino entre la re-inserción y la manifestación de una cierta cronicidad, lo cual les otorgaba un nuevo rol social como "ex-drogodependientes" o "adictos en recuperación" “ (Romaní,1999).

La prevención se enfoca en dar a conocer los efectos de cada sustancia; se pensaba que, si las personas eran conscientes de los daños que estas producían, no iban a optar por consumirlas. Es el primer modelo que habla de un tratamiento, en tanto concibe al consumo problemático una enfermedad.

El siguiente modelo de abordaje es el modelo psico social. Es un modelo que surge en los años 80 y el primer cambio que impone es correr el enfoque de la sustancia y lo coloca en el sujeto. el sujeto empieza a ser responsable de sus acciones, a diferencia del primer modelo donde la “sustancia te atrapa”. Sostiene que el consumo es una consecuencia de una enfermedad mental o de un malestar psíquico; la enfermedad es previa al consumo. A su vez diferencia entre las cantidades, frecuencia y modalidades de uso de drogas, sus diferentes funciones y efectos. La prevención se enfatiza en la educación, y en el fortalecimiento de las redes de socialización primaria(familia) y secundaria (grupos de pertenencia). Cuando hablamos de prevención, no es prevención para el consumo problemático de sustancias ilegales, sino para todo comportamiento destructivo y disruptivo. La prevención está inscripta en el ámbito de la salud mental.

El modelo sociocultural, ve al usuario de drogas como una víctima, en donde el medio social en donde crecemos es un condicionante para ese tipo de consumo. Encontramos las causas del consumo en el contexto donde vivimos. Según este modelo donde encontramos brechas sociales, o disfunciones del sistema encontramos las causas del consumo problemático. Cuando hablamos de brechas y disfunciones hacemos referencia a la desigualdad de oportunidades, de empleo o precarización laboral, deserción escolar a temprana edad o analfabetismo, viviendas precarias, situaciones que imponen formas de vida no deseables y que muchos optan por escapar de esa realidad, aunque sea temporalmente, mediante el consumo de sustancias.

Según Touze (2006) para este modelo la droga funciona como una forma de evasión de la realidad. El consumo de drogas nuevamente forma parte del síntoma, pero en esta oportunidad ya no en términos psicopatológicos sino sociales, es decir, como catalizador de una disfunción del sistema. Desde este punto de vista, la prevención se orienta a mejorar las condiciones de vida que causan estas conductas de consumo. Por lo que el objetivo es mejorar el acceso a condiciones de vida donde se respeten los derechos básicos, vivienda, trabajo, salud y educación.(Touze ;2006)

El quinto modelo es el modelo multidimensional. Al igual que en el modelo sociocultural, se analizan los factores del contexto, pero este modelo no toma esos factores como determinaciones sino como probabilidades y propone su abordaje desde una mirada interdisciplinaria. Se fundamenta en el paradigma de la complejidad, donde las redes, los vínculos y la historia adquieren preponderancia junto con el contexto, la sustancia y el sujeto. El Abordaje Integral de Consumos Problemáticos de la Sedronar sostiene que la estrategia de prevención consiste en fortalecer las redes sociales, y que es “fundamental pensar la prevención y las prácticas preventivas como parte de la construcción de un proyecto individual inserto en uno colectivo” (Sedronar, 2019, p.35).

Modelo de la Abstinencia y Reducción de daños y riesgos

Frente a esa problemática, surgieron dos modelos de intervención asistencial. El modelo de abstinencia y el modelo de reducción de daños. Estos modelos emergen conforme la sociedad evoluciona, sin embargo, ninguno ha llegado a reemplazar al otro. Son modelos vigentes que los vemos en distintos discursos y abordajes, la elección entre uno u otro va a depender de las características del sujeto, sus circunstancias y sus necesidades.

El modelo de abstinencia surge como respuesta a los consumos excesivos de alcohol, con el objetivo final de lograr la recuperación total y alejarse del consumo. Así nació Alcohólicos Anónimos, donde esta recuperación total se controla día a día. Esta mirada sostiene que, si el sujeto logra vivir en abstinencia, todo lo demás se puede controlar y de esa forma conllevar un mejor estilo de vida.

Según Benedetti “la supresión del consumo es el punto de partida y el primer objetivo de un tratamiento abstencionista. La sustancia, por su parte, es un objeto fuertemente prohibido” (Benedetti, 2015, p.29).

Este enfoque considera que la adicción, en todas sus formas, es la causa subyacente del sufrimiento de un individuo, y, por lo tanto, la desintoxicación se vuelve imperativa. La adicción se percibe como una enfermedad cerebral que afecta los circuitos motivacionales, de aprendizaje, memoria y comportamiento. Este modelo aboga por un tratamiento prolongado y complejo, dado que el consumo de drogas puede alterar significativamente diversos aspectos de la persona.

Su proceso se divide en tres fases: desintoxicación, rehabilitación y reinserción social. Si bien la reinserción social es un componente clave en las fases anteriores, adquiere una mayor relevancia en la fase final.

Esta estrategia es desarrollada en comunidades terapéuticas, por lo general cerradas, que se rigen por una lógica de reglas que deben ser cumplidas y que de lo contrario se dará lugar a una sanción como método de aprendizaje. El objetivo de las comunidades terapéuticas es aislar al sujeto de ese núcleo social y de ese contexto que lo llevó a la adicción. En su mayoría se rigen por los modelos ético-jurídico y médico-sanitario y se amparan bajo la ideología del prohibicionismo..

Este modelo ha sido criticado por movimientos antiprohibicionistas por poner en el centro del tratamiento únicamente a la sustancia, sosteniendo que la erradicación del consumo de esa sustancia se convertiría en la erradicación de las causas que llevaron a ese consumo, estigma, marginalización, pobreza. Produciendo así una respuesta momentánea, que no revela una comprensión crítica y compleja de la problemática.

Estos movimientos sostienen que el prohibicionismo tradujo la guerra contra las drogas en una guerra contra los pobres, aumentando procesos de criminalización y encarcelamiento en el afán de controlar las “clases

peligrosas” (consumidoras). Al mismo tiempo observan que no ha tenido repercusiones favorables en la reducción del consumo y del comercio.

Según Rodrigues (2017, p. 52), se puede decir que “la prohibición de las drogas, en De hecho, es un fracaso exitoso. Un fracaso en el intento de exterminar la producción, la consumo y comercio de psicoactivos en el mundo; sin embargo, se ha presentado como un éxito dispositivo de estigmatización, “[...] de producir “desviados”, controlarlos a través de la prisión confinamiento en guetos y favelas o, simplemente, eliminarlos en las “guerras” cotidianas contra el narcotráfico”. Y en este último sentido podemos dar fe del éxito del prohibicionismo. como un poderoso instrumento de criminalización y genocidio de clases y razas indeseables de la juventud negra periférica.”. Si bien este párrafo narra la experiencia de Brasil, se asemeja a lo ocurrido en Argentina donde las opciones para un consumidor eran la cárcel o la medicalización/aislamiento. Aunque en estos últimos años se haya avanzado en materia de políticas integrales y asistencia intersectorial, el prohibicionismo todavía esta presente a través de estas intruciones.

La segunda estrategia se presenta como una alternativa a la anterior. Estamos hablando de la estrategia de reducción de riesgos y daños. Su objetivo final es la disminución del riesgo que conlleva el consumo. Sostiene que la persona que consume es un sujeto activo, responsable por sus acciones y participa de tu tratamiento.

Benedetti plantea que, en esta estrategia, “Se parte del hecho de que la persona está consumiendo y que está en riesgo, que hay situaciones a las que se expone y hay cosas que no sabe. Y es posible ayudar a esa persona a esclarecer algunas informaciones sobre su propio consumo, así como también a cuidarse.” (Benedetti, 2015, p.34)

Este enfoque es entendido como las medidas socio sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos, económicos y sociales adversos en relación con el consumo de drogas. Osimani sostiene que su objetivo es minimizar los efectos nocivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, a las prácticas de los usuarios de drogas así como a las consecuencias de contextos históricos, políticos, o jurídico y normativo de la problemática de las drogas (Osimani y otros; 2001)

Esta estrategia tiene como objetivo crear acciones e instituciones de salud que se preocupen por el sujeto que hay detrás de ese consumo problemático. Por un lado, provee de atención médica, psicológica y social mientras el sujeto transita la recuperación natural y por el otro brinda información para prevenir otros riesgos como pueden ser la transmisión de enfermedades, estigmatización, vulnerabilidad social o la penalización por tenencia de estupefacientes.

Ambos modelos de abordaje son vigentes y trabajan en conjunto para abordar el fenómeno de las sustancias psicoactivas. Sin embargo, en la institución que analiza esta tesina toma preponderancia el modelo de la abstinencia, enmarcado bajo el modelo de abordaje Minnesota, ya que es condición sine qua non para iniciar el tratamiento, que el sujeto acepte voluntariamente atravesar su tratamiento sin consumir ningún tipo de drogas, llevándolo a la abstinencia total.

El siguiente cuadro presenta las ventajas y desventajas esbozadas por cada modelo. Es importante señalar que estas pueden variar según la institución que se analice. En este cuadro se han considerado generalizaciones de ambos modelos.

	Ventajas	Desventajas
Modelo de abstinencia	<p>Se lleva a cabo una internación en un lugar controlado y con redes de apoyo. (Contribuye a que el residente pueda alejarse del ambiente que contribuyo a su consumo)</p> <p>Aprendizaje de habilidades, nuevas formas de relacionarse y comunicarse. Esto se lleva a cabo mediante diversos talleres.</p> <p>Enfoque holístico. Son frecuentes los abordajes de la espiritualidad, la mente y las emociones.</p> <p>Ciertas personas que no han podido finalizar su tratamiento mediante otros modelos suelen encontrar un tratamiento efectivo en este modelo.</p>	<p>Falta de enfoque en Derechos Humanos (las criticas hacen referencia a el exceso de control y disciplina que invade la esfera personal/privada)</p> <p>No se tienen en cuenta procesos alternativos que no requieran la abstinencia.</p> <p>Escases de evidencia a largo plazo sobre su funcionamiento. (Pueden ser efectivas al lograr que un residente finalice su tratamiento, pero no hay estudios que muestren mejorías a largo plazo ni poseen programas post-tratamiento para evitar las recaídas)</p> <p>Estigmatización y aislamiento</p> <p>Falta de autonomía por parte de los residentes</p> <p>Cuando se lleva a cabo a través de CT viola el Estado Laico</p>
Modelo de reducción de daños y riesgos	<p>Reducción de problemas de salud (proporcionando acceso a agujas seguras, pruebas de enfermedades transmisibles, etc.)</p> <p>Ahorro de costos a largo plazo (por el descenso de enfermedades contagiosas)</p> <p>Enfoque realista y a largo plazo</p> <p>Brinda herramientas para la toma de decisiones en la vida personal</p> <p>Autonomía</p>	<p>Posible aumento del consumo en la sociedad</p> <p>Falta de motivación para dejar de consumir</p> <p>Resistencia de la sociedad ante un nuevo modelo de abordaje</p> <p>Costo de financiamiento alto</p>

	Reducción de la estigmatización	
--	---------------------------------	--

El trabajo social

“Si el problema son las drogas, entonces la solución es el tratamiento para alejarse de ella; pero si además de las drogas el problema es la vivienda, el desamparo, una familia disfuncional, la dificultad de encontrar un trabajo, la soledad, las dificultades para permanecer en el sistema educativo, las enfermedades asociadas, la estigmatización sufrida, los conflictos con la ley o lo que sea, entonces es evidente que un tratamiento de recuperación no puede alcanzar toda la solución. No basta abandonar el consumo de drogas para que los problemas se resuelvan.” (Comisión Nacional de droga dependencia- Conferencia Episcopal Argentina 2014)

En consonancia con el paradigma de la complejidad, se intenta que la intervención profesional sobre los consumos problemáticos se posicione desde un abordaje integral para abarcar la problemática en su totalidad. Pero para ahondar en estos términos primero hay que comprenderlos.

La intervención profesional, es una dimensión de la práctica social, de aquella acción, de aquel ejercicio que se manifiesta concretamente en una situación específica a efectos de darle solución -acción y efecto de disolver, manera de resolver una dificultad, desenlace de un asunto-, colaborar en su resolución -solución, decisión-, favorecer su superación -vencer, dejar atrás, hacer las cosas mejor que otras veces. En síntesis, caracterizamos la intervención profesional siguiendo los lineamientos de Alicia Saibene como el acercamiento a los fenómenos (o las situaciones) que constituyen un problema (o conflicto) para los sujetos, guiados por el objetivo de la modificación (o resolución, o transformación...) de la situación (Saibene; 2014).

Sin embargo en trabajo social, no hay intervenciones estructuradas para determinadas demandas, Según Carballada “La intervención en lo social tiene un ámbito espacial que va siendo definido según la singularidad de cada circunstancia, problema o demanda a partir de los cuales se construye.”(Carballada; 2008)

Al ser un campo dinámico y complejo las intervenciones que este demanda requieren un abordaje integral, donde se ponen en juego las especificades de los saberes profesionales, que deben trabajar articulados, en un trabajo interdisciplinar. La complejidad de este campo y de los problemas sociales actuales, hace que ninguna profesión en particular pueda dar una respuesta integral a ellos. Construir la interdisciplina es clave.

No hay que confundir interdisciplina con multidisciplina o transdisciplina. Por interdisciplina entendemos que modelos, leyes, categorías, técnicas, etc., provenientes de disciplinas científicas diferentes, se mezclen entre sí para promover un conocimiento nuevo, un producto que resulte diferente de lo que existía en las disciplinas que contribuyeron a configurarlo.(Follari; 2013) Mientras que en la multidisciplina, los aportes de las diferentes profesiones no se entrelazan, sino que el resultado es la suma de los aportes de cada disciplina y la transdisciplina se da en aquellos casos que una disciplina utiliza los conocimientos de otra y los retoma para formar conocimiento propio.

“Ninguna disciplina se apropia del cuerpo del sujeto” (Mella :2018)

Según Susana Ryan, en las problemáticas de consumos “intervienen factores de orden individual y social, que no pueden ser considerados en forma aislada, sino que requieren una mirada integral” (Ryan, 2009, p.7).

Capítulo 3

En este capítulo, se presenta un estudio de caso detallado sobre la " Granja San Camilo", una Casa Comunitaria Convivencial ubicada en Pergamino que ofrece tratamiento y rehabilitación para personas con consumo problemático. La Granja San Camilo fue seleccionado como objeto de estudio por su experiencia en el campo, así como por su enfoque integral que combina principios terapéuticos y religiosos. Se basa el abordaje Minnesota, adaptado a la realidad y necesidades de las personas atendidas. La organización de esta institución fue guiada por la actual ley de salud mental y en particular por el artículo 7° que reconoce los siguientes derechos a las personas con padecimiento mental.

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.(Ley 26657 ;2015)

Sobre religión y problemáticas sociales

Esta institución tiene sus orígenes en el trabajo que hacen los curas villeros en territorio y en los orígenes de las comunidades terapéuticas.

Llamamos “curas villeros” al movimiento de sacerdotes que nació en la década del 60`. Ellos remarcan la importancia de vivir con los consumidores para entender su situación económica y social, trabajan con ellos en el día a día, y por ello tomaron la decisión de instalarse en las villas.

El impulsor de este movimiento fue Carlos Mugica, un sacerdote argentino ,quien había sido fundador del Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo(1967), en adelante MSTM, Maria Cecilia Touris, investigadora del CONICET, sostiene que “su presencia fue muy importante en ambientes populares como barrios, villas de emergencias, fábricas y sindicatos, al mismo tiempo que actuaban como asesores de los estudiantes secundarios y universitarios”. (TOURIS, 2010, p. 132) Su accionar se destacaba por tareas de” promoción social y asistencia pastoral estimulando la iniciativa de los pobladores de las villas para reclamar y hacer escuchar sus peticiones ante un estado municipal y nacional que oscilaba entre políticas asistencialistas o de erradicación de las villas miseria “. (Touris, 2021, p5)

En 1976, a raíz de la violencia perpetrada por el golpe cívico-militar, Jorge Bergoglio, decidió agrupar a los curas jóvenes que realizaban sus trabajos en territorios vulnerables. Estos jóvenes formaron la nueva generación de curas villeros.

“Las tareas de los curas villeros, además de las propiamente religiosas, son básicamente de prevención, formación y asistencia: llevan adelante comedores, talleres de oficio, actividades deportivas y recreativas con jóvenes y asistencia informal de los más diversos tipos. El acuciante problema del consumo de drogas, principalmente de “paco” (una droga de bajo costo y muy perjudicial elaborada a partir de los residuos de cocaína), la marginalidad, el delito y la violencia de género ha llevado a la creación de los Hogares de Cristo” (Premat, 2010), que, según Silvina Premat, se multiplicaron muy rápidamente, llegando a un número aproximado de 200 en toda la Argentina Estos hogares se orientaban a incluir y acompañar integralmente a toxicómanos.

“En abril de 2009 un grupo de 19 religiosos que viven y trabajan en los asentamientos de la capital argentina presentaron un impactante documento donde sentaron posición sobre el tema de la presencia de la droga en las villas. “El problema no es la villa sino el narcotráfico. El lado oscuro de nuestros barrios es la droga instalada desde hace años”, aseguraron. El texto denunciaba que “la droga está despenalizada de hecho” porque se la puede “tener, llevar y consumir sin ser prácticamente molestado” ya que habitualmente ni la policía ni ningún organismo del Estado se mete en la vida de estos chicos “que tienen veneno en sus manos”.

(Federico .M, Ramírez. I, 2015, 291). Frente a esta falta de accionar del estado, sienten la necesidad de crear espacios donde el acompañamiento a los consumidores les permita trabajar sin el riesgo que conllevaba estar en las villas. Cuando se hace referencia al riesgo se lo mira desde dos lugares, por un lado, relacionado a las amenazas de muerte, como las recibidas por el padre Pepe, que lo obligaron a volverse a su provincia natal y por el otro el riesgo que implicaba que los chicos con consumo problemático continúen con el círculo social, económico y cultural, que los llevo a la situación de consumo.

Al trabajar tan de cerca y a diario en las villas miserias, comprendían como los problemas de adicción y exclusión afectaban a las comunidades y comenzaron a establecer lugares donde las personas pudieran obtener apoyo por completo para superar sus adicciones. Es así que, motivados por la teología de la liberación y un compromiso prioritario por los desfavorecidos, extendieron su accionar hacia las comunidades terapéuticas religiosas. Estas comenzaron siendo centros diurnos, o centros de formación de grupos de apoyo y luego se convirtieron en Comunidades Terapéuticas con mayor estructura y enmarcadas en una nueva formalidad. Con el tiempo fueron incluyendo no solo un enfoque religioso sino también desde una perspectiva integral, sumando terapia psicológica, talleres de reinserción laboral y actividades comunitarias.

Las comunidades terapéuticas, en adelante CT, “surgen como forma de dar respuesta a un grupo de personas que no son incluidas en el sistema, o que son excluidas por no responder con eficacia estas exigencias. Este tipo de abordaje terapéutico, proponía programas de tratamientos más integrales, de orientación religiosa, focalizado en el crecimiento espiritual, en la recuperación física y mental de los pacientes adictos y abogando un concepto de enfermedad sin cura. Por ellos se habla de rehabilitación o recuperación instalándose en el paradigma de la complejidad, es decir, conceptualizando a la drogadependencia como una enfermedad multicausal, en cuya rehabilitación y recuperación correspondía tener en cuenta esas dimensiones.” (Rodríguez; 2015).

Las CT entienden a la drogodependencia como una enfermedad de salud mental, donde es necesaria una recuperación continua a largo plazo ya que su medio para mejorar la calidad de vida de los usuarios es la abstinencia total. Esta abstinencia no es fácil de mantener en el tiempo ya que el usuario continúa con sus lazos que en muchos casos le facilitaron el acceso al consumo, por lo que las recaídas son esperadas en el proceso de recuperación.

El concepto de CT puede ser muy amplio, en su interior podemos encontrar que hay C.T con jerarquías (generalmente dirigidas por ex adictos) democráticas (con un enfoque integral y multidisciplinario o religiosas (fuertemente vinculadas a la iglesia y sus valores) Esta última pone el foco en un trabajo en conjunto, prevalece la idea de ayuda mutua en donde todo trabajo de crecimiento es tanto para los demás como para con uno mismo. Es un espacio donde se aprende sobre responsabilidad, obligaciones y compañerismo.

Al respecto la psicóloga Laura A. Boiero sostiene que “las CT se edifican desde lo multidisciplinario [...]. Los encuadres tradicionales se desplazan y amplían. Se crean nuevos modos de comunicación abiertos y grupales, se potencian los recursos adquiridos para poder, en adelante, enfrentar los conflictos. Se destacan los aspectos resilientes. Con gran énfasis en el trabajo grupal y con la creencia de que al cuidar al otro cada uno se cuida a sí mismo, se profundiza en el mapa emocional, empiezan las divisiones.” (boiero ;2009 pp 82). Con esto hace referencia a que un sujeto rodeado de nuevas interacciones va a desarrollar habilidades que ordenaran el caótico resultado de sus experiencias anteriores. A su vez sostiene que la convivencia es fundamental para aquellos pacientes que no transitaron por lazos sociales sanos y reales, a los que la CT le asigna roles en los que deben tomar responsabilidades y cumplir sus obligaciones. Esta transición que deben afrontar los nutre de herramientas conductuales y de comunicación tan necesarias en la vida cotidiana.

“Las acciones terapéuticas están destinadas a conseguir que el individuo pueda modificar conductas reforzadas por el consumo: deshonestidad, manipulación, intolerancia, comportamiento antisocial y compulsivo, actitudes de omnipotencia” (Boeiro;2009 pg 87)

Gracias a estos antecedentes es que hoy Pergamino cuenta con la única institución de modalidad residencial para abordar de forma integral los consumos problemáticos.

Granja San Camilo: Inicios

La institución que analiza esta tesina, fue inaugurada en Pergamino el 11 de noviembre de 2015, sin embargo, comenzó sus actividades el 6 de enero de 2016. Su nombre es “Granja San Camilo Pergamino” y es una casa residencial de contención y rehabilitación para personas con consumo problemático de drogas. En Pergamino se lo conoce con un nombre afectivo de “La granja de Juanito” por ser Juan Cabrera su mentor.

Lleva su nombre por San Camilo de Lellis, patrono de los enfermos y precursor de la cruz roja, nació en Abruzos (Italia) en 1550, siguió la carrera militar, igual que su padre, hasta que una enfermedad en el pie lo hizo abandonar su carrera. Desde ahí comenzó a buscar su lugar tomando diversos trabajos, pero siempre en relación a la atención de los enfermos. Conviviendo con el dolor de un pie lastimado, le resulto difícil conservar un trabajo estable y junto con una fuerte adicción al juego que lo llevo a la pobreza. Es allí donde se ofreció como obrero y mensajero en un convento de Padres Capuchinos y al escuchar una de sus charlas espirituales sintió el llamado de Dios y comenzó sus estudios. Luego de algunos altibajos, fue ordenado sacerdote y decidió fundar una comunidad de religiosos que se dedican por completo a los hospitales.

“Haznos, como San Camilo,
conscientes de que, en el rostro del enfermo,
del que sufre y está agobiado
o del que padece grandes necesidades,
está tu mano acariciando a nuestro corazón.”²

La creación de este espacio surgió a partir de la necesidad y demanda de la comunidad de tener un lugar de modalidad residencial en Pergamino que brinde una respuesta integral a la problemática de las drogas. Juan Cabrera, en adelante, Juanito, como sus seres queridos lo llaman, fue sacerdote de la iglesia católica y para ese entonces era el capellán de la capilla del hospital San José de Pergamino.

Juanito relata que los inicios de la Granja datan de su paso por el hospital;

“En ese momento el director del nosocomio era Walter Gatón y fue quien armó el Servicio Integrado, que estaba formado por el jefe de Servicio de Salud Mental, la psicóloga del CPA (Centro Provincial de Atención de las Adicciones), el director del Hospital, y me invitaron a mí para que los ayudara a resolver las cuestiones sociales. En la Capilla en ese momento ya se había empezado a recibir a personas que estaban en situación de calle y tenían consumos problemáticos. Veíamos que esas personas llegaban al Hospital en un estado de crisis, se las estabilizaba, pero después los daban de alta y no estaba la posibilidad de que el chico pudiera realizar un tratamiento, a largo plazo, en un espacio determinado y con la contención necesaria. Incluso había que enviar a las personas con problemas de adicciones a espacios que se ubicaban en el Conurbano bonaerense sin

² Oración a San Camilo de Lellis

la posibilidad de que las familias pudieran acompañarlos porque muchos no contaban con recursos”. (La opinion; 2020)

Sostenía que los chicos necesitaban un espacio “que se brindara asistencia y contención, que bregara por el vínculo familiar y en el que la institución pudiera acompañarlo en la reinserción social. También lo pensamos considerando los que no tienen recursos económicos para hacer un tratamiento en un espacio privado. Percibimos que en Pergamino no había espacios de esas características, quisimos aportar a la problemática, que se venía tratando desde terapias ambulatorias y centros de día, pero no con un espacio nuevo y bajo la modalidad residencial. Estábamos convencidos de que funcionaría porque entendemos que muchas personas con consumo problemático son echadas de sus hogares y no tienen adónde ir, desde ese lugar también lo pensamos para que el adicto pudiera alojarse en una institución donde se lo contenga, acompañe, escuche y atienda sus demandas” (La opinion; 2020)

Fue así que comenzó a interiorizarse en la problemática y a buscar un lugar donde llevar a cabo su nuevo proyecto. Recibió una donación de un terreno a la periferia de Pergamino.

Sin embargo, había mucho trabajo para hacer. Juanito relata que “La Granja era un galpón que estaba todo destruido por lo que se debió hacer la instalación eléctrica, parte de la instalación de agua, pintar, arreglar la cocina, se debió amoldar el espacio a las necesidades y consolidar un hogar, acogedor, en el que los chicos pudieran sentirse cómodos”. (La opinion; 2020)

Una vez acondicionado ese espacio comenzó a preparar los requisitos legales para anotar la institución como una Comunidad Terapéutica, pero no cumplía los requisitos de infraestructura y no contaba con tantos profesionales como una Comunidad terapéutica (CT) solicitaba, por lo que se puso en contacto con SEDRONAR y después de varias reuniones resolvieron inscribirlos y subsidiarlos como una Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario(CAAC). Y en 2024 finalmente van a obtener la inscripción como Casa Convivencial Comunitaria (CCC).

Las CAAC son espacios de atención de modalidad ambulatoria y comunitaria cogestionados entre la Sedronar y organizaciones sociales y eclesiales, que buscan facilitar el acceso a la orientación, contención y acompañamiento de personas con consumo problemático de sustancias y en situación de exclusión social. Este programa fue creado en 2014, perteneciente al “Programa integral de atención, asistencia e integración de personas que presentan un consumo problemático de sustancias”

“Se trata de lugares de encuentro concretos, tangibles y accesibles que funcionan como ‘puerta de entrada’ para el inicio de procesos integrales de tratamiento e integración social y que posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad” (Resolución 426/2021, Anexo I: párr. 17). La integralidad de estos lugares se lleva a cabo mediante acciones promocionales y preventivas, junto con talleres de capacitación en oficios, espacios de escucha individual, grupos terapéuticos, de inclusión educativa, actividades recreativas y deportivas, entre otras.

Mientras que las Casas Comunitarias Convivenciales (CCC) trabajan bajo la misma perspectiva, pero abordan la temática desde una modalidad residencial. Estas casas están pensadas para quienes demanden un espacio de recuperación fuera de su hogar. SEDRONAR las define como “las CCC son un formato de dispositivo de atención para personas que transitan una problemática de consumo y que hay que acompañar en la vida toda. Creemos que el modo articulado del Estado en todos sus niveles, de las organizaciones territoriales de alojar la vida de alguien, de acompañar y de no creer que los problemas de consumos se resuelven mágicamente, ni con una sola intervención, es el modo de poder conseguir proyectos de vida más saludables”.(Sedronar:2022)

Le Bon en su concepción de masa psicológica nos cuenta que cuales quieran que sean los individuos que la componen (a la masa), el mero hecho de hallarse transformados por esta, los dota de una especie de alma colectiva en virtud de la cual sienten, piensan y actúan de manera enteramente distinta de cómo sentirían, pensarían y actuarían cada uno de ellos en forma aislada. Lo heterogéneo se hunde en lo homogéneo. Así se engendraría un carácter promedio en los individuos (Freud; 1921) Por lo que separar temporalmente a ese individuo de su “masa” contribuye a una recuperación más consciente, en donde su accionar este determinado por sus pensamientos sin que intervenga la influencia del grupo, que es la mayoría de los casos, son amigos o familiares que están atravesando la misma problemática.

Infraestructura

El lugar es amplio y vistoso, tiene 13 hectáreas y cuenta con una gran edificación que utilizan para hacer actividades grupales bajo techo, un salón de usos múltiples, baños, cocina, comedor, gimnasio, dormitorios, consultorios y una sección donde tienen animales y hacen huerta. A unos pocos pasos se encuentra una casa aparte que cuenta con una cocina, un baño y 4 camas donde son alojados 4 residentes más, esto se creó a pedido de Sedronar para que cada residente pueda llevar a cabo su tratamiento en un espacio lo más parecido a la realidad posible. El objetivo es que la Granja se conforme por varias casas de este estilo que alojen a la totalidad de los chicos que llevan a cabo su tratamiento. Sin embargo, debido al poco presupuesto que destinan a la construcción se dificulta construir todas las casas al unísono.

A unos pocos metros de esta edificación tiene una pequeña iglesia en donde celebran la misa los domingos, sin embargo, está abierta a diario a disposición de los chicos, brindando un espacio privado de unión con Dios.

Residentes

La institución cuenta con 20 camas que suelen estar ocupadas la mayor parte del año. Su población es únicamente masculina y oscila entre los 17 y 29 años de edad, sin ser estas edades excluyentes.

Sus residentes son en mayor parte Pergaminenses, pero también acuden chicos de Salto, Rojas, Buenos Aires y pueblos aledaños a Pergamino. En su mayoría quienes buscan ayuda en esta Casa residencial, presentan problemas habitacionales y de vulnerabilidad psico-social.

Equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario se reúne formalmente una vez a la semana, en reuniones que duran aproximadamente 3 horas. Este equipo está conformado por profesionales que trabajan en la Granja con los residentes, compuesto por 2 psicólogos, una psiquiatra, 2 trabajadoras sociales y el coordinador general que es quien creo la Granja, Juan Cabrera y por “profesionales institucionales”, como ellos los llaman, que son profesionales que no están en contacto con los chicos, pero acuden a las reuniones semanales para debatir estrategias o planes de acción. La granja cuenta con 3 psicólogos institucionales y una trabajadora social.

Si bien el coordinador no aporta desde una disciplina particular, aporta mucha información desde la experiencia y desde la cotidianeidad. Hace 10 años que convive con los residentes, si bien él no vive ahí, está en continuo contacto con los chicos. El acude a la Granja antes que los chicos se despierten (7:30am) y se retira a última hora, por lo que está todo el día a la par de ellos, charlando, escuchando sus necesidades, sus inquietudes y muchas veces es el quien toma contacto con las familias en caso que los chicos necesiten algo puntual que la Granja no les pueda brindar (ropa, cigarrillos, golosinas...).

Además, cuentan con una médica clínica, una nutricionista, una cardióloga y una pediatra, que se unen al equipo cuando la situación lo amerite.

“hay profesionales de la salud que son los encargados de hacerles las prácticas a los chicos, como odontólogos, bioquímicos, oftalmólogos, ya que, antes de ingresar, a los residentes se les realiza un chequeo

general”, explicó el referente de la Granja. Por otro lado, se cuenta con un grupo de cuatro personas, llamados operadores, que son quienes cuidan la Granja y a los chicos en los diferentes momentos del día.

Susana Ryan plantea que el Consumo Problemático “es un tema que presenta múltiples aristas, y en tanto tal requiere ser abordado en forma interdisciplinaria, desde los distintos campos del saber involucrados, evitando caer en explicaciones simplistas o deterministas” (Ryan, 2009, p.7).

Desde cada disciplina nos debemos reconocer como incompletos y dejarnos nutrir por lo que las otras disciplinas pueden aportar. Es el único camino para brindar intervenciones complejas ante problemáticas complejas. De lo contrario vamos a caer en una respuesta parcial que funciona como un parche ante la complejidad de la situación.

Tal es la importancia de la interdisciplina que queda establecido su necesidad en la ley de salud mental de la siguiente manera “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.” (Ley 26658; 2015;art 8)

Admisiones

En general los chicos acuden por sus propios medios y por recomendación familiar, sin embargo, el hospital San José, el juzgado y otros dispositivos ambulatorios articulan con la Granja para hacer derivaciones.

La admisión en este establecimiento es para aquellos que libre y voluntariamente quieran pelear contra el consumo problemático, pero que necesitan un espacio mayor de contención y cuidados.

“En su mayoría las hago yo, porque son chicos que llegan por derivaciones de otros centros o las madres me conocen o ellos mismos tienen algún tipo de relación conmigo entonces generalmente se cuándo van a venir y los espero yo. Pero si algún chico llega sin avisar, le hace la admisión el psicólogo o la trabajadora social que esté en ese momento. Si por alguna casualidad no hay nadie se los aloja hasta que algún profesional pueda acercarse a entrevistarlos.” (Juan Cabrera: 2024)

No establecen requisitos de admisión, la aprobación de la admisión la hace el o los profesionales que se encuentre en ese momento, o el coordinador. No son estrictos en cuanto a la admisión ya que sostienen que todos tienen que tener el derecho de acceder a un tratamiento, sin embargo, priorizan el cuidado de quienes ya están en tratamiento.

En la entrevista, Juan Cabrera, sostenía que, si llegaba a la Granja un chico bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva, le hacían la admisión, pero le solicitaban que primero vaya a dar una vuelta, se tranquilice, se relaje y vuelva cuando los síntomas no sean tan visibles. Esto lo solicitan para proteger a quienes ya están en tratamiento.

En síntesis, se pide que “se encuentren bien física y psíquicamente para poder llevar adelante una socialización, se evalúa la predisposición para iniciar el tratamiento, la relación con la familia, sus motivaciones personales, su capacidad para proponer proyectos, su nivel de responsabilidad y compromiso para con las instalaciones y con sus compañeros también.” (Juan Cabrera: 2024)

Los papeles que solicitan para hacer el legajo son:

- Fotocopia del DNI
- Fotocopia de la obra social en caso de tener

- La epicrisis, si es que viene de otra institución
- Firma de un acuerdo de voluntariedad
- Consentimiento asistido en caso que sean menores

Sostén económico

Desde su surgimiento, el programa de CAAC funciona a partir del subsidio por parte de la Sedronar a organizaciones y grupos comunitarios con fuerte presencia territorial en todo el país y reconocimiento en la comunidad, con el objetivo de llevar adelante acciones de prevención, atención y acompañamiento en materia de consumo problemático de sustancias. Asimismo, busca reconocer y valorar el trabajo y las experiencias de esas organizaciones, considerando “el componente comunitario tanto en la comprensión de la problemática de los consumos problemáticos de sustancias como en el diseño de las acciones, su implementación y evaluación” (Resolución N° 266/2014, Anexo II: párr. 3). (Se hace referencia a la Granja como CAAC y no como CCC porque si bien está enmarcado y aceptado como una CCC, la documentación solicitada está pendiente de aprobación y el subsidio que hoy les otorgan es como CAAC.

Si bien este subsidio resulta de gran utilidad para la continuidad operativa de la institución, no es suficiente por lo que la Granja debe recurrir a otros recursos para recaudar más dinero. Esto lo hacen mediante venta de productos elaborados por los residentes, en algunas situaciones se hacen peñas, generalmente se realizan los días 29 de cada mes, en otras ocasiones se vende directamente el producto elaborado, generalmente budines o pastas; en algunas ocasiones han traído bandas de música como Boleros, Dipi Carbajal, Walter Martínez, Javier Noceda, Heber Enrico, Susana Julio, y otros artistas; el mes pasado los residentes en el taller de literatura escribieron un libro contando sus experiencias personales y como atraviesan el tratamiento en la Granja y ese libro fue editado por una editorial a beneficio y lo vendieron online y en el Centro Cultural de Pergamino; también hicieron en el taller de teatro, una obra de teatro titulada “13 bis” la cual tuvo muy buena aceptación por parte del público, lo que los hizo agregar funciones.

En la entrevista con Juanito, relataba que son muchos gastos los que conlleva alojar a 20 residentes, 4 operadores, pagar los sueldos de todos los profesionales, proveer las 4 comidas de todos los días, mantener la infraestructura, vaciar los pozos ciegos (ya que por la ubicación de la institución no llegan las cloacas), preparar la merienda para todos familiares los días de visitas, proveer el combustible para movilizar a los chicos hasta sus trabajos, escuela, o visitas a sus familiares, abastecerse de los medicamentos que cada uno necesita, entre otros innumerables gastos. Pero sostiene que la sociedad está conforme con el trabajo que ellos realizan en la granja, por lo que cada propuesta para reunir fondos es más que aceptada y todos suelen colaborar. En la última venta de fideos que realizaron se vendió más de 200 kilos de fideos.

Aunque por otro lado relata que entiende que la situación económica del país no es la misma que la de antes, entonces le ha sucedido que quienes le donaban harina para realizar los fideos, por ejemplo, ahora se la cobran. y lo mismo pasa con los demás insumos, que capaz para contribuir le hacen algún descuento, pero la situación es mucho más complicada que hace unos años. De todas formas, está orgulloso de haber sostenido el trabajo con los chicos por casi 10 años y mira hacia adelante de forma optimista.

Modelo Minnesota.

“La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas

excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente” (Ley 26658: 2015: art 14).

En este sentido Juanito remarca la importancia de alojar de manera residencial a los chicos para que ellos puedan recuperarse, pero también para hacer un trabajo con las familias. Él sostiene que, si el residente cambia, pero no cambia la familia, hay más probabilidades de una recaída. Por lo que le da mucha importancia a los talleres que realizan con la familia y allegados para buscar un cambio en la Granja al que esos chicos van a volver una vez finalizado el tratamiento.

Recuerda un caso de un chico joven que inició el tratamiento en la Granja, acudió por primera vez solo, terminó su tratamiento, se había reinsertado laboralmente, pero su familia nunca lo fue a visitar ni se puso en contacto, cuando el equipo interdisciplinario decide darle el alta, él llama a la mamá y la mamá le dice que lo va a recibir en su casa, que podía volver. A los 4 días de haber vuelto a la casa el chico comete suicidio y en la autopsia que le realizan sale que no tenía sustancias psicoactivas en el cuerpo. Juanito llama a la madre para saber que había pasado y la madre le relata que habían tenido una discusión y que ella le había dicho “bueno matate”.

Los chicos atraviesan una problemática de salud mental, y en las reuniones de admisión se les explica que no hay una cura absoluta, que van a vivir con posibilidades de recaer, que hay que estar atentos a las situaciones que los llevaron a consumir para no recaer. Entonces si en la Granja no hay cambios, si no se habla desde la comprensión y la empatía es muy probable que ocurran situaciones como éstas.

Así como sostiene la importancia del tratamiento con las familias, remarca la importancia del aporte del modelo de abordaje Minnesota.

Este modelo comenzó a funcionar hace 60 años en Estados Unidos. Fue creado con el objetivo de dar respuesta a los problemas de alcoholismo, creándose así Alcohólicos Anónimos.

Al notar su nivel de efectividad, lo fueron aplicando otros países para el tratamiento de distintas problemáticas como la obesidad, cigarrillo, sexo, entre otras adicciones.

Este modelo trabaja con las dos partes del residente, por un lado, con su persona y por el otro con la familia. Al ser una institución de estancia breve, se busca no romper con los lazos familiares, al contrario, la meta de este tratamiento es que los residentes sean conscientes del daño producido a sus familiares y puedan reparar sus errores formando nuevas relaciones, sanas, conscientes y estables. La meta de este modelo es que el residente pueda ser incluido en la sociedad.

“En el Modelo Minnesota la familia y las personas significativas son un elemento crucial en la recuperación ya que son parte de “las causas y de los daños que hay que ayudar a reparar”, y porque son quienes van a colaborar en la sostenibilidad del tratamiento. Así, la familia y la o el paciente se convierten en el centro de la atención. En este sentido, este modelo entiende que esta enfermedad debe ser atendida en su “entorno natural” sin provocar un aislamiento social prolongado. De este modo, las y los pacientes no son apartados de forma radical de su medio ambiente y se les permite una gradual incorporación a sus actividades cotidianas a medida que van avanzando en el tratamiento. No trabajan desde modelos disciplinarios basados en sanciones repetitivas porque entienden que estas solo consiguen modificar la conducta de las personas sin generar cambios internos profundos.”(Camarotti; Güelman ; 2018)

Esta institución resalta 6 pautas principales de este modelo. Ellas son:

-Crear firmemente en la recuperación de toda persona que padezca la enfermedad de la adicción.

- Se trata al asistido con respeto
- Se ayuda al asistido a que encuentre sus propias razones para cambiar.
- Se trabaja desde la empatía y no desde el autoritarismo
- Se trabaja desde la escucha reflexiva
- Se facilita al asistido a llegar a tener un despertar espiritual.

“El Modelo Minnesota hace foco en la espiritualidad, para ello busca recuperar a las personas de la enfermedad y estimular y propiciar un “contacto consciente con Dios”. En el programa de Doce Pasos representan a Dios como un ser bondadoso y no castigador.”(Camarotti; Güelman ; 2018)

Para lograr estas pautas se trabaja junto al asistido y junto a su familia. De esa manera pueden reconocer la enfermedad, su gravedad, consecuencias y pasos a seguir para lograr cambios en su forma de vida.

El modelo establece 12 pasos:

- “1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendar el daño causado.
9. Reparamos directamente el daño causado, siempre que nos fue posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente conocer Su Voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.”³

³ Redacción propia de los chicos de la granja

Con estos pasos se persiguen los siguientes objetivos:

Posibilitar la adquisición de nuevas virtudes como: aprender a valorar la vida sana, a recuperar valores familiares, a cambiar de hábitos.

Apoyar a padres o adultos a cargo del joven en tratamiento.

Propiciar espacios para una buena comunicación ya sea verbal como no verbal, la escucha, y generar estrategias para lograr resolución de problema

Lograr una reinserción social satisfactoria, a través de diferentes actividades con la comunidad.

Para cumplir estos objetivos propuestos los residentes tratan diferentes temas que pueden ser aprehendidos desde los individual o en grupos. Los diferencian en 3 etapas:

1er etapa:

-Toma de conciencia de enfermedad

-Desintoxicación física y psíquica.

Valoración de su entorno familiar.

2da etapa:

Recomposición de vínculos sanos

Importancia del arrepentimiento y pedido de perdón basados en la espiritualidad.

3er etapa:

Reinserción social

Elaboración del proyecto de vida

Laborterapia y talleres

“Laborterapia es uno de los métodos que se utilizan para conservar o rehabilitar aspectos de los pacientes tales como físicos, mentales y/o sociales mediante la realización de actividades manuales, quienes están en programas terapéuticos por padecer algún tipo de adicción usualmente pierden la capacidad de reconocer cuáles son sus intereses en los diferentes ámbitos del desempeño ocupacional, primordialmente en el laboral y el aprovechamiento de su tiempo de ocio, una vez terminado el tratamiento desconocen cómo volver a integrarse fructificando sus habilidades de una forma socialmente constructiva.” (Espinoza ;2019)

El objetivo de este método es estimular diferentes aspectos del residente talos como los sensoriales, neuromusculares, motrices, cognitivos y emocionales y a su vez mediante la laborterapia los chicos aprenden oficios, toman obligaciones y responsabilidades, se predisponen a que algo puede no salir del todo bien y trabajar para mejorarlo. Todo aquello que pueda servirles para su reinserción en la sociedad el día de mañana es aceptado en la granja.

Se trata de generar buenos hábitos por eso los residentes son los encargados de llevar adelante diferentes tareas, por ejemplo, limpiar, ordenar, asistir a los animales, cuidar las gallinas, los chanchos o las ovejas, cortar el pasto, mantener la huerta, “cada chico tiene una responsabilidad en el dispositivo porque consideramos que trabajar les hace bien, es terapéutico para ellos”, afirma Juanito

Tienen varios talleres, entre ellos de folklore, de oración, de yoga, de espiritualidad, de periodismo, de cine y debate, de electricidad, de literatura, de cocina, de básquet y de valores. Los talleres se van realizando a demanda de los chicos y según los talleristas que puedan ir. En general los dan voluntarios. A veces sucede que los chicos presentan una inquietud puntual, por ejemplo, la semana pasada cuando hablaban de la revinculación laboral, decían no haber realizado nunca un CV, entonces una voluntaria Lic. En Recursos Humanos, acudió a la granja y programó un curso de 3 días para enseñarles a hacer un CV el primer día les dio las herramientas para hacerlo, al segundo día ellos tenían que crear su propio CV y al tercer día coordinaron con el taller de teatro para hacer una puesta en escena donde se entrevistaban entre ellos para un supuesto trabajo y al cierre propusieron un debate para comentar las virtudes de cada uno y las cosas que podrían mejorar.

En lo que respecta al taller de espiritualidad, Juanito sostiene que la espiritualidad es un pilar fundamental ya que la Granja surge a partir de la acción de fieles que rezaban en la Capilla del Perpetuo Socorro: “Fue lo espiritual lo que nos hizo conocernos, lo que nos unió en el proyecto y lo que nos moviliza a seguir, teniendo siempre una mirada contemplativa y misericordiosa hacia quien tiene consumo problemático, no juzgándolo sino analizando los problemas que tiene y que lo llevaron a consumir (La opinión; 2020)

En cuanto a la laborterapia, los chicos hacen tareas de mantenimiento que van desde hacer jardinería hasta hacer mejoras en la infraestructura, trabajos de pintura etc. también es una forma de poner en práctica lo que van aprendiendo en los talleres... tienen una granja que eso les impone un ritmo y una responsabilidad extra, ya que hay horarios y tareas puntuales para atender a los animales y al lado de la granja hicieron una huerta. Tanto la granja como la huerta es trabajada pura y exclusivamente por los chicos, los operadores intervienen en los casos que los chicos necesiten asesoramiento para alguna situación; en ese caso se ponen en contacto con voluntarios capacitados en el tema que puedan acercarse a la Granja para evaluar las situaciones y los pasos a seguir.

Post tratamiento

El objetivo principal del post tratamiento es evitar las recaídas ya que se espera que con las herramientas obtenidas durante el tratamiento ese chico pueda continuar su vida social, laboral o escolar sin la necesidad de volver a consumir. En esta etapa el rol de los lazos es muy importante, ya sean lazos familiares o sociales. Por ello mientras los chicos están en tratamiento se trabaja también con las familias, para preparar a esos familiares que los van a recibir una vez dado el alta.

En la etapa del tratamiento se busca realizar una revinculación familiar, en los talleres de familia es común escuchar a los familiares decir frases como “me cansé que me robe para comprar droga, entonces lo raje de casa y hasta que no entro en la Granja no sabía nada de él”. Estos talleres buscan de alguna forma generar confianza en las familias para que vuelvan a intentarlo con sus hijos.

Juanito destaca que se busca una revinculación “primero con la familia, luego con lo educativo y por último en la sociedad y en lo laboral donde se hace un trabajo articulado con los empleadores y con los chicos a fin de acompañarlos en el proceso de reinserción”. (La opinión; 2020)

Debido a la complejidad de las situaciones hay chicos que no se quieren volver a vincular con sus familias porque entendieron que esa familia fue la que los llevó al consumo en ciertas situaciones. En la Granja se

habla del consumo problemático como un emergente, esto hace referencia a que, si bien hay condicionante en salud mental que pueden predisponer ese chico al consumo problemático, muchas veces ese consumo pone de manifiesto otras problemáticas que permanecían ocultas en la familia, entonces es importante preparar a esa familia que lo puede volver a recibir y también es necesario conocer a la familia que por diferentes causas es conveniente que no se re vincule en este momento con ese chico. No toda revinculación es benefactora, a veces se buscan alternativas donde priorizan el bienestar y la continuidad de una vida libre de sustancias.

En cuanto a lo educativo, la Granja San Camilo trabaja en red con el plan FinEs, para que puedan terminar la educación primaria y secundaria. Los residentes dependiendo la etapa del tratamiento, pueden continuar sus estudios obligatorios. El objetivo es concientizar sobre la importancia de estos de manera tal que una vez logrado el alta, los chicos consideren continuar con su educación.

Por último lo social y laboral se complementan, ya que la reinserción laboral permite a los residentes establecer lazos y formar parte de grupos nuevos. El principal desafío de la reinserción laboral es que los chicos manejen su propio dinero y resistan a la tentación de comprar sustancias. Durante el tratamiento los chicos no pueden manejar dinero, por lo que, en la etapa de reinserción laboral, los profesionales de la Granja se ponen en contacto con las familias para que sean ellos quienes cobren el sueldo de los residentes en caso que estos acepten. De lo contrario ese sueldo lo cobra la Granja y junto con los chicos se decide cómo se va a guardar hasta su alta o abandono del tratamiento.

Rol del ts

Se puede definir al Trabajo Social en el ambiente de las adicciones como:

“Forma especializada de trabajo social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva. (Gutierrez ; 2007 p.184)

En este caso la Trabajadora Social hace sus intervenciones cuando el consumo ya es un problema, sin embargo, siguiendo con esta definición, su trabajo es “reducir los factores de riesgo del contexto social” para que cuando ese residente consiga el alta, lo espere un entorno propicio para continuar su vida sin el consumo de sustancias. Esto lo hace con el trabajo con las familias y sus lazos cercanos.” La misma es entendida como “factor protector” para la prevención y la recuperación, tanto cuando acompaña en el proceso de admisión, como cuando se involucra en el tratamiento y brinda contención una vez que este finaliza. Sin embargo, la familia puede convertirse también en un “factor de riesgo” para el consumo de drogas, cuando es “disfuncional” (separación de los padres, sobreprotección, violencia intrafamiliar, ausencia de figura materna o paterna).(Camarotti; Guelman ;2018)

Por el otro lado con los chicos, mediante entrevistas, reuniones y observaciones, se propone un trabajo donde ellos a pesar de estar en un periodo de internación puedan recobrar ámbitos de su vida que daban por perdidos. Educación, trabajo, revinculación familiar, mucho de los residentes son padres y a causa del consumo problemático no conocen a sus hijos, entonces se trabaja mucho con esa vinculación también.

El artículo 16 de la ley de Salud Mental en el inciso B establece que

“Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: [...] b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar”

De esto se encarga la trabajadora social, siempre y cuando el equipo interdisciplinario lo considere efectivo. En la Granja se presentan situaciones en donde el equipo interdisciplinario considera esperar más tiempo para una revinculación por determinados motivos. En la entrevista con Juanito nos explicaba lo siguiente: “muchos de estos pibes no veían a sus hijos hace meses... años y ella se ha ocupado de comunicarse con la madre de los chicos, ver la posibilidad de acordar. hay un pibe que por ejemplo le dio el apellido al chico y el chico no es de él, y la madre tiene el ADN de que no es de él, pero la mina lo extorsionaba a los abuelos para que le dieran plata... y la piba hoy esta juntada con el verdadero padre de la criatura y la madre de este chico sigue pasándole plata entonces ahí buena, hubo toda una intervención de la ts para que con ese ADN ir a la justicia cambiar el apellido de la criatura porque a ver, si vos sabes cuál es la verdad y estas conviviendo con el padre. bueno fijate... pero no le hagamos creer algo a la criatura que, si el papa es este, pero le ponemos el apellido de aquel” (Juan Cabrera ; 2024)

Entonces en casos como este, por más que ese chico tenga un hijo con su apellido, no es acorde una revinculación, porque ese chico tiene un padre y vive con ese padre. Por otro lado, en una de las reuniones semanales Juanito conto que iban a hablar nuevamente sobre las revinculaciones porque había entrado una TS nueva al equipo y lo primero que hacía era buscar lazos familiares para revincularlo con sus padres, hijos, hermanos etc. sin embargo antes de forzar una revinculación hay que conocer como fueron esos vínculos previos al consumo. En algunas situaciones esos lazos “tóxicos” fueron los que propiciaron un consumo problemático en ese chico. En la Granja se habla del consumo problemático como un emergente, es decir una problemática que salió a la luz pero que a su vez encubre otras problemáticas de fondo. Entonces hay que evaluar cuales fueron esas problemáticas que se están ocultando.

El artículo 17 de la ley de sm establece lo siguiente

“ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.” (Ley 26657; 2015; art 17)

En el afán de cumplir con este artículo y con el artículo 16 mencionado anteriormente, las trabajadoras sociales inmediatamente comienzan las averiguaciones para recaudar datos de su familia. Sin embargo, esto no implica obligatoriamente una revinculación. Esta queda sujeta a la mirada del equipo interdisciplinario, psicólogo, trabajadora social, psiquiatra etc.

Retomando un caso de un residente que había llegado hacía pocos días, Juanito relataba que la trabajadora social ya se había puesto en contacto con la familia de ese chico para que lo vengana a ver e iniciar una revinculación con su hijo también y Juanito no está del todo de acuerdo con esto porque no conocemos el trasfondo de esa familia:

“..... esta buena la revinculación, pero, que no sea una cuestión de ego de que conseguí esto... logramos/lo gre esto... porque yo a los que tengo que cuidar es a la criatura, al adicto lo acompañé desde acá y no dudo que

la vinculación con sus hijos va a ser muy positivo... pero yo lo primero que tengo que ver es si es positivo para la criatura esa vinculación... pero lo que no quiero que la presencia del padre sea un fuego artificial. un fuuuuu de emociones y después desapareció... entonces el ego profesional dice mira el resultado woou... pero ¿ese chico. está preparado para sostenerlo? Porque generar una emoción tan grande en una criatura para que después el padre le pegue un cachetazo de volver a desaparecer... prefiero 1000 veces que desaparezca” (Juan Cabrera; 2024)

Se puede comenzar a conocer al residente mediante entrevistas, donde se ponga en juego la voz de ese residente, donde él pueda expresar como se siente y lo que se siente capaz de hacer y a partir de ello pensar intervenciones conjuntas que vayan al ritmo que ese chico necesita.

Al hacer referencia al Trabajo Social Pagaza, Velurtas, Avico expresan que

“su particularidad está en indagar y construir argumentos como base de las acciones y decisiones concretas respecto a los obstáculos que los/as usuarios/as tienen respecto de sus condiciones de vida. Decisiones que tienen consecuencias directas en la vida estos/as y se basan en una responsabilidad ética ineludible en la orientación de propuestas de acción que pueden favorecer o no a las personas. (Pagaza, Velurtas, Avico, 2014, pp. 6).

Los residentes son sujetos de derechos y desde la institución debemos garantizar esos derechos, pero no quedarnos solo en los derechos sino también permitirles crecer, soñar y desarrollar sus aspiraciones. Es el único camino para que se sientan inmersos en una sociedad es donde puedan ser ellos mismos, encontrar su camino y cumplir sus objetivos, es el mejor camino para una vida libre del consumo problemático.

Anteriormente destacamos la importancia de la interdisciplina, pero no podemos dejar de mencionar el aporte de la intersectorialidad, herramienta indispensable para el ejercicio profesional del trabajo social.

Cunill-Grau, se refiere a la relación entre diversos sectores gubernamentales, tales como educación, salud, agricultura, etc. (Cunill-Grau, 2014, pp.7) Es necesario que estos sectores gubernamentales estén en continuo contacto para lograr el cambio necesario que esa problemática requiere. Desde la Granja se articula con distintos organismos estatales y privados, entre ellos predomina el plan fines el centro de formación profesional, DNI, tramites con el patronato de liberados, fiscalía, defensoría, juzgado de familia, ayuda a los chicos en búsqueda de empleo y articulaciones con el hospital pergamino.

La autora señala que en el abordaje intersectorial la mirada se coloca en la solución de un problema que se busca enfrentar, advirtiendo que si el problema es multicausal (como lo son los Consumos Problemáticos), la integración sectorial puede mejorar su abordaje integral.

La Ley N° 26.934 en su Art N° 16, plantea que la integración posee dos componentes: el educativo y el laboral, los cuales se implementan de acuerdo a la edad y la formación del usuario/a. En este sentido, el componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema, y el componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.

"Nosotros recibimos muchos chicos que tienen causas penales y hace un tiempo realizamos un estudio en el que pudimos ver que el 80% de quienes pasaron por nuestra granja pudieron cambiar sus actitudes con respecto a la Justicia y para mí eso es muy positivo. No puedo asegurar que los chicos no vayan a tener recaídas o que nunca más se droguen porque sería un mentiroso, pero sí te puedo decir que muchos de los residentes que tuvimos

cambiaron sus actitudes y terminaron el secundario, no perdieron sus trabajos y han restablecido vínculos con sus familias a pesar de sus recaídas, y eso nos llena de alegría", concluyó diciendo Juanito Cabrera.

Lo mismo sucede a nivel educativo, muchos de los chicos que han pasado por la Granja terminaron la secundaria, formaron vínculos sanos, consiguieron trabajos y una mejoría en sus relaciones diarias.

Estos chicos que han finalizado su tratamiento de manera exitosa atribuyen su éxito a los valores que la granja les ha dado, ellos son:

“La fe y la espiritualidad: En Dios todo es posible porque el todo lo puede. Pero los tiempos los pone Él, nosotros tenemos que aprender a esperar. Aprendemos a tener Fe y a confiar en Él a pesar de todo.

El poder de la mente: Nosotros somos nuestro propio sostén, tenemos que saber escuchar a nuestro corazón y ganarles a los pensamientos negativos de nuestra mente.

Paciencia: Uno aprende a reaccionar de manera tolerante y respetuosa hacia el otro. Logramos ser empáticos porque cada día nos vemos reflejados en la persona que está a nuestro lado.

Aceptación: Somos todo esto, más fuertes que ayer y más débiles que mañana, somos felices y volamos alto

Convicción: Estamos total y completamente convencidos y tenemos la seguridad de que vamos a salir adelante, somos la prueba viviente de que, si se puede, si uno así lo quiere, y se deja ayudar.

Negación: Para saber decir que no, tenemos que sentirnos fuertes y tener una buena autoestima, no ser manipulables fácilmente y tener todo el poder de autoconvicción.

Prejuicio: Los seres humanos opinamos o juzgamos sin conocer realmente al otro, sin saber demasiado de su historia. Por eso sentimos que lo mejor es aprender a escuchar, aprender a sentarse en la silla del otro, tomarse el tiempo de conocerlo.

No olvidar: Es necesario ver hacia adelante para poder proyectar, hacia los costados para ampliar nuestro camino, arriba para ser guiados por Él Señor y sobre todo hacia atrás para no olvidar de dónde venimos, dónde estuvimos y quienes fuimos. Para así poder descubrirnos en nuestro presente y desarrollar una vida plena.

No Rendirse: Cuando la mente y el físico dice basta, el corazón sigue dando fuerzas.

Ampliando nuestro camino nos alienta a seguir, por más que estemos frustrados o cansados, empujándonos hacia adelante, volviéndonos a construir.

Compañerismo: Buscamos apoyarnos los unos a los otros, aunque a veces esto no se note, en los momentos difíciles y de necesidad esto sale a flote porque todos nos queremos ver bien, por eso nos cuidamos y valoramos mutuamente.

Motivación: La motivación es un motor que nos impulsa a seguir caminando hacia nuestra meta cercana. La razón que encontramos para motivarnos, en nuestro caso particular, fue escribir este libro. Cada letra, cada oración, cada párrafo, nos motiva y nos impulsa más y más a seguir, para poder terminar este trabajo que empezamos con muchas ganas y dedicación, para que pueda ser publicado, difundido y, si Dios quiere, llegue a los corazones y las mentes de quienes lo lean, y tal vez les sea de ayuda a jóvenes.” (Leidi S ; Del Rio .A; 2024)

Este modelo propuesto para el tratamiento de los consumos problemáticos basado en el crecimiento personal del individuo mediante la rehabilitación, recuperación y reinserción muestra cambios significativos en las vidas de los chicos que han terminado su tratamiento. Sin embargo, hay un porcentaje de chicos que no logran terminar el tratamiento, desde la granja sostienen que “siempre algo les queda, muchas veces vienen por un tema y

abandonan. pero después vuelven a ingresar y tratan un tema diferente, nosotros eso lo tomamos como un avance porque quiere decir que ese primer tema que lo trajo hasta acá ya lo soluciono” (Juan Cabrera; 2024).

Debería complementarse el trabajo que se hace en la granja, con charlas de prevención y concientización, en las escuelas, en los centros de salud, en los lugares donde se reúnen chicos. De tal manera sería ideal que estos no abarquen solo los consumos problemáticos, sino las adicciones en su totalidad. Como mencionamos en el primer capítulo, estos chicos están creciendo en una sociedad de consumo y desde muy chicos pueden ser susceptibles de caer en una adicción, hoy en día lo vemos con la ludopatía o el acceso a la tecnología, por ejemplo.

Se suele escuchar en la Granja o en los talleres que los chicos son los que ponen el 70% y las familias el 30%. Con esto hacen referencia al esfuerzo que todos hacen para que ese chico salga adelante; sin embargo en el día a día no se tiene en cuenta el esfuerzo que hacen los profesionales, operadores y voluntarios. Los subsidios que otorga Sedronar y las actividades que se organizan desde la institución no son suficientes para mantener los salarios dignos, por lo que los profesionales que acuden a la granja lo hacen por pura vocación y en reiteradas ocasiones renuncian a parte de su sueldo para ayudar con gastos de la granja. Esto también conlleva un malestar profesional. Ellos dedican gran parte de su tiempo, sus ganas y su energía al hogar y esto no es valorado por los residentes o sus familias. Esto se visibiliza principalmente en la cuestión económica cuando de 20 chicos que están internados, solo 5 familias aportan económica al hogar. Tanto los voluntarios como los profesionales y operadores relatan que en el día a día es un trabajo desgastante que requiere de mucha paciencia pero que continúan por su convicción y fe en la institución.

Conclusiones

Los programas y proyectos sociales, como expresión de la política social, se diseñan para responder a las necesidades de la población. El campo de la salud mental y especialmente los consumos problemáticos no son la excepción; sin embargo, la historia no es lineal y las perspectivas sobre estos se entrelazan y coexisten simultáneamente, ofreciendo al usuario la posibilidad de elegir entre varias opciones sin que estas necesariamente entren en conflicto directo entre sí. En la actualidad coexiste el modelo de abstinencia, utilizado por la institución que esta tesina analiza y por otro lado el modelo de reducción de daños y riesgos. En el capítulo 2 se explicaron las características de ambos, sin embargo luego de un análisis del Hogar San Camilo, hay cuestiones que son necesarias retomar para poner el debate.

La primera aclaración que es importante destacar es el encuadre del hogar. Hablamos de CT, CAAC y CCC. La Granja San Camilo no está encuadrada como una CT, sin embargo, funciona de manera similar. La manera adecuada de nombrarlo al día de hoy es bajo la nomenclatura de CCC, sin embargo, los CCC son Casas Comunitarias Convivenciales y bajo esta nomenclatura no está incluida la modalidad de internación. Por lo tanto, el Hogar San Camilo funciona como una comunidad terapéutica religiosa (católica) que está inscripta en SEDRONAR como CCC pero que debería estar inscripta como CAAC para que figure como una institución residencial. Este cambio de nomenclatura está en trámite.

En segundo lugar coincido con Güelman y Camarotti en su posición respecto de la intervención del Estado :

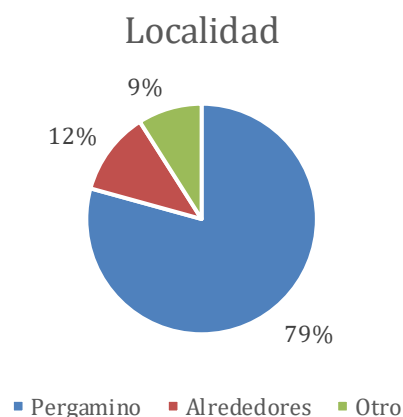
“El Estado no puede absorber la totalidad de la demanda, dada la magnitud cada vez mayor del fenómeno del consumo problemático de drogas. Y donde no llega el Estado, quien recoge el guante es la sociedad civil con abordajes que, muchas veces, son preexistentes a las iniciativas estatales. Hay algunas congregaciones religiosas que creen (y dicen) que cuentan con mejores herramientas que el Estado para brindar asistencia para los consumos de drogas por su experiencia acumulada, su anclaje territorial, su conocimiento de los barrios y comunidades y la confianza y legitimidad de la que, fruto de todo ello, gozarían. Definitivamente, si funciona la asociación Estado-organizaciones de la sociedad civil, adelante. Pero el Estado no puede renunciar a su control y auditoría. Y no solo debe poner el foco en las instituciones conveniadas o en las que reciben financiamiento estatal.”(Güelman, M., Camarotti, A. C. y Azparren, A. L. (2022).)

En este caso hay que destacar la colaboración del Estado, mediante Sedronar. Estamos ante un Estado que con la ley nacional de salud mental (Ley 26657) y junto con el plan IACOP (Ley 26934) promueven una respuesta integral y compleja ante esta problemática, sin embargo estas leyes no fueron acompañadas por dispositivos específicos para llevarlas a cabo, por lo que el Estado terceriza esta obligación a actores de la sociedad civil que estén involucrados en esta problemática. Esto se hace con un escaso control de las instituciones, bajos niveles de articulación con los efectores provinciales y un limitado aporte económico.

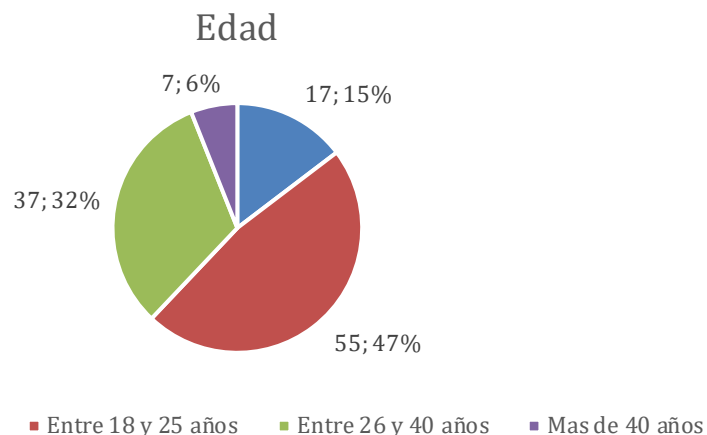
Respecto del enfoque de abstinencia se presentan dos perspectivas contrastantes; por un lado, es exitoso para algunos residentes que ya han transitado diferentes tratamientos en otras instituciones y que no logran finalizarlos; para aquellos que han presentado reiteradas recaídas o bien para los residentes en donde los vínculos afectivos fueron quienes los llevaron a esta situación de consumo y por lo tanto es necesario una desvinculación temporaria. En cambio, para aquellos jóvenes que deciden optar por este tratamiento como primera instancia, se observan numerosas recaídas a lo largo del tratamiento. Este enfoque puede presentar altos niveles de exigencia para los jóvenes que enfrentan una adicción, especialmente considerando la complejidad de los factores individuales y contextuales que contribuyen al consumo. La presión por mantener la abstinencia puede generar altos niveles de estrés y ansiedad entre los residentes y sus familias, dificultando el proceso de recuperación y aumentando el riesgo de recaídas cuando comienzan la tercer etapa del tratamiento donde se les permite realizar salidas transitorias.

Una vez finalizado el tratamiento la reinserción social puede ser un momento vulnerable, donde la falta de apoyo continuo puede comprometer los logros alcanzados durante la estadía en la granja. La reintegración exitosa también depende en gran medida de la capacidad de las familias para mantener un entorno de apoyo y comprensión, algo que puede requerir intervenciones adicionales y recursos comunitarios para fortalecer los lazos familiares de manera efectiva. Una inquietud que suelen presentar las familias refiere al manejo del dinero; en la tercera fase del tratamiento, los chicos comienzan con salidas sociales (controladas) y pueden comenzar a trabajar. Mientras están en tratamiento ellos no pueden manejar ese dinero; sin embargo, una vez conseguido el alta en la granja, no se hace un control post-tratamiento y las familias expresan no saber proporcionarles ese dinero. Es un tema que esta inconcluso y como se mencionó en esta tesis, no hay recetas que seguir en esta problemática.

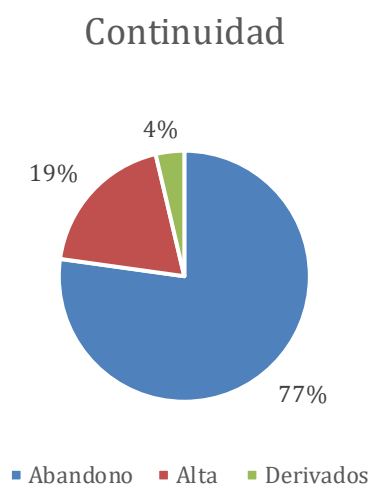
En los últimos 4 años, han transitado por la granja un total de 116 chicos. A partir de su paso, obtenemos las siguientes estadísticas.



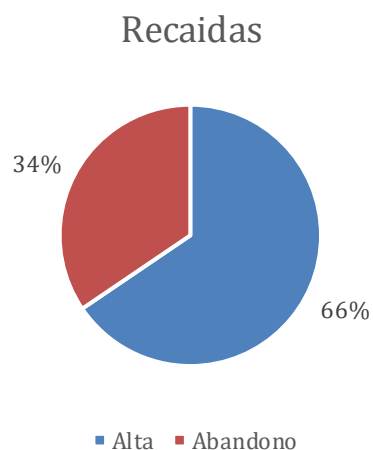
Respecto de la población local, se observa una mayoría de pergaminenses, con un total de 88 individuos, mientras que 13 habitaban en pueblos aledaños y solo 10 procedían de otras provincias, principalmente de Córdoba y Misiones.



Basado en el gráfico, la mayoría de las personas ingresadas se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años. Además, se observa que hay 17 adolescentes menores de 18 años, 7 hombres mayores de 40 años, y un total de 37 personas que tienen entre 26 y 40 años.



En relación con la continuidad, se observa que un número significativo de residentes abandonaron el tratamiento. Exactamente, 105 chicos optaron por dejarlo, 5 fueron derivados a otras instituciones, mientras que 6 chicos lograron recibir el alta otorgado por los profesionales de la institución.



De los 105 residentes que abandonaron inicialmente el tratamiento, 29 chicos regresaron a la institución para intentarlo nuevamente, de los cuales 19 lograron obtener el alta.

Como mencionamos anteriormente, el consumo problemático tiene múltiples causas, por lo que no podemos evaluar la efectividad de un tratamiento únicamente por su tasa de recuperación, es necesario una investigación más profunda para delimitar el alcance del tratamiento. Sin embargo, los gráficos muestran que, aunque la primera internación es difícil y la mayoría de los jóvenes no logran completar el tratamiento en este primer intento, muchos de ellos vuelven a intentarlo y más de la mitad logran terminarlo en intentos posteriores.

Esto se debe a que la naturaleza multifacética del problema implica que cada internación proporciona herramientas y oportunidades para que los residentes desarrollen diferentes habilidades. Estas habilidades no siempre son suficientes para prevenir una recaída, pero frecuentemente establecen bases sobre las cuales se puede continuar trabajando en una segunda internación.

Por último me gustaría poner el foco en los prejuicios y estereotipos. No niego que este tipo de tratamiento abstencionista pueda ser útil para algunos residentes, sin embargo creo que colabora a la continuidad de algunos prejuicios establecidos sobre los consumidores; un modelo que establece que la solución al problema es la eliminación de la sustancia psicoactiva de la vida del consumidor, limita al consumidor a esa sustancia. Además le impone una carga negativa ya que se puede pensar que quienes consumen son incapaces de controlar sus impulsos, son débiles o irresponsables. Por otro lado para aquellos que deciden comenzar un tratamiento y no logran mantener la abstinencia se comienza a considerar que han fracasado o que realmente no tienen ganas de estar mejor y salir adelante.

Anexos

Entrevista a Juan Cabrera

Los inicios...

E- Bueno antes que nada gracias por recibirme y por abrir las puertas de esta institución.

J- Por favor, encantado de tenerte acá

E- Si estás de acuerdo voy a grabar esta entrevista para luego transcribirla a modo de anexo en la tesina final.

J- Si no hay problema

E- Buenísimo, gracias. Quería comenzar preguntándote cómo surge la idea de crear este espacio.

J- bueno, esta institución fue inaugurada en 2015. Yo en ese momento era capellán del hospital San José pergamino y atendíamos a muchos chicos con problemas de consumo problemático. Pero el hospital solo cuenta con 4 camas, entonces los chicos llegaban muy mal, se los estabilizaba e higienizaba, al otro día le daban el almuerzo y ya tenían el alta. Lo que pasaba era que a la semana los volvíamos a ver en el hospital por el mismo problema. En ese entonces en pergamino no había ninguna institución residencial por lo que empezamos a sentir la necesidad de crear una. Gracias a donaciones conseguimos el terreno, pudimos construir un sum, habitaciones, baños, y diferentes espacios para que los chicos puedan llevar a cabo su tratamiento de la mejor forma posible.

E- ¿Porque elegiste el nombre Granja San Camilo?

J- San camilo de lelis se ocupó de buscar personas con diferentes tipos de enfermedades y brindarles contención y atención descubriendo en ellos la persona viva del cristo sufriente. Nosotros queríamos abordar esta problemática siguiendo con esa espiritualidad de San Camilo.

e- ¿Qué Rol cumplía en la iglesia?

j- Él era sacerdote en Italia y fue fundador de la orden de los camilos, que era un grupo de sacerdotes orientados a la atención de los enfermos. Lo hacían proponiéndole a las personas un estilo de vida simple, familiar, que haga descubrir la importancia de la vida, los valores del trabajo, de la amistad, la fe en la Palabra de Dios, encarnada en Jesús.

E- Leyendo sobre los comienzos del catolicismo ligados a la problemática del consumo, me llamo la atención la cantidad de instituciones religiosas que se han creado en este último tiempo. Sin embargo, no me queda claro si a todas trabajan bajo la modalidad de comunidad terapéutica religiosa o si hay otros amparos legales para encasillarla.

J- Mira, el termino de comunidad terapéutica es más del ámbito de la salud. Nosotros quisimos habilitar la institución como una Comunidad Terapéutica, pero para eso necesitábamos cumplir con un montón de requisitos que el presupuesto no nos permitía llevar a cabo. Entonces nos pusimos en contacto con Sedronar para ver que respuestas nos daban ellos y ahí nos anotaron como CAAC. Que si bien los CAAC son de modalidad ambulatoria y no residencial como lo estábamos haciendo nosotros, era la única opción que teníamos. Recién ahora, casi 10 años después, logramos el re categorización. Ahora nos vamos a empadronar como CCC que eso nos permite ser de modalidad residencial y el presupuesto que aporta SEDRONAR también va a ser mayor.

E- ¿Con que espacios cuentan la institución?

J- El predio en total tiene 13 hectáreas, la edificación que usamos continuamente cuenta con un SUM, 3 baños, una cocina y comedor que son amplios, consultorios para los profesionales, oficinas para el personal administrativo, y dormitorios para los operadores que trabajan en el turno noche. y ya en el segundo piso están los dormitorios de los chicos. Hay 20 camas que por lo general siempre están ocupadas. Afuera esta la capilla donde celebramos la misa los domingos y hay una casita aparte donde duermen 4 chicos más. eso también fue a pedido de la Sedronar. que cada uno tenga una casa aparte y que no sean dormitorios solamente, pero vamos construyendo de a poco. Y después tenemos un espacio de granja y la huerta donde los chicos hacen laborterapia.

¿E- ¿Ahora que hablas de los consultorios para los profesionales, con que profesionales cuentan?

J-Ale Menéndez, es medica clínica, una chica que es psiquiatra y Mónica larrart es cardióloga y Mónica peschera se sumó ahora, es una pediatra. Y vos dirás que tiene que ver una pediatra en la granja san camilo.

muchos de estos pibes son papas y algo que nos parecía importante era enseñarles, además de los hábitos. enseñarles a ser padres desde un lugar sano que no es poner plata ni verlos una vez a la semana o al mes o llevarlos una vez a jugar a la pelota... sino que ser padre implica una responsabilidad mayor donde la salud no es responsabilidad de la madre sino también del padre... entonces bueno, que la pediatra pueda reunirse con los pibes, darles un taller de cómo cuidar a sus hijos, de que consiste el plan de vacunación... hee bueno, todo eso ...por ahí nosotros tenemos más herramientas... pero estos chicos nada.. asique bueno después están en el equipo de psicólogos, hay dos psicólogos que son los que atienden a los chicos, una es Anabela alesandroni y el otro es Santi turin.... Y tenemos un grupo de (3) psicólogos institucionales que son los que respaldan. por ejemplo, hoy vamos a plantear varios temas en la una reunión que tenemos esta noche y esos psicólogos son los que. yo lo encararía por acá, yo encararía esta cuestión por allá. porque no dejan de ser nuevos estos chicos, tanto Anabela como Santi. ahí nos acompaña Alejandra Menéndez, Matías buey y victoria mathieu. Matías y Vicky trabajaron como Santi con Anabela y hoy con el laburo que tienen no pueden seguir viniendo a la granja y también... a ver... el trabajar con adicciones es cansador porque. ehh...mati... no tienen necesidad de venir acá por un sueldo, porque un paciente que el atiende en un mes, 4 veces al mes le termina pagando lo que por ahí los demás chicos terminan cobrando acá. entonces bueno no quiere dejar de venir y entonces acompaña desde lo institucional...y a nosotros nos recontra suma porque son reuniones interesantes, lindas, son psicólogos con experiencia.

Y después tenemos a dolores Alcalá que es una trabajadora social, tenemos a Beatriz Pereyra que es otra ts y ehhh.. ayelen mianovich que es otra trabajadora social. Aye es hoy una que acompaña institucionalmente. dolores esta con la familia de los chicos y a su vez es la trabajadora social del patronato y con bety queremos armar un proyecto donde podamos acompañar a las empresas y a los empresarios a que bueno. la solución de un pibe con problemática con consumo. o de una chica, porque hoy estamos viendo más ese consumo femenino. que la solución no sea la expulsión del laburo, sino que bueno... ¿cómo te cuidamos el puesto de laburo? ¿cómo acompañamos desde acá? con la condición de que pidas ayuda y hagas un tratamiento. Bety en realidad es la que trabaja acá con los chicos, pasa que hoy vamos a tener una reunión para tratar un tema puntual con bety porque ella está haciendo un trabajo genial con los chicos. Pero bueno la reunión de hoy tiene que ver con ajustar un poco. viste.... Ella ha hecho un trabajo muy bueno en revinculación. muchos de estos pibes no venían a sus hijos hace meses... años y ella se ha ocupado de comunicarse con la madre de los chicos, ver la posibilidad de acordar. hay un pibe que por ejemplo le dio el apellido al chico y el chico no es de él, y la madre tiene el ADN de que no es de él, pero la mina lo extorsionaba a los abuelos para que le dieran plata... y la piba hoy esta juntada con el verdadero padre de la criatura y la madre de este chico sigue pasándole plata entonces ahí buena, hubo toda una intervención de la ts para que con ese ADN ir a la justicia cambiar el apellido de la criatura porque a ver. si vos sabes cuál es la verdad y estas conviviendo con el padre. bueno fijate... pero no le hagamos creer algo a la criatura que, si el papa es este, pero le ponemos el apellido de aquel... asi tenemos un monto de casos... y la ts hace ese trabajo. me gusta por un lado y por el otro no.....

esta buena la revinculación, pero, que no sea una cuestión de ego de que conseguí esto... logramos/lo gre esto... porque yo a los que tengo que cuidar es a la criatura, al adicto lo acompañó desde acá y no dudo que la vinculación con sus hijos va a ser muy positivo... pero yo lo primero que tengo que ver es si es positivo para la criatura esa vinculación... pero lo que no quiero que la precencia del padre sea un fuego artificial. un fuuuuu de emociones y después desapareció... entonces el ego profesional dice mira el resultado woou... pero ¿ese chico. está preparado para sostenerlo? Porque generar una emoción tan grande en una criatura para que después el padre le pegue un cachetazo de volver a desaparecer... prefiero 1000 veces que desaparezca, que siga en el anonimato a que nosotros podamos poner en un papel que pudimos revincularlo a tantos pibes a lo largo del año...pero bueno en esas cuestiones estas reuniones como las de hoy nos permite discutir estos criterios. Y que esta ts que se suma y que me alegra que se sume, porque me interesa esto del proyecto con las empresas... pero bueno hay cosas que por ahí hay que bajar el pie del acelerador porque de verdad que por ahí queriendo hacer algo bueno y bien terminas haciendo daño.

Después de lo que necesiten los chicos vamos llamando a personas por casos puntuales. ayer vino una chica que es podóloga porque llegó un chico que había vivido en situación de calle y tenía mucha piel muerta en los pies y eso hacía olor. entonces por respeto a los compañeros llamamos una podóloga que pueda darnos una mano. lo mismo con las demás profesiones.

e- A que te referís con acompañar institucionalmente?

j- Son profesionales que no tienen un sueldo fijo como los demás y que no pueden comprometerse con horarios fijos, entonces los llamamos cuando algún chico necesita asistencia y los profesionales de la granja no dan abasto y también forman parte de las reuniones institucionales. Nosotros hacemos reuniones de equipo entre todos una vez al mes en mi casa, para elaborar planes de acción y formas de proceder. Están buenas porque es un momento en donde se habla de todo y podemos enterarnos de cada caso en particular para poder dar una respuesta más integral ante sus demandas.

e-Los operadores también van a esas reuniones?

j- No, solo el equipo de psicología, trabajo social y médicos. Es para ponernos de acuerdo sobre la forma de proceder frente a situaciones complejas. Después con los operadores cada uno charla en el día a día si es necesario aclarar algo o comunicar algo, se hace de manera más informal.

e- Acá en la granja no se dan espacios donde los profesionales puedan charlar entre ellos sobre alguna situación puntual?

J- Ellos están en continuo contacto, pero acá en la granja no se cruzan porque tienen horarios muy diferentes. También intentamos que las reuniones sean fuera de la granja, porque vos viste que en lo que lleva esta charla

la cantidad de veces que entraron... Y aparte de afuera se escucha todo lo que estamos hablando. entonces preferimos hacer más reuniones extra institucionales si es necesario y evitar las charlas de pasillo.

E- ¿Hay alguna propuesta de formación en materia de SM desde la granja?

j- Cada invitación que nos llega a alguna charla de la temática o de problemáticas afines intentamos ir todos, muchas veces por horarios no podemos acudir todos a todas, pero siempre hay buena predisposición para seguir formándonos. Justo ahora logramos ser sede para recibir a la SEDRONAR, van a venir las autoridades nacionales de adicciones, viene la subsecretaria de salud mental de la nación, de Sedronar y viene la coordinadora nacional de los programas nacionales. y vienen acompañados, porque yo les pedí que ehh que estaría bueno volver a convocar como participan siempre los fiscales, las defensorías, los jueces. que haya herramientas para poder acompañar a los jueces porque hoy el 90% de quienes están detenidos, están detenidos a causa de la problemática del consumo... si un 90% de la población tiene la problemática del consumo, ¿qué hacemos como estado para darle herramientas?... bueno. hay programas que SEDRONAR tiene, pero los desconocemos. entonces esta fantástico que podamos brindarles herramientas a la justicia local de lo que está vigente, de lo que hay y de lo que se puede ofrecer y todo eso...

Entonces el 24 de julio a las 16:00 la granja va a ser sede; va a tener un encuentro con todos los CAAC de Pergamino. todos los que dependemos de Sedronar. después de eso de 17:00 a 18:30 va a haber dos lugares simultáneos, en el quincho y en el sum... en uno estarán los jueces fiscales, abogados... siempre autoridades de justicia y en el otro lugar que va a ser el quincho. van a estar los del CPA. los dispositivos locales de adicciones, clínico san patricio, la inspectora de educación, la de psicología... todas autoridades. y a las 19:00 en el cine va a estar la charla donde la subsecretaria quiere tener un encuentro donde podamos también plantear las inquietudes y las problemáticas que Pergamino tiene y ella con su equipo. que puede ofrecernos a nosotros, para que bueno, se pueda revertir esta situación.

e- Como se sostiene económicamente los sueldos de los profesionales y las necesidades de los chicos?

j- Por un lado, tenemos un aporte económico de SEDRONAR, pero es mínimo. y por el otro lado la comunidad también aporta mucho, ya sea con donaciones o participando de las peñas. Nosotros hacemos peñas casi todos los meses y lo que recaudamos de esas peñas es para sostener la granja. ya sea hacer mejoras en el establecimiento, comprar la comida de todos los días, invertir en transporte o en las diferentes necesidades que puedan surgir para el tratamiento de los chicos.

Por ejemplo, este domingo vamos a hacer una tallarineada, entonces la familia de los chicos, en general las madres, van a venir el sábado a hacer la salsa y los fideos. a veces nos donan harina, huevos. y con las donaciones que vamos consiguiendo armamos algo y nos mantenemos así.

El problema es que el que antes te donaba los insumos, ahora te los cobra o te hace un descuento. Todo se vuelve más cuesta arriba... Nosotros no cobramos una cuota por internación ni nada, sé que muchas instituciones lo hacen y hoy en día están cobrando desde 600.000 hasta 1.000.000 por mes para internar a los chicos. A mí no me gusta eso porque este lugar fue pensado para los chicos en situación de vulnerabilidad o con problemas habitacionales, yo no les puedo imponer una cuota fija porque mi población objetivo es otra, pero si cuando hablo con los padres les pido que si pueden colaboren con lo que puedan. A veces no lo hacen y llegan con un montón de ropa nueva para los chicos...

Tengo dos chicos que les conseguimos trabajo desde la institución y que continúan internados acá y no aportan nada. Uno solo hace como 1 año trajo una bolsa de papa. Entonces se hace cada vez más difícil seguir. Pero seguimos....

Sobre la admisión

e- Quien realiza las admisiones?

j- En su mayoría las hago yo, porque son chicos que llegan por derivaciones de otros centros o las madres me conocen o ellos mismos tienen algún tipo de relación conmigo entonces generalmente se cuándo van a venir y los espero yo. Pero si algún chico llega sin avisar le hace la admisión el psicólogo o la trabajadora social que este en ese momento. Si por alguna casualidad no hay nadie se los aloja hasta que algún profesional pueda acercarse a entrevistarlos.

e- ¿Cuáles son los requisitos para hacer la primera admisión?

j- No tenemos requisitos explícitos de admisión intentamos aceptar por primera vez a todos. Si hay camas es muy difícil que no hagamos una admisión nueva, intentamos cuidar a los chicos que ya están internados primero. Por ejemplo, si llega a la granja un chico manifestando serios síntomas de adicción, primero le pedimos que se limpie y vuelva más adelante. Básicamente lo que pedimos para admitirlos es que se encuentren bien física y psíquicamente para poder llevar adelante una socialización, se evalúa la predisposición para iniciar el tratamiento, la relación con la familia, sus motivaciones personales, su capacidad para proponer proyectos, su nivel de responsabilidad y compromiso para con las instalaciones y con sus compañeros también.

Si decidimos que se encuentra en condiciones de comenzar el tratamiento le pedimos DNI, fotocopia de la obra social en caso de tener y la epicrisis si es que viene de otra institución... con eso nosotros armamos un legajo con la ficha de admisión y les pedimos que firmen un acuerdo terapéutico de voluntariedad para la internación. Para los chicos menores se pide un consentimiento asistido de los padres.

¿C- habiendo situaciones tan complejas, que pasa si se trata de un menor que no tienen lazos o familia? ¿Se lo admite igual sin consentimiento asistido de los “padres”?

j- y bueno ahí... yo eh tenido situaciones así, donde los eh recibido arriesgándome. buscando el bien del pibe por el pibe, pero sé que me arriesgo a mucho. Hoy ya creo que no lo haría. Pero a veces te viene una situación y no puedes.

En su momento me viene una enfermera del hospital (cuando yo trabajaba en el hospital)

... yo era el cura del hospital y me dice mira Juanito tengo a mi nieto, que está perdido...Ta ta ta... Me llama el director del hospital a ver qué podíamos hacer con este pibe qué posibilidad hay de atenderlo... el chico no podía ni hablar, la madre había estado Presa y el padre Estaba preso. lo internamos en la granja y el primer domingo que teníamos visitas lo viene a ver la madre qué encima había entrado a la cárcel por qué prostituía a su hija de 12 años... Una historia terrible... El chico se crió con la abuela Esa era su figura fuerte... La madre era la permisiva. también consumidora y vendedora... Y el chico le dice: mamá yo me quiero ir de acá, pasó frío, no comemos bien. a lo que la madre le dice que urgentemente va a pedir una reunión conmigo. Vino a exigirme la comida, me amenazó. nose cuantas cosas me dijo. cuestión que el chico estuvo un tiempo y se fue. no supe más nada de él y a ese chico la madre no le quería firmar el consentimiento porque decía que acá no estaba bien. yo sé que si me llega una auditoria me meto en un lío terrible, pero lo estaba haciendo por un favor a la abuela del chico que habíamos forjado una amistad linda.

¿E- Es solo para hombres esta institución?

j- Si, si bien el consumo en mujeres ha aumentado este último tiempo, nosotros solo alojamos a población masculina. No tenemos un criterio de exclusión etario, acá hay chicos de 14 años y también de 35.40 años. Si vemos que se quiere recuperar y salir adelante siempre va a ser bienvenido.

e- ¿Cuáles son las reglas de la casa?

j--Primero respetar el organigrama, las comidas, los horarios para bañarse, acudir a los talleres....

-después que respeten las visitas. que no pidan a los operadores que llamen a la mamá para que venga a tomar mate un día ajeno a los días de visita

-que respeten los límites, acá no se puede usar teléfono ni computadoras, se intenta evitar el contacto con las redes sociales y el mundo exterior porque entendemos que eso también puede ser parte de sus inicios como consumidores. También le pedimos que no pongan en compromiso a los operadores pidiéndoles teléfonos. Tenemos una operadora que esta todos los días de 9.00 a 16.00 y que tiene un teléfono propio de la granja, cualquier cosa que necesiten los chicos ella es la única habilitada a prestarles el teléfono. generalmente se lo

piden para hablar con los padres y pedirles que le traigan alguna ropa o para saber si van a ir el día de visita. todo eso en cuanto a los chicos...

Con las familias pedimos que respeten el tratamiento y confíen en nuestro trabajo. que no vengan fuera de los días de visitas a ver cómo está el familiar, que no le traigan cosas indebidas... parece una tontería aclararlo pero se repite mucho esto que entran alguna droga en la mochila y se la dan a los chicos como si les estuvieran haciendo y favor y no, al contrario porque los profesionales de acá tienen el ojo muy entrenado y se dan cuenta cuando un chico consumió y cuando no. también pedimos que los familiares que estén atravesando por problemática de adicciones no vengan a visitarlos, porque muchas veces el chico nos relata que comenzó a drogarse con el padre y nosotros vemos que el padre viene a verlo todos los días de visita.... Ese chico sabe que tiene un camino fácil hacia el consumo, no podemos permitir esa tentación.

e- hay un ropero con ropa de donaciones para que los chicos agarren lo que necesiten?

j- Si a veces los chicos que abandonan el tratamiento y se van muy rápido dejan sus pertenencias acá, o a medida que les va quedando chica la ropa la donan a la granja... también hay gente de afuera que a veces trae ropa... entonces nosotros tenemos un cajoncito con ropa que pueden usar. eso lo manejan ellos, si la necesitan o van y sacan de ahí o les piden a las familias que les traiga algo puntual.

e- Imagino que al pedir a las familias hay familias con más recursos económicos que pueden acceder a ropa de marca y otras no. como manejan esos temas para que no haya celos o envidia entre compañeros?

j- y no. son realidades... el pibe va a estar afuera y va a ver que un amigo tiene más o que el chico de la otra cuadra cambio el auto y yo no puedo... es parte de la realidad y tienen que aprender a vivir con eso... de todas formas acá le inculcamos mucho el compañerismo, entonces la mayoría de cosas que les traen las comparten... generalmente se comparte más galletitas o golosinas que ropa, pero no hemos tenido problemas para que estén bien vestidos y no pasen frio. siempre de alguna forma se soluciona... los jueves en el taller de familia a veces surge el tema y entre los mismos familiares se van ofreciendo ropa y colaboran entre sí o se pasan datos de alguna feria para que puedan comprar ahí.

¿E- Al ser una problemática compleja entiendo que puede haber abandonos y recaídas, como trabajan en este sentido? ¿Se vuelven admitir a estos chicos?

j- Como vos dijiste es complejo... depende mucho de cada situación. Han pasado muchos chicos por la granja que quieren recuperarse, pero la familia no los acompaña, entonces es muy difícil que venga, termine su tratamiento, consiga el alta y continúe limpio. Si no podemos cambiar ciertas actitudes y ciertas formas de relacionarse en la casa, es muy probable que ese chico vuelva a recaer... También pasa al revés, chicos con reiteradas recaídas pero que vemos que la familia asiste a los talleres de familia, acompaña y se preocupa por ese chico, entonces es más propenso a recuperarse..... porque nosotros hacemos nuestro trabajo acá, pero no

tenemos forma de darle continuidad una vez que tengan el alta, por eso necesitamos de las familias. Acá entendemos a la adicción como enfermedad crónica, por lo que no hay una cura definitiva... nosotros somos el inicio del tratamiento, después la continuidad se la da la familia. Para eso están los talleres de familia.

Hay pibes que los eh aceptado un montón de veces. hay uno que se llama X no sé cuántas veces lo recibí, Pero por qué lo recibo? Por qué la familia cambió.... no lo recibo por él, lo recibo por su familia... Por qué la familia cambió aprendió a poner límites, aprendió que en la casa de ellos se consume, Por qué los padres Aunque el pibe no esté siguen yendo a los talleres de familia...

Hoy vino la hermana de uno de los chicos querían una reunión Nos mandó un mensaje de texto a cada uno a la psicóloga que quería tener reuniones personales... Se comunicó con el psicólogo coordinar una reunión para esta mañana... Ansiedad terrible preocupándose porque el chico dice que en 3 meses se va. entonces nuestro rol es bajar esa ansiedad y vivir el proceso pues no sabemos ni siquiera si va a llegar a los 3 meses... Entró hace una semana la familia ya quería saber cuándo iba a tener salidas entonces la ansiedad venía por parte de la familia y se las transmitían al chico... encima nos decían qué va a ser la última vez que acompañaban al chico en este proceso... Y en realidad el chico es muy propenso a tener varias recaídas, pero si este tratamiento sirvió para que vos como familia ya funcionó, Por más que el pibe no le haya servido aprovecharlo Vos como familia.

¿E- Que son los talleres de familia?

j- Esos talleres los da la trabajadora social en la iglesia de Lourdes todos los jueves de 20:00 a 21:30. Nosotros entendemos que al pibe hay que acompañarlo, pero no sirve de nada si cambiamos al pibe y la familia no cambia. de nada sirve que yo ahora saque al chanco de la chanchería lo bañe y lo vuelvo a llevar de nuevo al chiquero y qué el chiquero sigue estando una mugre entonces, si yo lo saco en el chanco de una chanchería lo bañe lo limpie. fantástico... si yo no limpio no ordeno cuánto va a durar el chanco limpio? entonces es un trabajo de que si pensamos que hay que sacar el chanco de la chanchería porque el que tiene que cambiar es él y nosotros no... estamos al horno, entendemos que hay que acompañar al pibe. fantástico, desde acá adentro pero también a la familia. si la familia no cambia el trabajo del pibe es al pedo

En eso la trabajadora social trabaja con las familias les indican qué modo de dirigirse al chico tiene que tener, pautas de convivencia, los límites ,cómo cuidarse ...como familia , buscar estar bien, qué tipo de conversaciones son más apropiadas para no desestabilizar al otro que por ahí esta con un grado de ansiedad terrible entonces como poder manejarse... ehno sé si el chico tiene una problemática de alcohol, que cuando el chico se lo vincule a la casa de vincular a la casa que el chico por lo menos en la casa cuando heladera no se encuentre con las latas de cerveza con heladera se caen las botellas de vino..... que ocurre ojo....

En esos talleres nosotros tomamos asistencia para conocer a quienes acompañan a los chicos y como es su entorno. Hoy tenemos 20 chicos internados y 7 de ellos fueron abandonados por sus familiares y amigos, son chicos que los días de visita no recibieron nunca una visita, eso también nos sirve para saber cómo continuar una vez dado el alta.

Mira te cuento un caso... hoy tenemos un pibe que está en la etapa avanzada. Ya lo externamos. a los 4 días que lo externamos el pibe se fue a vivir de nuevo con su ex mujer consumidora y vendedora. puede haberlo tenido acá 10 meses..., pero la familia si bien no la quiere a la mina al otro lado lo conviene porque lo mantiene, y el pibe se droga en la casa de ella... No lo ve... Si no tengo que tener todos los días a este chico en casa que llega a las 4 de la mañana entra sale....

Pero también se fue a la casa de la novia empujado por mamá, por qué otro novio y la convivencia es difícil. Sí yo traigo a mi hijo a vivir a mi casa mi marido también tiene derecho a traer a su hijo que está con la misma problemática..... Entonces y el mío no viene el tuyo se va... Entonces ahí aparece el hijito vuelve con tu señora.

Podés esperar después de 10 meses donde el chico volvió a la escuela consiguió trabajo todas las mañanas para que no llegara tarde.... probablemente, estamos en mayo, probablemente 5 de junio venga hablar conmigo o a ver si puede volver a la institución. Pero yo para el 5 de junio no sé si tengo cama disponible Y tampoco sé si lo voy a volver a aceptar

e- Como se organizan las visitas?

j- Antes las hacíamos todos los domingos, ahora las pasamos a los sábados de 14:00hs a 19:00hs. Pueden venir todos los familiares que quieran, traen el mate y pasan la tarde acá. Pedimos a los familiares que fuera de ese día y horario no se hagan presentes en la granja ya que irrumpe con las actividades diarias de los chicos. Los chicos acá adentro no pueden tener contacto con las redes sociales, no tienen teléfonos ni computadoras, somos muy estrictos con eso... fue una recomendación de los psicólogos y creemos que es lo mejor para una buena rehabilitación. Si ellos necesitan hablar con sus familiares por alguna razón se lo hacen saber a los profesionales o a mí y ahí los ponemos en contacto si la situación lo amerita.

A medida que avanzan en su tratamiento los profesionales evalúan salidas, que pueden ser para comenzar a trabajar, estudiar o visitar a sus familiares. Pero estas salidas son de no más de 2 o 3 horas y siempre sabemos dónde van a estar por qué motivo y con quienes.

¿E- Como es un día típico para los chicos?

j- Ellos se levantan a las 7:00, 7:30 los esperan el grupo de residentes que les toque armar el desayuno, para desayunar. No.., a las 8:00 empiezan con la laborterapia que se la asignan por grupos. a algunos les toca levantar la mesa, lavar otros se encargan de la huerta o de los animales. eso es igual todos los días... después

los lunes de 9:00 a 10:30 hacen tareas de mantenimiento, después se toman un recreo de media hora y hacemos un taller de espiritualidad. a las 12:30 almuerzan y algunos a las 13:00 ya se van para la escuela y los demás pueden elegir algún pasatiempo o van pensando proyectos para llevar a cabo en los talleres. A eso de las 17:00 salen de la escuela y vuelven a la granja y a las 18:00 arranca el taller de folklore en donde también se invita a los familiares a bailar. Llegadas las 20:00 se bañan, cenan y a las 23:00 hs se apagan las luces.

Los martes reemplazan el taller de mantenimiento de los lunes por un taller de yoga y a la tardecita en vez de tener folklore hacemos un taller de oración.

Los miércoles a la mañana hacen trabajos comunitarios y seguido por el taller de espiritualidad y por la tarde tienen taller de periodismo y una hora libre para disfrutar actividades que quieran hacer.

Los jueves a la mañana tienen taller de electricidad y reemplazan el taller de espiritualidad por la terapia grupal. Y por la tarde tienen taller de cine y debate, en donde en 2017 hicieron una obra muy linda llamada "13 bis" que se dio en el GAE acá en Pergamino y después tienen taller de literatura en donde hace poco hicieron un libro que salió a la venta contando sus experiencias de vida antes y durante su estadía acá. Ese mismo día les toca ordenar la casa y hacer laborterapia por la tarde.

Los viernes por la mañana les toca laborterapia, huerta, taller de espiritualidad y por la tarde hacen un taller de cocina, de básquet y realizan las tareas escolares.... Luego tienen un tiempo libre.

Los sábados a la mañana tienen taller de valores, huerta, después ordenan la casa y se preparan para esperar a los familiares, después ordenan la casa de nuevo porque son muchos los familiares que reúnen, se bañan, cenan y finalizan su jornada.

Los domingos son los días menos estrictos ya que el horario para levantarse se flexibiliza hasta las 10 de la mañana y por la tarde acuden a misa. El resto lo destinan a actividades de su interés. Intentamos que las terapias individuales o las charlas con los profesionales sean en momentos donde no irrumpa con sus actividades, por ellos y por respeto al grupo también.

Todo esto es el organigrama general con el que trabajamos hoy en día, después se va modificando según las necesidades de los chicos y las propuestas de talleres que se presenten. Tuvimos talleres de música, de apoyo escolar, de computación, convivencias juveniles, retiros espirituales, rezamos el rosario, algunos chicos se interesan en la preparación de la misa dominical así que también tienen ese espacio, hacemos campamentos parroquiales, colaboraciones con clubes deportivos, actividades comunitarias fuera de la granja, hemos ido a pescar, hacemos caminatas... todo lo que el equipo considere que puede ser fructífero para los chicos lo intentamos hacer.

E- ahora que me hablas de las comidas. como se organizan las comidas?

j- en lo que respecta al grupo siempre hay grupos que cocinan, otros ponen la mesa, otros levantan y otros lavan. Se busca que siempre trabajen en conjunto. Y respecto del menú tenemos una nutricionista que nos hizo un régimen alimentario completo para completar todos los requerimientos nutricionales de los chicos, y en caso de ser necesario adapta la comida a las necesidades de cada uno.

Tenemos un plan alimentario para el verano y uno para el invierno. Yo ahora te los imprimo para que los veas.

E- Me gustaría preguntarte acerca de las redes institucionales con las que trabajan. cuáles son esas instituciones?

La mayoría de derivaciones que recibimos acá vienen del Hospital San José o del CPA y de los CAPS. después han llegado chicos por el programa para la prevención y asistencia al juego compulsivo, del equipo regional de salud mental, de padre galli. el servicio local también nos tiene en cuenta para esta problemática, la comisaria de la mujer, casa esquina libertad, red puentes, casa pueblo y en menor medida del colegio de psicólogos... trabajamos todos en red, nosotros también hacemos muchas derivaciones hacia ellos dependiendo la demanda puntual que presenten... tanto red puentes como casa pueblo y casa esquina libertad son centros de día, y padre gallo es un centro de día también, pero depende de la municipalidad...

Y después articulamos con el plan fines y con nido

Al nivel que aumentan los niveles de pobreza, se ven reflejados en la demanda?

Esto el otro día fue un tema de discusión en el viaje cuando volvíamos de la semana Por qué el secretario que es un político, argumento que no tenía importancia las campañas de cuándo tenemos un país con tanta pobreza y tanta marginalidad... trabajadora social nuestra qué es la que acompaña a la familia y que a su vez tuvo a su hijo internado con esta problemática.. y que vienen de un entorno social que equivocado qué está. Por qué reducir la problemática a una problemática del pobre..del desocupado, del qué quedó fuera del sistema es colar, es no entender nada.

Cuántos matrimonios amigos tenemos que empezaron boludeando con el consumo desde grande. Creer Qué es una cuestión de pobres es reducir la problemática.

C- si hacen oídos sordos a los famosos, a los políticos. gente con una posición muy acomodada que sabemos que tienen un consumo problemático.

J- tal cual. pero cuando no estás en territorio pasan estas cosas... Ahora le pedimos a las de sedronar que vengán a auditar nuestro trabajo, pero que venga alguien que tenga experiencia en el terreno... No un formado detrás de un escritorio.

Aparte la ley habla desde una mirada interdisciplinaria... Esa es la mirada. Acá hay que abordar y no reducir la problemática puramente a lo social-económico. los contextos sociales no son los mismos, la problemática del

consumo la vas a encontrar en un colegio tanto privado como público. Nosotros acá tenemos dos polos uno de abandono... a 7 de los 20 pibes que hay acá no lo viene a ver nadie... y por el otro de sobreprotección...

Entrevista al psicólogo: Santiago Turin

¿Cómo comenzaste a trabajar en la Granja?

Comencé a trabajar en la Granja San Camilo, en diciembre del año 2023. En ese momento ellos estaban buscando Psicólogo porque Matías que era el psicólogo anterior había tomado muchos pacientes en su consultorio y no podía continuar en la granja. y acá trabaja Ana, una psicóloga que me conoce y ella me recomendó. Yo estaba recién recibido y buscando insertarme en el mundo laboral así que acepte sin pensarlo y comenzó mi trabajo con los chicos. Matías continúa en las reuniones interdisciplinarias y estamos en continuo contacto para debatir algún caso en donde considere que un punto de vista de alguien con más experiencia en el campo pueda ser útil. Con Ana somos los que trabajamos acá con los chicos, hacemos consultorio privado y talleres grupales

¿Cómo son las admisiones de los chicos que llegan en busca de ayuda? ¿De haber disponibilidad de camas, son admitidos todos o hay requisitos?

Para las admisiones, se les hace un cuestionario que trata sobre preguntas personales de índole social- familiar. No existen requisitos, si hay disponibilidad en cuanto a espacio dentro de los internos, se lo ingresa. Es un lugar de internación voluntaria.

¿Cómo describirías el lugar?

La granja es un lugar sumamente enriquecedor, de mucha tranquilidad y acogedor, los chicos dentro de la Granja realizan tareas rurales. La verdad que han creado un espacio ideal para que los chicos se sientan cómodos y puedan llevar a cabo su tratamiento de la mejor manera posible.

¿Quiénes los reciben? ¿Se le da prioridad a alguna disciplina?

Los que reciben a los posibles internos son los Operadores y los chicos mismos, ya que, como dije en la respuesta anterior, realizan tareas dentro de la Granja, al aire libre. Después nos avisan a los demás profesionales para hacer la admisión en sí. los estudios médicos y todo lo necesario para ingresarlos.

¿Cuál es la franja etaria que llega en busca de ayuda?

La franja etaria de los chicos que ingresan es entre 17 a 29 años

¿Qué sustancia predomina en sus consumos?

Las sustancias que mayor predominio tienen es la Cocaína y Marihuana.

¿Cuál es la mirada sobre los Consumos Problemáticos desde la psicología?

Uno como psicólogo busca poder brindar y armar proyecto de vida para los chicos, que aspiren a poder recuperarse y reinsertarse en el ámbito social y laboral, este último es el principal objetivo de la granja.

¿Cuál es el impacto de la ley de Salud Mental a la hora de realizar tus intervenciones?

Teniendo en cuenta la ley de SM en cuanto a las adicciones, una vez que el paciente ingresa al espacio, comienza el tratamiento terapéutico por fases o etapas. Acá trabajamos con un modelo de abordaje que lo divide en 3 etapas.

Básicamente la ley nos da tanto a los psicólogos como a los trabajadores sociales la ventaja de poder trabajar de manera integral e interdisciplinar que para nosotros eso es buenísimo porque al ser diversas disciplinas tenemos más aportes y más herramientas para trabajar.

Además de la ley de S.M y de los derechos humanos, ¿hay alguna otra legislación que brinde herramientas para intervenir?

Nosotros nos guiamos en un principio por esas dos, después desconozco si existe otra legislación en cuanto a las adicciones que no sea la ley de SM.

¿Cómo es el circuito de acción ideal frente a un nuevo ingreso? ¿Los reciben ustedes, lo ve una médica, se hace un legajo...?

Una vez que ingresa un nuevo interno, comienza el proceso de desintoxicación de las drogas consumidas previamente, se arma un legajo con los datos recolectados en la admisión y se hacen los controles médicos tanto como cardiológicos, psiquiátricos entre otros. Esos controles son para todos iguales, después si el interno manifiesta tener alguna patología diferente que necesite de un seguimiento puntual se llama a quien sea necesario.

¿Cuál es el rol del consumidor en el abordaje su problemática?

El consumidor generalmente proviene de un ámbito sumamente complejo en todas las áreas. Hay casos en donde el consumidor no sabe porque está en la Granja y desconoce su problemática, otros la niegan y comentan “esto no lo necesito” y tenemos otro grupo que es todo lo contrario, admite su problemática, promueve la recuperación y los cambios son significativos. A este último grupo si se lo tiene en cuenta a la hora de diagramar las intervenciones, pero con los chicos que todavía creen que no necesitan recuperarse es imposible concretar algo.

¿y que hacen ahí si creen que no necesitan recuperarse?

y. muchas veces los trae la familia y ellos consensuan con la familia una internación, otras veces no tienen donde dormir y vienen acá. Si bien la ley de Salud Mental especifica que no los podemos aceptar por condiciones habitacionales, nosotros por primera vez los aceptamos a todos. la oportunidad la tienen todos. si viene duerme y al otro día se va después no le hacemos una readmisión... pero si llego por problemas de vivienda y tiene consumo problemático nosotros lo aceptamos, capaz que ante la falta de un hogar el chico puede limpiarse y de a poco volver a retomar su vida, con un chico que podamos sacar de la droga ya valió la pena.

¿Cambiarías algo en las formas de abordaje de la problemática? ¿Crees que es necesario incorporar alguna otra disciplina?

Por el momento, considero que la Granja San Camilo, posee las herramientas necesarias para abordar la problemática, siempre y cuando teniendo en cuenta la particularidad de cada caso.

¿Cuál consideras que es el rol del trabajo social?

Bajo mi punto de vista y poco conocimiento, el trabajador social es aquel agente que posee un rol más activo, me refiero a que está más enfocado a lo familiar, en realizar visitas domiciliarias e indagar acerca de la situación habitacional de cada grupo en particular. Nosotros eso lo necesitamos si o si, porque para entender lo que ese chico trae a la terapia tenemos que conocer su historia de vida y eso nos lo aportan las trabajadoras sociales. No solo por el pasado del interno, sino con el día a día también.

¿Se repite muchas situaciones donde los familiares están muy ansiosos por el tratamiento y en las visitas los ponen ansiosos a los chicos entonces cuando ellos llegan a terapia manifestando esa ansiedad yo ya sé que puede ser inculcada por esa familia... me entiendes? También pasa cuando ellos quieren abandonar el tratamiento, si yo ya sé que hay alguna enfermedad en la familia y que ese chico puede que quiera abandonar el tratamiento para pasar más tiempo con ese familiar, lo puedo abordar desde la complejidad de ese caso, busco más visitas, pactamos permisos para salir, siempre con algún acompañante de confianza, ya sea operador o algún residente en fase avanzada que sabemos que no lo va a dejar solo o en lugares donde pueda tentarse de consumir.

Si trabajamos juntos abordamos mejor todas las problemáticas y podemos dar respuestas no tan parciales.

Bibliografía

Abuso de sustancias. (s/f). Organización panamericana de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias#:~:text=las%20sustancias%20psicoactivas%20son%20diversos,pensamientos%2c%20emociones%20y%20el%20comportamiento>

Alfonzo, o. R. (1999). Las drogas. Sueños y razones. Editorial ariel. https://www.researchgate.net/publication/331329679_las_drogas_suenos_y_razones

Benedetti, e. (2015). Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Ciudad autónoma de buenos aires: ediciones licenciada laura bonaparte.

Boiero, a. A. (2015). Adicciones. Paidós.

Boletín oficial de la república argentina. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (plan iacop). Ley 26934. (2014).
<https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkqr/refwohu3mkzed0zycmz0rfhouthyqt09>

Camarotti, a. C. (2010). Juventudes, drogas y sociedad. ¿dónde está el problema? Grupo editor universitario.

Carballeda, a. (2006). La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto. Margen. Periódico de trabajo social y ciencias sociales, edición digital n°42. Buenos aires. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen42/carba.html>

Carballeda, a. (2008). La prevención en drogadicción. Una mirada desde la intervención en lo social. Subsecretaría de atención a las adicciones. Ministerio de desarrollo social. Buenos aires. Disponible en <https://docplayer.es/7007396-la-prevencion-en-drogadiccion-una-mirada-desde-la-intervencion-en-lo-social.html>

Carrió, e., sanchez, f., terrada, a., y otros. Estupefacientes-ley 26052, modificatoria de la ley 23737. Derogación. Buenos aires. Cámara de diputados.

Código penal de la república argentina. Editorial trazo. Argentina. (1962). Págs. 37 y 64.

Cordeiro, a. (2015). Criminalización de los usuarios de drogas en la argentina. En voces en el fénix. Año 6 número 42. Revista del plan fénix. Universidad de buenos aires. Disponible en <http://www.vocesenelfenix.com/content/criminalizaci%3%b3n-de-los-usuarios-de-drogas-en-la-argentina>

Codajic (comité para la difusión de la información de la jic). (2019). Manual 2019 [documento pdf]. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/manual2019.pdf>

Comisión nacional de drogadependencia - conferencia episcopal argentina. (2014). Documento presentado en el encuentro sobre drogadependencia en la parroquia cristo obrero de la villa 31 bis (caba). Recuperado de <http://aica.org/print.php?=doc4092>

Cunill-grau, n. (2014, enero). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s1405-10792014000100001&script=sci_arttext.

Damin, c. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas: ¿cuándo es un problema? Cátedra abierta plan fénix. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/consumo-de-sustancias-psicoactivas-cuando-es-un-problema>

Decreto 1181/2022. (2022). <https://normas.gba.gob.ar/documentos/vmb79qsl.html>

Díaz langou, g.; kessler, g.; dellapaolera, c.; karczmarczyk, m. (2020). Impacto social del covid-19 en argentina; balance del primer semestre de 2020. Buenos aires, argentina: cippec.

Espinoza, a. (2019). Eficacia del taller de laborterapia para disminuir niveles de ansiedad y mejorar el desempeño ocupacional en pacientes con consumo problemático de alcohol y drogas de la comunidad terapéutica del centro especializado en tratamiento de alcohol y drogas “cetad” durante el periodo noviembre 2018 – abril 2019. Universidad central del Ecuador .

Esteva de sagrera, j. E. (2005). Historia de la farmacia: los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Masson.

Esteva de sagrera, j. (2005). El opio: de la farmacopea a la prohibición. Masson.

Estudio sobre percepciones de los actores principales del programa potenciar acompañamiento a un año del lanzamiento. (2020). Argentina.gob. <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/2022>

Fallo de la corte suprema en argentina: un paso más. (2009). Wola. <https://www.wola.org/es/2009/08/fallo-de-la-corte-suprema-en-argentina-un-paso-mas/>

Fernández, m., & martínez, p. (2014). El antes y el después de los abordajes de consumo problemático: representaciones sociales, abordajes interdisciplinarios y acceso al derecho a la salud (tesis de licenciatura). Facultad de ciencias políticas y sociales, universidad nacional de cuyo. Recuperado de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6570/tesis-fcpys-ts-2014-fernandez-martinez.pdf

Follari, r. (2013). Acerca de la interdisciplina: posibilidades y límites. *Interdisciplinai*, 1, 111-130.

Freud, s. (1921) psicología de las masas y análisis del yo. En obras completas. Bs. As.: amorrortu editores. Tomo xviii. 1976.

Gómez, g., di vincenzo, d., & cagide, m. (2019). Abordaje integral de los consumos problemáticos. Sedronar.

González-saibene, a. (2015). Acerca de la intervención. *Revista rumbos ts*, 11, 22-40. Honorable congreso de la nación

Graciela touzé “un camino hacia la construcción de políticas concertadas.” En touzé, graciela y goltzman, paula (compiladoras). “américa latina debate sobre drogas I y II conferencia latinoamericana sobre políticas de drogas”. Buenos aires. Intercambios asociación civil- facultad de ciencias sociales, universidad de buenos aires.2011.Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/america-latina-debate-sobre-drogas-i-y-ii-conferencias-latinoamericanas-sobre-politicas-de-drogas/>.

Gutiérrez, a. (2007). Drogodependencia y trabajo social. Recuperado de <https://slidex.tips/download/antonio-gutierrez-resa-coordinador-drogodependencias-y-trabajo-social>

Güelman, M., Camarotti, A, C. y Azparren, A. L. (2022). Grietas en el campo de los consumos de drogas en Argentina. Debates sobre las políticas implementadas durante los gobiernos kirchneristas. *Revista SAAP*, 16(2) (pp. 373-398).

La granja san camilo cumple cinco años conteniendo y acompañando a jóvenes con consumo problemático. (2020). <https://laopinionpergamino.com.ar/nota/-46406/2020/11/la-granja-san-camilo-cumple-cinco-antildeos-conteniendo-y-acompañando-a-jovenes-con-consumo-problematico>

Lavarello, d. (s/f). La experiencia de rosario. Creciente aplicación de la estrategia de reducción de daños para cuidar la salud de los usuarios de drogas. Recuperado de <http://www.drogaconsulta.com.ar/marcos-temasemana.htm>

Inchaurraga, s. (2016). Lo tóxico es penalizar el consumo. Página/12. Rosario/12. Sección universidad. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/25-56403-2016-09-10.html>

Inchaurraga, s. (2018). La criminalización de los usuarios. La capital. Sección opinión. Rosario. Disponible en <https://www.lacapital.com.ar/opinion/la-criminalizacion-los-usuarios-n1642515.html>

Infantino, a. I. (2019). Especialización en salud social y comunitaria: modelos de atención a mujeres con consumo problemático de sustancias en tres dispositivos del municipio de moreno (tesis doctoral, universidad nacional de luján, argentina).

Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones. (2015). Informe 2015. Buenos aires.

Ley n° 20.771. (1974). [Http://www.saij.gob.ar/20771-nacional-lnn0000444-1974-09-26/123456789-0abc-defg-g44-40000ncanyel](http://www.saij.gob.ar/20771-nacional-lnn0000444-1974-09-26/123456789-0abc-defg-g44-40000ncanyel)

Ley n° 23.737. (1989). [Https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion)

Ley n° 24.430. (1994). [Https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/0-4999/804/norma.htm#:~:text=art%c3%adculo%2019.%2d%20las%20acciones%20privadas,la%20autoridad%20de%20los%20magistrados](https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/0-4999/804/norma.htm#:~:text=art%c3%adculo%2019.%2d%20las%20acciones%20privadas,la%20autoridad%20de%20los%20magistrados)

Leidi, s., & del rio ., a. (2024). Hermanos del dolor.

Ley 11.309, (1926). [Https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11309-293327/normas-modifican](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11309-293327/normas-modifican)

Ley nacional de salud mental 14580 -salud pública-política sanitaria-establecimientos asistenciales, (2013). [Https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-14580-123456789-0abc-defg-085-4100bvorpyel](https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-14580-123456789-0abc-defg-085-4100bvorpyel)

Ley nacional de salud mental n° 26.657, (2010). [Https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977)

Llovera, m., & scialla, m. (2017). Políticas de drogas en argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado. Temas y debates, 34.

Mella, l. C. (2018, agosto 28). Sedronar - trabajo social en el abordaje de los consumos problemáticos. [Https://www.youtube.com/watch?v=9nevpohnarw&t=1275s](https://www.youtube.com/watch?v=9nevpohnarw&t=1275s)

Millán, a. (2021). Un abordaje integral en salud mental y adicciones. Panorama social, 3(12), 25-37.

Mauro federico, i. R. (2015). Historia de la droga en la argentina: de la cocaína legal y los fumaderos a los narcos y las metanfetaminas. 2015, penguin random house grupo editorial.

Nueva epoca. (1922).

Osimani, m l. Y otros (2001) "sida y drogas, investigación y dilemas en la construcción de la agenda pública" ed.ides.montevideo

Organización mundial de la salud (2004): neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. [Http://bit.ly/1pzw8mp](http://bit.ly/1pzw8mp)

Programa nacional de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegalizadas, (2023) (testimony of macha monica). [Https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/periodo2023/pdf2023/tp2023/0600-d-2023.pdf](https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/periodo2023/pdf2023/tp2023/0600-d-2023.pdf)

Parlamentario. (28 de julio de 2005). Obtenido de es ley la desfederalización de delitos menores vinculados con las drogas: <https://www.parlamentario.com/2005/07/28/es-ley-la-desfederalizacion-de-delitos-menores-vinculados-con-las-drogas/#:~:text=agenda-,es%20ley%20la%20desfederalizaci%3bn%20de%20delitos%20menores%20vinculados%20con%20las,de%20buenos%20aires%2c%20felipe%20s>

Pagaza, velurtas, avico,(2014) la intervención del trabajo social y su relación con las políticas sociales: algunas reflexiones en el contexto actual. Recuperado de <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/43660>

Premat, s. (2010). Curas villeros: de mugica al padre pepe. Historia de lucha y esperanza. Sudamericana.

Riquelme, m. E., y gómez, m. P. (2015). El rol del trabajo social en el abordaje de los consumos problemáticos: contribuciones desde la salud mental. Revista de trabajo social y ciencias sociales, 3(2), 45-59.

Rozes. Diego. La criminalización de la tenencia de drogas para consumo personal ¿solución o parte del problema? Buenos aires. El psicoanalítico.2014.pag 51

Ryan, susana. Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa.ministerio de educación de la nación. Buenos aires. 2009.pág 8-9

Rodríguez, a. C. (2020). Aspectos teóricos metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia. Sus comienzos. Cuadernos de la facultad de humanidades y ciencias sociales. Universidad nacional de jujuy, cuaderno 37

Rodriguez, ana (2009). Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la drogadependencia: sus comienzos. Cuadernos fhycs-unju, 37: 317-327. –

Romaní, oriol (2008) políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. En salud colectiva 4 (pp. 301-318). Disponible en: [h-~~ps~~://www.scielosp.org/aicle/scol/2008.v4n3/301-318/](https://www.scielosp.org/aicle/scol/2008.v4n3/301-318/)

Resolución 426/2021. Programa de subsidios a las casas de atención y acompañamiento comunitario. 29 de septiembre de 2021. Argentina. [Http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/350000-354999/354668/texact.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/350000-354999/354668/texact.htm)

Resolución n° 266/2014. Programa integral de atención, asistencia e integración de personas que presentan un consumo problemático de sustancias. 19 de agosto de 2014. Argentina. [Http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/230000-234999/233617/texact.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/230000-234999/233617/texact.htm)

Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (sedronar). (2017). Informe sobre el uso de drogas en argentina. Buenos aires.

Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (sedronar). (2020). Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en argentina. Buenos aires.

Sedronar organizó el primer encuentro nacional de casas comunitarias convivenciales. (29 de marzo de 2022). Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/sedronar-organizo-el-primer-encuentro-nacional-de-casas-comunitarias-convivenciales>

Sedronar. (2022). Estudio sobre percepciones de los actores participantes en el programa potenciar acompañamiento a un año de su lanzamiento (2020-2021). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/07/oad_2022_estudio_sobre_precepciones_de_los_actores_principales_del_programa_potenciar.pdf

Terragni, martín a. (1989): régimen penal de los estupefacientes, santa fe, rubinzal culzoni editores.

Touzé, graciela. Argentina: ¿la reforma que viene? Buenos aires. Transnational institute 2010, pág. 4)

Touzé, graciela. Argentina: ¿la reforma que viene? Buenos aires. Transnational institute 2010, pág. 4 “decreto 1359 del 30 de septiembre de 2009.”)

Touzé, g. (2010). “argentina: ¿la reforma que viene? En: serie reforma legislativa en materia de drogas n°.6. Transnational institute (tni). Washington office on latin 79 america (wola). Julio de 2010. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/dlr6s.pdf>

Touze, g (2006). “saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Argentina: ed. Intercambio.

Touris, claudia. Los curas villeros en la argentina actual: entre la herencia católica tercermundista y el papa francisco. Tempo e argumento, Florianópolis, e0108, 2021. Número especial. <http://dx.doi.org/10.5965/21751803ne2021e0108>

Touris, c. (ed.). (2010). Sociabilidades católicas post-conciliares. El caso de la constelación tercermundista en la argentina (1966-1976) (vol. 2, número 3). S. Revista internacional de historia política e cultura jurídica.

Urteaga, e. (2010). La teoría de la complejidad de edgar morin. Dialogo filosofico. [https://www.dialogofilosofico.com > download](https://www.dialogofilosofico.com/download)

Zamora, j. A. (julio-agosto 2012). El consumo como cultura: el imperio total de la mercancía. Crítica n° 980, 30-34.