

Alejo De Dominicis

CIMECS - FAHCE - UNLP

alejodominicis98@gmail.com

Atención de personas en situación de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: cómo se experimenta, atraviesa e interpreta un tratamiento. Un estudio de caso.

INTRODUCCIÓN.

En la presente comunicación expondremos los resultados provisionales de la investigación que hemos realizado en el marco de la beca Estímulo a la Vocación Científica del CIN titulada “Atención de personas en situación de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: cómo se experimenta, atraviesa e interpreta un tratamiento” entre los años 2021 y 2022. A su vez, la investigación se inserta en el grupo de investigación “Representaciones y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados” (H880) del CIMECS

Durante la investigación nos interrogamos por el modo en que las personas en situación de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (SP en adelante) experimentan, atraviesan e interpretan un proceso de atención de sus padecimientos en un centro de tratamiento de adicciones. En dicho proceso de atención se estudiaron con particular énfasis las relaciones sociales entre los actores involucrados (los pacientes y el personal) que, a su vez, ponen en juego un conjunto de representaciones y prácticas sociales en torno al proceso de salud/enfermedad/atención. Fueron a través de estas prácticas y representaciones que logramos estudiar el modo en que se organizan las actividades y tareas del proceso de atención, así como las características de la enfermedad y de la curación. En esta comunicación se expondrán parte de los resultados atinentes al proceso de salud/enfermedad/atención que los actores involucrados experimentan en el tratamiento.

MARCO TEÓRICO.

La investigación se inserta en tres grandes áreas de estudio interrelacionadas entre sí: el área interdisciplinar de estudios sobre drogas; la de estudios sociológicos y antropológicos sobre salud; y la sociología de las organizaciones. La propuesta atraviesa estas áreas en la medida que entendemos las actividades de atención de las personas con consumos problemáticos de drogas en un proceso continuo y global de salud/enfermedad/atención/cuidados, actividades que se realizan inmersas en un espacio social específico el cual es el de la organización. Por los

motivos expuestos en la introducción, en la comunicación nos enfocaremos en la perspectiva de salud y drogas, relegando los avances en materia del estudio organizacional.

Observar el fenómeno desde el proceso de S/E/A/C nos posibilita reconocer el carácter social e históricamente construido de las propuestas de atención a un padecimiento -el de los consumos problemáticos de SP- pocas veces representado como problema de salud, desvinculándose de las perspectivas criminológicas y/o morales frecuentemente impresas desde el sentido común. En palabras de Pagnamento, Castrillo y Hasicic: “Se debe reconocer que quienes se acercan a temas referidos a la salud, la enfermedad, los padecimientos (es decir aquellos fenómenos y situaciones que la biomedicina hegemónica no define como enfermedad pero que son percibidos como malestar/es por los/as sujetos/as), y las prácticas sociales orientadas a brindarles algún tipo de respuesta, enfrentan el desafío de construir una aproximación sociológica a problemas que cuentan con respuestas previas, no sólo atinentes al sentido común, sino a la aproximación ampliamente aceptada de la medicina (que forma parte, además, del sentido común).” (2020: 5). El caso de los consumos problemáticos es inusual en cuanto a que la biomedicina ha quedado irremediamente excluida como respuesta hegemónica ante su demostrada ineficacia para enfrentar este tipo de problemas. La carencia de éxito de la medicina científica habilita espacios terapéuticos no convencionales con muchísimo recorrido en las sociedades occidentales y en nuestra región en las últimas décadas del siglo XX como bien profundizan Algranti y Mosqueira (2018).

Siguiendo a Menendez (1994), podemos advertir que se han estructurado diversos sistemas de saberes -inmersos en relaciones de hegemonía y subalternidad- a través de los cuales construyen significados sociales colectivos respecto de los padecimientos, los cuales tienen que ver principalmente con las causales específicas de los padecimientos y con la -mejor- forma de atención de los mismos. En otras palabras: “el proceso S/E/A supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (Menéndez, 1994: 72). En este sentido, si bien el aspecto del proceso S/E/A/C a indagar es el de atención, no hay que perder de vista que en aquel conviven representaciones y prácticas inherentes a lo que los actores sociales conciben por salud y por enfermedad, concepciones que se producen y reproducen en los dispositivos de atención. Es decir, la puesta en marcha de un tratamiento lleva consigo un conjunto de saberes subyacentes por los que se entiende a la salud y a la enfermedad que, a su vez, configuran y determinan en consecuencia las prácticas constitutivas de la atención.

Para conocer mejor aquellos saberes estructurados de los cuales hablamos anteriormente y de sus relaciones de hegemonía y subalternidad, cabe introducir dos conceptos clave en lo que

respecta al campo de estudios de drogas, aquellos que conocemos como el enfoque prohibicionista y el enfoque de reducción de riesgos y daños, los cuales tienen que ver con dos formas antagónicas de problematizar las relaciones entre las personas y las SP, que definiremos como “agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso central trayendo como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento” (Arrieta, 2017: 266).

Estos paradigmas concentran en cada caso los principios, las ideas y las prácticas adecuadas para el abordaje del problema de las drogas en términos de políticas públicas. El enfoque actualmente dominante es el prohibicionista el cual postula, entre otras cosas, que el fenómeno de las drogas tiene su origen en la oferta de SP declaradas ilegales y, en esencia, se trata de un problema de seguridad nacional antes que de salud pública. El objetivo principal es la abstinencia absoluta a dichas sustancias por parte de las personas, por lo que el término “consumos problemáticos” es redundante dado que todo consumo es de carácter problemático. En este sentido parecería igualmente redundante la idea de dispositivos de salud de índole prohibicionista -dado que es un problema policial antes que sanitario-, no obstante existen centros de adicciones que abordan a las personas que consumen sustancias ilícitas desde la abstinencia absoluta y con regímenes rígidos que estigmatizan a los consumidores sin ponderar los daños personales, familiares y comunitarios derivados de dichos consumos. Por otro lado, el enfoque de reducción de daños pone de relieve el carácter sanitario mientras quita las dimensiones criminalística y securitaria de la cuestión; en segundo lugar, hace énfasis del problema a los daños físicos, psicológicos y sociales -ocasionados a uno mismo o a otros- que son provocados por el tipo de consumo que establece la persona con las SP -que no son solo de carácter ilícitas-, por lo tanto, el fin último no es necesariamente la abstinencia sino reducir este tipo de agravios y este tipo de relación -problemática- que se establecen las personas con las sustancias -que pueden ir desde el alcohol y psicofármacos hasta la cocaína-.

Al tratarse de una respuesta social institucionalizada, el margen de prácticas y relaciones se encuentra -en principio- delimitado por un dispositivo de atención que se ancla a un espacio material y simbólico acotado. En dicho espacio opera el personal responsable de llevar a cabo las actividades que constituyen la propuesta de tratamiento; así como es en dicho espacio que las actividades son recepcionadas, apropiadas y/o resistidas por parte de los pacientes.

METODOLOGÍA

La investigación se ha llevado a cabo a través de la metodología cualitativa o no estándar. Se optó dicho enfoque en función de las ventajas que otorga a la hora de estudiar los fenómenos

sociales en su dimensión experiencial y a la hora de captar las prácticas, las representaciones y los discursos entrelazados en la realidad empírica; y ha sido un enfoque utilizado con frecuencia para estudiar los procesos de atención de consumos problemáticos (Güelman, 2018; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004). Asimismo, la técnica utilizada en esta investigación ha sido la observación participante (Guber, 1991). Finalmente, se ha decidido que la investigación se realice como estudio de caso (Pi Puig, 2015) con el objetivo de concentrar el trabajo de campo en una sola organización, a su vez que de estudiarla de forma profunda se aprovecharía mejor el tiempo que se utiliza para ingresar a dichos espacios, generar confianza con informantes clave y acceder a la información requerida por nuestros objetivos iniciales.

En cuanto al desarrollo del trabajo de campo, hemos realizado 3 visitas al establecimiento de 6 horas cada una, debido a que ese era el tiempo que duraba el tratamiento de hospital de día y ambulatorio. Esos 3 días se repartieron en días distintos con el objeto de captar variaciones semanales (lunes, jueves y viernes), dando un total de 18 horas de observación participante. Los registros de observación se cotejaron cambiando la identidad de los participantes y del centro por nombres ficticios con el objetivo de anonimizar los datos de la investigación.

EL TRATAMIENTO.

Según su sitio web, el centro de atención dispone de cuatro líneas de tratamiento: 1) Tratamientos on-line, sin especificación del contenido y/o programa; 2) Tratamiento ambulatorio, enfocado en “las personas que puedan sostener actividades laborales, estudios y sus vínculos afectivos sin consumir ningún tipo de sustancias”; 3) Hospital de día (media jornada o completa) (en adelante, HDD), enfocada en “aquellos cuya red familiar y social no haya sido destruida por la enfermedad, pero su grado de compromiso con el consumo no le permite una abstinencia de sustancias sostenida en el tiempo” y 4) Centro de noche, destinado a personas que “no cuenten con un lugar específico donde vivir o que por alguna razón volver a sus casas sea contraproducente para la continuidad de su tratamiento”.

De todas estas líneas presentadas, las que adquieren mayor peso son la del HDD y tratamiento ambulatorio en primer y segundo lugar respectivamente. Durante el trabajo de campo no hubo rastros de la modalidad online, así como del centro de noche. En el HDD el o la paciente debe estar presente en el establecimiento entre las 14 y 20 horas y, durante ese lapso, se compromete con un conjunto de actividades a la vez que se encuentra supervisado por uno o varios operadores del personal. Se puede decir que las actividades se reparten de la siguiente manera: en la primera hora se desarrolla la *entrada* en la cual, mientras los y las pacientes ingresan, preparan el almuerzo o alguna infusión para compartir, si es lunes conversan sobre lo hicieron

el fin de semana, ordenan y administran recursos (principalmente víveres y comida) y asignan responsabilidades de compras o cocina. Asimismo, desarrollan actividades colectivas de limpieza general y, en caso de que sea necesario, reparación del mobiliario del establecimiento. Luego de la entrada, se realiza el *Grupo* de las 15hs. Un Grupo es una reunión del tipo plenaria en la cual todos los pacientes acompañados por un operador se ponen en círculo a través del cual *comparten* experiencias y sentimientos usualmente referidas al consumo de SP, a la recuperación o elementos que creen relacionados a ambos, y entre ellos realizan *devoluciones* como forma de dar rienda a intercambios moderados por la palabra del operador presente, lo que suele moldearla como una actividad con gran imbricación emotiva y sentimental así como convertirse en un espacio íntimo y movilizante. Al término del Grupo, y con una mínima pausa de por medio, comienzan los *espacios de taller* que suelen variar de acuerdo al día de la semana. Durante el trabajo de campo se logró observar dos de teatro y otro de escritura, no obstante, me han comentado la existencia del taller de arte plástica, de yoga, así como instancias no necesariamente de taller pero que ocupan esa franja horaria como partidos de fútbol o tardes de películas. Luego le sigue un espacio de *recreo* en el cual se suele merendar y conversar cuestiones menos vinculadas al tratamiento, así como actividades vinculadas al esparcimiento como hacer ejercicio (tienen una máquina para levantar peso), jugar una partida de ping-pong o las cartas, escuchar música o probar suerte en el aro de basket. En este momento suele haber un nuevo ingreso de pacientes que no participaron en el resto del HDD dado que realizan la línea de tratamiento ambulatoria la cual consiste en participar del momento que le sigue inmediatamente: el *Grupo de las 18hs*. Este Grupo tiene exactamente las mismas cualidades que el primero, no obstante, suelen participar más pacientes (dado que se adhieren los del tratamiento ambulatorio a los del HDD) y se utiliza un insumo como el libro “Solo por hoy” -habitual del histórico Alcohólicos Anónimos y “los 12 pasos”-. Cabe destacar que a esta secuencia temporal de 14 a 20hs también se agregan las terapias individuales psicológicas o psiquiátricas de carácter transversal debido a que pueden ser en cualquier momento de acuerdo al caso de cada paciente.

En un análisis rápido de las actividades incluidas en el tratamiento, podemos decir que hay dos momentos clave constituidos por los Grupos (uno a la tarde y otro a la noche) a través de los cuales pivotean el resto de las actividades que adquieren una función subsidiaria a comparación de los Grupos. Sin embargo, aquí sostenemos que, dado el carácter de vida cotidiana que desarrollan los pacientes al convivir y las relaciones sociales que establecen entre sí a lo largo de las seis horas que dura el HDD, todas las actividades poseen importancia relativa al permitir la construcción de vínculos sociales estables entre los pacientes y los operadores que, entre

múltiples cosas, permite la apertura emocional e íntima que requieren los Grupos para que los pacientes logren elaborar a nivel subjetivo sus padecimientos en torno a los consumos.

Para los tratamientos en consumos problemáticos de SP, el establecimiento ofrece un staff de personas que ocupan una función, algunos de manera específica mientras que otros de manera no específica. Se trata de una estructura simple (Mintzberg, 1989) donde prevalece un director general, un coordinador general quien es la principal referencia en el HDD, una directora terapéutica que, a su vez que es psicóloga, se encarga de coordinar el conjunto de psicólogos y psiquiatras dedicados a las terapias individuales y otro conjunto más reducido de operadores que contribuyen en los Grupos del HDD así como en los Grupos de familiares y parejas. Asimismo, y más aislados del resto de la estructura, se encuentran las talleristas de yoga, arte y teatro. En cuanto a la descripción del personal podemos decir que se caracteriza por tener un origen profesional por el cual, salvo los talleristas que son profesoras de la disciplina que enseñan, el resto se reparte entre ser psicólogo, psicoanalista, psiquiatra o coaching. Estos últimos, se puede decir, responden a un perfil no-profesional pero que dentro del contexto del tratamiento poseen un saber-hacer altamente influenciado por la psicología y el psicoanálisis. Cabe destacar que una gran parte del personal que trabaja en el establecimiento ha estado vinculado directa o indirectamente a los consumos problemáticos con anterioridad.

EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD EXPLICADO DESDE LOS ACTORES

En el transcurso de la observación fue posible constatar las representaciones de salud/enfermedad que subyacen en las relaciones entre el personal y los pacientes que ocurren en el tratamiento. En cuanto a la enfermedad, el centro de tratamiento trabaja con ella desde una perspectiva prohibicionista puesto que no realizan diferenciaciones o matices en cuanto a tipos o formas de consumo, siempre que se trate de drogas ilícitas y/o alcohol: el consumo tiene el mismo nivel de gravedad cualquiera sea la SP, su frecuencia y el contexto de consumo. De hecho, dentro del tratamiento, tanto personal como pacientes, llevan una cuenta exhaustiva de los días en que los pacientes permanecen 'limpios'. No obstante, existen patrones comunes en los pacientes que permiten pensar en consumos problemáticos: el mayor número de pacientes se encuentra allí debido al consumo de cocaína que los ha llevado a socavar y/o romper relaciones sociales de índole matrimoniales, paternas y laborales. Una primera conclusión, y en la medida que uno de los fines que estipula el tratamiento es la abstinencia, es que la enfermedad tiene que ver con la práctica de consumir SP ilegalizadas, más allá que en un comienzo para los pacientes haya sido de carácter problemático.

Vinculado a esto último, surge otra característica crucial: se trata de una enfermedad crónica. Esto es así porque el personal y los pacientes comprenden que aquellos motivos que los llevaron en un primer momento a consumir volverán a aparecer, sea en un corto o largo plazo, y por lo tanto los pacientes deben ser conscientes de la imposibilidad de desbaratar y relajar su compromiso con el tratamiento -el cual los aleja del consumo-.

En uno de los Grupos se encontraba Tokio que realizó el HDD hace mucho tiempo y volvió en una ocasión para compartir cómo se sentía luego de tanto tiempo sin consumir:

*Nos creemos que por estar de alta 3 años... Hay que tener un sentido para venir, ¡no venir por venir!. La enfermedad es muy hija de puta y me traiciona y no está bueno. **Esto es de por vida**, lo tenemos que entender. Lucho con esto. Siempre que hice por mi voluntad terminé mal. No estoy consumiendo, pero estoy viviendo mal. Todos los que dicen 'no quiero' o 'no puedo' son excusas de la enfermedad, [hay que] volver al eje. La enfermedad nos aísla.* (Tokio, compartiendo en un Grupo).

En este fragmento, Tokio discute con otros pacientes que ponen en un segundo plano el tratamiento debido a que acumulan varios meses sin consumir y por lo tanto se confían de que cada vez lo necesitan menos. Sin embargo, él les llama la atención porque (en su experiencia) por más que haya pasado 3 años sin consumir, aquellas reminiscencias de la enfermedad ligadas a estar “viviendo mal” le afectan y existe la posibilidad de “terminar mal” (léase, volver a consumir) por hacer su voluntad sin considerar el estado crónico de la enfermedad. En la misma sintonía, Nuez -otro paciente con experiencia- afirma tajantemente que “*la enfermedad es de por vida: te morís y la seguís teniendo*”.

Así como su carácter crónico, existe otra característica que subyace y es una condición *sine qua non* de la misma: la enfermedad no es solo el consumo. En efecto, la enfermedad expande su área de incumbencia y ya no atañe solamente al consumo sino también los motivos, sensaciones, emociones y situaciones que alertan la posibilidad de volver a consumir, de ahí deviene la imposibilidad de “relajarse” y perder de vista el sentido por el cual se ingresó al tratamiento. Durante las observaciones, un conjunto no sistematizado de emociones y conductas se encontraban ligadas a la enfermedad debido a las concatenaciones de sentido que realizan tanto el personal como los pacientes. Aquí unos casos:

- “*Todos tenemos **ansiedad**, por eso estamos acá*”. (Comentario del paciente Guitarra)
- “*el **comportamiento agresivo** con la madre con el fin de transgredir las normas y salir al bar da pauta del estado de enfermo*”. (Devolución del coordinador general al paciente Steen)
- “*Presto [...] habló de **Estructura adictiva: el consumo, el trabajo y las mujeres**. Según le sugirió [a Camión]: ‘re laburaste el consumo, pero no lo otro... **La adrenalina**, lograr estar un*

*día sin alguna de esas cosas...’ ya que tenía **deseos ‘excesivos’** -según cree incluso el mismo Camión- **de relacionarse sexualmente con mujeres que no son su pareja**”. (Devolución del paciente Presto sobre lo que compartió el paciente Camión)*

- *“**Nos une la inseguridad y la soledad y falta de autoestima**’. Asimismo, lanza el desafío: **‘Acá tenemos que desnudarnos’**”. (Devolución del paciente Presto a sus compañeros)*
- *“**El consumo puede no estar pero la enfermedad puede estar, no olvidemos la cronicidad de la enfermedad [...] El que se aleja vuelve. El tratamiento es distinto a la recuperación: puedo estar sin consumir pero si no cambias los patrones de conducta... La soberbia [...] está completamente ligada a la enfermedad. A la enfermedad no hay que subestimarla porque sino te hace mierda. La enfermedad más allá del consumo está en cada una de esas conductas.**”* (Pola, la directora terapéutica, haciendo una devolución).

A partir de estas observaciones es posible delimitar dos grupos de elementos de la enfermedad que ensamblamos en lo que denominamos, al igual que el paciente Presto, estructura adictiva (Anexo nº2). En primer lugar, se encuentran las emociones, que incumben a la psicología de los pacientes y su estado anímico en relación a momentos en su trayectoria de consumo y recuperación. Aquí aparece la ansiedad, la adrenalina, inseguridad, soledad y la falta de autoestima puesto que se tratan de estados anímicos que los actores comprenden como mecanismos operantes de la enfermedad para incurrir nuevamente en el consumo. En segundo lugar, se encuentran las conductas, que incumben a las relaciones que establecen los pacientes con otras personas que también se comprenden como mecanismos operantes de la enfermedad en tanto producen rupturas y alejamientos en las relaciones y transgresiones morales. La agresividad, los deseos excesivos de tener relaciones sexuales por fuera de la pareja estable y los comportamientos tildados de soberbios son algunos de los ejemplos que surgen. El último elemento de la estructura adictiva se trata del consumo propiamente dicho.

Una segunda conclusión, es que los pacientes pueden alcanzar la abstinencia al consumo de SP por un periodo considerable de tiempo, sin embargo, no es lo único en lo que deben preocuparse y en lo que deben ‘trabajar’, sino que es tan solo una parte de la enfermedad. El trabajo de control y gestión de las emociones y las relaciones sociales es necesario para encaminarse hacia a una recuperación cabal de la enfermedad porque de modo contrario éstas emociones y relaciones generan y perpetúan padecimientos en los sujetos

En cuanto a la Salud, es posible retomar algunos enunciados de lo escrito hasta aquí. En primer lugar, al ser la enfermedad de carácter crónico, no existiría cura para erradicarla de forma definitiva, en cambio, el tratamiento apunta al control de aquellos elementos de la estructura adictiva: el consumo, las conductas y las emociones. Dentro de los relatos ya citados, aparece

la idea de que la enfermedad lleva al aislamiento y alejamiento de las relaciones, especialmente aquellas que se establecen dentro del tratamiento, que pueden constituirse como un marco de sanación de la enfermedad. Es por eso, por ejemplo, que Bitcoin le agradece a Fierro haber asistido aunque haya consumido (o “recaído”), es decir, que no haya abandonado el tratamiento y se haya aislado.

La representación de que la cura es un hecho inalcanzable, se encontró manifestada en un conjunto de situaciones:

- *"si el tratamiento no te atraviesa, no sirve. **No consumir no es nada, porque puedes volver a hacerlo. [...] Los doce pasos no curan: sanan**". (Paciente Bitcoin)*
- *Quilmeño que, aludiendo al relato de León, dice: 'me llenó el culo de preguntas... Durante 12 años estuvo limpio, fue operador...' [...] **pueden pasar 12 años completamente limpios, pero nada asegura una recaída brutal** como la que experimentó León. (Devolución del paciente Quilmeño sobre la situación de recaída que compartió el paciente León).*
- *También aprovecha y cuenta, estando conmovido, que hace poco había pensado en consumir: resulta que él hace mucho está en limpio, y aún así Paula le restringe algunas cosas como el dinero [...] se sincera y dice que **habría pensado en consumir teniendo toda esa la plata. La expresión era de decepción para con sí mismo, y un poco de desolación de que la recuperación se hacía interminable.** (Paciente Ojeras)*

Como podemos observar, esta situación es vivida por los pacientes con mucha incertidumbre y angustia. Si bien nadie se lo manifestó en las observaciones, florece la pregunta: Si la enfermedad es de carácter crónico y uno puede volver a consumir, ¿Por qué los pacientes deciden quedarse y comprometerse con el tratamiento? ¿En qué medida el tratamiento les genera un efecto “sanador” de la enfermedad? Ahora bien, con el fin de entender el proceso de salud cabe enfatizar aquellos aspectos en los que el tratamiento haya generado cambios subjetivos que, al fin y al cabo, son aquellos cambios que en la lógica la estructura tripartita pueden modificar sustancialmente las emociones y las conductas ligadas a la enfermedad. Si bien el tratamiento también genera un lapso prudente de tiempo en-limpio, nos acercamos a los otros elementos de la enfermedad:

- *“Me di cuenta que 2+2 es 4 porque **uno está bien por el tratamiento y los grupos y estar conectado con esto...** Yo pague un costo por alejarme que es consumir y estoy arrepentido. [...] [gracias al tratamiento] **aprendí a reforzar los conceptos del respeto, responsabilidad, ser un buen padre...** Es una escuela de vida.” (Paciente Bitcoin)*
- *“En consumo mi viejo no me conocía, conocía a un personaje. **Con la rehabilitación conoció a otro.**” (Paciente Vikingo)*

- “*‘La droga nos hizo mierda a todos, pero hoy tenes la posibilidad de no repetir la historia de abandono. [...] vas a tener que trabajar mucho este tema [el de su hermana menor]’ y también insinúa las maneras de hacerlo: ‘Tomar trayectorias, historias de los mismos problemas y ver como lo fueron resolviendo. Eso es lo lindo’*”. (Devolución de Bach al paciente Veintitres que compartió su historia familiar en el taller de escritura)
- “*‘Guitarra dice que hoy en día tiene ordenadas esferas de su vida, a diferencia de antes de iniciar el tratamiento, principalmente aludía a los hábitos de limpieza y de sueño así como que a su hijo se dirige regulando con las palabras y no mediante otra manera, como por ejemplo con la fuerza o con regaños.’* (Paciente Guitarra)
- “*‘la maestra habla con él sobre el desempeño de su hija y él ‘entendía todo lo que le decía’. En efecto, Depre no solo estaba orgulloso de su niña y de verla crecer sino que también estaba orgulloso de que él ‘estaba en el momento, en el aquí y ahora’ a diferencia de cuando estaba en-consumo. De hecho, hay una gran asimilación de que cuando estás en lugares en-consumo se experimenta como si no estarían allí (‘estás pero no estas’), reflejado en un indicador muy claro: no recordar (la situación). Depre se pone a llorar, no lo podía creer. Es una alegría enorme para él.’* (Paciente Depre)
- “*‘querida amiga, me adormeciste emociones y mi memoria. Me llevaste a perder todo. No pude transitar la enfermedad de mi papá. Ahora te hago pelea. Hace 90 días que no te tengo dentro. Puedo vivir sin vos. Te extraño, pero estoy bien sin vos’*”. (Carta dedicada a la enfermedad que escribe el paciente Vikingo en el taller de escritura)

El aprendizaje de valores sancionados positivamente, la recuperación del control de sus actos a la hora de relacionarse con seres queridos o de gestionar sus ámbitos de la vida, aprender a superar situaciones complejas, y hasta simplemente sentirse bien sin haber necesitado incurrir en el consumo para estarlo son algunos de los efectos positivos que produce el tratamiento y su dinámica en los pacientes. Finalmente, se puede interpretar que estos efectos positivos del tratamiento son una pieza clave para que los pacientes logren reconstruir un proyecto de vida que en algún momento estuvo socavado por los efectos operantes de la enfermedad.

CONCLUSIONES.

A través de la investigación fue posible comprender, en primer lugar, que el proceso de atención de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas se organiza en torno a un esquema de vida cotidiana por el cual los pacientes y el personal conviven dentro de las 6 horas en que dura el tratamiento de lunes a viernes, desarrollando actividades por las cuales permiten construir relaciones sociales estables entre ellos lo que, a su vez, permite la apertura emocional e íntima

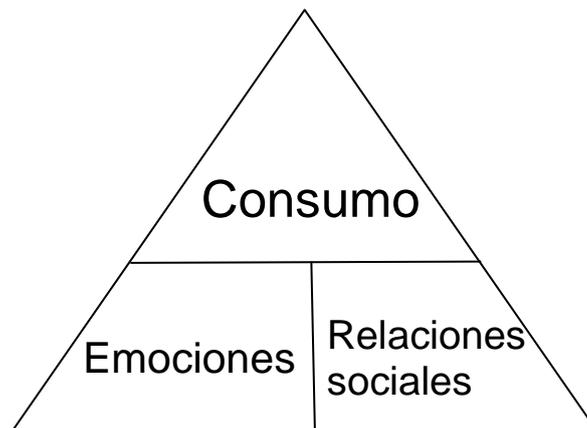
que requieren los Grupos para que los pacientes logren elaborar a nivel subjetivo sus padecimientos en torno a los consumos.

En segundo lugar, en cuanto a la dimensión de la enfermedad del proceso proceso de S/E/A/C, la enfermedad es caracterizada como crónica y no corresponde solamente a la práctica de consumo (problemático o no) de SP, sino que se trata de una estructura adictiva por la cual también operan emociones y relaciones sociales que generan padecimiento en los sujetos. Finalmente, en cuanto a la dimensión de la salud, la curación es una meta inalcanzable, por lo que el proceso de atención apunta a sanar los efectos operantes de la enfermedad padecidos por los sujetos con el fin de reacomodar sus proyectos de vida.

Consideramos pertinente este tipo de investigaciones en la medida que arrojen evidencia sobre el modo en que las sociedades crean y recrean formas sociales organizadas de brindar respuestas a padecimientos que la biomedicina hegemónica, sus saberes e instituciones no ha logrado dar respuestas satisfactorias y, a su vez, actúen como insumo para la construcción de políticas públicas sobre drogas.

ANEXO.

Nº1. Estructura adictiva.



BIBLIOGRAFÍA.

- **Algranti, J., y Mosqueira, M. (2018).** Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. *Salud colectiva*, 14, 305-322.
- **Arrieta, E. (comp.) (2017).** Un libro sobre drogas. Buenos Aires: El Gato y La Caja.
- **Guber, R. (1991).** La observación participante: nueva identidad para una vieja técnica. En *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Legasa.

- **Güelman, M. (2018).** “El alejamiento de las cosas del mundo”: Aislamiento y rehabilitación en dos comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa. Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, (21).
- **Kornblit, A. L., Guffanti, S., y Verardi, M. (2004).** La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad, 79-88.
- **Laurell, A. C. (1982).** La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25.
- **Menéndez, E. (1994).** La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. Alteridades, 4(7), 71-83.
- **Menéndez, E. L. (2012).** Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. Salud colectiva, 8, 9-24.
- **Menéndez, E. L. (2022).** Relaciones sociales y procesos de salud/enfermedad: las razones y los hechos. Cuadernos de antropología social, (55), 11-28.
- **Mintzberg, H. (1989).** “Fundamentos del diseño de las estructuras organizativas” en Diseño de organizaciones eficientes. El Ateneo, Buenos Aires.
- **Pagnamento, L., Castrillo, B., y Hasicic, C. (2020).** La salud y la enfermedad como problema social. Cuestiones De sociología, (22), e088. <https://doi.org/10.24215/23468904e088>
- **Pi Puig, P. (2015).** Estudio de caso: aproximaciones a sus heterogeneidades y usos. En IV Jornadas Internas del CIMECS 30 de abril de 2015 La Plata, Argentina. Reflexiones metodológicas situadas en torno de los procesos de investigación.