



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

ABORDAJE COMUNITARIO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Docente Tutor: Luis Giménez.

Estudiante: Daniela Pereyra Robledo

CI: 4.461.625-9

Montevideo, octubre de 2015.

CONTENIDO

A. RESUMEN.....	3
B. INTRODUCCIÓN.....	4
C.1 DELIMITACION Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA	6
C.2 CONCEPTUALIZACIONES GENERALES.....	9
C.2.1 Drogas tipos y usos.....	9
C.2.2 Paradigmas y Modelos para la Comprension de Abordajes Comunitarios de consumo Problemático de Drogas.....	10
C.2.3 Algunas conceptualizaciones para comprender el trabajo de base comunitaria.....	14
C.3 Perspectiva del Trabajo Comunitario.....	16
C.4 Modelo ECO2.....	18
C.5 EXPERIENCIAS REALIZADAS EN EL PAIS Y LA REGION.....	21
LA ESQUINA... Bariloche, Río Negro, Argentina.....	21
SICOROGA... Bañado Sur de Asunción, Paraguay.....	23
CONSULTORIO DE RÚA... Salvador de Bahía, Brasil.	27
“EL ACHIQUE” CASAVALLE. Montevideo Uruguay.....	29
ENCARE. Montevideo Uruguay.....	30
Unidad Móvil (UMA).....	30
Programa Aleros.....	31
C.6 ANALISIS Y ARTICULACION CONCEPTUAL.....	32
D. REFLEXIONES FINALES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39

AGRADECIMIENTOS....

Quiero agradecer a Luis Giménez tutor que me acompañó en la construcción de este trabajo final para mi formación de grado.

A Fede Sierra compañero de vida, por su paciencia y cariño.

A todos los compañeros y amigos que transitaron conmigo estos años de la formación de grado, en la Facultad y fuera de ella.

A los usuarios del portal amarillo que me permitieron conocerlos un poco a ellos y sus realidades, por su confianza y su compromiso.

A Dulce Brandom, quien desde el espacio terapéutico me acompañó también en la formación de grado.

A la familia y amigos de siempre por ser parte de mi vida y entender mis escasas visitas.

A. RESUMEN

Esta monografía fue realizada en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad de la República. En ella se indaga sobre el consumo problemático de drogas y su abordaje comunitario. Se entiende que es un tema relevante desde hace años, y de interés social actual. Mediante revisión bibliográfica y análisis de experiencias en la región y en el país, se desarrollan conceptualizaciones generales sobre la temática. Teniendo en cuenta que es un fenómeno social, se investiga sobre la construcción de sus múltiples dimensiones, contradicciones y causalidades no lineales, que construyen el complejo entramado social que lo definen. Por este motivo, en este trabajo no se encontrará definiciones acabadas ni congeladas, sino un acercamiento a la comprensión de un fenómeno que está en permanente transformación. Aparecen diversos saberes y prácticas vinculadas a distintos modelos y paradigmas; se presentan modalidades de abordaje en diferentes momentos de la historia, además de introducirse en las estrategias de reducción de daños y en el modelo de inclusión social ECO2. Mediante la presentación de experiencias y de su análisis, se intentará contribuir a su mejor comprensión y vinculación con los procesos de exclusión social. En las reflexiones finales se mencionan la escasez de políticas públicas en la región y el país donde en los últimos años se han comenzado a desarrollar algunas estrategias de abordaje comunitario. La dificultad en la articulación inter institucional la falta de recursos disponibles para este tipo de abordajes son de las dificultades mas observadas.

A. INTRODUCCIÓN.

Se considera a la problemática de las drogas como un fenómeno mundial, con repercusiones a nivel nacional, sobre todo, en los derechos humanos e integración social, en el bienestar de las personas, en la salud y en la seguridad pública. Es un fenómeno social complejo y dinámico, anclado en factores económicos, políticos y culturales, que impacta en todos los estratos sociales (JND, 2011a).

El uso de sustancias psicotrópicas aparece como una de las actividades más antiguas de la humanidad. Han sido empleadas con fines curativos, religiosos y placenteros. Su forma, cantidad y tipo de uso han tenido diversos significados simbólicos a lo largo de la historia. En muchas culturas tradicionales, estas sustancias estaban vinculadas a la práctica de la medicina y a los rituales religiosos. Las actitudes culturales en torno a ellas han variado considerablemente de un momento y lugar a otro, y su significado simbólico se ha modificado en la misma medida.

Nowlis (1982) plantea tres elementos básicos para pensar el uso de drogas: el contexto social y cultural, la persona y la sustancia. Cada sociedad aprueba o condena el uso de ciertas drogas, e indica quiénes pueden utilizarlas y en qué condiciones se consumen.

En sociedades anteriores al capitalismo, su uso se relacionaba a lo mágicoreligioso, como vía de comunicación trascendental. Es en la Modernidad y con la gestación del capitalismo que surge la problemática del uso de drogas, como es concebida en nuestros días, cuando, por ejemplo, pasan a regirse por leyes de mercado (Giménez, 1998).

Esquemáticamente, se pueden distinguir tres momentos: 1) hasta los años sesenta, cuando el uso de la droga se restringía al ámbito privado o a pequeñas comunidades, y generaba una adhesión más o menos marginal; 2) en los años ochenta hay una difusión masiva: las adicciones pasan a convertirse en un problema de salud pública y aparecen en los manuales de psiquiatría, y 3) desde entonces aparecen como un problema de seguridad, debido la incursión del narcotráfico (Courtwright, 2001).

El consumo problemático de drogas y su abordaje comunitario, temática que ocupa este trabajo, se presenta con tal complejidad que no existen definiciones acabadas. Como fenómeno social que es, se encuentra en constante transformación, generada por entramados de contradicciones y causalidades no lineales, que implican al dispositivo de intervención que se diseñe. Es importante poder romper con la fetichización de las sustancias psicoactivas que le aportan cualidad de hiperobjetos de consumo, convirtiéndolas en una forma más de alienación que nuestro actual sistema ofrece. Para esto, es necesario poner en el foco las formas de vinculación que existen hoy en día, desde un punto de vista integral, además de poder generar formas de relacionamiento que no sean tóxicas y que permitan vínculos menos alienantes (Silva, 2013).

Existen diversos paradigmas, modelos y teorizaciones en cuanto al abordaje de los consumos problemáticos de drogas; en líneas generales, se pueden nombrar los modelos abstencionistas y el modelo de reducción de daños, cuyas construcciones corresponden a los diferentes cristales con los que se mira el fenómeno. Ante la poca respuesta a nivel internacional de los modelos abstencionistas, la reducción de daños aparece como una alternativa que propone la disminución de la gravedad de los daños ocasionados por el consumo (Galante et alii, 2009). Este modelo de reducción de daños ha demostrado ser pertinente en intervenciones comunitarias, ya que facilita y mejora el acceso a un mayor número de usuarios.

En el año 2010, la Junta Nacional de Drogas (JND) comenzó a definir acciones de intervención territorial en drogas, con la articulación de actores y la conformación de redes locales, fijando, en algunos enclaves, una agenda de trabajo conjunto, interinstitucional y comunitaria (JND, 2014). Se entiende necesario valorar las redes sociales que integran las personas, e intentar modificarlas para mejorar su calidad de vida y la de quienes habitan ese espacio o comunidad (JND, 2014). Según plantean Cheroni y Hernández (2012), las estrategias comunitarias de intervención en usos problemáticos de drogas toman como soporte el modelo sustentado en una epistemología de la complejidad (ECO) y en un enfoque comunitario (ECO), por lo que se las denomina ECO2. El ECO2 es un modelo de intervención con objetivos de prevención, reducción de daños y tratamiento de situaciones de sufrimiento social (sobre todo, en aquellas asociadas a los consumos problemáticos). En las Estrategias Comunitarias en Consumo Problemático de Drogas, uno de los desafíos que aparece es garantizar que estas formen parte de un trabajo de

reconstitución del tejido social, y no de un conjunto de acciones de carácter reactivo (Cheroni y Hernández, 2012). Existen diversas experiencias de abordaje comunitario que responden a las circunstancias de cada contexto particular, en las que se comparten conceptualizaciones que se profundizan, en mayor o menor medida, según las posibilidades concretas.

C.1 DELIMITACION Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

Los abordajes o tratamientos comunitarios tienen orígenes muy antiguos y se los puede vincular a las estrategias de salud mental iniciadas por Pinel en Francia, alrededor del año 1800. Pinel libera a los locos de las cadenas y propone un tratamiento moral de juicio-castigo. El aporte más importante de este autor fue que consideró al «loco» como un ser humano capaz de ser tratado. En cuanto a dispositivos, se crean retiros rurales, sin cadenas ni rejas (Fillingham y Susser, 2002).

Pinel	Ley.Sector	Ley.Kennedy	Ley.Basaglia	Terapia	Red
Trat. Moral	Francia	EEUU	Italia	EC02	
↑	↓	↑	↑	↑	↑
1793	S. XX	1960	1962	1980	1995

No surgen grandes avances ni cambios hasta mediados del siglo XX, cuando, luego de la segunda guerra mundial, se gesta un movimiento denominado Antipsiquiatría. Este movimiento criticó el modelo manicomial y generó reformulaciones de las prácticas en el tratamiento, que contribuyeron a la reestructuración de los sistemas de salud mental en Europa y en Estados Unidos (Alfaro, 1993). De acuerdo a este movimiento, el manicomio es considerado una institución antiterapéutica, que ha contribuido históricamente al control social. Se entiende que transitar largos períodos en regímenes de internación en los que las personas solo deben adaptarse a las mandatos de la institución promueve la enfermedad y su cronificación (Alfaro, 2000). La nueva propuesta implica centrar el trabajo en la comunidad, dirigiendo esfuerzos hacia la salud y no hacia la enfermedad, al tiempo que se destaca que es en el campo de lo sano y desde orientaciones preventivas que se pueden hacer los más genuinos y mejores aportes (Saforcada, 2010 a). En la década de los sesenta, tanto en Europa como en Estados Unidos, comenzaron a aprobarse leyes que impulsaron cambios en las formas de tratamiento hospitalario y manicomial. Aparecen en Inglaterra los desarrollos de la psiquiatría social de Maxwell Jones, la psiquiatría de sector en Francia, la psiquiatría comunitaria de Caplan y la ley Kennedy en Estados Unidos (Saforcada, 2010 b).

Paralelamente, en América Latina, se señalan inicios de experiencias comunitarias ya desde finales de los cincuenta, frecuentemente multidisciplinarias y ligadas a movimientos sociales. Se observan las influencias teóricas de Paulo Freire, de Martín Baró, de la Teología de la Liberación, de Fals Borda y, más adelante, también las repercusiones del movimiento Antipsiquiatría. Irma Serrano destaca la particularidad de que en América Latina los aspectos prácticos y metodológicos están más adelantados que los teóricos. En metodología, la investigación-acción brinda coherencia integral, incluyendo los aspectos subjetivos. Resalta también el fuerte compromiso social y político de esta región, la búsqueda de encuadres más comprensivos e integradores, la pluralidad de prácticas reales, de enfoques metodológicos y teóricos, y el hecho de que aparecen novedosas fusiones de estos enfoques (Sánchez, 2007).

En 1960, en Francia, se hace oficial la ley de Psiquiatría de Sector. Esta ley se gestó durante lo que se denominó, en París, «la revolución psiquiátrica del 45». En sus principios fundamentales, esta ley promovía: intervenciones preventivas, crítica al asilo, rechazo a las formas de segregación de los enfermos, integración de las tareas terapéuticas a los equipos de salud en las fases del tratamiento y el hospital psiquiátrico integrado a la red de instituciones de salud mental (Huertas, 1991).

En 1963, con la ley Kennedy, en Estados Unidos se plantea crear centros de salud mental comunitarios, punto cardinal del nuevo perfil de atención que se intentaba llevar adelante. Se busca el fortalecimiento de la comunidad y del sistema de bienestar social, y se adoptan programas educativos: es el inicio socioprofesional del trabajo comunitario (Sánchez, 2007).

En el año 1980, se pone en práctica, en Italia, la ley Basaglia. Dentro de los objetivos generales de esta ley 180/78, se incluye la creación de un servicio descentralizado de tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales, la prevención de enfermedades de este tipo y la promoción de un tratamiento integral, en particular a través de servicios fuera de la red hospitalaria (Dell'Acqua, 2012). Junto con este proceso de desmanicomialización en la salud mental, comienzan a aparecer estrategias de tratamientos en territorio, que intentan dejar de lado y trabajar más allá de la clínica de los encierros.

En la década de los ochenta, surge la estrategia de reducción de daños, que se origina en Estados Unidos y en Europa para abordar el VIH/SIDA y su relación con el uso compartido de drogas inyectables. En sus conceptualizaciones básicas, esta estrategia sostiene que: a) el uso no terapéutico es inevitable en sociedades con acceso a las sustancias; b) su uso puede causar daño a quien las utiliza y a su entorno; c) las políticas de drogas deben evaluarse por el efecto que producen y ser

pragmáticas; d) es necesario integrar a los usuarios de drogas a la comunidad a la que pertenecen y entender la salud comunitaria como un todo integrado (Góngora, 2012). Esta estrategia facilita acercar el trabajo comunitario al consumo problemático de drogas. Esta monografía tiene como objetivo indagar en el tratamiento comunitario del consumo problemático de drogas y analizar experiencias vinculadas a la temática en el país y en la región.

Algunas ONG de Uruguay participaron de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISS) entre los años 2007 y 2012. A partir del 2010, la JND comenzó a apoyar intervenciones comunitarias en drogas. En ese momento se conformó un equipo interinstitucional integrado por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), por el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), por la Policía Comunitaria, por la Intendencia de Montevideo (IM), por la Intendencia de Canelones (IC), por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y por la JND (JND, 2014).

Existen diversas experiencias, a nivel regional y local, de anclaje territorial e intervención comunitaria, que, mediante un conjunto de prácticas, instrumentos y acciones, tienen como objetivo lograr condiciones de vida adecuadas para los usuarios con consumo problemático de drogas. En este trabajo se toman algunas de ellas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que los tratamientos para el abuso en el consumo de drogas deben ser accesibles y apropiados a las necesidades de la población destinataria. Esto implica que deben contar con evidencia científica, ser variados, integrados y coordinados de manera eficaz. Los servicios de tratamiento y rehabilitación tienen que contribuir a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas con uso abusivo de sustancias, y apoyar su reinserción social como miembros de la comunidad. Las actividades de investigación deben estar orientadas a llenar las lagunas de conocimiento sobre la eficacia de los criterios de tratamiento.

El abordaje comunitario del consumo problemático se encuentra vinculado, desde los años noventa, al enfoque de reducción de daños, que surge como forma de atención alternativa ante las limitaciones presentadas por enfoques prohibicionistas, cuyo principio fundamental era la abstinencia. Desde la perspectiva de reducción de daños, se intenta disminuir la gravedad de los problemas asociados al consumo problemático, y generar mayor accesibilidad de los usuarios a los servicios de asistencia. Para ello, se plantea una forma de trabajo en la que se trata no solo con los usuarios, sino también con las organizaciones de asistencia y con la comunidad. Una

característica particular de este enfoque es la inclusión de operadores pares en los equipos de trabajo y el trabajo de calle para llegar a más usuarios y generar confianza.

Desde JND, 2011 (b) sostiene que los estudios indican que, en Uruguay, entre el 90 y el 95 % de los usuarios con uso problemático de drogas no se acercan a las instituciones de asistencia formal, quedando fuera de la cobertura sociosanitaria. Milanese (2009) plantea la existencia de un alto índice de fracaso en los tratamientos (65 - 70 %): menos del 10 % de las personas que consultan inician tratamiento; personas en situación de calle no ingresan en los servicios de tratamiento; existe un alto número de recaídas luego de finalizado el tratamiento con éxito. Desde la OMS se expone que uno de los mayores desafíos es integrar el tratamiento de los problemas por uso de sustancias a las redes de salud, otorgándole un papel fundamental a la respuesta de la atención primaria y a las intervenciones de base comunitaria (OPS/OMS, 2014).

C.2 CONCEPTUALIZACIONES GENERALES

C.2.1 Drogas tipos y usos

Droga es toda sustancia de origen natural o sintético que, una vez ingresada al organismo, es capaz de alterar una o más de sus funciones. Las sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC) generan alteraciones de conciencia, de estado de ánimo, de conducta, de comportamiento y de percepción, y se las denomina *psicoactivas* o *psicotrópicas* (JND, 2010). Las sustancias psicotrópicas pueden provocar *tolerancia* o *dependencia*. Tolerancia es la adaptación neurofisiológica del organismo a determinada sustancia de uso repetido, y se modifica cuando se la deja de consumir por algún tiempo. Dependencia refiere a la forma de uso de una droga, es decir, a cuando esta práctica adquiere un lugar central en la vida de la persona, presentando un uso con fuerte estructuración de la identidad en torno a su consumo (Fernández y Lapetina, 2008).

Según la JND (2010), el efecto que producen las drogas en el SNC se puede clasificar de la siguiente manera:

Tipo de droga	Características
Depresora	Enlentecen el funcionamiento del SNC. Ej.: OH, opiáceos, hipnóticos, solventes, tranquilizantes, entre otros.
Estimulante	Aceleran el funcionamiento del SNC. Ej.: cocaína, anfetamina,

	café, entre otros.
Perturbadora	Generan distorsiones perceptivas. Ej.: LSD, hongos psilocibios, drogas de síntesis, derivados del cannabis, entre otros.

Cuadro 1

Pueden consumirse por diferentes vías y existen distintos modos de vinculación con las sustancias:

Vía de consumo	Tipo de vínculo o uso
Oral	Experimental: refiere a los primeros encuentros con las sustancias.
Inhalatoria	Ocasional: limitadas a ciertos momentos y personas.
Intravenosa	Habitual: uso diario con dosis moderadas.
Rectal/ submucosa	Dependiente: existe una fuerte estructuración de la personalidad en relación al consumo.
Cualquiera de las vías mencionadas	Problemático: cualquiera de los consumos mencionados, donde se afectan áreas de la vida del sujeto.

Cuadro 2

C.2.2 Paradigmas y Modelos para la Comprensión de Abordajes Comunitarios de Consumo Problemático de Drogas.

En cuanto a los modelos y los enfoques para el abordaje de los consumos problemáticos, existen variadas conceptualizaciones. Reiteradas veces se ha parcializado el fenómeno, según cada perspectiva. No obstante, la OMS señala la importancia de un enfoque integral e interdisciplinar que abarque todos los aspectos del fenómeno. Se intenta con esto evitar enfoques reduccionistas (OPS/OMS, 2014). Según Nowlis (1982), los modelos más clásicos son los siguientes:

Modelo	Características
Ético-jurídico	La droga es agente activo: visión individualista, criminalista.

	Responsabilidad jurídica.
Médico-sanitario	El consumo es considerado como enfermedad crecimiento de industria farmacéutica. Sujeto pasivo.
Psico-social	Se profundiza en el sujeto como enfermo; énfasis en la conducta, en los valores y en las actitudes
Socio-cultural	Integración del sector salud y de la acción social. Se pone énfasis en factores socio-económicos.
Geopolítico-estructural	Se incorpora el tráfico de drogas, se proponen soluciones integrales y se politiza el fenómeno, dándole una dimensión social.

Cuadro 3

Estos modelos son parte de la construcción histórica de los actuales modos de intervención. Se han desarrollado diversos modelos, que intentan comprender los consumos problemáticos de drogas; en la actualidad, conviven muchos discursos intentando dar una explicación a estas problemáticas, con énfasis en distintos aspectos. Es muy frecuente el abordaje desde el enfoque moral, en el que la adicción es entendida como una falla en el individuo, quien deberá generar voluntad para no equivocarse. Algunos de estos discursos están avalados por procesos de investigación, mientras que otros no (Fernández y Lapetina, 2008). En este trabajo se tendrán en cuenta los modelos que han sostenido procesos de sistematización o de investigación, desde una perspectiva técnica, no moralista.

La consideración de los consumos problemáticos de drogas como enfermedad (o no) está aún en discusión, sin consenso teórico. Dentro de los discursos técnicos, Fernández y Lapetina (2008) plantean, básicamente, dos grandes formas de concebir la adicción o el consumo problemático (que no siempre es adicción): como enfermedad o como conducta aprendida. Dos formas de entender este fenómeno, que provienen de dos paradigmas: del paradigma de la enfermedad y del paradigma del aprendizaje social.

Estos autores entienden que la manera en que se piense esta problemática y el proceso de cambio personal tendrá sustanciales implicancias prácticas en el campo de los tratamientos y en el campo del consumo problemático de drogas. Por este motivo, es importante aclarar en el momento de las intervenciones, la postura personal que cada técnico o equipo técnico asumirá. A continuación, se plantean características,

según el punto de vista del paradigma de la enfermedad y, por otro lado, del paradigma de aprendizaje social. Para el primero, la adicción es una entidad absoluta (se es o no se es adicto); de acuerdo a este punto de vista, en el comportamiento adictivo la persona no tiene posibilidad de decidir: una vez diagnosticada la adicción, esta es irreversible y solo puede ser detenida, pero no revertida: se entiende a quien la padece como enfermo para siempre. Se genera un deterioro progresivo, siempre que la persona siga consumiendo la sustancia; se explica el proceso del consumo de drogas como algo que avanza linealmente en el tiempo, desde el no uso (abstinente) a un uso ocasional, habitual o dependiente. Para el segundo, el límite que separa a los consumidores problemáticos de los no problemáticos es difuso. La adicción no es un fenómeno unificado e igual para todas las personas, sino que presenta diversas variables psicológicas y socioculturales. El comportamiento del consumo problemático es aprendido, por lo cual puede ser también (en teoría y en la mayoría de los casos) sustituido por uno nuevo. No existe una secuencia inexorable que lleve hacia un deterioro progresivo de la persona. El proceso de consumo no se entiende como una línea ascendente hacia la dependencia, sino como un proceso no lineal, en el que el individuo puede recorrer diferentes usos sin llegar a la dependencia: puede alternar períodos sin consumo, puede ir y venir en estos tipos de uso, no tiene que enquistarse necesariamente en uno de ellos. Este paradigma considera el consumo problemático como aquello que afecta una o más de las siguientes áreas: salud, relaciones sociales primarias, relaciones sociales secundarias, ley (relacionamiento con la justicia) (Fernández y Lapetina, 2008).

Es importante destacar que en estos dos paradigmas, como en los modelos mencionados anteriormente sobre comprensión de la adicción, el desafío está en entender en qué nivel se centra cada modelo para explicar el fenómeno de la adicción, y para qué nivel deja de ser explicativo, pasando a ser reduccionista, momento en que es necesario cambiar o incluir otro paradigma (Fernández y Lapetina, 2008).

En este trabajo se reflexionará sobre las formas de abordaje comunitario en relación a los consumos problemáticos, por lo que se hace necesario presentar el modelo de reducción de daños, que aparece a finales de los ochenta e inicios de los noventa. Este modelo surge como alternativa a los modelos prohibicionistas y abstencionistas. Las estrategias de reducción de daños no se presentan como antagónicas a las abstencionistas, sino como una posibilidad más a ofrecer: posibilitan llegar a más usuarios y trabajar en red desde la comunidad.

El paradigma de la complejidad permite integrar y pensar la temática desde la integración de distintos modelos y enfoques, tomando elementos de cada uno de ellos.

Najmanovich (2005) plantea que, en la sociedad actual, los muros de las disciplinas de la Modernidad ya no dan respuesta a fenómenos indisciplinados; las instituciones que prestaban solidez se encuentran en crisis o son estalladas. Como menciona Fernández (1999), estas han dejado de dar sentido. Es imprescindible entrar en contacto con aspectos productivos y creativos propios de la crisis, que están en estrecha relación con la aceptación de las inestabilidades y fluctuaciones como señales del cambio. Resulta crucial tener en cuenta los elementos negativos de la estabilidad, como son el aburrimiento, el estancamiento, la falta de creatividad, la imposibilidad de crecimiento, entre otros. Solo la tendencia a la inercia mental e institucional y la gratificante sensación de seguridad asociada a la estabilidad (tanto teórica como política) le ha dado a la seguridad una gran ventaja frente a las fluctuaciones y fuerzas que tienden al cambio (Najmanovich, 1995). Para comprender esta situación actual, se puede utilizar la descripción realizada por Deleuze (1991), quien plantea el pasaje de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control. En las primeras, el control se ejercía a través del pasaje por espacios de encierro, como la familia, la escuela, la fábrica y, eventualmente, el hospital y la prisión, cada uno de ellos con leyes claras. Mientras que en las sociedades actuales de control, este se ejerce al aire libre y de forma continua: la empresa ocupa el lugar de la fábrica, el hombre no es encerrado, sino endeudado. El instrumento de control por excelencia es el marketing. Las instituciones y los lugares de encierro sufren una crisis generalizada. En las sociedades disciplinarias, donde los límites y los lugares eran claros y fijos, los modelos dejan de dar respuesta a los fenómenos de las sociedades actuales. En las sociedades actuales de control, irrumpe la indisciplinación de los acontecimientos sociales.

Morín (2004) sostiene que no existen fenómenos simples, ya que la complejidad aparece como irracionalidad, como incertidumbre, como desorden, como angustia, como aleatoriedad; el conocimiento es desafiado constantemente, generando una fuerte resistencia. La complejidad de los fenómenos sociales actuales se expresa también en los mecanismos de control mencionados por Deleuze (1991), que se caracterizan por el desdibujamiento de las fronteras en las sociedades actuales. En el capitalismo del siglo XIX lo importante era la concentración de la producción y de la propiedad, mientras que en la actualidad es un capitalismo de superproducción.

Si bien el paradigma de la complejidad se hace presente en la actualidad, coexisten simultáneamente otros paradigmas. El encuentro entre paradigmas que comprenden a los individuos, comunidades o instituciones con las que se trabaja, hacen a la misma complejidad de nuestros tiempos. Época de constantes cambios, de pocas certezas, en la que, como plantea Najmanovich, aparecen «islotos de orden, navegando en un mar de caos» (Najmanovich, 2005, p 4). Se hace necesario aprender

a tratar con los tiempos que nos toca vivir, al encuentro de diferentes modos de vivir y de estar.

C.2.3 Algunas conceptualizaciones para comprender el trabajo de base comunitaria.

El tratamiento de base comunitaria (TBC) se encuentra vinculado directamente con el enfoque de reducción de daños y con el modelo de inclusión social eco2. En él se plantea disminuir las consecuencias negativas del consumo, se crean espacios de atención con mínimas exigencias de ingreso, a los que se llama de bajo umbral, se facilita el acceso a servicios, se incide en situaciones de conflicto como agente mediador. También se busca disminuir el sufrimiento social ocasionado, se va tras el usuario, donde sea que se encuentre, no se espera pasivamente a que aparezca; se tiene por finalidad generar vínculos y conexiones con los que trabajar para amortiguar el sufrimiento y los daños causados por el consumo. Se considera al individuo como un participante activo, cuya intervención es fundamental para llevar adelante acciones estratégicas (Fundación Procrear, 2007). Además, este tratamiento permite llegar y pensar procesos de cambio con población en estado de alta vulnerabilidad y exclusión, que no llega a instituciones de asistencia, desde una matriz no institucionalizada, pero con principios técnicos y metodológicos predefinidos. Se trabajan las consecuencias negativas que el consumo tiene en la persona y en su contexto, el cambio tiene que ver con que las personas se entiendan como sujeto y objeto de nuevas formas de desarrollo, de maneras distintas de vivir, más allá de su historia actual (Milanese, 2009).

A continuación se definen algunos conceptos claves con los que se trabaja en los abordajes de base comunitaria:

Exclusión social grave: se entienden contextos de extrema pobreza, deserción escolar temprana, falta de empleo, precariedad de autosostenimiento (trabajo ocasional, informalidad laboral al borde de lo ilegal, salarios bajos), exposición a violencia grave, física y psicológica, vida en la calle y de calle, explotación sexual, enfermedades transmitidas por vía sexual (VIH/SIDA), desplazamientos y migraciones forzadas, imposibilidad de acceso a servicios básicos de salud, educación, seguridad y protección social (Milanese, 2009). Es un fenómeno multicausal, que se puede interpretar de distintas maneras y al que se vinculan otros conceptos como *desviación*, *segregación*, *aislamiento* y *marginación*. La exclusión social grave debilita los vínculos entre los individuos y la sociedad (entendidos como relaciones de tipo político, sociocultural y espacial): cuanto mayor es la cantidad de vínculos rotos que tiene una persona, aumenta su vulnerabilidad y la de los grupos afectados por el consumo.

Comunidades locales: son colectivos de personas que comparten un territorio, que se organizan para resolver sus intereses, sus dificultades y sus necesidades; se pueden observar redes sociales. Se fundamenta en el conocimiento del entorno y favorece la participación de actores sociales y son capaces de identificar acciones adecuadas para que la inclusión de los excluidos sea posible. Se las concibe como un sistema de redes sociales que definen un territorio delimitado por fronteras geográficas (Milanese, 2009).

Comunidad de alto riesgo: en el campo de las drogas, se entiende como una comunidad en la que aparecen los siguientes fenómenos: vida en la calle, prostitución, venta de drogas tanto en la vía pública como en lugares reconocidos por la comunidad, grave insuficiencia de servicios básicos de salud, de educación, de trabajo, de seguridad y territorio bajo el control de pandillas (Milanese, 2009).

Representaciones sociales: son construcciones sobre la realidad sin ser ella misma y constituyen un marco de referencia de los comportamientos sociales, por lo que se entiende importante trabajar en cualquier proceso de transformación social. Conforman, además, un conjunto de interpretaciones, conceptos y percepciones sobre la vida cotidiana. Desde el modelo de inclusión social, se considera necesario el trabajo de estas representaciones, puesto que se entiende que permiten conocer los sentidos y los significados que subyacen en la sociedad. Se intenta dar una mirada crítica a la percepción e interpretación de la realidad.

Vulnerabilidad: está relacionada con la insatisfacción de las necesidades básicas y con la existencia de situaciones de riesgo; tiene una fuerte correlación con el nivel de exclusión.

Inclusión social: se la considera como un proceso de corresponsabilidad social entre el individuo excluido y la sociedad que excluye. Es lo que se espera lograr con este modelo; para alcanzarlo, es necesario realizar cambios en las representaciones sociales, comprender la multidimensionalidad del consumo problemático, trabajar desde las redes sociales y desarrollar acciones positivas (Fundación Procrear, 2007).

Investigación-acción: es una metodología de investigación e intervención, impulsada en sus inicios por K. Lewin. En esta propuesta, el objeto de estudio es la persona en rel-acción. En ella, los investigadores no están aislados del contexto, sino que se integran a la situación del campo de trabajo, asumiendo un papel de agente de cambio. Presenta dos ejes de trabajo: la acción transformadora como principio de la investigación y la participación de todas las personas interesadas (Milanese, 2012).

C.3 Perspectivas del Trabajo Comunitario.

Milanese plantea dos modos de abordaje en tratamientos comunitarios: la *perspectiva clásica* del *community care*, que obedece a lo más conocido, desde la psicología y la medicina en comunidad, y la perspectiva relacional a través de procesos de trabajo con la comunidad, que genera respuestas a sus necesidades y a sus maneras de satisfacción. En el tratamiento de base comunitaria se trabaja con esta metodología, construyendo o fortaleciendo la red de recursos, a partir de la que se compone un diagnóstico participativo que conecta necesidades, recursos locales y políticas de estado, y que genera un consenso comunitario en planeación, organización y gestión de los servicios requeridos que integran a los actores involucrados (Milanese, 1999).

Dentro de la ***perspectiva clásica***, Milanese (1999) destaca las siguientes modalidades, que se presentan con la intención de facilitar la reflexión sobre las prácticas cotidianas y para entender el sentido que estas tienen, ya que algunas de ellas aún pueden influir en algunas experiencias:

- *Desinstitucionalización*: es una de las primeras estrategias manejadas en el trabajo en comunidad. Consistió en desplazar hacia la comunidad algunas acciones de soporte y apoyo, que no podían llevarse adelante en las instituciones. La comunidad debía hacerse cargo de lo que en las instituciones no era posible.
- *Territorialización de los servicios*: fundó la inserción en la comunidad; se instalaba la idea de que en las estructuras más próximas a la vida cotidiana y de menor tamaño, se mejoraría la relación entre operadores y «pacientes». La comunidad se concebía como un espacio donde establecer actividades que antes se realizaban en las instituciones; mejoró en el sentido de acortar la distancia física para acceder a los servicios. El mayor acercamiento en el territorio se produjo mediante la asistencia formalizada en el domicilio de las personas, lo que provocó modificaciones en el acercamiento al paciente y a su contexto, pero no logró transformar la relación *operador-paciente*. Uno de los motivos que dificultó alguna transformación en esta relación fueron las características del régimen de trabajo de los operadores, que responde a la misma lógica de las instituciones. El resultado fue la formalización del contexto familiar para facilitar el trabajo del operador, por un lado, y desde la institución una elevada informalidad. Como consecuencia del proceso de territorialización de la asistencia, en el proceso del *care* se compone la óptica del *problem solving* (asesoría socio asistencial en el territorio); la intervención de la

comunidad implica colaborar en la resolución de las problemáticas mediante la utilización de técnicas y métodos de trabajo de grupo, característicos de organizaciones productivas, educativas, de asistencia, etc. La comunidad es ideada como una organización. Esta modalidad no asienta un trabajo de desarrollo comunitario ni de modificación del sistema socioasistencial, sino que mantiene a ambos sistemas sin cambios.

- *Procesos formales de curas informales*: son formas de apoyo y de cura que la persona necesitaba y que sistemas rígidos no podían atender, la necesidad de ver al sujeto y no solo su enfermedad llevó hacia este tipo de abordaje. Son considerados, por su metodología de trabajo en la comunidad, como un proceso importante. Comienzan a tomar como parte de los recursos posibles los saberes y las acciones que se producían en los contextos de la vida cotidiana. Aquí se concibe la necesidad de formalizar y de sistematizar el saber hacer que se gestaba en la comunidad. Se instalan los procesos de *empowerment* y se expresan en la capacitación a las familias, en el trabajo sobre redes primarias, en la creación de redes de autoayuda, en la terapia familiar: el foco cambia de estar centrado en el individuo a estar más focalizado en la comunidad. Estos procesos son resultado de una lenta transformación desde las prácticas de iniciales de *care* y *helping*.

Perspectiva relacional:

En la década de los noventa, comienzan a implementarse estrategias de reducción de daños, cuyo trabajo se basa en el respeto del derecho de los usuarios a decidir sobre el cuidado de su salud; se facilita el acceso de ellos a servicios de salud, trabajando no solo con los usuarios, sino también incluyendo a las instituciones y a la comunidad. La intervención comunitaria implica un fuerte compromiso de los operadores para lograr y sostener el vínculo con los usuarios, quienes tienen mucha desconfianza de los servicios asistenciales, posiblemente a causa del impacto de criminalización de otras estrategias. Dentro de las innovadoras acciones, se encuentra el trabajo de calle, en el que los usuarios están allí y se trabaja la incorporación de pares en el tratamiento.

Desde 1995, se empiezan a implementar acciones inspiradas en los trabajos de Speck y Atteneave, quienes indagan en la red de relaciones sociales como instrumento de intervención. Esta metodología de tratamiento comunitario permitió ver cómo el manejo de amplitud, de densidad, de homogeneidad, de complejidad, por una parte, y la lectura de las interconexiones de la red con de marcos de referencia

reconocidos (psicoanalítico y sistémico relacional, por ejemplo) permite producir cambios significativos y, sobre todo, mantener en el tiempo los cambios producidos (Milanese, 2008). La incorporación de la teoría de redes al trabajo comunitario aportó al desarrollo del tratamiento de base comunitaria, entendido como un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos sistematizados con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas en una situación de exclusión social grave y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en la cual ellos viven y los operadores trabajan, habilitando una posibilidad de trabajo no institucionalizado y con metodología predefinida. Se trata, entonces, de construir un conjunto de redes que permitan que las acciones sean realizadas y que tengan resultados positivos para los beneficiarios directos y para la comunidad. La existencia de un dispositivo que funcione es el primer resultado y el primer impacto en la comunidad (Milanese, 2005). El desarrollo del trabajo en red en la comunidad generó un cambio destacable, puesto que en algunos contextos sociales existían situaciones de procesos de autogestión, constituyendo emprendimientos cooperativos como forma de organización de la sociedad civil; se crean servicios dirigidos a la comunidad y se erigen como organizaciones más próximas a las personas. Como consecuencia de esta expresión de la sociedad, emerge la cogestión público-privada.

C.4 MODELO ECO2.

Machín (2010) plantea que actualmente el modelo de inclusión social más difundido es el modelo ECO2. Este modelo nace como resultado de un proyecto de investigación-acción y, en relación a «las farmacodependencias», fue llevado adelante en México por cuatro organizaciones sociales de la sociedad civil de dicho país. En su creación participaron expertos conocedores de la realidad mexicana, como Efram Milanese, Roberto Merlo y Brigitte Laffay. Como antecedente de este proyecto aparece el vínculo de coordinación de trabajo entre las organizaciones sociales, desde sus inicios.

En cuanto al significado del nombre ECO2: *epistemología de la complejidad* (ECO) y *ética y comunidad* (CO tiene que ver con la intervención, con respeto a la dignidad de personas y comunidades e implica también el reconocimiento y la reflexión, por parte de quienes intervenimos, de nuestras propias motivaciones, limitaciones, errores, además de la necesidad de evaluación y supervisión constante.). De acuerdo a lo que plantea Machín, en este modelo se retoman elementos que van desde la geometría fractal de Mandelbrot hasta el pensamiento complejo de Morín, pasando por la cibernética de Wiener, por la cibernética de la cibernética de Bateson y Von Foerster,

por la dinámica no lineal, por la sinérgica de Haken, por la recursividad de Hofstadter, por los sistemas complejos adaptativos de Gell-Man, las teorías de redes, etc. (Machín, 2010).

ECO hace referencia también a la raíz griega que significa *casa*, y que está en la etimología de *ecumenismo* y *ecología*, aludiendo a los procesos de inclusión social que promueve el modelo, mientras que *epistemología de la complejidad* incluye los aportes que diversas ciencias (antropología, sociología, psicología social, psicoanálisis, etc.) hacen para entender la realidad humana (las personas, los grupos, las redes sociales, las comunidades y fenómenos como las farmacodependencias, la situación de calle, etc.).

Se integran estrategias de reducción de daños; se trabaja la contención de recaídas, con la intención de amortiguar el sufrimiento del usuario y de las personas que integran su red vincular, evitando que el malestar generado derive en un consumo posterior mayor. El ser humano es entendido como un ser dependiente que enfrenta situaciones o etapas de la vida en las que la droga puede cumplir un rol de mediador emocional y que atenúa sus procesos de cambio. Se concibe que las representaciones sociales frente al consumo de drogas son significativas porque definen conductas, construyen relaciones entre individuos y grupos, señalan acuerdos, normas, formas de moverse individual y colectivamente, y una buena articulación de los recursos existentes para las demandas de la comunidad. El *rol protagónico* de los sujetos sostiene que las personas que participan del modelo son corresponsables junto con la sociedad de su propio proceso (Fundación Procrear, 2007).

Principios del modelo de inclusión social:

Sostenibilidad	Los procesos deben perdurar en el tiempo, con una adecuada articulación de instituciones y de organizaciones.
Integralidad	Se tienen en cuenta todas las dimensiones del ser humano, para su abordaje.
Flexibilidad	Se ajustan las estrategias y los métodos a las demandas de la población.
Corresponsabilidad	La sociedad y los consumidores problemáticos tienen parte en el asunto.
Diversidad	Propuestas variadas que contemplen las diversas situaciones.
Respeto por la	Respeto de todos los derechos humanos de las personas con

dignidad	las que se trabaja.
----------	---------------------

Cuadro 4

En textos de Milanese (2009) y de la Fundación Procrear (2007) se describen las etapas de abordaje en territorio, antes de iniciar un tratamiento de base comunitaria y una vez ya entrado en la comunidad. Para este modelo, es fundamental la construcción del conocimiento con la comunidad de manera participativa desde el comienzo. A continuación se sintetizan dichas etapas. Previo al ingreso a la comunidad, es necesario: la construcción de un equipo de trabajo, tener una capacitación de base común, identificar el territorio en el que se va a trabajar y crear perfiles diferenciados. Entrando a la comunidad se especifica el trabajo de calle, en el que se realizan acciones de enganche, acciones de construcción del dispositivo y acciones de construcción de conocimiento.

Ejes del tratamiento comunitario	
1) Organización	Disposición de los recursos materiales y humanos.
2) Asistencia	Servicios básicos, con participación de usuarios y redes.
3) Educación	Procesos educativos formales e informales.
4) Terapia	Acciones médicas y psicológicas.
5) Trabajo	Inclusión laboral que garantice autonomía y dignidad.

Cuadro 5.

Acciones frecuentes en el tratamiento de base comunitaria

Contacto personal y directo.	Mejorar las condiciones de vida.
Mantener el contacto.	Gestionar nuevas demandas.

Impulsar el desarrollo de redes.	Monitorear las acciones emprendidas.
Actitud diagnóstica y de evaluación.	Interacción con el equipo.
Construir seguridad.	Desarrollo personal del operador.
Manejo integrado de casos.	

Cuadro 6

C.5.EXPERIENCIAS REALIZADAS EN EL PAÍS Y LA REGIÓN

Las experiencias que se presentan a continuación intentan aportar a la comprensión y reflexión del abordaje comunitario en consumo problemático de drogas, desde las estrategias de reducción de daños y desde el modelo de inclusión social ECO2. La variabilidad de posibilidades que cada contexto tiene es capaz de construir y dar cuenta de las formas de intervención en cada situación. Las tres primeras experiencias que se presentan fueron tomadas de una publicación de la organización civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, Inter Cambios, mientras que las experiencias uruguayas fueron tomadas de algunos pocos informes que aparecen disponibles. En Uruguay, se viene desarrollando desde hace algunos años algunas propuestas innovadoras para el país, en relación al abordaje de la población en situación de calle o sin techo; entre ellos están el Programa Aleros y la Unidad Móvil (UMA) (JND, 2014).

LA ESQUINA... Bariloche, Río Negro, Argentina

Este dispositivo de atención comunitaria de adicciones se desarrolla en Bariloche, provincia de Río Negro (Argentina); nace en medio de una crisis social que generó el asesinato de tres jóvenes por la policía en junio de 2010. Se realizó un comité de emergencia social durante unos meses y de allí surgieron varias acciones a desarrollar a corto plazo, entre ellas, un dispositivo de drogas. En ese momento, la provincia estaba decidiendo en qué ciudades implementar propuestas de atención al consumo problemático de drogas. En junio de 2011, se pone en marcha esta experiencia.

Demanda: surge como un pedido de respuestas desde la sociedad y organizaciones sociales que reclaman políticas públicas para la juventud, ya que veían a los jóvenes como problema, que, ante la falta de espacios y actividades, terminaban en consumo problemático. Mediante un convenio entre tres instituciones (Ministerio de

Desarrollo Social, Ministerio de Salud de Río Negro y la Municipalidad de Bariloche) nace La Esquina (Amorín y Goltzman, 2013).

Diagnóstico: se parte de un diagnóstico territorial inicial y de la participación en instancias locales que funcionan en los barrios: mesas interinstitucionales y mesas de intercambio. El dispositivo fue pensado para toda la ciudad pero se priorizan tres lugares, por falta de recursos humanos para abarcar toda la ciudad.

Conformación de equipos: se realizó un curso de formación con duración de dos meses y medio, en el que el enfoque fue hacia el derecho a la salud y a la reducción de daños. El objetivo no fue capacitar especialistas en drogas, lo fundamental era comprender a las personas con consumo problemático como sujetos de derecho y que el usuario sea entendido como una persona que transita, en este momento, una situación de vida con problemas de consumo, pero que cuenta también con recursos que se pueden utilizar para lograr lo que decidan. Puede ser que dejar el consumo sea una opción, también puede serlo continuar consumiendo y otra opción es hacerlo con menos riesgos. De esta formación, surgieron los primeros operadores. El equipo técnico está integrado por: trabajador social, psicólogo y médico.

Dispositivo:

a) *Acciones que se realizan:* 1) actividades comunitarias: se realizan estrategias de enganche y se trabajan actividades terapéuticas; 2) acompañamiento individual: se realiza según la situación lo amerite, a veces, se necesita asesoramiento específico de trabajo social, de medicina, de psiquiatría, de psicología o, con los mismos operadores, se diseña cada acompañamiento individual, acorde a las necesidades, al usuario o a la familia, y según la disponibilidad de recursos humanos; 3) grupo operativo de pares: los grupos operativos de pares son coordinados en duplas, para que los integrantes no se identifiquen unidireccionalmente con una sola persona, y para ampliar la mirada. Los participantes comparten experiencias y de la experiencia de los otros cada uno puede tomar alguna estrategia para resolver algo de lo que le sucede. Se desarrollan grupos de adolescentes, de adultos y de hombres de tercera edad. Estos grupos han ido surgiendo según demanda de la comunidad (Amorin y Goltzman, 2013).

b) *Estrategias del dispositivo:* la estrategia de funcionamiento se basa en operadores comunitarios; se respeta el trabajo previo que se viene realizando en la comunidad y se piensa cómo acompañar lo que ya existe. Para cada caso se definen estrategias distintas, entre todos, incluyendo al usuario: se considera importante respetar la singularidad, la historia y la situación actual de cada caso; se realiza una reunión de equipo semanal como instancia de coordinación, en la que se socializa la información, se planifican las tareas, las actividades y los abordajes comunitarios,

individuales y familiares. Además de esta reunión, el equipo técnico se reúne con duplas de operadores en el territorio.

Trabajo en red: es parte de la estrategia del dispositivo; desde su conformación existe una interacción entre instituciones. Se articula con diversos equipos de salud y organizaciones sociales de la ciudad y se realiza un mapeo constante de recursos, lo que resulta necesario para conocer las instituciones que tiene el territorio. Ya que estas instituciones y organizaciones llevan tiempo en la zona, se conoce de la historia y de las situaciones que, con una buena articulación, son necesarias para el funcionamiento del dispositivo. Se generan, a su vez, vínculos solidarios entre los integrantes de los grupos, que permiten que los usuarios estén acompañados cuando el equipo no está y que intentan crear nuevas redes de contención, en las que el motivo de la reunión no sea el consumo (Amorín y Goltzman, 2013).

Evaluación de la experiencia: 1) *logros:* acercamiento a las familias y a la comunidad, confianza entre los integrantes del equipo y la flexibilidad para cambiar de rumbo con las estrategias, cuando algo no funciona; en el equipo se comparte una mirada integral y una concepción del usuario como sujeto de derecho con posibilidad de decidir y de hacer; 2) *dificultades:* falta de recursos humanos, necesidad de mucha gente por requerimiento de trabajo cuerpo a cuerpo, diferencias de contrataciones dentro del equipo; poca articulación con servicios de salud mental, falta de sede unificada para las gestiones y resistencias en el hospital para realizar desintoxicaciones; 3) *facilitadores:* conflicto que desembocó en la decisión política de creación de la experiencia y la existencia previa de las mesas interinstitucionales e intercambio en los barrios de la ciudad (Amorín y Goltzman, 2013).

SICOROGA... Bañado Sur de Asunción, Paraguay.

Bañado Sur es uno de los territorios más estigmatizados de Asunción, ubicado a orillas del río Paraguay, aloja el basural municipal de la ciudad; posee una población de veinte mil habitantes, mayoritariamente migrantes rurales, desterrados por el modelo sojero. Las actividades de sustento están vinculadas al trabajo precario e informal (changas), mientras que la actividad económica más común es el reciclaje de desperdicios y la recolección de plásticos. En los medios de comunicación se menciona al lugar como «foco de delincuentes» y de «narcotraficantes». El consumo de *crack* o *pasta base*, llamado *chespi*, apareció, en esta zona, hace pocos años, pero colaboró con la desintegración de las organizaciones sociales y la potencialidad para trabajar a nivel popular (Amorín y Goltzman, 2013).

Sicoroga es un dispositivo para intervenir en drogas, no es una organización en sí misma, sino que es la pata asistencial en reducción de daños, de una articulación entre organizaciones sociales de base que comparten una mirada, en la que el consumo de crack se entiende como un problema de salud, social y político. Esta articulación de organizaciones llamada Desde Abajo es un grupo de militancia territorial con objetivos más amplios que el consumo problemático de chespi, ya que a este consumo lo consideran como un síntoma de la desigualdad social, causa de fondo que intentan trabajar. Denuncian también el modelo productivo paraguayo, la pobreza histórica, la hipocresía de la policía y la falta de oportunidades de empleo, lo cual da sentido al dispositivo.

El dispositivo se caracteriza por ser de abordaje comunitario, se impulsa la organización barrial y la construcción de confianza, se construye una mirada crítica de la problemática en cuestión y la denuncia pública es una de las estrategias para problematizar las causas estructurales de fondo del consumo de chespi. La sustitución de sustancias menos nocivas es una de las estrategias empleadas para dejar el consumo de crack. Se entiende que es necesario generar relaciones de confianza, vínculos de colaboración con las personas, desde el conocerse y el hacer juntos, se va construyendo el dispositivo. Eso lleva un tiempo que hay que darse en el territorio (Amorín y Goltzman, 2013).

La **demanda** de construcción del dispositivo Sicoroga surge de la *Mesa del Chespi*, conformada en 2010 y promovida por la red de Equipos de Salud de la Familia, generada por la Atención Primaria en Salud, que comenzaba a funcionar. Esta Mesa se reunió quincenalmente para reflexionar, articular y discutir diversas propuestas de abordaje de los conflictos relacionados al chespi. Desde este espacio, que se sostuvo durante siete meses, se convocó a un psicólogo voluntario y a un estudiante de periodismo de la comunidad para el trabajo con usuarios de drogas y con sus familias. Ambos voluntarios continuaron trabajando (cuando la Mesa dejó de funcionar) por el compromiso establecido con usuarios y con las organizaciones de base.

El **equipo** está conformado por cuatro psicólogos voluntarios, dos de ellos se encargan de la coordinación, la articulación con grupos comunitarios y sostienen las actividades diarias, mientras que los otros dos apoyan en las entrevistas domiciliarias.

Dispositivo: combina la asistencia directa con la politización de la temática. Se realizó un acercamiento lento a los lugares de consumo; en este caso era un arroyo, que es reserva natural, donde los usuarios se reunían. Trabajan en torno a un doble eje de intervención: 1) lo terapéutico, vinculado con la reducción de daños y con el

abordaje territorial, y 2) las instituciones y las organizaciones del barrio (Amorin y Goltzman, 2013).

1) La reducción de daños trabaja en dos líneas:

a) Con-sumo cuidado (de chespi), y

b) Ampliación de la vida.

a) *Con-sumo cuidado*: comenzó con iniciativa de una vecina referente del barrio que quería ayudar. Convocó a sus conocidos, organizó un juego de vóley, sin tocar el tema consumo para no atropellar, hecho fundamental para acercarse a los usuarios. Todos saben que los coordinadores son los psicólogos relacionados con la temática del crack. Desde el equipo no se plantea nada sobre la temática, solo se espera a que los usuarios pregunten en alguna conversación. Los imaginarios que circulaban eran de internarse en un centro de rehabilitación y, conversando, fueron surgiendo otras posibilidades. Los mismos usuarios fueron invitando a otros, y, de esta manera, se fue avanzando.

Estrategias utilizadas
Reducir daños por consumo
Regular frecuencia y sustancia menos tóxica.
Desintoxicación voluntaria con <i>levomepromazina</i> .

Cuadro 6

b) *Ampliación de la vida*: intenta ampliar el horizonte de posibilidades y de actividades para ofrecer alternativas al consumo. Se trata de integrarse a actividades sociales, culturales y laborales que les permitan descentrarse del consumo. Cuando se consume chespi, toda la vida gira en torno al consumo, las relaciones sociales se ven alteradas, dañadas y no hay distracciones, solo consumo; se genera exclusión y autoexclusión. Por eso se denomina ampliación de vida, ya que se intenta generar un proyecto de vida, poco a poco, y con objetivos concretos, según la situación de cada persona. Las actividades en el arroyo y la integración a organizaciones sociales del barrio buscan ampliar sus posibilidades; cuando es posible, se realiza inclusión laboral, que es lo que mejor funciona. Los coordinadores plantean que, a pesar de la creencia generalizada de que los usuarios no pueden sostener actividades ni trabajo, han surgido propuestas laborales, bien sostenidas por consumidores problemáticos de chespi, ya que, mientras trabajaban, no consumían. Entre las experiencias laborales

que han realizado con buenos resultados, se encuentran: la construcción de una plaza, que llevó un mes y medio, con jóvenes que tenían un consumo muy complicado, y la comercialización y venta de productos de limpieza.

Actividades que realizan
Charlas y meriendas en el arroyo
Invitación a participar de organizaciones sociales del barrio
Experiencias Laborales (cuando es posible.

Cuadro 7

2) Instituciones y organizaciones de base se articulan con siete organizaciones juveniles y sociales, Desde Abajo, con las que se comparte una línea de trabajo de comunicación alternativa y de economía solidaria en el barrio (Amorín y Goltzman, 2013).

Evaluación de la experiencia

- Logros y facilitadores identificados: 1) visualización del crack o chespi como una problemática de salud social y política. Se instaló que lo políticamente correcto es no discriminar a los usuarios. En las instituciones, estaba la idea de que el «drogadicto» es malo y tiene que estar preso; actualmente, decir algo así en el barrio es mal visto; 2) desarrollo de dispositivo de reducción de daños efectivo; 3) conformación de las madres de usuarios como grupo político; 4) problematización en el territorio del estigma y de la discriminación contra los usuarios de drogas; 5) cohesión territorial para abordar el tema y denunciarlo públicamente; 6) la Mesa del Chespi es considerada como una facilitadora para la realización del dispositivo, y 7) la existencia de organizaciones políticas y sociales del barrio, a las que inquietaba el tema drogas.
- Obstáculos y dificultades identificados: 1) falta de financiamiento: los integrantes del equipo son todos voluntarios; 2) carencia de apoyo de profesionales de centros de salud, que no están de acuerdo con el dispositivo; 3) abuso de la policía hacia los usuarios; 4) en los medios de comunicación profundizan estereotipos y prejuicios contra toda la población del lugar, y 4) el coordinador entrevistado identifica que las políticas públicas en estos momentos no permiten la construcción de procesos reales en los que los usuarios sean sujetos de derecho (Amorín y Goltzman, 2013).

CONSULTORIO DE RÚA... Salvador de Bahía, Brasil.

Salvador de Bahía es una región ubicada al noreste de Brasil y es una de las ciudades más pobres del país. Consultorio de Rua (consultorio de calle) fue creado para trabajar con un sector de la población cuyo acceso a instituciones de salud es casi inexistente. La propuesta del dispositivo es llevarle a esta población atención mediante un modelo que no sea religioso, ni asistencialista y que no fortalezca la estigmatización. En un móvil, recorrían la ciudad y les ofrecían tratamiento médico. El dispositivo se sostuvo desde 1995 hasta 2004, con convenios de poder público provincial y municipal; en esa fecha se acabaron los recursos. El proyecto se retomó en 2009, con apoyo de la Secretaría Nacional de Políticas de Drogas y la Intendencia de Salvador.

Diagnóstico e ingreso a la zona: se percibió que niños y adolescentes, sobre todo los que vivían en calle, no asistían al centro de drogas. La observación de un grupo de niños que frecuentaba una plaza en el centro de la ciudad permitió analizar qué drogas usaban, cómo vivían y circulaban, quiénes eran y cómo podrían acercarse a ellos con una propuesta de atención. Se creó un proyecto denominado Banco de Rua, que, durante dos años, recaudó información sobre estos chicos. Cuatro años más tarde, en 1995, surge Consultorio de Rua, considerado como una experiencia modelo en América Latina (Amorín y Goltzman, 2013)

Dispositivo: lo que se hace es recorrer la ciudad en horarios y días distintos, observar las zonas donde viven usuarios de drogas en situación de calle; se hace reconocimiento y mapeo del lugar, así como también se definen puntos de actuación. El tiempo estimativo de esta tarea depende de la dinámica de cada lugar, y puede ser de semanas o meses. Esto permite conocer la dinámica del lugar, quiénes lo habitan, si es posible trabajar con esa población y si ellos están dispuestos a trabajar con el equipo. La calle, aunque sea pública, es considerada privada por las personas que la ocupan, no se puede atropellar, entrar de cualquier forma, hay que respetar su espacio. Generalmente, van dos personas en el vehículo y, una vez que este se para, la gente se acerca y pregunta quiénes son. Es ahí cuando se presentan y presentan el proyecto. Conversan con la gente, se espera su autorización, que comienza cuando les preguntan: ¿qué día comienzan?; ¿dónde van a estar? Una vez acordado esto, se empieza en el lugar y en el horario establecidos. (Amorín y Goltzman, 2013)

Conformación del equipo: un chofer que conoce la comunidad en la que se trabaja y que está sensibilizado en reducción de daños; un agente de calle (educador social, tallerista, reductor de daños); profesionales de distintas áreas con alguna habilidad específica para realizar talleres que generen vínculo con los usuarios; un

psicólogo que realiza escucha activa y calificada y que se centra en lo subjetivo, relacionado el uso de drogas; un médico clínico o enfermero que trabaja en prevención de enfermedades, que evalúa la salud de la persona y que, de ser necesario, las deriva a un centro de salud; un trabajador social que fortalece la articulación con la red y que, junto con los usuarios, busca deconstruir estereotipos para que logre reconocerse a sí mismo como sujeto de derechos; un coordinador que tiene formación superior en ciencias sociales o salud y que evalúa las actividades que se realizan lleva a cabo articulaciones con la red, y un supervisor que orienta desde lo técnico, que sugiere lecturas y producción de textos, que coordina la discusión de los casos, que acompaña el crecimiento del equipo, y que tiene a cargo la gestión administrativa y operativa. El automóvil que utilizan es una herramienta característica del dispositivo; se trata de una camioneta colorida con características bien diferentes a los vehículos utilizados por el poder público para sacar gente de la calle, sobre todo, niños. En él se llevan instrumentos musicales, formularios para registrar evolución de los distintos casos y para realizar derivaciones a centros de salud en caso de que sea necesario. Se apuesta a una formación continua que incluya la existencia de espacios de sostén del equipo, como compartir angustias, dificultades y logros, realizar evaluación de los procesos y comprensión del trabajo del otro (Amorín y Goltzman, 2013).

Dispositivo: una vez que se define un punto de actuación, la difusión del dispositivo en la zona se realiza entre los propios usuarios, que se comentan e invitan unos a otros. Se realizan acciones de aproximación, escucha, y derivaciones a distintos servicios de salud y, desde el comienzo, se trata de contactar con los microtraficantes y con sus líderes, para que conozcan que el trabajo que se realiza no es represivo. Este contacto a veces facilita y a otras veces dificulta el trabajo, pero se entiende necesario hacerlo.

Trabajo en red: cuando se realiza el mapeo del lugar, se registran los servicios posibles de la zona: centros de salud, escuelas, centros asistencia social, ONG, etc.

Evaluación de la experiencia

Facilitadores: experiencia previa de profesionales en modelo de reducción de daños. Obstáculos: pocos recursos, insuficiencia en los servicios públicos, poca formación de los funcionarios de los servicios de salud, mirada estigmatizadora, dificultad para la inserción laboral e insuficientes políticas públicas. Fortalezas y logros: confianza generada en usuarios, interdisciplina, abordaje no asistencialista, proyectos con salida laboral y visión del usuario como sujeto de derechos.

“EL ACHIQUE” CASAVALLE. Montevideo Uruguay.

El Achique de Casavalle surge en el año 2009, como iniciativa de una de las psicólogas de la Intendencia de Montevideo, quien, junto a una trabajadora social y a un médico de la policlínica Padre Cacho (perteneciente a la Red de Atención de Primer Nivel —RAP— de ASSE), instauró talleres de inclusión social y de prevención de consumo problemático de drogas, a pedido de los centros educativos de la zona. El nombre *El Achique* fue sugerido por uno de los usuarios, quien lo propuso por su significado popular de ‘bajar a tierra’, ‘calmarse’ y ‘buscar alternativas’ al consumo de drogas.

Es un *dispositivo* de tratamiento comunitario que busca elaborar distintas alternativas al consumo problemático: se trata de encontrar trabajo, de brindar tratamiento específico con psicólogo o con psiquiatra, de atender lo sanitario y educativo. Se generan diversas estrategias, de acuerdo a la particularidad de cada situación. La clave es la inclusión social. Al inicio, la idea fue reducir los riesgos y los daños asociados al consumo de drogas.

La propuesta se consolidó a partir del trabajo sistemático del equipo, que, a pesar de trabajar en lugares distintos, organizó y planificó actividades en conjunto. Con el tiempo, se sumaron más personas, entre ellas, jóvenes que asistían a los talleres y que superaron su vínculo problemático con las drogas (Piedra Cueva, 2012).

Equipo de trabajo: dos psicólogas, una trabajadora social, un médico residente de medicina familiar y comunitaria, y una agente comunitaria. Este es el equipo fijo, además, están los distintos talleristas que integran el proyecto.

Trabajo en red: se realiza un trabajo interinstitucional con RAP-ASSE, con la IM, con la JND, con Presidencia, con el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, con el MIDES, con la Federación de Cooperativistas del Uruguay, entre otros. Ante la importancia del problema social que el consumo problemático de drogas representa para el Estado y ante la reciente puesta en marcha de la RENADRO (Red Nacional de Atención en Drogas), este dispositivo ingresa como el primer centro que cumple con los requisitos para integrar dicha red, postulándose, además, a un eventual presupuesto anual para sostener el centro.

Dispositivo: actividades que se realizan: talleres de cocina saludable, a cargo de docente de UTU; talleres de expresión artística, a cargo de docentes del Departamento de Extensión de la Facultad de Bellas Artes (UDELAR), cursos de jardinería, huerta y autocultivo, dictados por docentes de la Facultad de Agronomía (UDELAR), talleres de carpintería, a cargo de exusuario de drogas; talleres de ciudadanía, a cargo de una de las psicólogas del equipo; clases de boxeo; salidas y paseos, y la creación de la

cooperativa Achicando Caminos. Sus lineamientos de trabajo tienen que ver con la reducción de daños y la inclusión social, se realizan mapas de ruta y acompañamiento cercano, a partir de vínculos de confianza (Recalde, 2014). Este dispositivo ofrece un Centro de Escucha, un Centro de Acogida, un Equipo de Proximidad, ambulatorio y diurno, que funciona de lunes a viernes de 9 h a 17 h. La atención tiene una frecuencia diaria a través de un equipo multidisciplinario (Piedra Cueva, 2012).

ENCARE. Montevideo Uruguay

Es un proyecto preventivo asistencial de base comunitaria en el abordaje de Drogas en contextos de exclusión social llevado adelante en los barrios Ituzaingo y Flor de Maroñas en el departamento de Montevideo, Uruguay. Esta experiencia fue financiada por la Unión Europea para el periodo 2009- 2011, con el apoyo del Municipio F y co gestionado por la ONG ENCARE y Comunidad de Padres Pasionistas. Este proyecto busco avanzar en el diseño de un modelo, complementario a los dispositivos existentes, que diera respuestas a la población socialmente excluida y que no accedía a otras ofertas asistenciales. Con un perfil fuertemente comunitario donde los actores se hacen cargo de la reinserción de los vecinos más vulnerables y del sostenimiento del sufrimiento (Caballero, C. 2012). El trabajo se basó en la identificación y aprovechamiento de los recursos locales desde una lógica de desarrollo local, para poder pensar desde las características de lo local con sus características, potencialidades y limitaciones. El **equipo** estuvo constituido por tres psicólogos, dos asistentes sociales, un educador social y agentes comunitarios. El **dispositivo** estuvo dado por espacios de encuentro, escucha, dialogo sin coacción, donde se transitó sobre la lógica del descubrimiento del “otro”, de su realidad y acompañar en una práctica transformadora que siempre implica el trabajo con otros. Con un enfoque dialógico que integra el reconocimiento de la existencia de otro que permite sustentar la practica en la colaboración, unión, organización y síntesis cultural. Entre las acciones realizadas se pueden mencionar, atención directa a usuarios y sus familias, espacios terapéuticos individuales y grupales, cursos de capacitación a agentes comunitarios, trabajos de prevención en centros de educación de la zona. (Giménez, L. 2015).

UNIDAD MOVIL (UMA)

Comenzó a funcionar en noviembre de 2014, desde la Red Nacional de Drogas. Su objetivo es trabajar con aquella población de extrema vulnerabilidad, en situación de calle, que, por diversos motivos, no accede a los servicios sanitarios ni sociales. El

equipo trabaja en red y coordina con otros organismos del Estado, está conformado por dos choferes, por dos médicos, por una enfermera, por un psicólogo y por un educador. Si bien el horario habitual es en la noche, se necesitan horas a contra horario para poder realizar las coordinaciones con las distintas instituciones; para esto, cuentan con dos horas diarias. Se trabaja desde un enfoque integral, rescatando los intereses de los UPD para potenciar su creatividad. En la primera etapa del dispositivo se realizó relevamiento del territorio y elección de paradas como puntos de acción. El móvil recorre distintos puntos del área metropolitana, donde tienen paradas fijas en las que trabajan con los usuarios. Una vez que llegan a un punto de trabajo, se recorre la zona o se trabaja con los usuarios que se acercan, ya que han generado buen vínculo. La forma de acercamiento es caminar por las calles, acercándose a la población e informando sobre lo que se ofrece desde la UMA. Se indagan los intereses y las habilidades de quienes acceden a acercarse y desde allí se vincula el equipo, se trabaja en la calle de acuerdo al requerimiento de los usuarios. Cuando es necesario, se utiliza el móvil como consultorio. Según redacta la publicación *Estrategias contra la exclusión* de la Junta Nacional de Drogas, se ha logrado muy buena receptividad de parte de los usuarios, generando ellos mismos pautas de convivencia en relación al dispositivo. No se han presentado situaciones de inseguridad o violencia, sino que, por el contrario, la actitud ha sido de respeto y de cuidado de parte de los usuarios (JND, 2015).

PROGRAMA ALEROS

Surge como articulación interinstitucional entre la Intendencia de Montevideo y la JND en el año 2012: «Es una modalidad de intervención territorial que implica captación en calle, promoción de redes institucionales y sociales, desde un enfoque integral, generando inclusión social. La intervención consiste en equipos de proximidad integrados por psicólogos, trabajadores sociales, profesores de educación física, operadores terapéuticos y médicos de familia» (JND, 2014: p. 5). Este programa, para su organización, divide a Montevideo en dos grandes zonas: este, que incluye los barrios Puntas de Manga, Puntas de Rieles, Malvín Norte y Maroñas, y la zona oeste, que incluye Paso de la Arena y los Bulevares, Cantera del Zorro y Teja Norte, Colón y Lezica. La zona oeste es cogestionada por la policlínica La Teja Barrial y por la división de salud de la Intendencia de Montevideo. Cada zona tiene designada tres duplas de técnicos, y, entre sus objetivos, tienen: acercar a personas en situación de consumo y vulneración social a servicios asistenciales, sociales y de salud; articular y acompañar las redes que existen en el lugar. Trabajan con la comunidad, realizan

recorridos por los barrios, donde sea que estén los usuarios: si es la calle, en la calle; si es en el domicilio, en el domicilio. En este trabajo no existe rutina, continuamente se va creando el quehacer. Por eso, la rutina no existe, sino la creatividad permanente (JND, 2014).

C.6 ANÁLISIS Y ARTICULACIÓN CONCEPTUAL.

En todas las experiencias presentadas, el abordaje comunitario para el consumo problemático de drogas aparece desde una perspectiva relacional con enfoque interinstitucional e interdisciplinar. Desde esta perspectiva, los fenómenos sociales se entienden como multicausales y, desde allí, se despliegan los distintos dispositivos, como conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos sistematizados, con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas con consumo problemático de drogas en una situación de exclusión social grave de las comunidades locales en las que ellos viven y los operadores trabajan.

El trabajo, desde esta perspectiva relacional, implica construir y fortalecer redes locales para mejorar las condiciones de vida de la comunidad definida. Estas redes integran redes formales e informales, que tejen una trama de interconexiones donde el paradigma de la complejidad se hace presente, interconectando diversas miradas de los múltiples atravesamientos que hacen al devenir de cada experiencia. Las organizaciones formales e informales, que conforman la trama relacional del tratamiento, están integradas por instituciones gubernamentales, ONG, organizaciones y colectivos sociales, dentro de los que se incluyen las redes subjetivas de los usuarios.

Las acciones que se llevan adelante se construyen y sostienen desde el vínculo directo con los usuarios e integrantes de las redes con las que se articula. La confianza, el respeto por el ser humano y la inclusión social son pilares del trabajo comunitario que aparece en las experiencias. La abstinencia no es condición necesaria para el tratamiento en estas seis experiencias, puesto que es esto lo que permite el trabajo con los usuarios de forma flexible, ajustando la intervención a las demandas de la población con la que se trabaja. La diversidad de propuestas presentadas responde a la diversidad de situaciones que acontecen en cada territorio y a las demandas en cada uno de ellos. Estas demandas son elaboradas con la participación los usuarios con uso problemático de drogas y con los integrantes de la comunidad donde viven, entendiendo que en estas situaciones existe corresponsabilidad. El trabajo con la comunidad permite intervenir en las representaciones sociales que definen conductas, señalan acuerdos y normas entre individuos y grupos.

Experiencias	Trabajo en red	Equipo de trabajo	Acciones
La Esquina (Bariloche, Argentina)	Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Municipalidad, organizaciones sociales y vecinos.	Trabajadora social, psicólogo, médico y operadores. Formación común de dos meses y medio en derechos de salud y en reducción de daños.	Acciones de enganche, actividades terapéuticas, acompañamientos individuales, grupos operativos de pares, articulaciones con red.
Sicoroga (Asunción, Paraguay)	Organizaciones sociales barriales: Desde abajo, centros sociales y juveniles, grupo de madres, instituciones que integraron la Mesa del Chespi y vecinos.	Cuatro psicólogos voluntarios.	Acciones de enganche, experiencias laborales (puntuales), politización de la temática, asistencia directa.
Consultorio de Rua (Salvador de Bahía, Brasil)	Centros de salud, escuelas, ONG, centros de asistencia social, vecinos, entre otros.	Chofer, agentes de calle, psicólogo, médico, trabajador social, coordinador y supervisor.	Acciones de enganche, articulación con red, asistencia directa.
El Achique (Montevideo, Uruguay)	IM, RAP -ASSE, JND, MIDES, Federación de Cooperativas del Uruguay, REANDRO, UTU, UDELAR, organizaciones sociales de la zona y vecinos.	Dos psicólogas, un médico residente de medicina familiar y comunitaria, talleristas, operadores de pares y agente comunitaria.	Acciones de enganche, cursos de formación, acciones terapéuticas, articulación con red.
Encare. (Montevideo Uruguay)	REDES LOCALES, MUNICIPIO F, CENTROS EDUCATIVOS	3 psicólogos, 2 asistentes sociales, 1 educador social agentes comunitarios	Asistencia directa a usuarios y familias, prevención en centros educativos, capacitación agentes comunitarios

UMA (Montevideo, Uruguay)	REANDRO	Dos choferes, un médico, una enfermera, un psicólogo y un educador.	Trabajo de calle, acciones de enganche, atención directa.
Aleros (Montevideo, Uruguay)	REANDRO	Seis duplas de técnicos que pueden ser: psicólogos, trabajadores sociales, profesores de educación física, operadores terapéuticos y médicos de familia.	Captación en calle, acciones de enganche, visitas a lugares donde viven usuarios.

Cuadro 8

En todas las experiencias el trabajo en red está presente, variando en una y en otra, la fluidez en la articulación. Cinco de ellas presentan mayor relacionamiento con redes informales. La conformación de los equipos de trabajo es interdisciplinaria y están, generalmente, integrados por psicólogos, por trabajadores sociales, por operadores, por educadores, por talleristas, por médicos y por enfermeros. Solo en dos de las experiencias se mencionan operadores pares como parte del equipo. En una sola de las experiencias los integrantes son todos voluntarios. En todos los casos se llevan adelante estrategias de reducción de daños. En cuatro de los seis casos, aparece especificado el trabajo de calle, en los demás casos no queda especificado, aunque se supone que se realizan. Con diferencias en las magnitudes, los distintos territorios impactan como demasiado extensos para la cantidad de integrantes del equipo.

Experiencia	Organización	Asistencia	Educación	Terapia	Trabajo
La Esquina	Se organizan los recursos disponibles.	Asistencia directa, vinculación con centros.	Informal, conexión con centros educativos.	Grupos operativos, acompañamiento individual, actividades cotidianas.	no se encuentran datos disponibles.
Sicoroga	Se organizan los recursos	Asistencia directa,	Informal, acercamiento	Acompañamiento	Dos experiencias

	disponibles.	vinculación con centros y servicios.	o a centros.	individual, grupos de pares, actividades cotidianas.	as puntuales, de corta duración.
Consultorio de Rúa	Se organizan los recursos disponibles.	Se conecta con centros.	Actividades educativas en calle, vinculación con organizaciones.	Escucha calificada, atención médica inmediata, derivación a centros.	Proyectos con salida laboral.
El Achique	Se organizan los recursos disponibles.	Directa y vinculación con centros.	Cursos y talleres formales e informales.	Colectiva e individual.	Cooperativa de trabajo.
Encare	Organización de recursos	Directa y articulación con servicios	Formal con centros educativos y redes	Individual y grupos	No hay información disponible.
UMA	Se organizan los recursos disponibles.	Directa y vinculación con centros.	Acercamiento a propuestas.	Escucha calificada, atención médica, derivación a centros.	Búsqueda de inserción laboral.
Aleros	Se organizan los recursos disponibles.		Acercamiento a centros.		Búsqueda de posibilidades.

Cuadro 9

Evaluación	La Esquina	Sicoroga	Consultorio de Rúa
Logros y facilitadores	Cercanía con población, confianza entre integrantes del equipo, flexibilidad en estrategias, mirada integral, mesas interinstitucionales y conflicto social como	Desarrollo del dispositivo de reducción de daños, conformación de grupo de madres, concepto de no discriminación hacia los usuarios, Mesa del Chespi, Interés de	Experiencia previa de profesionales en la temática, confianza de usuarios, interdisciplina, proyectos con salida laboral, visión del usuario como sujeto de derechos.

	facilitadores del dispositivo.	organizaciones barriales.	
Obstáculos y dificultades	Falta de RRHH, demanda de muchos RRHH, diferentes contrataciones en el equipo, resistencias de servicios de salud, poca articulación con servicios en general.	Financiamiento, resistencias de centros de salud, abuso policial, estigmatización de medios de comunicación, falta de políticas públicas.	Falta de RRHH, falta de servicios públicos, falta de formación en servicios de salud, falta inserción laboral, estigmatización social, falta políticas públicas.

Cuadro 10

Evaluación	El Achique	UMA	ALEROS	ENCARE
Logros y facilitadores	No se dispone información	IDEM	IDEM	Equipo integrado. Practicas inclusivas. Articulación con redes formales. Coordinación. Pertinencia socio cultural
Obstáculos y dificultades	No se dispone de información	IDEM	IDEM	Sustentabilidad de recursos, escasez de políticas públicas. Falta llegada a redes informales. Diferencia de ritmos entre proyecto instituciones y comunidad

Cuadro 11

Al realizar un análisis, tomando en cuenta los ejes del ECO2, lo que aparece con mayor debilidad es trabajo. Dos casos se ven como mejor posicionados en este aspecto: El Achique, con una propuesta organizacional y creativa, como es la conformación de una cooperativa de trabajo, con convenios de inserción con instituciones; Consultorio de Rua, con proyectos con salida laboral que no se detallan. En los demás casos, no aparece información o son muy puntuales. Los ejes organización, asistencia, educación y terapia cuentan con mayor fortaleza y con matices diferentes, según cada realidad.

Al momento de ver evaluaciones, no se encontraron datos en tres casos, seguramente porque aún existe poca sistematización, hecho que ocurre generalmente en trabajos comunitarios. De los tres casos que fueron evaluados, se valora como positivo la interdisciplina, la confianza entre los integrantes del equipo y con los usuarios, la existencia de formación sobre la temática de los equipos, la flexibilidad al momento de pensar estrategias, la existencia de espacios interinstitucionales, la

pertinencia sociocultural y la mirada integral del abordaje. Entre las dificultades que más se repiten, se encuentran la falta de presupuesto, las políticas públicas y recursos humanos, las resistencias en los servicios de salud, con los que se articulan, y la estigmatización social de los usuarios.

D. REFLEXIONES FINALES.

Nuestra sociedad actual produce subjetividades de consumo excesivo, con vivencias predominantes de vacío, desamparo, soledad, aislamiento, miedo o pánico. Desde una mega industria del marketing a escala planetaria, se genera, por un lado, la fetichización de objetos, convirtiéndolos en hiperobjetos, y, por otro lado, la renovación constante del ser de la falta como equipamiento subjetivo básico (Silva, 2013). La situación de exclusión y vulnerabilidad social se presenta como resultado de las formas vinculantes de nuestra actualidad. En este sentido, aparece la necesidad de tejer redes de sostén que presenten alternativas al alivio del sufrimiento, en las que el consumo problemático de drogas es solo un síntoma de las tantas ofertas de alienación que la sociedad actual ofrece. El vínculo y la participación activa son herramientas imprescindibles a la hora de acompañar un proceso y de construir estrategias de intervención eficaces (Chávez, 2013).

Del análisis de las experiencias presentadas se desprende la falta de políticas públicas, casi inexistentes en la región, y la necesidad de formación de los recursos humanos que integran la red de atención. Se hace presente la necesidad de trabajar con la sociedad en su conjunto, en la comprensión integral del fenómeno y la no estigmatización de los usuarios. La repercusión de enfoques prohibicionistas ha dejado su huella en la criminalización y generación de violencia asociada a la temática, favoreciendo la exclusión social.

La dificultad en la articulación interinstitucional y de distintos programas sociales aparece como una sujeción, identificada por técnicos que trabajan con población con uso problemático de drogas (Chávez, 2013). Algunos programas, como Aleros, que tiene por finalidad el acercamiento de los usuarios a las redes de asistencia, no parecen suficientes por la cantidad de casos y el tiempo necesario para un adecuado acompañamiento, evidenciándose la necesidad de lugares de sostén cotidiano en el proceso de inclusión social (Chávez, 2013).

Desde el año 2010, la JND viene apoyando intervenciones comunitarias, apuntando a que los tratamientos no sean solo desde la institucionalización de los usuarios, sino que también con el territorio y con las redes que lo componen. Esto ha sido posible gracias a la orientación de las políticas públicas en desarrollo (JND, 2014).

La situación de exclusión y vulnerabilidad social necesita ser abordada desde estrategias integrales y participativas eficaces, para esto se necesitan acciones de micropolítica que generen efectos terapéuticos. Los dispositivos de abordaje comunitario posibilitan, desde el encuentro, procesos de aprendizaje, en los que el vínculo es la herramienta privilegiada para trabajar y construir nuevas subjetividades, menos alienantes y más esperanzadoras.

Entendiendo que la situación de exclusión social actual es síntoma de las características de la sociedad en la que habitan los usuarios con uso problemático de drogas, podemos decir que no es únicamente esta población con la que se debe trabajar, sino que también con la matriz de relaciones sociales de la que forma parte. En Uruguay, las políticas públicas actuales parecen estar más orientadas, al menos desde el discurso, a dispositivos que trabajen en territorio desde una mirada integral e inclusiva. Sin embargo, aparecen carencias en cuanto a cantidad de recursos adecuadamente disponibles. Si bien se viene formando a quienes trabajan con esta temáticas, aún faltas avanzar más, y esto es algo planteado por los propios trabajadores de algunas experiencias comunitarias.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO, J. (1993): La Teoría Comunitaria en Chile durante la década del setenta. Aspectos conceptuales y operativos. Bs. Aires. Ed Paidos.

— (2000): Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile, disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a15.pdf>>.

AMORÍN, E. y M. GOLTZMAN (2013): Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta, Buenos Aires, Argentina: Intercambios.

CABALLERO, C. (2012) Comunicación Personal.

CHÁVEZ, J. (2013): Sistematización y construcción de estrategias y herramientas para la inclusión social de personas en situación de calle, Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.

CHERONI, A y HERNÁNDEZ, E. (2012). Estrategias comunitarias. Bs. As. Ed. Paidos.

COURTWRIGHT, D. (2001). Dark Paradise. The History of Opiate Addiction in America. Cambridge. Ed. Cambridge.

DELEUZE, G. (1991): Posdata de las sociedades de control, en: FERRER, C. (2005): El lenguaje libertario, La Plata, Argentina: Terramar.

DELL'ACQUA, P. (2012): Desde el manicomio hacia los servicios de salud en territorio, disponible en: <<http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/index.htm>>.

FERGUSON, S. y A. GÓNGORA (2012): La relación entre personas y drogas, y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina, disponible en: <http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Debate_despenalizacion_Colombia/fergusson_y_Gongora_relacion_personas_drogas_dispositivos_inclusion_social_2013.pdf>.

FERNÁNDEZ, A. (1999): Instituciones estalladas, Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

FERNÁNDEZ, S. y A. LAPETINA (2008): Contacto. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el primer nivel de atención en salud y otros contextos clínicos y comunitarios, Montevideo, Uruguay: Frontera.

FILLINGHAM, L. y M. SUSSER (2002). Foucault para principiantes, Buenos Aires, Argentina: Longseller.

FUNDACIÓN PROCREAR (2007): Hacia un modelo de la inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas, Bogotá, Colombia: Fundación Procrear.

GIMÉNEZ, L. (1998): «La problemática del uso de drogas desde una mirada comunitaria», en Cruzando Umbrales, Montevideo, Uruguay: Roca Viva.

- (comunicación personal octubre, 20015)

GALANTE, A., GOLTZMAN, P. y M. PAWLOWICZ (2009): Programas de reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva, La Plata, Argentina: Universidad de la Plata.

GÓNGORA, A. (2012): «Curar comunidades: gubernamentalidad, reducción de daños y políticas de drogas en Colombia», en: EPELE, M. (2012): Padecer, cuidar y ratar. Estudios socioantropológicos sobre consumo problemático de drogas, Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.

HUERTAS, R. (1991): Salud pública y salud mental: el nacimiento de la política de sector en psiquiatría, Madrid, España: Centro de Estudios Históricos (CSIC).

LIENDRO, C. (2004): La lucha de los movimientos antimanicomiales, disponible en: <<http://www.predicado.com/work.php?id=128300>>.

MACHÍN, J. (2010): Introducción al modelo ECO2, Ciudad de México, México: Raiss.

MILANESE E. (1999): El trabajo de red en las comunidades locales. Seminario para el grupo de formadores, Santa Fe, Colombia: Bogotá.

— (2008): Políticas y métodos en la prevención y el tratamiento de las dependencias de drogas, Ciudad de México, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

— (2009): Tratamiento Comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de trabajo para el operador, Ciudad de México, México: Plaza y Valdés.

— (2012): Tratamiento comunitario. Manual de Trabajo 1, San Pablo, Brasil: Empodera.

MORIN, E. (2004): Epistemología de la complejidad, disponible en: <http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html>.

NAJMANOVICH, D. (2005): Interdisciplina. Artes y riesgos del arte dialógico, disponible en : <www.pensamientocomplejo.com.ar>.

NOWLIS, H. (1982): «Problemática adictiva y sociedad», en La verdad sobre la droga, París, Francia: Unesco.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2003): Manual sobre el tratamiento del abuso de drogas. Abuso de Drogas, tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York. Ed: Naciones Unidas.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (2014): Expertos piden fortalecer acciones integrales de salud pública para mejorar abordaje de personas con consumo problemático de drogas, disponible en :<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9727%3Aexperts-urge-comprehensive-public-health-action-improve-prevention-treatment-drug-abuse&Itemid=1926&lang=es>.

PIEDRA CUEVA, N. (2012): Comenzó la construcción de El Achique Casavalle, disponible en: <http://www.180.com.uy/articulo/27518_Comenzo-la-construccion-de-El-Achique-de-Casavalle>.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, JUNTA NACIONAL DE DROGAS (2011a): Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_estrategia.pdf

— (2011b): Mayor nivel de inclusión y cohesión social reduce impacto del uso de drogas en la sociedad, disponible en: <<http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/mayor-nivel-inclusion-cohesion-social-reduce-impacto-uso-drogas-sociedad>>.

— (2012): Desvelando velos. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/desvelando_velos.pdf

— (2014): Dispositivos de base comunitaria actúan como sostén social de poblaciones vulnerables, disponible en: <http://infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2155:dispositivos-de-base-comunitaria-actuan-como-sosten-social-de-poblaciones-vulnerables&catid=14:noticias&Itemid=59>.

— (2015): Estrategias contra la exclusión, Montevideo, Uruguay: Presidencia de la República.

Recalde, W (2014). El Achique Casavalle. Disponible en: <http://brecha.com.uy/index.php/sociedad/3402-que-el-achique-se-agrande>

SÁNCHEZ, A. (2007): «Orígenes, desarrollo y valoración», en Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado, Madrid, España: Ediciones Pirámide, (pp. 31-53).

— (2007): «Comunidad y Psicología comunitaria», en Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado, Madrid, España: Ediciones Pirámide, (pp. 93-116).

SAFORCADA, E. (2010a): «El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva de la salud pública», en Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano, Buenos Aires, Argentina: Paidós, (pp. 43-55).

— (2010b): «El enfoque de derechos y lo mental en la salud: su aporte a las políticas públicas», en Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano, Buenos Aires, Argentina: Paidós, (pp. 59-74).

SILVA, M. (2013): Propuesta de una definición transdisciplinaria y operativa de la adicción, disponible en: <http://www.psicologos.org.uy/aportes/201307_Definicion%20de%20adiccion%20para%20sociedad%20de%20psicologia-MiguelSilva.pdf>.

VAINER, A. (2000): «El padre de la antipsiquiatría vivió en la Argentina», Topia, Memorias para el Futuro (7), disponible en: <<http://www.topia.com.ar/articulos/el-padre-de-la-antipsiquiatra-vivi-en-la-argentina>>.