

**Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte (Ex CENARESO)**

**Programa de Becas de Investigación Lic. Ernesto Sotelo**

**2015 -2016**

UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE TRAYECTORIAS TERAPÉUTICAS Y EXPERIENCIAS DE VIDA DE USUARIOS DE SUSTANCIAS EN SU BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN UNA VILLA DE EMERGENCIA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

**Estudio etnográfico sobre trayectorias terapéuticas de usuarios de drogas en su búsqueda de atención en una villa de emergencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

**Autora:** Lic. Daniela Eloisa Montenegro

**Directora:** Dra. María Guadalupe García

## **2. ÍNDICE**

PORTADA.....	1
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	2
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

### Resumen

**Introducción** En el presente trabajo se toman como punto de partida las trayectorias terapéuticas de los usuarios de sustancias en su búsqueda de atención en una villa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para comprender los modos en que los dispositivos de tipo comunitario se inscriben en los sujetos logrando respuestas significativas en su experiencia.

**Objetivos** El objetivo de este estudio es analizar las trayectorias terapéuticas de los usuarios de drogas de la villa 2124 de la Ciudad de Buenos Aires.

**Método** El proyecto se enmarca en una perspectiva etnográfica de investigación que permitió acceder a un conocimiento de las prácticas cotidianas, las herramientas puestas en marcha y los recorridos institucionales en profundidad. Las herramientas utilizadas fueron observación participante y entrevistas en profundidad. Las unidades de análisis fueron trabajadores, voluntarios, usuarios y ex usuarios de drogas de la villa 2124 que fueron incluidos en la muestra de modo intencional de acuerdo a los objetivos del estudio.

**Resultados** Los recursos socio sanitarios relevados en la villa 2124 y el NHT Zavaleta son variados. Los trabajadores y voluntarios sostienen redes informales de referencia que vehiculizan de un modo más fluido la demanda de atención de los usuarios. Las trayectorias terapéuticas de los usuarios y ex usuarios de drogas no se agotan en el territorio acotado de la villa, sino que la trascienden

**Conclusiones** Los centros y dispositivos de atención relevados en el estudio, aún con sus improntas particulares, coinciden en adscripción al abordaje “comunitario” de los consumos problemáticos de sustancias. La oferta es variada y constituye recursos significativos para los usuarios. La permanencia constante y la búsqueda activa de la demanda constituyen un rasgo destacable que habilita en los usuarios un modo de vinculación diferente al que es propuesto por los servicios de salud. Aun así la derivación a centros de atención de mayor complejidad y la necesidad de “salir del barrio” para poder discontinuar las prácticas de consumo continúan teniendo mucha fuerza en los imaginarios sociales de los usuarios y ex usuarios de drogas, como en los trabajadores y voluntarios.

## **PALABRAS CLAVES**

Salud Mental, Servicios de salud, Consumidores de drogas

## **INTRODUCCIÓN**

Las investigaciones recientes sobre drogas y pobreza (Epele, 2010) sitúan a la crisis económica, política y social que el país sufrió en el 2001 como el punto de inflexión para el avance y expansión de la comercialización y consumo de pasta base/paco en las villas de la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores. La pérdida de empleo, el acelerado empobrecimiento de sectores populares y la retirada de políticas sociales de contención contribuyeron a la exclusión del sistema de jóvenes y adolescentes pobres. A estas condiciones se suma la “aparición” de la pasta base/paco, como consecuencia de los cambios en las economías de producción del narcotráfico local.

Una década después de tal estallido, pueden mencionarse algunas cuestiones en torno a los cambios que se registraron desde ese entonces hasta la fecha. En relación a las prácticas de consumo de los usuarios y la letalidad inmediata de la pasta base/paco referida principalmente por los medios de comunicación a través de las voces de diferentes especialistas en la materia; en el trabajo de campo tomé contacto con muchos usuarios y ex usuarios de drogas que evidenciaban daños físicos relacionados tanto a la toxicidad de la sustancia (afecciones pulmonares, síntomas psiquiátricos), a las prácticas de consumo de la misma (infecciones dérmicas, laceraciones bucales) pero sobre todo observé y escuché daños físicos y psíquicos relacionados con las condiciones de exclusión a las que estas personas se ven abandonadas por su situación de consumo (golpizas, abusos, etc.) También, los mismos usuarios me contaron de la muerte de muchos de sus compañeros.

Aun así, fue una constante el encuentro con jóvenes y adultos que mantienen un consumo de pasta base/paco sostenido en el tiempo (con alteraciones propias de la particularidad de cada quien) durante más de diez años. Las muertes registradas en el trabajo de campo no tuvieron que ver con episodios de sobredosis como consecuencia del consumo abusivo de pasta base/paco u otras drogas, sino que en su mayoría fueron producto de situaciones de violencia confusas, a veces institucional, otras interpersonal. Y por supuesto como producto del desarrollo de la vida en contextos de exclusión graves.

Al identificar las trayectorias institucionales de los usuarios fue notorio y palpable que junto a la propagación del consumo de pasta base/paco en la villa y la permanencia de los usuarios en calles y pasillos, se desarrollaron diferentes respuestas asistenciales por parte de

las organizaciones sociales y de distintos sectores del estado sobre todo en los últimos seis años. Este escenario de algún modo se contrapone a la -todavía- urgente presión social que exige una respuesta al respecto. Es posible que cuando se observa desde la perspectiva del sector público de salud, las respuestas estatales sean acotadas; ahora bien, cuando la mirada sigue la perspectiva de quienes transitan por ellas, siguiendo la trayectoria más allá del paso circunstancial, las respuestas parecen ser -si bien nunca exhaustivas y por momentos ineficaces- ciertamente extendidas (Adissi, 2009).

La medicalización de los consumos problemáticos de drogas actúa como principio ordenador de las políticas de prevención y asistencia dirigidas a los usuarios de sustancias. Esta visión es extensiva a los proyectos de investigación que se llevan adelante sobre la problemática y a los procesos de evaluación de los servicios de atención. En este sentido, uno de los objetivos más perseguidos es la búsqueda de eficacia de los tratamientos por consumo de sustancias, habida cuenta que la “adherencia” que los usuarios de drogas presentan en los mismos por lo general es muy baja. Se busca entonces conseguir estándares de calidad asociados a definiciones propias de la medicina. Esto puede ser posible en aquellos tratamientos de tipo “tradicional”, donde aun así aparecen dificultades para dar cuenta de su accionar. La situación es diferente en el caso de los tratamientos y abordajes destinados a usuarios de drogas que se enmarcan en el tipo comunitario.

Las intervenciones y dispositivos comunitarios reconocen diferentes dimensiones de la vida cotidiana y pueden integrarse a las redes de sostén y apoyo de los usuarios. En este sentido, si bien no pueden ser abordadas de acuerdo a los indicadores internacionalmente establecidos de tratamiento y eficacia, al reconocer las diferentes posibilidades de los sujetos pueden funcionar como elementos de protección de los mismos. Seguir la perspectiva de los usuarios resulta un recurso valioso a la hora de analizar este tipo de dispositivos que de otra forma presentan dificultades para ser abordados. Reconstruir las trayectorias, recorridos e itinerarios de los usuarios y ex usuarios de drogas permite visualizar más profundamente cuáles son los recorridos institucionales que estos realizan, qué espacios son los que se priorizan, cuales son las estrategias que determinan la asistencia a tal o cual servicio particular.

Recupero en este estudio las investigaciones de Epele (2010) y Bourgois (2010) en tanto etnografías sobre pobreza y usuarios de drogas aportan valiosa información. A su vez, Camarotti y Kornblitt (2014) y Jóvenes (2015) trabajaron en la sistematización de experiencias territoriales. Estos estudios fueron de consulta obligada en la realización del

presente informe. Por últimos, los desarrollos teóricos de Alves (2015) fundamentaron el registro empírico de este estudio.

El propósito de este trabajo es iluminar los distintos recorridos que los usuarios y ex usuarios de drogas transitan en su búsqueda de atención y localizar respuestas socio sanitarias que de otro modo permanecen invisibles.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### Justificación del tipo de estudio

Para poder identificar las trayectorias institucionales de los usuarios y ex usuarios de drogas y comprender cuáles son los modos de relacionarse que éstos tienen con los distintos recursos sociosanitarios y sus correspondientes modalidades de atención; el diseño del estudio de investigación fue cualitativo de tipo descriptivo con una perspectiva etnográfica. Mediante el trabajo de campo continuado en el tiempo realicé entrevistas en profundidad y trabajé con observaciones participantes extensivas.

La elección de este tipo de diseño prioriza el enfoque holístico propio de esta mirada que obliga a analizar los problemas globalmente, de manera contextualizada a distintos niveles de la realidad, y a través de diferentes articulaciones entre esos diversos niveles (Romaní, 1997). La etnografía entendida como enfoque de lectura y acercamiento a la realidad implica una interacción continuada e intensa con el grupo de estudio. Bajo esta óptica, la investigación me permitió acceder a un conocimiento acabado de las prácticas cotidianas, las herramientas puestas en marcha y los recorridos, trayectorias o itinerarios institucionales de los usuarios y ex usuarios de drogas en profundidad.

Los consumidores de drogas, especialmente aquellos de zonas marginadas, son comúnmente señalados en algunos sectores de la metodología de investigación cuantitativa como “poblaciones ocultas” debido a las dificultades que conlleva para el investigador el acceso a la información. Esta denominación, poco feliz, no resulta suficiente ya que rápidamente conduce a una pregunta obvia, ¿ocultas para quién? Descentrar la mirada única del investigador e incorporar una visión relacional entre el investigador y su objeto de estudio permite superar este tipo de categorías que obturan las posibilidades de acceder a un mayor conocimiento sobre los usuarios de drogas y sus estrategias en la búsqueda de atención. En este sentido, siguiendo a Bourgois (2010) solamente tras establecer lazos de confianza, proceso que requiere mucho tiempo, es posible hacer preguntas incisivas con respecto a temas

personales y esperar respuestas serias y reflexivas. El enfoque etnográfico, y sobre todo las técnicas de observación participante han demostrado ser más adecuadas que las metodologías cuantitativas para documentar la vida de los usuarios de drogas, individuos marginados por una sociedad hostil.

### Población bajo estudio, unidades de análisis y selección de muestra

La población objetivo en el estudio fueron los usuarios y ex usuarios de drogas de la villa 2124 del sur de la ciudad de Buenos Aires que transitan en distintos centros de atención. Las unidades de análisis a partir de las cuales se construyeron los datos de esta investigación fueron trabajadores, voluntarios, usuarios y ex usuarios de drogas de la villa 2124 de la ciudad de Buenos Aires.

Para captar la diversidad de estas trayectorias y experiencias se definió los usuarios y ex usuarios de sustancias que participaron de la investigación aplicando una selección intencional según los siguientes criterios de inclusión: personas que padezcan o hayan padecido de problemática de consumo de sustancias y que hayan buscado una respuesta de ayuda al interior de la villa 2124; y siguiendo los criterios de exclusión: personas que padezcan o hayan padecido problemática de consumo de sustancias y no hayan buscado una respuesta de ayuda al interior de la villa 2124 así como también aquellas personas que no concedan su consentimiento para participar en las actividades propuestas en este proyecto.

La expresión “usuarios de drogas” no es unívoca y comprende numerosas prácticas y ritmos de consumo dispares. Al margen de las clasificaciones psiquiátricas o del saber experto, en este estudio utilizaré la denominación “usuarios y ex usuarios de drogas” para aquellas personas que se reconozcan como tales, cualquiera sea la sustancia de consumo, entendiendo que el consumo de pasta base/paco puede ser el que se destaque o se haya destacado en algún momento de sus vidas.

En el caso de los trabajadores y voluntarios de los centros de atención se tomaron los siguientes criterios de selección: se incluyeron trabajadores, colaboradores o voluntarios de centros de tratamiento asistencial, consultorios externos, unidades sanitarias, centros barriales, dispositivos de reducción de daños, que cuenten con una antigüedad no menor a dos años en su función; y se excluyeron de la investigación: trabajadores, colaboradores o voluntarios que no hayan manifestado su consentimiento de participar en el presente estudio. Tanto para los usuarios como los trabajadores el armado de la muestra fue intencional, por conveniencia.

### Instrumentos de recolección de información y análisis de datos

Las entrevistas en profundidad se realizaron utilizando una guía de pautas abierta e intentando reducir al mínimo la participación de la investigadora, permitiendo así a los entrevistados asociar temas y problemas y dar coherencia libremente a sus relatos. Se mantuvieron encuentros sucesivos, en algunos casos se realizaron varias entrevistas a una misma persona y en otros sólo se registraron conversaciones informales. Las entrevistas fueron desgrabadas y digitalizadas, y luego, según pautas previamente fijadas, el material fue editado y analizado.

La observación participante fue una herramienta clave en las distintas instancias de acompañamiento a los entrevistados en sus actividades cotidianas relacionadas con su proceso de búsqueda de atención. Tal como señala Epele (2010) ésta técnica hace posible confrontar y neutralizar los sesgos que implica el desarrollo de entrevistas en estas poblaciones y permite contextualizar en lógicas locales las características las prácticas de los consumidores de drogas.

Con el empleo de estas técnicas combinadas se logró poner en relación los datos provenientes de las observaciones de la variedad de las interacciones, prácticas habituales y discursos espontáneos producidos en los contextos en que las personas se desenvuelven cotidianamente con la información que se obtuvo en las entrevistas mantenidas con ellas.

De este modo, acompañé a usuarios y ex usuarios de drogas, como también a trabajadores, colaboradores y voluntarios de distintos centros de atención en la villa 2124. Compartí espacios de trabajo, participé de reuniones y tuve encuentros informales y casuales, que escaparon de lo previamente planificado. Realicé numerosas entrevistas y tuve conversaciones cotidianas con muchas de las personas participaron de la investigación.

### Consideraciones éticas

Se solicitó a todos los participantes de la investigación que den su consentimiento informado en forma escrita. Se comunicó a cada uno de ellos de manera clara y detallada todos los puntos contenidos en el documento haciendo hincapié en el carácter voluntario de la participación en el estudio y sobre todo en el compromiso con la confidencialidad y anonimato de los datos relevados.

A su vez en las presentaciones de fragmentos de entrevistas o notas de campo se tomaron los recaudos necesarios para no exponer las identidades de los participantes.

### Descripción del ámbito de estudio

El trabajo de campo se desarrolló en las inmediaciones de villa 2124 y el NHT Zavaleta, ubicados al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Lindera, riachuelo mediante, con el conurbano bonaerense; la villa presenta características similares a otros asentamientos de la capital federal: condiciones habitacionales de hacinamiento, emergencia ambiental debido al alto grado de contaminación producto de la cercanía al riachuelo y a plantas de recolección de desechos; y situaciones de extrema violencia.

La elección de este lugar en particular fue determinada por la historia de consumo de drogas que la atraviesa como también con los recursos disponibles destinados a la atención de las problemáticas de consumo de drogas existentes, al menos los situados en los mapeos diagnósticos institucionales recientes. El recorte territorial de la villa como ámbito de estudio se vio facilitado por contactos previos con referentes locales que trabajan en centros barriales de atención dirigidos a consumidores problemáticos de drogas dependientes de la iglesia católica, particularmente del programa Hogar de Cristo.

El Centro Barrial Hurtado es el núcleo de esta institución que desde hace muchos años realiza actividades de asistencia, contención, apoyo y acompañamiento a usuarios de drogas (principalmente pasta base/paco) y sus familias siguiendo diferentes estrategias comunitarias. El centro barrial aborda la problemática del consumo de drogas desde la complejidad que ésta presenta, la intervención sobre las realidades de los usuarios que participan del programa no obedece miradas lineales sino que centra su eje en la integralidad. De acuerdo a las necesidades, articulan con distintos organismos gubernamentales. Dentro de las actividades se encuentran talleres recreativos y lúdicos, grupos de apoyo y espacios destinados especialmente a familiares de los usuarios. Los usuarios de drogas asisten espontáneamente a la institución y son involucrados tanto en sus propios procesos de cambio, como en el de sus pares. La gran mayoría se acerca a este centro barrial luego de haber intentado por otras vías conseguir una respuesta a su problemática de consumo.

El contacto con referentes de este centro facilitó el ingreso y permanencia en campo, brindó confianza en los usuarios y ex usuarios de drogas que participaron de estudio ya que muchos de ellos formaron parte de algunos de los dispositivos que componen el programa Hogar de Cristo. También, dado que ésta institución cuenta con la legitimación territorial de los vecinos y el reconocimiento de su trabajo por parte de las instituciones locales, fue de vital importancia a la hora de contactar a otras organizaciones.

Es importante aclarar que habiendo tenido como punto de partida y base territorial el

centro barrial Hurtado las relaciones que se establecieron -tanto con los usuarios y ex usuarios de drogas como con los trabajadores y voluntarios del mismo centro como de otras instituciones- fueron tonificadas en función de los vínculos que el centro barrial tiene con los otros actores sociales presentes en la villa. De esta manera, se asumen las limitaciones o tensiones que pueden existir y no se pretende abarcar una mirada completa de todo el mapa de instituciones sino que se priorizó el armado de las trayectorias de los usuarios teniendo en cuenta estas consideraciones.

## **RESULTADOS**

### **La trama local de atención**

El mapa de recursos trazado en la villa es amplio y diverso. Sumados a los servicios sociales y de salud tradicionales (centros de atención primaria de salud, unidades de gestión vecinal) existen numerosos dispositivos dirigidos específicamente a usuarios de drogas. Sólo a los fines de ordenar la lectura presento los servicios relevados en forma de lista con la aclaración de que éstos fueron identificándose en el devenir de la investigación en función de los acompañamientos realizados a los usuarios y ex usuarios de drogas. De acuerdo a lo referido por los entrevistados los servicios socio sanitarios que se identificaron fueron los siguientes:

- Hogar Niños de Belén - Programa Hogar de Cristo
- Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) N°35 - Ministerio de Salud GCBA
- Programa de atención a Personas en Situación de Calle - Ministerio de Salud GCBA
- Equipo PSim - Ministerio de Salud GCBA
- Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC) - Ministerio de Desarrollo Social GCBA
- Centro Barrial Hurtado - Programa Hogar de Cristo
- Casa Amigable de Atención Primaria Zabaleta - Hospital Nacional en Red “Laura Bonaparte” ex CENARESO
- Consultorio Móvil - Hospital Nacional en Red “Laura Bonaparte” ex CENARESO
- Equipo de atención primaria de salud - Hospital Nacional en Red “Laura Bonaparte” ex CENARESO
- Agencias Territoriales de Acceso a la Justicia - Ministerio Público Fiscal
- CEDECOR Descentralizado 2124 - SEDRONAR

También, se han registrado en los relatos de los participantes de la investigación, dispositivos asistenciales que se encuentran por fuera de las inmediaciones de la villa en los cuales realizan consultas y derivaciones. Estos son: Hospital Penna, Maternidad Sardá, Hospital Moyano y Hospital Muñiz. Estos hospitales pertenecen a la órbita del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y están ubicados en los barrios porteños de Barracas, Constitución y Nueva Pompeya respectivamente. El Hospital Nacional en Red ex Cenareso se encuentra en Parque Patricios y es uno de los principales efectores nacionales que reciben la demanda de atención de los usuarios de drogas de Zavaleta y la villa 2124.

Tal como se mencionó anteriormente este informe no pretende dar cuenta de un mapa extensivo que incluya todos los recursos disponibles en el ámbito de trabajo seleccionado. Más allá del tiempo necesario para poder llegar a una foto completa de la cartografía de recursos socio sanitaria local, los cambios en los mismos dispositivos, tanto de recursos humanos como de días de atención o servicios ofrecidos, se presentan como un obstáculo para poder conseguir tamaño objetivo.

\*\*\*

Todos los equipos de los servicios consultados refirieron trabajar de acuerdo a modelos *comunitarios* de atención. Con improntas particulares, los entrevistados coincidieron en la necesidad impuesta por la lógica misma de trabajo de superar la asistencia clínica. Siguiendo a Milanese, (2013) se entiende por “comunitario” al sistema de interrelaciones que se establece entre: un sujeto individual –dimensión subjetiva–, el grupo –dimensión intersubjetiva, redes informales– y las instituciones –dimensión intersubjetiva, redes formales– que forman parte de un territorio. La comunidad local es el conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado. Las redes son por definición flexibles y abiertas, por ello, las comunidades también lo son. La práctica comunitaria se basa fundamentalmente en aprovechar los recursos existentes en la comunidad, coordinándolos y complementándolos, conectando territorios, grupos e instituciones. No se establece una frontera rígida entre el adentro y el afuera, sino que se crean intercambios que amplían el sistema de interrelaciones (Camarotti, *et al* 2014).

Una característica compartida que se observó en los servicios dirigidos especialmente a usuarios de drogas detallados anteriormente fue el umbral de mínima exigencia. Si bien no admiten el consumo de sustancias al interior de los centros o junto a los equipos territoriales, la abstinencia no es un condicionante para participar de alguna de las actividades o

prestaciones de los servicios.

Estos dispositivos se distinguen entre sí por las prestaciones y servicios que ofrecen (derivaciones a centros de internación fuera de la villa, atención ambulatoria individual, grupos para familiares, grupos para usuarios, centros con modalidad de hospital de día, acompañamiento en general, etc.) y por los posicionamientos teóricos que fundamentan su práctica.

En ocasiones, no existe una línea coherente entre las prácticas cotidianas que los trabajadores tienen con los usuarios y los modelos teóricos que desde los servicios estatales u organizaciones sociales de los que dependen se explicitan. En este punto se observan criterios dispares, por momentos prevalece un desconocimiento respecto de la pluralidad de intervenciones existentes en las instituciones cuya función es dirigir o coordinar. Esta característica no es exclusiva del sector público, en las organizaciones sociales se perciben las mismas contradicciones y tensiones respecto a las líneas de mayor conducción y aquellos que resuelven situaciones del quehacer cotidiano. A su vez, estas diferencias son multiplicadas entre los diferentes centros y dispositivos.

*“Tuvimos muchas reuniones de cómo seguir en algunos casos, como tratando de pensar en conjunto, nosotros siempre nos parábamos en una perspectiva de una reducción de riesgos y daños, y en inicio la iglesia tenía una mirada más abstencionista entonces era como difícil porque el abordaje era diferente. Pero en realidad con el tiempo empezamos a ver cuando nos acercábamos a este espacio que más allá de cómo ellos conceptualizaban o planteaban las cosas, en realidad en el cotidiano hacían reducción...”* Fragmento entrevista C - Trabajadora.

Aprovechar los recursos existentes es una estrategia que se identificó en casi todos los equipos de trabajo. Este aprovechamiento va mutando de acuerdo a las características de cada servicio. Priorizar la intervención comunitaria es un rasgo destacable que se lleva adelante, no sin esfuerzos. Para los equipos recién llegados la presencia territorial de larga data de otros programas o dispositivos sirve de brújula orientadora; si bien de primera mano esta forma de ingresar al territorio no es la elegida por algunos, es impuesta por las características propias del lugar: los usuarios y ex usuarios de drogas participan de varias ofertas asistenciales al mismo tiempo. De este modo la articulación y contrarreferencia es obligada por la dinámica propia del lugar.

*“Fuimos caminando y conociendo a la gente, con algún referente obvio, no te puedes mandar solo por cualquier lado (...) está bueno para cuidarse uno y para cuidar esto de que uno no viene ahí a invadir, a mirar la casa de*

*los demás así porque sí, sino porque intenta conocer”* Fragmento entrevista D - Trabajadora.

A su vez, los cambios al interior de cada servicio -rotación de trabajadores y voluntarios, recortes presupuestarios, modificación de las normativas- pueden ser sorteados con mejor suerte en el marco de una estrategia que permita diluir las diferencias y complementar las intervenciones.

*“Nosotros cuando nos empezamos a reunir con él a juntarnos, que ellos se presentaban como abstencionistas pero por lo menos él hacía otra cosa. No sé si institucionalmente está puesta esa mirada realmente, nosotros lo que empezamos a ver es que con él coincidimos mucho, y en realidad el ahí nos propone acercarnos para mantener esta cuestión porque nosotros ahí cuando cerrábamos, digamos esta población necesita el cotidiano”*  
Fragmento entrevista C - Trabajadora.

Por eso independientemente de la expresión institucional de los servicios de atención, al interior de las prácticas cotidianas las redes formales se diluyen dado que las relaciones interinstitucionales se encuentran atravesadas por la fragmentariedad propia del sistema. Las redes, los contactos, los acercamientos que posibilitan las intervenciones cotidianas son de por sí informales y, sobre todo, entre personas y no entre instituciones. El armado de las articulaciones se produce desde “abajo hacia arriba” atendiendo por lo general a cuestiones particulares y respondiendo a lógicas de excepción.

*“Pero bueno por ahí gente aparece con una idea de articulación pero a veces no saben exactamente, y además también nosotros si bien articulamos desde lo horizontal, hay muchas otras articulaciones que hace falta que sean institucionales, nosotros no las podemos armar, entonces bueno, subimos cuando pasamos el teléfono de nuestra coordinadora y demás, y bueno, algunas cosas progresan y otras no, en general es así, igual nunca es que le decimos a alguien que no se puede o no, tratamos de tener un poco de cintura, no hay muchos más para decir”.* Fragmento entrevista E - Trabajador

\*\*\*

### **Trayectorias, recorridos, itinerarios: búsqueda de atención.**

Para comenzar a describir las trayectorias identificadas en el estudio tomaré como columna principal el caso particular de una ex usuaria de drogas que en la actualidad se desempeña como voluntaria en uno de los dispositivos de bajo umbral de la villa. La reconstrucción de su itinerario se entrelazó con los relatos de otros usuarios, ex usuarios,

trabajadores y voluntarios permitiendo captar la existencia de una red de servicios comunitarios y su funcionamiento. De este modo se pudo observar el funcionamiento de esta dinámica, y a partir de allí sistematizar cuáles son las intervenciones que resultaron significativas en el proceso de atención.

Siguiendo a Alves (2015) los itinerarios terapéuticos son los procesos a través de los cuales los individuos y grupos sociales eligen, evalúan y ponen en práctica determinadas formas de cuidado y tratamiento.

Conocí a Paula a través de uno de los referentes del centro barrial, los primeros días del trabajo de campo. Fue presentada como uno de los casos “testigo” del programa de atención. En muchas de las entrevistas que realicé fue nombrada como una suerte de ejemplo, de testimonio. Tiene veinte años y es mamá de una niña pequeña. Paula vive en la villa desde que nació, conoce muy bien cada sector y sabe cómo moverse. Durante todo el trabajo de campo, fue una de las principales informantes clave y ofició de guía no sólo en las “rutas” por donde avanzar en el asentamiento, sino en la percepción y lectura de los intercambios que se producen al interior de los servicios de atención.

*“Tengo 20 para 21, a mí me conocieron de muy chica. Y Niños de Belén también de que abrió, hará cuatro años, cinco. Viste? Así Niños de Belén era siempre a la mañanita ir desayunar, pegarme un baño y de ahí arrancar para el Hurtado. En ese momento en el Hurtado nos venían a buscar con la camioneta. El operador N., que vos nos lo conoces, se metía por el medio de los pasillos”* Entrevista G - Paula. Usuaria.

En las sucesivas entrevistas y conversaciones informales que mantuvimos, Paula va recomponiendo anécdotas de situaciones pasadas priorizando, descartando y asociando distintas secuencias. La direccionalidad “hacia la cura” es inevitable en las reconstrucciones de personas que al igual que Paula van historizando su búsqueda de tratamiento. Sin embargo en el devenir de su relato se van superponiendo fragmentos que, pese a este rasgo secuencial, dejan de manifiesto circunstancias en las cuáles esta ‘carrera del enfermo’ en términos de Menéndez (2009) se suspende, bifurca, retoma o abandona. Las trayectorias de los usuarios, debido a la preeminencia de lo informal e intersubjetivo, se configuran en redes yuxtapuestas que pueden marcar diferencias notables. Según con qué punto de la red se tome contacto al principio, puede determinarse una carrera totalmente distinta.

El primer punto de contacto de Paula con alguno de los recursos disponibles fue a través de los voluntarios de uno de los dispositivos de bajo umbral presentes en la villa. En este caso,

un desayunadero dependiente del programa Hogar de Cristo. En la actualidad, esta práctica de búsqueda de usuarios es compartida por casi todos trabajadores y voluntarios que están presentes en el territorio. Algunos con sus propios equipos, otros en compañía de las salidas diarias de otro dispositivo.

*“Yo si veía a alguien que venía de voluntario de la calle ‘¿Te querés recuperar, querés que te acompañemos?’ ¿Que vos nos tenes lástima a nosotros?, les decía. ¿Qué vos me tenés lástima por eso vienen acá a querer ayudarnos?. Así era yo (...) “Porque uno cuando está en la calle y viene otro que vos no conoces, ¿Qué onda este, viene a sapear? ¿Viene a ver qué onda acá? Vivís todo el tiempo re perseguido. Yo vivía todo el tiempo re perseguida. Imagínate que cuando venían hombres a acercarse así a las pibas es para hacerles un favor. ¿Entendes? Se te hacen ahí pum, y bueno si arrancas, arrancas. Y sino, a veces si no querés ir, también es a la fuerza y es todo un tema” Entrevista G - Paula. Usuaría.*

La sospecha y la desconfianza son actitudes de alarma que manifiestan numerosos usuarios y ex usuarios de drogas que han estado en situación de calle. Por eso, la constancia en la estrategia de búsqueda respetuosa de usuarios de drogas se vuelve elemental para poder generar condiciones de apertura y habilitar una demanda posterior, por mínima que sea. Los equipos territoriales, los voluntarios de los desayunaderos y los trabajadores de la casa amigable mantienen un contacto cotidiano con usuarios de drogas que, como Paula, se presentan sumamente desconfiados. La experiencia de vida en situación de calle les exige a los usuarios de drogas el desarrollo de herramientas defensivas y agudiza la sospecha sobre el otro desconocido, con un sesgo particular en el caso de las mujeres, que suman la violencia sexual a los hechos de los cuales son víctimas.

Para algunos usuarios será éste el único contacto con parte de la red asistencial. Para otros asistir con cierta regularidad a este tipo de dispositivos es parte de una búsqueda de atención que comenzó tiempo atrás con modalidades mucho más exigentes, de las cuales no han obtenido demasiados resultados. Al menos los resultados esperados por estos centros residenciales. La siguiente nota de campo presenta una conversación que registré en una de las primeras observaciones participantes:

*“Yo conozco el Sedronar” me apunta Lucio, y de paso, con la voz elevada sabiéndose escuchado, abre el discurso a todos. “Ah si?” dice Fernando. “Si, estuve internado 19 veces”. Nos quedamos un poco impactados con el número, pero a él no parecía generarle disgusto contarlo, “Si, empecé a los 15 y ahora tengo 29. Pase por todas las comunidades (menciona varias, casi todas de la zona sur del conurbano bonaerenses) me quedaba dos, tres o cuatro meses y me iba”. Nota de campo.*

Así como Lucio, Paula también menciona haber estado internada en comunidades terapéuticas en numerosas oportunidades. A este tipo de dispositivos llegó una vez que ya había tomado contacto con el Programa Hogar de Cristo.

Los trabajadores de los dispositivos de la villa articulan entre sí las derivaciones a centros residenciales de mayor complejidad. Las derivaciones a modalidades de tratamiento que requieren un compromiso mayor por parte de los usuarios de drogas evidencian que las articulaciones, aun cuando se gestan en la informalidad de los contactos personales entre los trabajadores, se producen rápidamente y de un modo “aceitado”. La complejidad reside en que estas derivaciones se transformen en tratamientos. Este punto, anudado al registro de campo previo, plantea un interrogante estructural: ¿Cuáles son las posibilidades de sostener un tratamiento en una comunidad terapéutica/centro residencial reglado que tienen los usuarios de drogas que están en situación de calle? Los trabajadores coinciden en afirmar que no hay un “paso intermedio”, un pasaje menos brusco entre la situación de vivir en condiciones de vulnerabilidad extrema a permanecer en un centro residencial con estructuras bastante rígidas. Sobre este tipo de experiencias Paula afirma en una de las entrevistas:

*“Trabajan mucho con el recién llegado “que no puedes hablar cosas de la calle, que el vocabulario de la calle, que no puedes hablar acá, que no te puedes sentar acá”. Y para un pibe que viene de estar en la calle todo el tiempo, yo tenía mi familia más o menos sabes modales, pero te chocaba que el otro venga se te imponga y te diga las cosas de mala manera. Vos estás acostumbrada que en calle viene alguien te dice algo, lo mandas a la mierda y le rompes la cabeza. Por eso hay muchos que se van. No se, te puedo asegurar que cada vez que me interné decía, “que tarada que soy, ¿por qué no me puse las pilas?”* Entrevista G - Paula. Usuaria.

Volviendo a las conceptualizaciones de Alves (2015), los relatos de casos sobre búsqueda y uso de tratamientos presentan diferentes cursos de acción, vacilaciones, dudas, entradas y salidas en diferentes modalidades de tratamiento, y diferentes arreglos en la vida cotidiana. Asimismo pueden situarse en dos grandes “órdenes explicativos”, uno cognitivo y afectivo, y otro socio económico.

Paula se “internó” en centros residenciales en repetidas oportunidades. Es posible mencionar que la modalidad de internación en centros residenciales se constituyó como la única opción para aquellos adolescentes y jóvenes pobres que presentaban dificultades con el consumo de drogas. Durante años fue prácticamente el único resorte público que funcionó como respuesta para los usuarios de drogas que no contaban con otra prestación de salud más allá de la otorgada por el estado. Por eso Lucio, Paula y varios de los usuarios de drogas que

contacté refieren haber pasado por este tipo de dispositivos. Las internaciones de Paula fueron motivadas en algunos casos por su madre, quien participaba activamente de grupos de contención y acompañamiento para familiares de usuarios de drogas. En otras ocasiones las internaciones se produjeron para buscar una solución momentánea a otro problema.

*“Al tiempo me fui a internar porque había robado, ahí bardee con un transa. Y el mismo cagaso que no me mate, me fui a internar. Y porque también me di cuenta que estaba haciendo mal lo que estaba haciendo con mi familia”* Entrevista G - Paula. Usuaria.

En este sentido, se observa que en la práctica el uso de los dispositivos de atención excede las acciones vinculadas directamente con la problemática de adicciones, con la cuestión de salud. En el caso de Paula, el resguardo frente a una situación amenazante permitió la utilización de la internación como recurso válido para gestionar su salida de la villa.

A su vez, se conjugan estos dos grandes órdenes explicativos de los itinerarios terapéuticos. Las internaciones que Paula va realizando en su ir y venir institucional se encuentran condicionadas por sus vínculos familiares, las peleas y distanciamientos de su seno familiar. Y también con su condición socioeconómica, acceder a una beca para un tratamiento residencial fue la única respuesta con la que contaba en su horizonte de posibilidades.

Los vínculos afectivos son determinantes en las trayectorias de los usuarios de drogas dado la dificultad que manifiestan para la construcción y consolidación de relaciones personales. En la siguiente nota de campo se observa de qué modo los lazos entretejidos con voluntarios y trabajadores de un dispositivo en particular modelan el avance en la incorporación de diferentes ofertas sanitarias.

Hacía varios días que Patricia no iba al Hogar. F. le estaba haciendo unos reclamos, bromeando un poco. Ya más seriamente, le preguntó cómo le había ido en el centro barrial, a lo cual ella le respondió que muy bien pero que no iba a ir más. F. se sorprende por esta respuesta, Patricia continúa y le dice que la trataron muy bien, que estuvo hablando con el coordinador y que la pasó muy bien, pero que no tiene pensado volver. Después de dar un par de vueltas, dice que no porque ella tiene “como un *resentimiento*” y se toca el pecho. Siente que ellos son su familia, y que le da como un resentimiento irse al Hurtado, que siente que los está abandonando. F. la escucha atentamente y estamos todos en silencio, dice que le gustaría hablar con su mamá y preguntarle porque la abandonó, sólo eso; pero que ella ahora no va a dejar tirada a la gente que no la dejó tirada a ella. Que la pasó muy bien en el Hurtado y que eso le hizo mal porque sintió que los estaba traicionando. En ese momento F. estaba emocionado, le pidió si podía abrazarla, y le explicó que el Hurtado y Niños de Belén son la misma casa,

que puede ir tranquila porque son la misma familia, que sus palabras lo hicieron sentir muy querido y quería agradecerle por eso. Patricia se da vuelta y me dice “es que lo tenía trabado acá (se señala la garganta), tenía un *resentimiento* que no me dejaba tranquila”. Nota de campo.

Esta lectura se contrapone a la creencia que supone que los usuarios orientan y planifican racionalmente su conducta cuando deciden iniciar un tratamiento por su padecimiento. Las emociones, los sentimientos, los vínculos, el lazo social son determinantes en la construcción y conjugación de la atención de salud.

Retomando la trayectoria iniciada por Paula, luego de las sucesivas internaciones en centros residenciales para adictos volvía a estar en la calle. Refiere situaciones muy complejas, vivencias traumáticas que terminaron encontrándola sola con una sobredosis al borde de la muerte. Este episodio altera los encadenamientos de internaciones-situación de calle. Por la gravedad del hecho interviene la policía y la ambulancia. Paula es derivada de emergencia a la guardia de un hospital zonal donde es asistida por una intoxicación severa de alcohol y otras drogas (ella misma lo refiere como un “coma alcohólico”) allí recibe los cuidados que el sistema de salud ofrece para este tipo de pacientes: prácticas curativas abusivas -le aplicaron Terapia ElectroConvulsiva “electroshock”-, cuestionamientos morales por su condición de usuaria de drogas, entre otras prácticas. En función del tratamiento recibido Paula se “escapa” del hospital.

*“En el Penna me le fugué con camilla, con todo. Yo tenía en suero acá (brazo) y yo corría con el suero y la esposa así. Porque me tenían, encima mirá, porque sabían que yo; pusieron “Problemas de consumo, se quiso matar” todo, escribieron todo, me tenían esposada como si fuese una presa en el ventana. Me habían sacado, yo le pedí para fumar y justo la chica se había dado vuelta, la que me estaba cuidando. Encima me pegó y todo la policía, me fugué”* Entrevista G - Paula. Usuaria.

Después de este episodio, Paula es trasladada al Hospital Moyano.

*“Yo tenía 18 ahí recién. Caigo en el Moyano 22 de enero. No, 22 de enero fue cuando me agarró la locura de querer suicidarme. Pero ni siquiera me acuerdo si fue así, yo me acuerdo que fue un momento de tristeza que terminó en que capaz que me moría en serio. El 24 me llevan allá. Y ahí fue cuando bajé. La cosa es que después me llevan allá toda esposada. Llega a la guardia esposada. Y ahí fue que me empezaron a hacer preguntas, ¿qué me pasó?, ¿por qué estoy acá? Que esto que el otro. Me dijeron porqué me quise matar y yo viva. “Yo no me quise matar” mirá mi cabeza!, “Yo tengo toda la vida por delante, yo no me quiero morir, yo tengo 18 años, yo solamente me quería drogar” le dije. “Yo me quería drogar y me pasé de mambo y bueno, me*

*salió mal”. Así le dije, tampoco le dije que estaba triste ni nada. Porque cuando yo caí ahí dije, estoy en un loquero, a cada mínima cosa que diga o hacerme la loquita, sabes cómo aprendí a bajar los humos ahí. Me venga a hacer la loquita, acá a ninguna le va a importar. La otra es más loca”.*

Modificar los relatos frente a los profesionales del sistema de salud, esconder información, suavizar síntomas y dolencias son partes de un conjunto de estrategias que los usuarios de drogas emplean cuando se contactan de modo involuntario, y en ocasiones violento, con efectores del sistema de salud. Paula ordena su discurso en función de lo que ella considera el otro quiere escuchar, entendiendo que esta maniobra puede evitarle un daño mayor. No es casual el uso de términos ligados a las prácticas delincuenciales y sus consecuencias “*caí en el Moyano*” para dar cuenta de su paso por este hospital. De acuerdo a la lógica en que los tratamientos para jóvenes pobres se han gestado –bajo la órbita del poder judicial y le ley penal- la transmisión discursiva arrastra términos propios de la trama de seguridad. Los tratamientos de rehabilitación se transformaron en componentes de un engranaje, que por la combinación entre criminalización del uso de drogas y de la pobreza (Epele, 2010), terminó produciendo un conjunto de jóvenes pobres y adictos institucionalizados que amalgaman ambos discursos: sanitario y punitivo.

Una vez que Paula finalizó su tratamiento psiquiátrico, al igual que en las anteriores experiencias residenciales, volvió a estar en consumo y en situación de calle. Cursó su embarazo y los cuidados propios de esta etapa la ayudaron a iniciar otro proceso, esta vez en un Centro de día. Las derivaciones se efectuaban entre los profesionales de ambos servicios, y el acompañamiento era ofrecido por los voluntarios del programa Hogar de Cristo.

La reconstrucción, siempre parcial, de esta trayectoria en particular hilvanada con los relatos de trabajadores y voluntarios hecha por tierra las afirmaciones basadas en una concepción voluntarista, racionalista e individualista de los sujetos.

La presencia de los vínculos que se generan entre los mismos usuarios toma un lugar de protagonismo en el circuito de las prácticas de atención. Con esto me refiero no sólo a la transmisión de saberes respecto a las prácticas de cuidado respecto al consumo, o a la advertencia sobre efectores de salud más amigables ante una posible emergencia, cuestiones que han sido previamente indagadas (Epele, 2007) y conceptualizadas bajo la lógica de la sospecha; sino al sostenimiento de la red de servicios de atención que es posible gracias a las articulaciones que los propios usuarios de drogas vehiculizan.

## **DISCUSIÓN**

A partir de las trayectorias institucionales se accedió a información valiosa que permitió observar cuáles son los recursos socio sanitarios a los cuales recurren los usuarios de drogas de la villa y cómo se vinculan con éstos.

Las trayectorias de los usuarios de drogas son diversas y determinadas por distintos factores. Su reconstrucción habilita la identificación de estrategias para resolución de problemas de salud, caracterización de modelos o patrones en los cursos de tratamiento o cura; tránsito de pacientes a través de diferentes subsistemas de cuidados de salud; funcionamiento y organización de servicios de atención de salud (Alves, 2015).

Las cuestiones de la vida íntima y privada como cambiar de pareja, situaciones de violencia de género, cursar embarazos, o haber tenido problemas con la ley están íntimamente vinculados con las posibilidades de iniciar o detener el consumo como con las decisiones respecto a cómo y dónde buscar una respuesta asistencial.

Pese a las numerosas ofertas que existen en el territorio, la lógica de “salirse” de la villa para poder recuperarse sigue teniendo mucha fuerza independientemente de que muchos esfuerzos por parte de sectores del estado como de las organizaciones sociales se orienten a fortalecer la red local. La salida del barrio se sigue ubicando como una pausa necesaria a la hora de discontinuar con la dinámica de consumo.

A su vez, este salirse del lugar se corresponde en ocasiones con problemas particulares que requieren la evasión momentánea y el resguardo en un lugar seguro. En esta línea, cuando el horizonte de los recorridos institucionales se amplía sobrepasando lo terapéutico o la respuesta de salud, los usuarios de drogas siguen tocando aristas del estado pero en su versión punitiva: comisarias, penitenciarias. Este punto puede ser contemplado en próximos estudios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alves, P. C. (2015) Itinerário terapêutico e os nexos de significado da doença. *Revista de Ciências Sociais*, 42, Janeiro/Junho 2015, pp 29-43.

Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 263-271.

Barukel, A. (2013) La nueva Ley de salud mental y los actores: de corporativismos palaciegos

y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas. En: Salud Mental y Comunidad. Año 3, núm. 3 pp 41-49.

Bibeau, G. (1992) ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino para la antropología médica de nuestros tiempos. En Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá; Instituto Colombiano de Cultura e Instituto Colombiano de Antropología.

Bourgois, P. (2010) “En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem”. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad; la perspectiva relacional entre población y servicios. En: Anuario de Investigaciones, vol. XIV, pp 201-209. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.

Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014) Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derecho. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, Facultad de Ciencias Sociales UBA.

De Souza Minayo, M. C. (1997) “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud”. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Epele, M. (2010) Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.

Faraone, S. (2013) Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En: Salud Mental y Comunidad. Año 3, Núm. 3, pp 29-40. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús.

Frankel, D. (2008) “Medicalización de la vida: salud pública y eugenesia social” Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús.

Good, B. (1994) Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge, Cambridge University Press.

Grimberg, M. (2003a) Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana. Estudios e Informes. VIH/Sida Estigma y discriminación: un enfoque antropológico., Serie Especial, 20, UNESCO.

Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4 (7):71-83.

Milanese, E. (2013) “Tratamiento comunitario. Manual de trabajo Iº”. Brasil: SENAD.

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Ley de Abordaje integral de los consumos problemáticos N°26.934

Pawlowicz, M. P., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P., y Tozué G. (2011) Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En: Blanck, E. (Cdor) "Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional 26657". Buenos Aires: Eudeba.

Romaní, O. (1997) Etnografía y drogas: Discursos y Prácticas. En: Nueva Antropología, vol. XVI, Núm. 53, pp 39-66. México, D.F: Asociación Nueva Antropología A. C.

Shore, C. (2010) La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la "formulación" de las políticas. Antípodas, 10: 21-49.