



INTEGRACIÓN SEMINARIOS

INTEGRACIÓN SOCIAL, EXCLUSIÓN Y DROGAS
DE LAS POLÍTICAS A LAS PRÁCTICAS



Integración Social, Exclusión y Drogas

De las Políticas a las Prácticas

Este libro presenta los principales contenidos desarrollados durante el Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas, celebrado los días 11 y 12 de diciembre de 2014 en Valdivia (Chile).

Edición a cargo de:

Carmen Gloria Muñoz Muñoz
Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación
Universidad Austral de Chile

Equipo responsable de la publicación:

Francisca Oblitas Valdés
José Marín Montecinos

Con la colaboración de:

Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Programa "Salud y Vida en las Américas" (SAVIA).

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España.

Integración Social, Exclusión y Drogas. De las Políticas a las Prácticas

Área de Integración Social, División Programática
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda)
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile

Santiago, Chile

2016

© SENDA Todos los derechos reservados.

Registro de Propiedad Intelectual N°: 978-956-9141-36-2

ISBN: 261.746

Edición: Marly Mora

Diseño: Josefina Olivos

Impresión: World Bank Group

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación citando la fuente.
Prohibida su venta.

ÍNDICE

5	Presentación	Mariano Montenegro Corona
6	Prólogo	Secretaría Ejecutiva de la CICAD/OEA
8	Introducción	
13	Primera Parte	Ponencias Principales
15		La integración social. Una mirada en positivo. <i>Alfonso Ramírez de Arellano</i>
21		La reducción del estigma entre los usuarios de drogas. El rol de los profesionales. <i>Telmo Mota Ronzani, Pollyanna Santos da Silveira</i>
25		Políticas de drogas, exclusión y derechos humanos. El caso de Brasil. <i>Roberta Brasilino Barbosa, Pedro Pablo Gastalho de Bicalho</i>
31	Segunda Parte	Mesas de Trabajo
32	Capítulo 1	Experiencias e Investigaciones sobre Inclusión Social, Exclusion y Drogas
33		Modelos y políticas públicas en integración social.
35		Presentación. <i>Víctor Martínez</i>
37		Comparación de los modelos de inserción de América Latina y Europa desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil. <i>Javier Martín Nieto</i>
39		Creación y desarrollo de los centros de integración social en la Provincia de Córdoba. <i>Juan Carlos Mansilla</i>
41		Implementación del modelo uruguayo de inserción social. <i>Rosina Tricánico</i>
44	Capítulo 2	Modelo chileno de integración social. <i>Francisca Oblitas Valdés</i>
45		Intervenciones en contextos de alta exclusión y vulnerabilidad.
47		Presentación. <i>Carmen Gloria Muñoz Muñoz</i>
49		Intervención psicosocial en población en situación de emergencia social y riesgo de vulnerabilidad. <i>Martha Lucía González Granados</i>
51		Programa de educación familiar integral: monitoreo de un proyecto de inclusión social. <i>Eduardo Vega Bazán</i>
53		Experiencia de coordinación intersectorial SENDA-MIDESO: mejora de acceso a la oferta programática para personas en situación de calle. <i>Javiera Erazo, Nyree Gajardo</i>
56	Capítulo 3	Al Oeste Sumaré. <i>Alexis V. Duarte</i>
57		Promoción y restitución de derechos en personas relacionadas con consumo de sustancias.
58		Presentación. <i>Patricia Contreras Parra</i>
60		Estigma, drogodependencia y subjetividad: procesos de estigmatización y su relación con la accesibilidad a servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires. <i>Andrea Vázquez</i>
62		La historia de mi calle. <i>Carla Briones Vega</i>
64	Capítulo 4	Observatorio comunitario de derechos de la niñez: levantando la voz de la comunidad para la incidencia. <i>Carla Núñez Matus</i>
65		Investigaciones sobre caracterización de factores de exclusión social y drogas.
67		Presentación. <i>Jimena Carrasco Madariaga</i>
70		"They don't want me". Un análisis comparativo de las relaciones socioculturales establecidas entre los usuarios de crack y heroína en las ciudades de Río de Janeiro y Nueva York: los efectos de la exclusión social. <i>Danielle de Carvalho Vallim</i>
73		Estudios de seroprevalencia de VIH/sida: conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. <i>Héctor Suarez</i>
		Instrumento para medir autoestigma. <i>Telmo Mota Ronzani</i>

76	Capítulo 5	Perspectivas históricas en el abordaje de las adicciones y las políticas de integración.
77		Presentación. <i>Jimena Carrasco Madariaga</i>
78		La medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX. <i>Mauricio Becerra Rebolledo</i>
80		Enteógenos, técnicas de sí y modos de conocimiento: nuevas posibilidades de articulación entre usuarios y sustancias. <i>Arthur Arruda Leal Ferreira</i>
82	Capítulo 6	Propuestas de intervención en drogas con pertinencia cultural.
83		Presentación. <i>Carolina Delgado</i>
85		Reflexiones en torno a la interculturalidad en las intervenciones sobre drogas. <i>Claudio Andrade, Cristian Altamirano</i>
87		Modelo de intervención intercultural en tratamiento de consumo problemático de drogas para niñas, niños, adolescentes y familias en Temuco. <i>Tania Anguita Vergara</i>
89		Drogas y migración: una difícil integración. <i>Javier Martín Nieto</i>
92	Capítulo 7	Intervenciones que fomentan la integración social de niños, niñas y adolescentes.
93		Presentación.
94		Mapa territorial: una mirada a la cotidianidad. <i>María Belén Villagra, Deborah Carvallo Contreras</i>
96		Programa La Esquina. <i>Ali Alcayaga, Boris Yáñez</i>
98		Abordaje de usos problemáticos de drogas y promoción de vínculos saludables con adolescentes en situación de vulnerabilidad social dentro del ámbito escolar. <i>Jorgelina Di Iorio</i>
100	Capítulo 8	Intervenciones que fomentan la integración social de personas adultas.
101		Presentación. <i>Lorena Tamayo</i>
102		Escuela de construcción para mujeres. <i>Raquel Barros</i>
104		Desafío del negocio a la inclusión: una propuesta de trabajo de inclusión sociolaboral entre la Asociación Lua Nova y Corporación Viviendo. <i>Raquel Barros, Erika Donado</i>
106		Empleabilidad de personas en tratamiento por uso problemático de drogas: pasantía y capacitación en obras sanitarias del Estado. <i>Mariana Ferre</i>
108	Capítulo 9	Investigaciones y análisis críticos sobre intervención en las políticas de drogas.
109		Presentación. <i>María Fernanda Toledo B.</i>
110		Relación entre la identificación de una problemática y la eficacia de la política pública. Estudio comparado de la política de drogas en Argentina y Uruguay. <i>Martín Jaime Morales</i>
112		El modo individuo en las políticas públicas sobre drogas en Brasil. <i>Roberta Brasilino Barbosa</i>
114		Desarrollo a escala humana e integración social. Una mirada desde los equipos profesionales a partir de la matriz de necesidades y satisfactores. <i>Daniela Olivares Aising</i>
116		Evaluación de impacto de proyectos de inserción social. La mirada de los participantes. <i>Rosina Tricánico</i>
118	Reflexiones Finales	
120	Declaración de Valdivia sobre Integración Social, Exclusion y Drogas	

PRESENTACIÓN

La misión del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es ejecutar en Chile políticas preventivas y políticas de tratamiento, rehabilitación e integración social de personas afectadas por el consumo problemático de sustancias. Para alcanzar dicha misión, es indispensable un proceso continuo de revisión de nuestras políticas y programas con el objetivo de incorporar al diseño los cambios sociales y el conocimiento acumulado en el país y el mundo. En esa línea, iniciativas como la sistematización de los contenidos del I Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas permitirá difundir, discutir, conocer y poner en perspectiva modelos, prácticas y bases conceptuales sobre esta temática. Además de entregar información y sustento a las propuestas programáticas del Estado de Chile, este libro pone a disposición de los países del hemisferio una primera compilación de investigaciones que incentivan estrategias más inclusivas.

Creo firmemente que el compromiso del Estado, y en particular de SENDA, es evitar, retrasar y tratar el consumo de drogas, pero también debe propiciar las condiciones para que todos los individuos puedan desarrollar plenamente sus capacidades y optar a una mejor calidad de vida. Para esto, las políticas y los programas de drogas deben incorporar una mirada que fomente y promueva la inclusión social de todas aquellas personas que se ven afectadas por el consumo problemático y riesgoso de sustancias.

El propósito del libro **Integración Social, Exclusión y Drogas: de las políticas a las prácticas** es ofrecer un material de consulta y apoyo –a nivel nacional e internacional– para la construcción de conocimiento acerca de los procesos de exclusión relacionados con las drogas y, además, proponer algunas bases para el desarrollo de políticas públicas inclusivas.

Por delante, siguen las enormes tareas de fortalecer y ampliar los programas y continuar profundizando las estrategias que mejor se ajusten a las necesidades y condiciones de cada territorio. Del mismo modo, debemos avanzar en la sistematización y evaluación de otras experiencias y colaborar con los países que trabajan en esta línea o quieren compartir o fortalecer algún aspecto de su gestión.

Conscientes de los desafíos que aún quedan por delante, no podemos menos que sentirnos satisfechos con el camino recorrido y orgullosos del esfuerzo que se sintetiza en estas páginas, además de agradecer a todas las instituciones y personas comprometidas que trabajaron en darle cuerpo a esta iniciativa.

MARIANO MONTENEGRO CORONA
Director Nacional
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación
del Consumo de Drogas y Alcohol

PRÓLOGO

Desde la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), tuvimos la muy grata oportunidad de acompañar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), a la Universidad Austral de Chile, a la Fundación Tierra de Esperanza y a las demás instituciones patrocinadoras, en la convocatoria y realización del Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas que ha dado como fruto la presente publicación y que tuvo como escenario a la hermosa ciudad de Valdivia, en Chile. Era, para nosotros, parte del compromiso con una línea de trabajo que se ha venido impulsando desde la CICAD para promover políticas de drogas con un enfoque socialmente más inclusivo, de desarrollo humano integral de las personas con vínculos problemáticos a las drogas, y de pleno respeto a los derechos humanos en esta compleja materia, consistente con la Estrategia Hemisférica sobre Drogas.

En este proceso nos propusimos también que los avances en el tema estuvieran basados en la mejor evidencia disponible en cada país y contexto en el que se interviene. Y es por este motivo que lo primero que deseamos destacar y agradecer a quienes han colaborado en este esfuerzo, es el extraordinario valor e importancia que significa el que estas jornadas de reflexión sobre la integración social en materia de drogas sirvan de encuentro entre la universidad, la academia, los observatorios y centros de investigación y la experiencia práctica que acumulan las organizaciones de la sociedad civil, que trabajan día a día en los más diversos proyectos y entornos sociales, acompañando a los gobiernos y administraciones en las estrategias de respuesta frente al fenómeno drogas y sus profundas consecuencias sociales.

Tal como lo expuso el embajador Paul E. Simons en la apertura del seminario, la CICAD ha procurado responder al mandato recibido en 2011 en la reunión de Paramaribo, Surinam, profundizando en el análisis e intercambio de conocimiento sobre el tema, promoviendo reuniones y encuentros regionales e incorporando este enfoque de integración social en los programas, proyectos e iniciativas que se apoyan en el marco de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas. El punto desde el que se partía en aquel entonces era, sin duda, un gran desafío. Las acciones de integración social dirigidas a dependientes de drogas habían recibido, hasta ese momento, poca atención por parte de las políticas públicas en el hemisferio y solo las organizaciones de la sociedad civil habían puesto en práctica modelos de intervención en integración social que servían de programas piloto, con potencial de incorporarse a los diseños de la política.

Cuatro años después, el escenario ha cambiado de manera significativa, tal como lo demuestran la sucesión de debates, declaraciones y avances institucionales que los países miembros han ido concretando, así como se ha venido adaptando –bajo este enfoque de integración social– el perfil y objetivos de los proyectos que se apoyan desde la comisión.

La Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2010) basada en la Declaración Universal de Derechos Humanos, nos propone avanzar en abordajes multidisciplinarios que enfatizan la perspectiva de salud pública, de desarrollo humano integral y de inclusión social, pero es importante destacar que la pertinencia y validez de este planteamiento ha sido ratificado en posteriores reuniones. Es así como en el 43º Período de Sesiones de la Organización de los Estados Americanos (OEA) de junio de 2013, realizado en Guatemala, la Declaración de Antigua -orientada a promover una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas-, ponía énfasis en que: "Las políticas de drogas deben contener una perspectiva transversal de derechos humanos (...) con el fin de promover y lograr el bienestar de la persona, su inclusión social, el acceso a la justicia, a la salud, entre otros".

Con el mismo compromiso, la CICAD aportó esta visión de desarrollo humano integral frente al problema de las drogas durante el 44º Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, celebrado en la ciudad de Asunción, Paraguay, en junio de 2014, bajo el lema de "Desarrollo con inclusión social". Y solo unos meses después, en septiembre del mismo año, lo ratificaba en el 46º Período Extraordinario de Sesiones de la OEA que daba seguimiento a las políticas integrales frente al problema mundial de las drogas en las Américas, reiterando su importancia a fin de evitar la marginalización, estigmatización y discriminación de las personas y favoreciendo un equilibrio entre las acciones de seguridad ciudadana, salud pública, derechos humanos y reconstrucción del tejido social.

Por su parte, los proyectos de la CICAD han incorporado igualmente este enfoque en su diseño y marco de ejecución, brindando una mirada amplia a los determinantes sociales en cada contexto y profundizando en todas las dimensiones de cada vínculo problemático con las drogas. Así lo reflejan los contenidos y enfoques de asistencia técnica y capacitación que se impulsan sobre alternativas al encarcelamiento y otros abordajes claves en materia judicial y penal, en los objetivos del programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA) que ha acompañado este evento, así como en las estrategias de prevención que se analizan o favorecen desde el área de Reducción de la Demanda y en las investigaciones del Observatorio Interamericano de Drogas.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas saluda, por tanto, esta nueva publicación que sirve de articulación entre la dimensión más política e institucional de la integración social en materia de drogas y las prácticas existentes, que nos conectan a la realidad del problema y a su complejidad en los diferentes países.

SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA CICAD/OEA
Washington D.C., noviembre de 2015

INTRODUCCIÓN

El Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas se celebró los días 11 y 12 de diciembre del año 2014 en la ciudad de Valdivia, Región de Los Ríos (Chile), constituyéndose en un importante referente para promover procesos de integración social en el hemisferio sur. A través de una amplia convocatoria internacional y un cuidadoso proceso de análisis y selección de casos e investigaciones, el evento reunió a 34 especialistas de siete países: España, Argentina, Uruguay, Colombia, Perú, Brasil y Chile. El encuentro posibilitó la discusión desde la diversidad de territorios, de experiencias y de enfoques, sobre la complejidad del consumo de sustancias y relevó la integración social como una de las principales perspectivas, herramientas y estrategias para lograr cambios determinantes y sostenibles en las personas, familias y grupos con vinculaciones problemáticas a las drogas.

Conscientes del impacto que la exclusión social genera en las condiciones de vida de las personas, ya sea como causa o consecuencia del consumo abusivo y dependiente de drogas, se plantea entonces que avanzar hacia la integración constituye una preocupación no solo técnica, sino un imperativo ético de toda intervención social en estos contextos. A su vez, exige el desafío permanente y sistemático de revisar las líneas de acción en el ámbito de la prevención, tratamiento e integración social que se ejecutan para enfrentar el fenómeno.

El propósito del seminario fue generar un análisis profundo sobre el trabajo en la línea de integración social y su relación con el consumo de drogas y otros vínculos problemáticos. En este espacio se revisaron las bases conceptuales, los modelos y las prácticas como una manera de orientar el diálogo y contribuir a la elaboración de respuestas necesarias, cada vez más pertinentes y consecuentes con los diagnósticos y las exigencias del problema.

La alianza entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), la Universidad Austral de Chile (UACh) y la Fundación Tierra de Esperanza (FTdE) generó el escenario propicio para dar continuidad a encuentros previos. En los años 2012 y 2013 se iniciaron enriquecedores debates que no solo corroboraron el interés por el tema, también revelaron la calidad de las experiencias existentes, su potencial para ser difundidas y la motivación por profundizar la reflexión especializada entre academia, profesionales, técnicos, responsables y tomadores de decisiones de la política.

Así, las instituciones organizadoras –con el patrocinio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública a través de la Intendencia de la Región de Los Ríos y de la Ilustre Municipalidad de Valdivia– llevaron adelante el Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas.

Pensado como una instancia de socialización, propusieron en este seminario, en primer lugar, visibilizar la integración social como temática emergente, que requiere de debate no solo de la política en cuestión, sino de las prácticas concretas que han intentado –de manera parcial o total– dar respuestas contextualmente situadas en el tema. En segundo lugar, el seminario planteó la necesidad de generar conocimiento que contribuyera a disminuir la escasez de evidencia en este campo y favoreciera la toma de decisiones prácticas en el diseño e implementación de intervenciones o en la construcción y gestión de las políticas sobre drogas en los diferentes países.

Por último –en objetivos que pueden parecer locales, pero que son vinculantes de toda experiencia exitosa, indistintamente de donde esta se desarrolle–, el seminario se propuso sensibilizar e integrar al intra e intersector en una discusión amplia, con participación e involucramiento de diversas instituciones públicas de Chile. En este proceso, la propuesta fue descentralizar la discusión. Distante a más de 800 kilómetros de la capital de Chile, la ciudad de Valdivia es un polo de desarrollo cultural e intelectual que, además de su gran belleza natural, se caracteriza por el prestigio de sus instituciones de educación superior. Estas condiciones fueron ideales para favorecer el intercambio colaborativo, profundo y reflexivo durante el seminario.

La combinación de actores en el equipo organizador sirvió de marco institucional para un intenso trabajo entre universidades, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas: SENDA es la entidad del Gobierno de Chile encargada de la elaboración de las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por consumo de estas sustancias; la Universidad Austral de Chile es una universidad con vocación de servicio público y 60 años de existencia en la región sur del país; mientras que la Fundación Tierra de Esperanza es una organización sin fines de lucro creada el año 1997 para contribuir para que niñas, niños y jóvenes en situación de vulnerabilidad potencien sus fortalezas para el ejercicio pleno de sus derechos. Asimismo, el respaldo brindado por la CICAD/OEA y las autoridades regionales de Valdivia permitió la proyección internacional del evento desde una perspectiva de compromiso local, que es el nivel más inmediato en el que se realiza la política y se concretan las respuestas al consumo problemático de drogas.

El programa del Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas se planteó el desafío de revisar el estado del arte, los avances a nivel regional y territorial y el cruce transversal de tres ámbitos comunicantes entre sí: el análisis y desarrollo de la política, la consideración de experiencias que reflejan buenas prácticas y la investigación académica aplicada.

Organizado bajo la modalidad de conferencias centrales ampliadas y mesas temáticas, el seminario contó con expositores especialistas, entre ellos estuvo: el asesor subregional en Salud Mental para Sudamérica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Hugo Cohen; el jefe de la Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva (España), Alfonso Ramírez de Arellano; el investigador del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Juiz de Fora (Brasil), Telmo Mota Ronzani; Pedro Paulo G. de Bicalho de la Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil) y Jaime Muñoz de la Fundación Tierra de Esperanza. La participación de la entonces directora de SENDA, Lidia Amarales, y del secretario ejecutivo de la CICAD/OEA, embajador Paul Simons, dieron a su vez el respaldo técnico y político a los objetivos del evento, ratificados en la Declaración de Valdivia que fue suscrita y presentada al cierre de la jornada.

La convocatoria a expositoras y expositores de América Latina y España para presentar sus proyectos tuvo dos orientaciones: por un lado, experiencias y buenas prácticas y, por otro lado, investigaciones. El llamado a la línea de experiencias y buenas prácticas se organizó en cinco ejes: 1) contextos de vulnerabilidad social y consumos de sustancias; 2) trabajo con poblaciones específicas (migrantes, pueblos originarios y personas en situación de calle, entre otras); 3) experiencias de integración social con población adulta; 4) experiencias de integración social con adolescentes vulnerables, y 5) experiencias de integración social con familias o personas cercanas a usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas.

En la línea de investigaciones, el llamado se organizó en cuatro ejes: 1) revisiones bibliográficas o documentales sistemáticas vinculadas a la integración social o al consumo problemático de sustancias; 2) estudios de percepción de usuarios, profesionales o población en general; 3) análisis críticos o metanálisis de política o prácticas en la temática, y 4) análisis comparativos entre diferentes modelos comprensivos o de intervención en integración social o consumo problemático de sustancias.

Cerca de 300 asistentes de distintas partes del país –entre estudiantes, profesionales de áreas técnicas o de investigación– contribuyeron en los diálogos de cada mesa temática, hecho que resaltamos en la estructura de esta sistematización, reconociendo también la dificultad de trasladar a un escrito la riqueza y la pluralidad del debate. Este documento puede ser un insumo que, a modo de guía de consulta, oriente a personas interesadas a identificar instituciones, actores y temas en desarrollo.

La primera parte de este libro presenta las tres ponencias principales del seminario. La segunda parte contiene un resumen de los trabajos seleccionados para cada mesa y una breve introducción a cargo de las personas que moderaron donde se destaca la dinámica de intercambio con el público. En la última parte se expone la reflexión que sintetiza los aspectos abordados y define el enfoque de integración social y drogas propuesto por este seminario.

En esta parte también se presenta la Declaración de Valdivia que –junto con delimitar el alcance y entendimiento sobre integración social, exclusión y drogas– reconoce avances e identifica desafíos pendientes. En este documento los firmantes establecen además, desde sus distintos ámbitos de competencias, compromisos claves en la tarea de avanzar hacia la integración social de personas, familias y grupos con vinculaciones problemáticas a las drogas.

Primera Parte
PONENCIAS PRINCIPALES

LA INTEGRACIÓN SOCIAL. UNA MIRADA EN POSITIVO

Alfonso Ramírez de Arellano

Unidad de Prevención Social de la
Diputación de Huelva (España)

Psicólogo. Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva
y Fundación ATENEA, España.
Correo: alforama2218@gmail.com

Esta ponencia está basada en el texto *Coaching para adictos. Integración y exclusión social*¹ y en el análisis de centenares de planes locales de drogodependencias.

Siempre es difícil resumir un libro en unas cuantas palabras, pero si las que forman su título están bien elegidas –¡ojalá!– y son acompañadas con imágenes que las ilustren –gracias al buen hacer de un excelente profesional como Carlos García–, tal vez consigamos nuestro objetivo. Por eso vamos a concentrarnos en cuatro conceptos. Los dos primeros, podemos decir que forman parte de un binomio: qué entendemos por integración y por exclusión social aplicadas al mundo de las adicciones, pero también al contexto más amplio de las sociedades en las que vivimos, cuyos ciudadanos acaban formando parte de las categorías de integrados, vulnerables y excluidos por las más diversas razones, de las que las drogodependencias forman parte.

Posteriormente revisaremos qué entendemos por adictos o adicciones, también en este caso en el contexto más amplio de la dinámica entre la autonomía y la dependencia en la que todos participamos o, dicho de otra manera, que atraviesa la vida de todas las personas desde que nacen hasta que mueren; y que si me apuran, van un poco más allá, porque las tendencias y las estrategias con las que afrontamos estas dialéctica se heredan individual y generacionalmente. Una herencia que puede rastrearse genéticamente, no lo dudamos, pero que nosotros estudiamos como proceso educativo y cultural.

Finalmente nos concentraremos en los procedimientos que empleamos para mejorar la integración de las personas. El *coaching* es un proceso de acompañamiento que ayuda a las personas a alcanzar sus objetivos. La palabra en mi país sigue estando muy ligada a una práctica que se aplica principalmente a profesionales y empresarios a los que en principio no se les suponen graves problemas de exclusión. Generalmente se trata de una actividad remunerada que se desarrolla entre particulares mediante un contrato privado, pero muchas técnicas educativas y psicoterapéuticas han comenzado así para luego generalizarse mediante su incorporación al elenco de servicios que ofrece la administración pública. Me gusta la idea porque es aplicable a todas las personas, como la rehabilitación o la psicoterapia. No se trata de una metodología especial para pobres, marginados o excluidos.

1. Texto disponible de forma gratuita en: <http://fundacionatenea.org/?p=3623>

Confiamos en que reflexionando sobre cada uno de estos cuatro conceptos seremos capaces de ofrecer una visión general de la integración y la exclusión social de las personas que padecen alguna forma de dependencia, que al fin y al cabo somos todos.

LA INTEGRACIÓN SOCIAL, UN PROCESO POSITIVO

Al concepto salud le ha costado mucho librarse de una definición negativa -la ausencia de enfermedad- para adquirir un contenido más positivo como necesidad básica relacionada con el bienestar físico, psicológico y social.

Mantener un estilo de vida saludable es algo más que no estar enfermo. Con la integración social ocurre igual. La integración no puede ser simplemente lo contrario de la exclusión. La integración social es una necesidad básica relacionada con las expectativas y la calidad de vida. La dimensión social forma parte de la identidad del ser humano, de tal manera que no es posible su completa realización sin una integración social satisfactoria.

Una revisión metanalítica del 2010 sobre relaciones sociales y riesgo de mortalidad, concluye que la calidad de la red social personal es tan determinante en la mortalidad de las personas como el tabaco y el alcohol, y más que el sedentarismo o la obesidad.

Todos somos relativamente competentes y relativamente deficitarios en este campo. Todos podemos hacer algunas cosas para mejorar o mantener nuestra salud y nuestro grado de integración. Debemos considerar la integración sociolaboral como una variable continua, en ningún caso discreta. Es decir, la integración social es una variable que puede adoptar un número ilimitado de valores intermedios. En este sentido, debemos huir de la idea de una integración dicotómica (que se tiene o no se tiene). Nuestra tarea como científicos es descubrir y describir cuáles son los factores de riesgo y de protección más relevantes, y cómo podemos influir sobre ellos.

La integración social es un proceso multidimensional en el que influyen muchos factores: la renta, la formación, el empleo, el uso del ocio y del tiempo libre, la actitud proactiva respecto al aprendizaje, la percepción de autoeficacia, las habilidades sociales y de gestión emocional, la asertividad, un umbral alto de tolerancia a la frustración, las relaciones familiares y la calidad de la red social (el capital social y el apoyo social). También influyen las características de la comunidad en la que vivimos: si vivimos en el medio rural o urbano, en el centro o en un barrio, el tipo de barrio, su carácter más o menos acogedor, los servicios públicos de que dispone, las políticas locales de integración, entre otros, y por supuesto, los factores macroeconómicos y la política socioeconómica.

Los factores son muchos y de diversa índole, por lo que vamos a agruparlos en cuatro categorías: **individual, relacional, comunitaria y macrosocial**. En la primera podemos incluir las capacidades y déficits que residen en el individuo; las fuerzas y debilidades relacionadas con la formación, el empleo, las habilidades sociales y de gestión emocional, la actitud proactiva respecto al aprendizaje, etc. La segunda categoría, al tratarse de un concepto interactivo, incluye factores que dependen del sujeto y del medio próximo, como la red social, el capital social y el apoyo social. Los factores de la tercera categoría (comunitaria) dependen del lugar dónde se vive, la accesibilidad de los recursos, percepción social, estigmas y prejuicios, actitud de los MCS, del asociacionismo y del voluntariado respecto a la integración social activa. La cuarta -macrosocial-, depende de factores macroeconómicos y sociopolíticos como la política fiscal, laboral, económica, educativa, de servicios sociales, etc. del país. Cada una de estas categorías implica una estrategia diferente de intervención para mejorar la integración social, tal y como se recoge en el capítulo 5 del libro mencionado.

¿Cómo se relaciona este proceso de incorporación social con el campo de las drogodependencias? Podemos ponerlo en relación con los otros dos elementos clásicos de la tríada: prevención, asistencia e integración social. La prevención (la promoción de la salud) y la integración social se dan la mano en muchos puntos, como el fomento del ocio saludable, la formación, la mejora de la empleabilidad, la mejora de la red social, la adquisición de habilidades sociales y el entrenamiento en gestión emocional.

Respecto a la asistencia, desde la óptica de la integración, el **itinerario personalizado de incorporación**² es lo que cobra centralidad frente al resto de elementos, que pasan a ocupar un lugar subordinado (incluidos los aspectos relacionados con el tratamiento). Algo que, por otra parte, sintoniza con los deseos de las personas tal y como ellas los expresan: "Quiero dejar las drogas para recuperar a mi familia y tener un trabajo".

LA EXCLUSIÓN

El abordaje de la exclusión en Europa y en España se ha enfocado excesivamente como un problema relacionado con determinados colectivos: discapacidad, inmigrantes, minorías étnicas, personas sin hogar, adictos y la variable transversal de género. Se han diseñado programas, servicios y prestaciones específicas para cada colectivo. Se ha llegado a la situación absurda de necesitar saber a qué colectivo se pertenece para saber de qué recursos se dispone.

Es cierto que determinados problemas afectan a unos colectivos más que a otros: los adictos se ven muy afectados por problemas de salud física y mental y de tipo judicial; entre el 70% y el 80% de los presos en España cumplen penas por motivos relacionados con las drogas y más del 50% padece problemas de patología dual; los discapacitados y la tercera edad sufren más problemas por barreras físicas; y los inmigrantes y gitanos son los que se sienten más discriminados.

En general, las áreas relacionadas que pueden verse afectadas por una adicción son similares a las que pueden verse afectadas como consecuencia de una discriminación étnica, una discapacidad o la falta de hogar (educación, empleo, vivienda, estigma, acceso a los servicios, salud, expectativas de vida, etc.). Lo mismo puede afirmarse sobre las medidas que se pueden adoptar para mejorar la integración social respecto a cada una de ellas. Mejorar la formación, la empleabilidad, las habilidades sociales, la motivación, la gestión emocional, la red social, el capital social, las prestaciones, entre otras.

Sería más lógico que el sistema de protección de la exclusión estuviese organizado según la gravedad (vulnerabilidad/ riesgo de exclusión/ exclusión) y no según la pertenencia a un colectivo. A tal efecto se ha diseñado un nuevo indicador que sirve para designar a la persona en riesgo de pobreza o exclusión (ERPE) que va más allá de la renta (renta + privación material severa + baja intensidad de trabajo por hogar).

En este indicador se considera renta inferior al 60% de la media nacional; privación material severa (PMS) cuando se carece de cuatro o más de los siguientes elementos por hogar: teléfono, TV. color, un coche, una semana de vacaciones, pagar alquiler, calentar la casa, una comida de carne o equivalente tres veces por semana, hacer frente a gastos imprevistos.

Baja intensidad de trabajo por hogar (BITH) tiene que ver con las jornadas laborales de las personas en edad de trabajar en el hogar. Estas se puntúan como (1) si es completa, (0,5) si es media, y así sucesivamente. Luego se suman y se dividen por el número de personas en edad de trabajar.

Cualquier persona puede padecer uno o más factores de exclusión en momentos determinados de su vida (las adicciones son uno de ellos), y todas las personas deberían tener derecho a acceder a un sistema de protección social universal. Dicho sistema, siendo universal, debería estar a disposición de todos los ciudadanos aunque sea más utilizado por quienes más lo necesiten, como ocurre con el sistema sanitario. El único colectivo al que deberíamos pertenecer es al de ciudadanía, siempre que el Estado garantice los derechos sociales como garantiza los del capital.

2. El itinerario personalizado de incorporación sociolaboral (IPI) es, a la vez, el procedimiento y el resultado de la aplicación de las metodologías mencionadas, basadas en la colaboración, el asesoramiento, la consulta, el apoyo y la toma de decisiones de forma colegiada entre la persona y el profesional.

LA EXCLUSIÓN COMO FENÓMENO SOCIAL

Si tomamos distancia del fenómeno que estamos observando, dejaremos de ver solo individuos, familias y comunidades, para contemplar sistemas sociales, países, regiones económicas, etc., con sus propias características y reglas de funcionamiento.

La necesidad de potenciar los activos sociales individuales podría hacernos creer que la exclusión social es el resultado de la suma de los déficits individuales, pero desde este nuevo observatorio las cosas se ven de otra manera. Observamos sociedades excluyentes y sociedades integradoras y podemos comprobar cómo el propio funcionamiento del sistema produce zonas de exclusión física y social. Desde este nuevo punto de vista, la exclusión se percibe como un fenómeno social y a los individuos como elementos condicionados por el funcionamiento del sistema.

No se trata solo de mitigar los déficits o aumentar las capacidades del individuo, también se trata de construir sociedades más integradoras. Por eso es importante el modelo de desarrollo, el modelo de sociedad que está detrás de las políticas: ¿la integración como una competición por el éxito personal y la exclusión como fracaso individual, o se trata de un fenómeno social con raíces sociales? ¿De quién es el fracaso frente a la exclusión, del individuo o la sociedad? ¿Qué elementos de política social son relevantes para que una sociedad sea integradora?

Un dato importante es el porcentaje del PIB que el país destina a gasto social. En 2008 la media de la Unión Europea fue de 27,02% mientras que en España fue de 20,80%. La pobreza se correlaciona normalmente con la desigualdad y las sociedades más desiguales son las que presentan más exclusión y son más regresivas fiscalmente. El porcentaje de personas en el umbral de la pobreza en España no se ha modificado en los últimos quince años y ahora, con la crisis, ha aumentado. La pobreza severa ha pasado del 3,5% en 2006 al 7% en 2014.

En el caso de España, es muy importante poner el acento en invertir las tendencias estructurales generadoras de exclusión. Estas tendencias han sido resumidas por el Tercer Sector de Acción Social (TSAS) en seis grandes retos: demográficos, asociados a la educación, asociados al mercado de trabajo, a la cohesión territorial, a la distribución espacial de la pobreza y a las políticas sociales y de protección social. El TSAS propone un pacto de Estado en torno a un plan de inclusión transversal e integrado que vaya más allá de los servicios sociales.

¿EXISTE UNA METODOLOGÍA DE LA INTEGRACIÓN? EL *COACHING* Y ACOMPAÑAMIENTO

Cuando se estudian las metodologías empleadas en incorporación social, el enfoque que prevalece es el que podríamos denominar como *psico-socio-educativo*, aunque cada cual pone el acento en uno de los tres campos. Desde el ámbito de las drogodependencias autores como J. Funes y E. Raya han desarrollado el concepto de acompañamiento, que en síntesis se parece al del *coaching*: un proceso de asesoramiento personalizado que combina la búsqueda de recursos propios, la reflexión sobre las barreras personales y la adquisición de determinadas habilidades instrumentales.

En el fondo de ambos procedimientos laten los planteamientos de C. Rogers, pero cuando en el proceso de exclusión se ha producido un daño y un deterioro psicológico importante, son muy útiles las recomendaciones de los autores relacionados con la indefensión aprendida y la resiliencia, como B. Cyrulnic, A. Antonovsky o M. Seligman. Todos ellos insisten en la importancia de crear un marco de confianza y aceptación, valorar el desempeño y animar a aprender/explorar.

ADICCIONES

¿Qué puede aportar la experiencia profesional con drogodependientes y adictos a la integración social y a la lucha contra la exclusión? Superar una drogodependencia o una adicción va más allá de librarse de la tiranía de una sustancia o de un comportamiento repetitivo; implica un proceso de crecimiento personal que amplía la consciencia de uno mismo y aumenta las posibilidades de elección. Hace a las personas más libres y responsables.

Implica luchar contra la dependencia en sus más variadas expresiones: como rasgo de personalidad, como estilo de vinculación, como dependencia de un comportamiento o una sustancia, como formas de alienación y sumisión, como modo de mutua dependencia, codependencia y, en el sentido contrario, como forma de desarrollar una mayor autonomía y autodeterminación.

Cuando una persona adicta solicita ayuda en un servicio para mejorar su incorporación social, se establece una relación entre esa persona y quien presta el servicio, la que puede basarse en la dependencia o en la autonomía. Si pudiéramos representar esas relaciones sobre una gráfica en un plano, en el eje vertical estarían las relaciones de obediencia y dependencia, mientras que en el eje horizontal estarían representadas las relaciones de cooperación entre iguales. Según esta geometría de las relaciones, el proceso de acompañamiento para la incorporación social implica desarrollar una propuesta de relación horizontal.

Gran parte del trabajo consiste en pasar de la verticalidad de la dependencia a la horizontalidad de la colaboración, lo que suele ir acompañado de un crecimiento personal en el usuario y de una generalización del aprendizaje a otros campos y a otras relaciones. Una de las formas que adquiere la relación con más frecuencia es la que podríamos denominar como de obediencia con protestas e incumplimientos.

La experiencia de trabajo en (drogo) dependencias puede ser muy útil en los más diversos programas de rehabilitación: personas con discapacidades físicas y psíquicas, mujeres maltratadas, personas con problemas de salud mental, personas sin hogar, problemas de pareja, porque en todas ellas está presente la dinámica autonomía/dependencia.

CONCLUSIONES

La dialéctica entre autonomía y dependencia es una dinámica que atraviesa la vida de todas las personas. Necesitamos de los demás y necesitamos ser nosotros mismos. Todos tenemos que establecer un equilibrio dinámico entre ambas necesidades en cada etapa de la vida. Necesitamos ser autónomos para sentirnos libres, pero a su vez, la dependencia puede ofrecer seguridad y ciertos beneficios secundarios.

Somos dependientes durante nuestros primeros años, es probable que lo seamos durante los últimos y, seguramente, lo seremos en algún otro tramo de nuestra vida. La posibilidad de la dependencia siempre está presente en nuestras relaciones aunque sea de manera latente. Pero convertirse en adulto significa alcanzar cierto grado de autonomía. Solo desde ella se pueden establecer relaciones basadas en la cooperación, la colaboración y la negociación que implican un modo de satisfacer necesidades entre iguales, entre personas libres y responsables.

Las adicciones son, entre otras cosas, una exageración de nuestras inclinaciones por la dependencia y la seguridad. Son patológicas, pero nos recuerdan a todos nuestra particular batalla entre libertad y seguridad, nuestro delicado equilibrio, nunca concluido, entre autonomía y dependencia.

LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS. EL ROL DE LOS PROFESIONALES¹

Telmo Mota Ronzani*
Pollyanna Santos da Silveira**

Universidad Federal de Juiz de Fora (Brasil)

*Magíster en Psicología Social (UFMG). Doctor en Ciencias de la Salud (Unifesp). Posdoctorado en Alcohol y Drogas (University of Connecticut Health Center y USP). Investigador del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF) y del Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Alcool e outras Drogas (CREPEIA/UFJF), Brasil.

Correo: tm.ronzani@gmail.com

**Licenciada en Psicología. Magíster en Psicología, con énfasis en el proceso Psicosocial y Salud. Doctora en Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de São Paulo. Coordinadora y profesora del Centro de Referência Regional de la Universidad Federal de Juiz de Fora (CRR/UFJF), Brasil.

En la antigua Grecia los criminales eran marcados con cuchillos o hierro para identificar su incapacidad para la convivencia social, esta marca fue llamada estigma. El individuo que tenía un estigma era desacreditado, desmoralizado y rechazado socialmente. Esta práctica puede considerarse como una manifestación conductual del proceso más general de estigmatización, o el acto de marcar un individuo como portador de una característica negativa tan desmoralizante que impide otras visiones del individuo, reduciéndolo solo a lo que la marca significa.

El concepto de estigma social sin embargo, tiene su principal marco teórico en el clásico ensayo de Erving Goffman, *Estigma: notas sobre la identidad deteriorada*, publicado originalmente en el año 1963. El autor propone una definición de estigma social, como una marca o un signo que designa el portador de un estado deteriorado y por tanto, menos valorizado que las personas "normales", transformándose en incapacitados para la interacción social plena. El proceso de estigmatización sería entonces una forma de categorización social a través de la cual identificar selectivamente un atributo negativo considerado desviante de la norma y que compromete la identidad social del portador por completo en una situación de interacción social.

Los procesos de estigmatización poseen un sustrato sociocultural y son parte de actitudes con respecto al objeto estigmatizado. Por otra parte, las actitudes son formadas por una organización duradera de creencias, cogniciones y afectos positivos o negativos contra una situación social. En este modelo de comprensión de actitudes, por tanto, debe entenderse que los tres componentes están presentes de forma articulada, interdependientes y relacionados, e insertos en el contexto social. En esa concepción, de forma general, la estigmatización es mantenida o formada por medio del componente cognitivo de las actitudes (creencias) que predisponen a determinados comportamientos o sentimientos sobre una situación estigmatizada.

Debe entenderse entonces que las creencias son formadas y principalmente mantenidas por la percepción -lo que presenta un fuerte aspecto social y crea un direccionamiento atencional para determinados aspectos de percepción.

1. Texto preparado para ser usado en la sistematización del Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas, complementado desde los artículos originales: *Reduzindo o estigma entre usuarios de drogas. Guia para profissionais e gestores*. Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto y Pollyanna Santos da Silveira. http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf. *Estigma e suas consequências para Usuários de Drogas*. Pollyanna Santos da Silveira, Rhaisa, Gontijo Soares, Ana Regina Noto, Telmo Mota Ronzani. *Estigma social sobre o uso de álcool*. Telmo Mota Ronzani, Erikson Felipe Furtado. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(4):326-332.

De esa manera, las creencias actúan entre la percepción de un determinado objeto (grupo) y la representación del objeto en sí, provocando una situación social que influye o da significado a la relación de respeto de esa percepción, llevando a los individuos a tener una tendencia clasificatoria o de rotulación hacia otras personas.

Las creencias pueden ser alteradas por algunos de los aspectos de las actitudes descritos arriba o por el cambio de algún aspecto social. Las actitudes y conductas son resultado de las experiencias de las personas y de las actitudes corrientes o normas sociales. La formación de las mismas responde a procesos dinámicos y contextuales, socialmente producidos, donde influyen fuerzas históricas.

Un estigma es una construcción social que representa una marca que da a su portador una desvalorización en relación con otros miembros de la sociedad. Ocurre en la medida en que los individuos son identificados a partir de alguna característica indeseable y, a partir de eso, discriminados y desvalorizados por la sociedad. Ese tipo de estigma es llamado estigma social o público.

La percepción del estigma ocurre en la medida que el usuario se torna consciente de las visiones negativas que las otras personas de la sociedad tienen sobre el uso de drogas. Esa percepción puede desanimarle a buscar servicios de tratamiento ante la tentativa de evitar ser visto como parte de un grupo estigmatizado. Más allá de eso, como una consecuencia directa de la percepción del estigma, los usuarios pueden pasar a concordar con esa visión negativa de la sociedad y aplicar los estereotipos negativos a sí mismos, lo que se denomina estigma internalizado.

El estigma internalizado es un proceso subjetivo que hace que los usuarios de drogas intenten esconderse de otros para evitar las experiencias de discriminación. Las consecuencias de ese proceso son extremadamente perjudiciales.

El estigma público, a su vez, implica la etiqueta, estereotipo, pérdida de estatus, discriminación y situación de poder. Esta etiqueta trae como consecuencia una simplificación de las características individuales, ciertas expectativas para el comportamiento compatible y el desconocimiento de las características que no son compatibles.

Los usuarios de drogas sufren constantemente los efectos perjudiciales de procesos de estigmatización. Consecuencias como la pérdida de autoestima, restricción de las interacciones sociales y perspectivas limitadas de recuperación influyen negativamente el tratamiento. Además, las informaciones engañosas transmitidas por la falta de conocimiento sobre los trastornos hacen que los usuarios de drogas sean temidos o vistos como incapaces de recuperarse. Asimismo, sufren con la desconfianza, los estereotipos negativos, la discriminación y el estrés.

Dependiendo de la extensión del daño del proceso de estigmatización, existen tres estrategias básicas para reducir sus efectos: educación, protesta y contacto.

Contacto representa una estrategia que tiene en su base algunas contradicciones. Por un lado, hay evidencia de que el contacto con condiciones estigmatizantes aumenta el rechazo. Por otro lado, algunos estudios han demostrado una fuerte asociación de esta estrategia con afán de disminuir la distancia social en relación con personas con trastornos mentales, lo que ha generado respuestas emocionales más positivas y menor discriminación. El contacto ha resultado ser una herramienta eficaz para reducir el estigma. Debe incluir un estado de igualdad, de cooperación e interacción.

Algunas formas de **protesta** se han configurado como iniciativas exitosas con respecto a presión pública por una mejor protección legal para personas con trastorno mental. Algunos autores destacan el programa NAMI que ha protestado contra las representaciones estigmatizantes en los medios de comunicación a lo largo de Estados Unidos. En Alemania, una alianza de personas con trastornos mentales ha implementado el programa Simplemente, activo en varias áreas, incluyendo campañas de protesta mediante alertas por correo electrónico, programas de educación en academias de policías y escuelas, educación para medios, exhibiciones de arte realizadas por personas con enfermedad mental, y otras actividades culturales. Existen otras iniciativas exitosas en Nueva Zelanda, donde Como mentes promueve la participación activa de personas con trastornos mentales en acciones locales, regionales y nacionales; y en Australia, está el SANE, una campaña nacional activa desde hace 20 años y particularmente exitosa en la educación de periodistas y medios de comunicación para combatir los mensajes estigmatizantes.

Algunos autores sostienen que las estrategias de protesta son eficaces para reducir las imágenes públicas negativas sobre la enfermedad mental, pero el impacto de esta estrategia en la reducción de los prejuicios aún no está muy clara. En Brasil, no son comunes iniciativas de esta naturaleza, pero es posible encontrar algunas de las asociaciones de amigos y miembros de familias en condición social estigmatizante que buscan representar a estas personas en la lucha por sus derechos.

Sin embargo, en un intento por disminuir el estigma, debemos considerar que la falta de información o la información incorrecta puede resultar en miedo, hostilidad e ira. Otros autores señalan que el contenido de las estrategias antiestigma dirigidas a la **educación**, con el fin de obtener un cambio de actitudes de comportamiento público, deberían enfocarse en las causas de la salud, mostrando, sobre todo, que personas estigmatizadas no pueden ser responsabilizadas del surgimiento de estos problemas. Esta estrategia incluye, por ejemplo, la entrega de información de diferentes maneras, como libros, videos, programas, folletos y cursos cortos, para aumentar los conocimientos sobre cierta condición, con el fin de promover un mejor juicio de la situación. Como limitación debe considerarse que muchas formas de educación solo despiertan interés en personas que tienen algún conocimiento previo de la enfermedad, es decir, solo llega a los que ya están de acuerdo con el mensaje.

Por otra parte, el impacto del estigma público tiene relación con el aislamiento social, la baja adherencia a las intervenciones y tratamientos de personas con problemas de salud, la pérdida de empleo, aumento de deseo de distancia social, entre otros. Dentro de las condiciones estigmatizantes más conocidas se destaca el trastorno mental, la homosexualidad, la situación de los grupos étnicos minoritarios y los usuarios dependientes de sustancias. En este último punto, el uso de las drogas y el cruce con la cultura -que puede concebir un uso religioso o terapéutico- pone dificultades y desafíos a su abordaje.

En Brasil, el uso de crack es discutido en términos de si definirlo como una epidemia o como una consecuencia de la exclusión social. El 40% de los usuarios de crack vive en las calles; un 6,4% se dedica a actividades ilícitas, es poliusuario y la usa un tiempo promedio de 8 años. No obstante, un 80% manifestaría intenciones de tratarse.

Dentro de las creencias relacionadas a la dependencia de sustancias se encuentran la peligrosidad, debilidad de carácter, impredecibilidad, inmoralidad, auto responsabilidad y que no vale la pena gastar dinero para el tratamiento.

La posición de la Organización Mundial de la Salud en el año 2014 pone énfasis en que la mirada prohibicionista y punitiva hacia los usuarios no está aprobada, sino la protección y la salud pública. Entiende la adicción a las drogas como resultado de los contextos sociales y pone énfasis en la cohesión y la rehabilitación de los consumidores, situándose contra la visión criminal del usuario. Además, destaca la importancia de las intervenciones basadas en la evidencia y la garantía de los derechos humanos. La reducción de daños es vista como una de las posibilidades de intervención; todo en favor de la libertad del individuo frente a la humillación, la coerción y el estigma.

Uno de los aspectos que interfiere directamente en la falta de cuidado de dependientes de alcohol u otras drogas es el estigma, que hace que los usuarios sean vistos como peligrosos, violentos y únicos responsables de su condición. Diversas razones pueden justificar la estigmatización del uso de drogas por parte de los profesionales de la salud, incluido el hecho de que muchas veces el consumo de drogas no es visto como un problema de salud, sino como falta de carácter, haciendo que se le atribuya al usuario la responsabilidad y la solución del problema. Tal postura restringe las posibilidades de tratamiento y acceso para personas que presentan problemas con el uso de drogas. El estigma y la discriminación afectan negativamente la calidad de los servicios prestados, pudiendo constituir una barrera para la búsqueda de ayuda, más allá de limitar el acceso y la utilización de los servicios.

Algunos ejemplos de creencias estigmatizantes en el escenario de los servicios de salud: "los usuarios de drogas son culpables de su condición; los usuarios de drogas son moralmente frágiles; los usuarios de drogas no tienen fuerza de voluntad; los usuarios de drogas pueden ser violentos; los usuarios de drogas son peligrosos".

Es importante planificar acciones de reducción del estigma entre los consumidores de drogas como estrategia para mejorar la calidad de la atención y garantizar los derechos humanos. Estas acciones deben centrarse en los usuarios, profesionales responsables del cuidado y la sociedad en general.

POLÍTICAS DE DROGAS, EXCLUSIÓN Y DERECHOS HUMANOS. EL CASO DE BRASIL¹

Roberta Brasilino Barbosa*
Pedro Pablo Gastalho de Bicalho**

Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil)

*Licenciada y magíster en Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), Brasil.

Correo: robertabrasilino@gmail.com

**Psicólogo. Magíster y doctor en Psicología. Profesor del Programa de Posgrado en Psicología del Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), Brasil.

Correo: ppbicalho@ufrj.br

¿QUÉ ES EL CRIMEN? INCRIMINACIÓN Y CRIMINALIZACIÓN

La problematización de la comprensión del crimen pasa por entender que los problemas de violencia urbana, delincuencia y seguridad pública han sido tratados como realidades únicas por la prensa y las autoridades. Olvidan que la violencia urbana no se limita a la delincuencia y a la sensación de inseguridad en las ciudades, sino que abarca otros factores: la violencia criminal es solo la punta del iceberg.

La problematización de lo que comprendemos del crimen requiere, por lo tanto, considerar que cuando hablamos de conducta humana desviada es posible pensar en el último grado de la conducta criminal. El desvío es una producción jurídica y de subjetividad cuya interpretación depende de la forma o las miradas de comprender el tema del crimen.

La criminología positivista busca una causa explicativa de la criminalidad fundada en un paradigma etiológico, es decir, la concibe como un fenómeno natural, causalmente determinado, dejando la tarea de explicar sus causas al método científico. El crimen es entendido como una realidad en sí, como desvío y enfermedad de una sociedad establecida como orden o cuerpo social. Tanto la definición de orden -oriunda de una tradición racionalista-, como la noción de cuerpo social -oriundo de una concepción biológica-, entienden el crimen como un elemento exterior y nocivo para el funcionamiento social. Las reacciones para pronosticar y controlar las actitudes criminales son inmediatas y se encauzan mediante políticas de control social -tanto políticas criminales como de seguridad pública- que centralizan su atención en torno a la idea de "desviado", que no encuadra en modelos, valores e ideas para la mantención de determinada configuración social.

1. Texto preparado para ser usado en la sistematización del Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas, complementado desde los siguientes artículos originales: **Drogas e responsabilidades ético-política da psicologia**. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho y Roberta Brasilino Barbosa. *Insegurança e produção de subjetividade no Brasil contemporâneo*. Jefferson Cruz Reishoffe y Pedro Paulo Gastalho de Bicalho (Fractl: Revista de Psicologia, v. 21 - n. 2, p. 425-444, Maio/Ago. 2009)

Las corrientes de criminología crítica (no positivistas) buscan entender el crimen como algo complejo, efecto de una multiplicidad de cruces (sociales, culturales, políticos, raciales, etc), entendiendo que las políticas de control social definen las conductas desviadas (y no al contrario, como lo piensa el positivismo) como procesos de criminalización que caracterizan a determinada clase de sujetos como criminales en potencia o como clientela privilegiada del sistema penal, aportando los caracteres políticos e ideológicos como mecanismos de control social.

La relación entre norma, transgresión y castigo adquiere forma en los procesos de incriminación y de criminalización. En el primero de ellos se evidencia de manera secuencial la prevención, investigación, juzgamiento y ejecución. Mientras que el proceso de criminalización incluye normativización, normalización, estigmatización y corrección.

El proceso de captura de identidades trae mecanismos de segregación (separación de las formas de existencia, en el que solo 'se es apto', la culpabilización (producción de referencias, que subjetivamente son comparadas y cuestionadas) e infantilización (retiro de autonomía y potencial de autonomía para ser y estar).

Investigadores señalan en sus estudios que la droga se está usando como instrumento del 'gobierno de la vida' cuando se promueve el confinamiento del traficante, para categorizar formas de existir que de alguna manera están en contacto con las drogas. Todas las explicaciones (del crimen) cumplieron -y aún hoy siguen cumpliendo- un papel político e ideológico en los enfrentamientos que se desarrollan en las sociedades y en la formación del aparato de control social y dominación política.

Bajo el manto del flagelo de la droga, se ha emprendido en Brasil una escalada de criminalización de poblaciones que viven en las favelas, identificados como el foco principal del tráfico de las drogas y difusoras de violencia en la ciudad.

EL EVENTO: EL ASESINATO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

El tema de la vinculación entre el crimen y las drogas en Brasil muestra un incremento en el número de presos condenados cuyos casos involucran el tema de drogas, un aumento significativo en el encarcelamiento de mujeres, una alta tasa de detenciones, prisión preventiva y el asesinato de gente de la calle.

Registros del sistema de información sobre la mortalidad del Sistema Único de Salud (SUS), muestran un verdadero mapa de la violencia hacia el año 2012. Estos indican que entre 1980 y 2010 hubo un incremento de 259% de homicidios en Brasil; mientras que entre julio de 2010 y agosto de 2012 ocurrieron cerca de 80 asesinatos de habitantes de calles en Maceió. Esto parece indicar que las vidas son eliminables.

Los medios de producción mediática (o de prensa) también presentan estos acontecimientos: "después de nueve asesinatos en 2010, MP sospecha de escuadrón de la muerte de personas sin hogar en Maceió" (Uol Noticias, 22/07/10); "¿Exterminio o drogas? la muerte de personas sin hogar es el fantástico tema de hoy" (Alagoas 24 horas, 22/11/10); "Personas en situación de calle: 83% de los delitos son motivados por drogas" (Alagoas 24 horas 22/11/10); "Muertes de personas sin hogar están vinculadas a las drogas, dice policía en Alagoas. Son criminales que se están matando unos a otros" (Folha de São Paulo, 23//11/2010).

Datos del Instituto para la Seguridad Pública, agencia vinculada a la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Río de Janeiro, muestran que más de diez mil personas murieron en enfrentamientos con la policía entre 2001 y 2011, comparando algunos investigadores esta cifra con las de desaparecidos en el período de dictadura militar y el gran número de muertes ocurridas por la resistencia.

El número de policías que perdieron la vida también es alarmante. Según datos recogidos por la subsidiaria brasileña de la *British Broadcasting Corporation* (BBC Brasil) junto con los gobiernos estatales, un policía fue asesinado por cada cuatro ciudadanos muertos (por estos mismos) en el año 2013, lo que indica más de mil personas muertas por policías y 319 bajas de estos en 22 estados. Aunque los números apuntan a que la mayoría

de los asesinatos se produjeron sin la presencia policial, los especialistas alertan que en esas situaciones los policías son reconocidos y por eso muertos. ¿La integridad física y moral está siendo garantizada a partir de estas acciones contra el tráfico de drogas?

En Brasil, se ha observado la necesidad de ponderar la cuestión de los usuarios internados. En cuanto a acciones armadas en espacios urbanos segregados, ambos mecanismos muestran que las actuales políticas brasileñas contra las drogas son de carácter complejo. Esto implica, por ejemplo, apuntar a las relaciones diferenciadas que estos usuarios mantienen con sustancias psicoactivas, que van desde su uso hasta la dependencia. Estudios permiten demostrar que la mayoría de los consumidores no son dependientes y que la dependencia a sustancias químicas no debe ser considerada únicamente en grado médico un trastorno crónico e irreversible. El tratamiento más eficaz y menos costoso –que se debe aplicar solo a los usuarios dependiente y no a todos los usuarios– debe estar basado en un modelo ambulatorio, centrado en la reducción de daños (reducción de los riesgos relacionados con el consumo) y no en la abstinencia.

VIOLACIONES DE DERECHOS HUMANOS

Con la Constitución de la República, algunos principios generales del derecho civil, como el principio de dignidad humana, fueron transferidos al texto constitucional, demostrando el protagonismo adquirido por los seres humanos. Esto obliga a un constante y desafiante juego entre valores fundamentales y los espacios comunes de la libertad.

Cuando se trata de drogas, es común el uso de los derechos humanos como un argumento importante que legitima el ataque al que se considera como la causa de muchos males. En otras palabras, se entiende que luchar contra las drogas es una acción que se realiza en nombre de los derechos humanos, no solo de los usuarios sino de toda la población, puesto que las sustancias que adquieren la condición de drogas, son naturalmente responsables de la degradación de los humanos. Muchos de quienes defienden la política de drogas en vigor en Brasil –basada sobre todo (y casi exclusivamente) en la internación obligada de personas en situación de calle y combate al comercio en los barrios pobres–, basan sus argumentos en la importancia del respeto a la dignidad humana a partir de la observación del principio de integridad física y moral.

Los marcos legales, tratados internacionales y convenios en los que Brasil es un país signatario, las leyes 10 216/2001 y 11 343/2006, directrices aprobadas en conferencias nacionales, y recomendaciones de los consejos nacionales están a la base del plan **Es posible vencer el crack**.

Recientemente se observó un fenómeno que adquirió proporciones nacionales: el uso de drogas, específicamente crack (sustancia psicoactiva de bajo costo, derivado de la cocaína), asumió un carácter legitimador de internación forzada por el poder ejecutivo y judicial. Bajo el argumento que se trataba de una epidemia, un número de personas de la calle, la mayoría de ellos usuarios de crack, fueron obligados a recibir tratamiento contra la dependencia química, tratamiento necesariamente basado en la abstinencia de la sustancia y la restricción de la libertad. Otros fueron recogidos y llevados a refugios ubicados en zonas distantes de los centros de la ciudad, algunos de ellos fueron objeto de denuncias ante el ministerio público.

A partir de la Ley 10 216/01, es posible afirmar que cualquier hospitalización médica aplicada como tratamiento para la dependencia química necesita un informe médico detallado que atestigüe su importancia frente a la pérdida de la autodeterminación del sujeto. La pérdida de la autodeterminación implica incapacidad para juzgar lo que sucede alrededor de ellos y no la incapacidad para controlar la decisión de usar o no la droga.

Tanto la ley de drogas de Brasil (11 343/06), como un anteproyecto que pretende modificarla (37 PLC), y las políticas de internación/reunión de población en situación de calle usuaria de crack, son potentes en el análisis, en la lógica dicotómica que marca la diferencia entre usuarios y traficantes y de las consecuencias que vienen de esa diferenciación. Ejemplo de eso puede verse en la exaltación de la importancia del tratamiento para los usuarios, mayoritariamente apuntando a políticas de internación de los mismos.

¿POR QUÉ DERECHOS HUMANOS?

Esta confrontación ha derivado en variadas violaciones. Ha generado una banalización del argumento sobre la droga como una epidemia; internaciones compulsivas como estrategia de limpieza social; negación del principio del Servicio Único de Salud (SUS) de participación y negación del derecho del usuario en la construcción de políticas y en la intervención en su propio tratamiento. Ha generado la continuidad y avance del proceso de reforma psiquiátrica como un modelo de atención secular, asilar y marcado por la reducción de daños, con financiamiento público de instituciones de pago.

El mayor peligro de la delincuencia no es el crimen, sino la posibilidad de que su enfrentamiento se esté convirtiendo en delito, transformando expectativas de una parte de la sociedad en procesos de criminalización, orientada a aquellos clientes habituales de la selectividad penal. La historia de la pena es más violenta que la historia del crimen.

Segunda Parte

Experiencias e Investigaciones sobre Inclusión Social, Exclusion y Drogas

MESAS DE TRABAJO

CAPÍTULO 1

MODELOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN INTEGRACIÓN SOCIAL

PRESENTACIÓN

Víctor Martínez, moderador

CICAD/OEA (España)

Ing. M.S. en Planificación del Desarrollo. Coordinador de proyectos de la CICAD/OEA y administrador del programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA), España.

Correo: vmartinez@oas.org

Sitio web: www.oas.org/cicad/savia

Construir política pública de naturaleza social o desarrollar modelos aplicados, a partir de un enfoque o práctica concreta, como la que hoy evaluamos en integración social y drogas, puede plantear diferentes grados de desafío para los países, dependiendo de las características de sus marcos legislativos, la orientación estratégica de su desarrollo y la particular organización político administrativa de las funciones de Estado. Pero si esta política requiere, además, de la necesaria convergencia o alineamiento de diferentes sectores y competencias para la superación de un problema, cuya reconocida multidimensionalidad demanda adecuados y eficaces niveles de coordinación intersectorial e interinstitucional, en lo estratégico, en lo operativo y en lo presupuestario, la tarea resulta, sin duda, especialmente exigente y compleja para cualquier legislador, responsable o gestor público que la asuma.

Con este mismo convencimiento también se advierte, sin embargo, que no será posible avanzar o consolidar logros en torno a este enfoque de integración social, si no se profundiza en su definición y no se logra incorporarlo como elemento orientador de la política pública y uno de los ejes fundamentales de la estrategia de drogas de cada país, reflejándolo en sus planes e instrumentos rectores. Es por ello que esta mesa de trabajo ha querido servir de entrada y

marco de referencia para las experiencias, modelos, investigaciones y propuestas que se están presentando y debatiendo, las cuales deben tener anclaje en las políticas sobre drogas, intentando reflejar el estado del arte y las exigencias para avanzar en este esfuerzo desde diferentes niveles de gestión pública y perspectivas de análisis. En tal sentido, esta mesa logró convocar el interés de la gran mayoría de funcionarios y responsables institucionales que participaron en el evento, entre otros asistentes.

La organización del seminario consideró importante que en este espacio de discusión concurriesen varios niveles de gestión político-institucional, a través de los cuales se configura y se proyectan las políticas. Primeramente, el de las redes de organizaciones de la sociedad civil en drogodependencias representadas en este caso por la RIOD¹, las cuales han sido impulsoras iniciales de los abordajes en integración social y en las cuales se ha concentrado hasta ahora buena parte de la práctica en esta materia en el hemisferio. Seguidamente, el de las entidades de gobierno local o subnacional que trabajan los temas de adicciones, reflejadas en la experiencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba, Argentina. Y, finalmente, el de las autoridades nacio-

1. Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en Drogodependencias.

nales de drogas, a través de las responsables de las áreas o departamentos que trabajan en integración e inserción social en dos países de la región –Uruguay y Chile– que han logrado conformar unidades de trabajo estables en este campo.

Javier Martín, director de la RIOD, abrió el debate con una presentación desde la perspectiva del trabajo que despliegan las organizaciones de la red y los aprendizajes alcanzados en varios contextos de intervención. Hizo un repaso de antecedentes y de algunos paradigmas en torno a la exclusión, la pobreza y las drogas, poniendo el énfasis en la lucha contra la desigualdad. Resaltó como aprendizaje el que la integración o incorporación social se vea ahora presente en todo el proceso de abordaje del problema drogas, pasando de modelos centrados en programas preventivos y terapéuticos a una visión más comprensiva del desarrollo humano integral de la persona, y enfocando la necesidad de incidir en el entorno social en aquellos contextos de mayor vulnerabilidad. Finalmente, contrastó el desarrollo del tema, experiencia y capacidades entre Europa y América Latina, poniendo en valor la diversidad y potencialidades identificadas en esta última, para cerrar con el enunciado de algunos principios como filosofía de trabajo.

El subsecretario de Prevención de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Provincia de Córdoba (Argentina), Juan Carlos Mansilla, intervino con una detallada presentación del modelo de Centros de Integración Social (CIS). Estos centros, implementados desde esa subsecretaría a nivel provincial, son dispositivos orientados a la atención de problemáticas sociales prevalentes bajo un enfoque de derechos y ciudadanía, teniendo como ejes la territorialidad, la intersectorialidad y la integralidad de las actuaciones. Expuso además el perfil sociodemográfico de la población atendida y algunas características claves sobre niveles y perfiles de consumo y grado de adhesión, además de los resultados de las intervenciones realizadas durante el año 2014, con más de mil personas atendidas, provenientes de barrios, centros educativos y otras entidades. La adaptación de cada centro a las características del contexto que atiende y a los aliados existentes en cada territorio, es una de las particularidades en la implementación de dicho modelo.

La coordinadora del Departamento de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas del Uruguay, Rosina Tricánico, presentó los principales rasgos del modelo uruguayo, el cual parte de una visión integral del fenómeno de los consumos problemáticos de drogas.

Bajo un enfoque multicausal y multidimensional, el modelo uruguayo busca promover cambios tanto en la persona como en el entorno social al que ella pertenece, definiéndolo como un proceso de construcción colectiva, con un rol protagónico de la persona, pero basado en redes y alianzas establecidas en cada ámbito mediante convenios institucionales. El modelo incentiva intervenciones complementarias que cuenten con el acompañamiento local de un referente educativo laboral con formación en drogas, quien colabora para personalizar las propuestas de atención y favorecer su gradualidad y la articulación de esfuerzos. Se destacó que el modelo ya ha sido objeto de una primera evaluación, demostrando una adecuada eficiencia y sin crear una estructura muy pesada de funcionamiento. La ampliación de la red de alianzas, con mayor involucramiento del sector empresarial, surge como una exigencia para crear entornos de empleo más protegidos para los itinerarios de reinserción social.

Finalmente, la jefa del Área de Integración Social de SENDA (Chile), Francisca Oblitas, expuso los antecedentes y líneas de desarrollo de la política pública sobre integración social y drogas en el país (Chile Integra), partiendo de las definiciones básicas y describiendo las condiciones fundamentales que orientan a los diferentes programas. Estas condiciones son: procesos bidireccionales de adecuación entre la persona vinculada problemáticamente a las drogas y la sociedad o entorno al que pertenece; la posibilidad de tener una participación plena en todos los espacios sociales, y la equiparación de oportunidades, derechos y responsabilidades. Seguidamente, describió las dinámicas, sistemas y servicios de apoyo que estructuran el modelo, incidiendo en los ámbitos específicos de la habitabilidad (vivienda), la intermediación y orientación sociolaboral, la organización de redes para acceder a oportunidades de capacitación, participación, etc. Este esquema se concreta en los territorios mediante procesos que articulan las necesidades de integración social diagnosticadas en los centros con la oferta regional o comunal (municipal) de recursos en cada ámbito o sector. A su vez, este esquema constituye el modelo de gestión regional de la estrategia de integración impulsada desde SENDA.

La introducción y el debate posterior a las cuatro presentaciones de esta mesa permitieron un acercamiento al potencial y a los desafíos que plantea cada uno de estos niveles de gestión o gobernanza en el desarrollo de modelos y políticas públicas en integración social y drogas, además de hacer aportes concretos a la definición consensuada sobre el tema.

COMPARACIÓN DE LOS MODELOS DE INSERCIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EUROPA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Javier Martín Nieto

RIOD (España)

Máster en Dirección y Gestión de Entidades sin Ánimo de Lucro de la Universidad Autónoma de Madrid. Director de RIOD, España
Correo: dirección.riod@gmail.com Sitio web: www.riod.org

La Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencia (RIOD) convoca a organizaciones de América Latina y España y fue constituida el año 1999. Según estatutos tiene entre sus fines: "desarrollar programas de educación, salud e inclusión social y fomentar la educación para el desarrollo como medio para luchar contra situaciones de exclusión o discriminación". Gran parte de las ONG integradas en la RIOD trabajan hace décadas en el ámbito de la inserción, desarrollando programas, elaborando documentos o creando grupos de trabajo. Entre ellas están: Fundación Paréntesis de Chile; FONGA de Argentina; El Abrojo de Uruguay; Lua Nova de Brasil; Corporación Surgir y Corporación Viviendo de Colombia; Venezuela Libre de Drogas de Venezuela; CEDRO de Perú; Casa Abierta de República Dominicana; UNAD, Proyecto Hombre, Fundación Atenea, Cáritas y Cruz Roja de España, entre otras. Actualmente agrupa a 44 ONG de 16 países, donde algunas de esas ONG son además redes y plataformas. Así, RIOD agrupa a cerca de 400 ONG de 25 países y dos continentes.

Dentro de sus temas de trabajo se encuentra la exclusión social. Al respecto, se identifica como necesario situar los análisis sobre inserción en el ámbito desde donde este se realice: estructura gubernamental, academia u organizaciones de la sociedad civil. También se asume que no existe una definición consensuada sobre el concepto de exclusión social o cualquier otro que se utilice: incorporación (lograr que alguien se sienta parte de la comunidad en la que vive), inclusión, reinserción, etc.

Dada esta situación, RIOD se propuso un proyecto sobre inserción con varios objetivos: buscar una definición de consenso basada en la sencillez; analizar la terminología más adecuada y consensuada; analizar la bibliografía y las experiencias sobre incorporación desarrolladas desde la sociedad civil organizada; y comparar de una manera crítica los modelos europeos y de América Latina de inserción, destacando los puntos fuertes de ambos y ofreciendo recomendaciones para estrategias, planes, programas y actividades futuras en esta área de intervención. De esta manera, la pregunta sobre la que giró el estudio fue: ¿cuáles son las características de los modelos de inserción para personas con problemas de drogas que imperan en Europa y en América Latina desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil?

Como resultado, se evidenció que existe una amplia y variada bibliografía sobre inserción, elaborada por entidades sin ánimo de lucro de América Latina y Europa. Allí se abordan cuestiones conceptuales y metodológicas, pero también se analizan y evalúan programas, proyectos y actividades. Las ONG han diseñado estrategias, planes, programas y proyectos; han ejecutado programas y han evaluado sus resultados con el fin de mejorar la eficacia

y la eficiencia de sus intervenciones. Todos los países reconocen disponer de estrategias y planes de inserción, pero organizaciones de la sociedad civil de los mismos no siempre afirman que esas estrategias o esos planes existan. La diferente perspectiva permite descubrir carencias en el modelo.

La inserción está presente en la mayoría de los documentos oficiales elaborados por los organismos internacionales, pero existe poca traslación entre esos documentos y los planes de actuación de los gobiernos. Existe un consenso latente entre las organizaciones de la sociedad civil de Europa y América Latina sobre conceptos básicos de la inserción; esto implica aspectos conceptuales, metodológicos y de análisis de las causas de los problemas de exclusión social, así como también de las características que deben tener las estrategias inclusivas y de fomento de la inserción.

A modo de conclusiones, se puede decir que existe una propuesta básica sobre inserción, nacida desde la perspectiva de la sociedad civil organizada; una propuesta que implica trabajar en una doble dirección: por una parte, sobre la persona en situación o riesgo de exclusión social y, por otra, sobre la comunidad para incrementar los procesos de inclusión social.

América Latina y Europa han tenido y tienen modelos de inserción diferenciados, que tienen que ver con los diferentes entornos socioeconómicos e históricos y con la diferente importancia del trabajo comunitario en cada región. Hoy se busca, desde la sociedad civil, una convergencia de ambos modelos aprovechando los puntos fuertes de cada uno de ellos y adaptando sus características a cada entorno. Desde la perspectiva de la sociedad civil, ninguna persona fracasa en su proceso de incorporación sociolaboral, lo que fracasa son los programas, las políticas y las instituciones.

La llamada economía social es una herramienta fundamental para incrementar la inserción, pero sobre todo para reducir la exclusión social. Las políticas públicas son imprescindibles para construir sociedades más inclusivas y estas deben abordarse como políticas de Estado, no como políticas de gobierno, entendiendo que Estado es –además del gobierno– la sociedad civil organizada, las universidades y los municipios, entre otros actores.

Las ONG no deben limitarse a ser ejecutoras de programas de inserción incluidos en estrategias y planes elaborados por los gobiernos; estos deben elaborarse conjuntamente entre gobiernos, ONG, universidades y otros agentes sociales. Trabajando únicamente sobre el individuo es imposible incrementar los niveles de inclusión social; son necesarias intervenciones de carácter social, económico, de sensibilización y, por supuesto, de carácter político.

CREACIÓN Y DESARROLLO DE LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Juan Carlos Mansilla

SEPADIC (Argentina)

Psicólogo. Subsecretario de Prevención de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Provincia de Córdoba (SEPADIC). Fundador y director (1989-2009) de la ONG Programa Cambio. Director del Centro de Estudios en Adicciones de la Universidad Museo Social Argentino.
Correo: juanenlinea@gmail.com
Sitio web: www.programacambio.org

La Subsecretaría de Prevención de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Provincia de Córdoba (SEPADIC) es responsable de la coordinación de acciones en prevención, asistencia, reinserción social y promoción de políticas públicas sobre consumo problemático de drogas.

En el año 2013, la Subsecretaría diseñó e implementó un tipo de institución de intervención intra y extramuros: los **Centros de Integración Social** (CIS), de los cuales a la fecha existen cuatro en la provincia. Estos no solo se definen por los servicios que ofrecen, sino también por la intervención que desde allí se hace en la comunidad y la relación bidireccional que mantiene con ella. Sus objetivos se establecen por los emergentes sociales que plantean mayor recurrencia en la comunidad y que carecen de respuesta adecuada, que resultan en el consumo problemático de drogas, violencia social y familiar con enfoque de derechos en la niñez, adolescencia y familia. Los distintos CIS hacen énfasis en problemáticas diversas, según el territorio donde se instalen.

Los CIS apuntan a diversificar la oferta asistencial, preventiva y de promoción de políticas públicas, que hasta antes de la creación de estos carecía de material didáctico contextualizado a la realidad social local. La reinserción social se instrumentaba de manera universal, sin distinguir especificidades y necesidades propias del colectivo de consumidores. La reducción de daños era implementada por organizaciones de la sociedad civil y sin desarrollo del ámbito estatal en el área. Ni municipios ni comunas contaban con planes o programas que orientaran las acciones; la diversidad de paradigmas redundaba en un obstaculizador para las intervenciones.

En dos años de existencia, los **Centros de Integración Social** han desarrollado intervenciones evaluadas positivamente. En el área asistencial, a través del trabajo de orientación familiar, creación y ejecución de programas para población de usuarios de drogas asistida desde el modelo socioterapéutico-educativo (niños - jóvenes - adultos). En el área de prevención, la creación de material didáctico preventivo contextualizado ha sido incorporada en el ámbito escolar; se ha potenciado la formación de líderes juveniles y vecinales para prevención comunitaria, y la implementación de programas en ámbito laboral.

En el área de reinserción, niños y adolescentes fueron revinculados a la escuela; población joven y adulta fue acompañada educativa, social y económicamente en la concreción de microemprendimientos. En el área de

capacitación y generación de políticas públicas, se promovió desde estos centros la capacitación en intervención breve en adicciones y se desarrollaron políticas locales en prevención o asistencia.

Dentro de los resultados de la que esta experiencia puede dar cuenta, se encuentra que en el área de asistencia y reinserción social la adherencia al tratamiento alcanza un 48%, entendiendo que son por lo menos tres entrevistas sucesivas que debe tener el consultante recién ingresado. El programa Despegar (del área de reinserción social) lleva cinco cohortes de jóvenes -con 40 integrantes cada curso- que culminaron el proceso, habiendo el 68% de ellos comenzado con un microemprendimiento laboral. Tenemos una revinculación escolar de un 75% para los adolescentes que inician ese proceso.

En lo referido a prevención, trabajamos desde los Centros de Integración Social con programas como la *Guía de Intervención Escolar*, habiendo capacitado a los 50 supervisores del nivel medio y 30 del nivel primario de la Provincia de Córdoba. Con los programas Vivir la Escuela, de entrenamiento a docentes en consumos problemáticos, alcanzamos a 1240 docentes coordinadores de 80 localidades. El objetivo fue desmontar la perspectiva estigmatizadora y expulsiva sobre el alumno experimentador o abusador de sustancias y entender el papel de acompañamiento institucional en este tipo de situaciones.

Con el programa Pásala Bien, se trabajó con 750 líderes juveniles en un programa con el modelo de par a par, relacionando el trabajo de los centros con las cooperadoras escolares. También se inició el trabajo de prevención en el ámbito laboral a través del programa Trabajo por mi vida, en el cual interviene como contraparte la Confederación General del Trabajo de Córdoba. Los talleres se desarrollan en los CIS y lugares de trabajo con una población de 80 líderes gremiales capacitándose y aplicando el programa.

El programa Cuido mi Barrio alcanza a la población barrial en situación de vulnerabilidad, llegando a 17 barrios de la ciudad de Córdoba y teniendo a los **Centros de Integración Social** como espacio de capacitación y autoconvocatoria barrial. En lo referido a promoción de políticas públicas, se trabaja con el programa Municipios en Acción II, donde se llegó a comprometer al 45% del total de municipios.

En definitiva, mediante estas áreas de trabajo en los Centros de Integración Social se ha logrado un cambio en el discurso sobre el consumo de drogas, pasando a ser menos estigmatizador en las instituciones y la comunidad, aunque esto todavía debe evaluarse. Las alternativas asistenciales en prevención y reinserción social se enfocan desde la integralidad y ganaron en accesibilidad territorial y estratégica.

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO URUGUAYO DE INSERCIÓN SOCIAL

Rosina Tricánico

Junta Nacional de Drogas (Uruguay)

Licenciada en Sociología de la Universidad de la República.
Coordinadora del Departamento de Inserción Social.
Correo: rtricanico@presidencia.gub.uy

La Estrategia Nacional de Drogas 2010–2015, formulada el año 2011 por el Departamento de Inserción Social, tuvo el cometido de crear estrategias y programas orientados al incremento de los activos sociales en educación, cultura y empleo, así como la reducción de vulneración asociada al consumo problemático de drogas. Los ejes del trabajo son: la inserción o reinserción educativa de los usuarios en procesos de tratamiento; la inclusión laboral en coordinación con empresas y organismos del Estado, empresas privadas y la sociedad civil; y trabajar en los dispositivos de baja exigencia, buscando incrementar los activos sociales de los usuarios de drogas, desarrollando programas integrales que conjuguen las estrategias de inserción social con la prestación de un repertorio de herramientas de reducción de daños, atención y tratamiento en el marco de una atención sanitaria integral.

En el avance del tiempo, se ha podido ver que se ha instalado en la red nacional de tratamiento la concepción de inserción social como parte integral de estos; se ha consolidado un modelo en constante revisión, conformado con la participación de actores públicos y de la sociedad civil; se ha puesto en diálogo permanente a técnicos e instituciones de ámbitos de tratamiento, la educación, capacitación laboral y economía social. En su marco se vienen desarrollando experiencias en los centros regionales y nacionales de carácter residencial, centros ambulatorios, dispositivos comunitarios y de baja exigencia. En un breve período de tiempo más de 500 personas en tratamiento participaron en las diferentes propuestas y se han generado políticas nacionales con la plasticidad suficiente para adecuarse a características locales.

Desde una perspectiva de derechos humanos, que ubica al otro como protagonista de su proceso, la intencionalidad es trabajar hacia la deconstrucción de la identidad centrada en el consumo y el encuentro con modelos identitarios alternativos, la habilitación de la posibilidad de nuevos aprendizajes y recorridos sociales, el fortalecimiento de las redes personales y el acceso a redes sociales. De esta manera, se ha logrado consolidar un modelo de inserción social como parte integral del tratamiento.

El modelo incluye en la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO) a los equipos articuladores de inserción social por medio de los dispositivos **Ciudadela**, un proceso de derivación en profundidad a través de talleres para la inserción social y un abanico variado de propuestas con diferentes niveles de exigencia:

deportivas, artístico culturales, de revinculación a la educación formal, habilidades para la vida, competencias laborales, capacitación laboral y empleo protegido.

Dentro de las actividades que se realizaron están: las mesas de inserción social, espacio mensual de diálogo y articulación entre organizaciones sociales, del Estado y privados; la implementación de dispositivos de evaluación y derivación, equipos articuladores de inserción social (para la recepción, orientación y derivación de las personas en tratamiento por el uso de drogas a las diferentes oportunidades de inserción); los talleres de orientación para las trayectorias personales de inserción social (para profundizar el conocimiento de las personas y realizar una derivación adecuada y oportuna, trabajando sobre intereses y potencialidades para la integración social); y propuestas específicas para personas en tratamiento que, en algunos casos, incluyó programas de capacitación e inserción social, pasantías laborales o apoyo personalizado.

También se desarrollaron oportunidades en planes y programas sociales con recursos humanos capacitados para trabajar con personas en tratamiento; el apoyo para la ejecución de proyectos de inserción desde la sociedad civil; formación de recursos humanos, y dos encuentros nacionales de inserción social, realizados en los años 2013 y 2014.

La consolidación del modelo implicó un proceso de diálogo y articulación interinstitucional que permitió el acceso de personas en tratamiento por consumo de drogas, teniendo como punto de partida el momento en que la persona contacta a un centro de atención o tratamiento y restablece el ejercicio de su derecho a la salud: primer paso a la restitución de una serie de otros derechos, como la educación, el trabajo y la cultura, entre otros.

MODELO CHILENO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Francisca Oblitas Valdés

SENDA (Chile)

Jefa del Área de Integración Social del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Chile.

Correo: aoblitas@senda.gob.cl

Sitio web: www.senda.cl

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias. Por ley, este organismo tiene como misión la ejecución de las políticas en el ámbito de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol; la ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y la elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol.

El **Área de Integración Social** viene implementando en cinco regiones del país una política pública que permita la plena inclusión social de personas afectadas por el consumo problemático de sustancias. Esta se basa en la premisa de que no existen personas que 'sobren o estén de más' y que es necesario generar formas de integración social más afirmativas para el desarrollo humano de personas, grupos, comunidades y de la sociedad en general. Para ello, existen cuatro líneas de desarrollo: programa de integración para personas adultas en tratamiento por consumo problemático de sustancias, programa de integración social para adolescentes en situación de vulnerabilidad y consumo de sustancias, reducción de la estigmatización de las personas con consumo problemático, y programa de integración social en contextos comunitarios.

El primero de los programas mencionados es el que se encuentra más consolidado. Está dirigido a personas adultas vinculadas a programas de tratamiento por consumo problemático y se sustenta en seis pilares: un marco conceptual, estructura programática, coordinación intra e interinstitucional (redes), asesoría y capacitación, presupuesto y evaluación.

En relación con el marco conceptual, este se configura en torno a tres grandes conceptos: **recuperación**, **exclusión** e **integración social**. **Recuperación** es entendido como el proceso de cambio a través del cual un individuo logra la abstinencia o una variación en el patrón de consumo, mejora su salud, su bienestar y su calidad de vida. Por otra parte, la **exclusión** es entendida como una construcción cultural de las sociedades donde un estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero. El estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador. El

prejuicio, a su vez, se entiende como el afecto o la evaluación negativa de un grupo; el estigma es la expresión y racionalización de un prejuicio. Por último, la discriminación se relaciona directamente con lo conductual; se trataría de la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión.

La **integración social** es un proceso de cambios mutuos tanto por parte de la propia persona como de la sociedad. Se trata entonces de permitir un efectivo ejercicio de derechos fundamentales, de permitir y reconocer la inmensa diversidad de las personas que se ven afectadas por la problemática de las drogas, reconocer sus trayectorias individuales, sus dinámicas y sus expectativas, promoviendo condiciones de mayor igualdad que permitan procesos inclusivos en esta diversidad y no por mera asimilación de un estado que otro define como deseable o necesario. Requiere como condiciones: constituirse como un proceso bilateral (persona afectada-sociedad) de acomodación mutua, la participación de todos los espacios sociales, y la equiparación de oportunidades, derechos y responsabilidades.

A partir de este marco conceptual se han derivado dos líneas de desarrollo programático estructuradas: por una parte, las herramientas metodológicas que buscan definir una serie de procedimientos para los centros de tratamiento; y, por otra, el desarrollo de dispositivos de apoyo a la integración social, definidos como servicios que se ubican fuera del quehacer del centro de tratamiento y que buscan equiparar oportunidades para la plena integración en distintos ámbitos. Las acciones buscan integrar en la diversidad y no por asimilación. Así, se entiende que no existe un ideal de persona integrada, sino que existe una pluralidad de vidas, contextos y caminos.

En el área de las herramientas metodológicas se establece que técnicamente es necesario comenzar, desde el inicio del tratamiento, con acciones que favorezcan la integración social. Por este motivo, se desarrolla un diagnóstico de integración social para evaluar necesidades, identificar fortalezas y obstáculos que faciliten o dificulten los procesos. Con este diagnóstico también se obtiene información pertinente para la construcción del plan de intervención individual que permita introducir actividades y acciones que contribuyan a una integración social efectiva de la persona.

Como una segunda herramienta está la habilitación en competencias para la integración social, asociadas a la comunicación, iniciativa, autonomía y manejo de situaciones que contribuyan al empoderamiento y mantención en el largo plazo de los logros alcanzados durante el proceso de tratamiento, que potencian el aprendizaje a lo largo de la vida. El portafolio de competencias para la integración social es un material con sesiones de talleres para fortalecer cada uno de los ámbitos anteriormente descritos.

Dentro de los dispositivos de apoyo a la integración social, las Viviendas de Apoyo a la Integración Social son una instancia transitoria orientada a facilitar el desarrollo de habilidades sociales y de convivencia para el logro de una vida independiente y autónoma, socialmente normalizada y plenamente integrada en su entorno familiar, laboral y social.

Por otra parte, la Orientación Sociolaboral se concibe como un proceso continuo dirigido a la inserción en el mercado laboral. Si bien la orientación no es la búsqueda de un empleo concreto, es el paso previo que le permitirá al usuario y usuaria encontrar por sí mismo un trabajo que le signifique gratificación y que se adecúe a sus necesidades y competencias. Este dispositivo tiene por objetivo disminuir las brechas existentes entre las personas usuarias de drogas y el mundo del trabajo, sea este un trabajo dependiente o independiente. Para ello se procede a la instalación de oficinas de atención y la contratación de profesionales denominados preparadores laborales, quienes tienen a su cargo liderar el proceso de orientación a través de la realización de intervenciones individuales y grupales.

Mediante la vinculación con las redes de apoyo se pretende coordinar toda la oferta pública y privada de oportunidades para la integración social, tanto a nivel regional como comunal. La idea es potenciar los recursos que posee un territorio y la creación de alternativas innovadoras para la resolución de problemas, dificultades o la satisfacción de necesidades de las personas que utilizan los programas de tratamiento.

CAPÍTULO 2

INTERVENCIONES EN CONTEXTOS DE ALTA EXCLUSIÓN Y VULNERABILIDAD

PRESENTACIÓN

Carmen Gloria Muñoz Muñoz, moderadora

Universidad Austral de Chile (Chile)

Doctora en Salud Colectiva. Académica del Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.
Correo: cgmunoz@uach.cl

Sin lugar a dudas, el trabajo que de manera transversal realizan instituciones del Estado y no gubernamentales con personas con consumo problemático de drogas, en contextos de alta exclusión social y vulnerabilidad, debe constituir uno de los escenarios más complejos y adversos de intervención en la medida que se ve atravesado por situaciones de pobreza, delincuencia o entornos sociales de riesgo o serio compromiso psicosocial. Así, definir estados de exclusión y vulnerabilidad presupone en sí mismo la dificultad para la integración social como norte.

El objetivo de esta mesa temática estuvo justamente en analizar experiencias de trabajo con poblaciones que, en distintas partes de Latinoamérica, se ven afectadas por consumo y a su vez (o en consecuencia) viven en situaciones de alta vulneración y exclusión social. Las experiencias seleccionadas para esta instancia nos permitieron oír de manera directa el relato de profesionales -actores claves de los desafíos para este tipo de trabajo- y, a través de ellas/os, la experiencia de la población beneficiaria y las comunidades en sí mismas.

La primera presentación, a cargo de Martha Lucía González Granados, trabajadora social y orientadora familiar, da cuenta del impacto de una alianza estratégica entre el Municipio de Palmiras y la ONG Cami-

nos (Colombia) para la ejecución de un plan especial de inclusión social como método para disminuir la incidencia de actos delictivos con medidas no punitivas. El resultado de la articulación de redes formales e informales para la integración social, así como la forma de operar en la búsqueda del restablecimiento de la credibilidad, la confianza para la conciliación y finalmente la reparación de conductas violentas en el pasado, constituye unos de los aspectos más interesantes a mirar y replicar.

Eduardo Vega, del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), dio cuenta del desarrollo de formas de emprendimiento social y productivo a través de actividades económicas lícitas, en una de las principales zonas de producción de coca y otras drogas cocaínicas del Perú. Apuntó así al tema de la empleabilidad y desarrollo laboral como uno de los principales ejes para la integración social. La experiencia de CEDRO permite identificar la relevancia de la alianza con redes empresariales y la colaboración internacional como un camino posible para el logro de este tipo de objetivos con personas usuarias de drogas.

Al Oeste Sumaré, experiencia que presentó Alexis Duarte de la Policlínica La Teja Barrial de Montevideo (Uruguay), puso énfasis en un trabajo centrado en la

empatía y la confianza que busca (re)construir vínculos ciudadanos, descentrando fenómenos de inseguridad y delincuencia como único foco de análisis y, por tanto, restableciendo relaciones comunitarias. El trabajo del dispositivo de tratamiento comunitario busca acercar los servicios de protección social, de salud, educación y laborales a quienes están regularmente más alejados de los mismos por situación de calle o, en general, por vulnerabilidad social asociada al consumo de drogas.

Complementando las experiencias previas, Nyree Gajardo y Javiera Erazo, profesionales del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), dan cuenta respectivamente del diagnóstico y acciones de coordinación para potenciar programas dirigidos a personas en situación de calle que se ejecutan en la Región Metropolitana, capital de Chile.

Los relatos expuestos nos permitieron una extensa ronda de discusión con el público asistente, predominantemente estudiantes universitarios y profesionales. La diversidad, distinciones y similitudes de las poblaciones beneficiarias fueron algunos de los ejes de debate, así como la necesidad de ajustar las políticas públicas a las distintas realidades y considerar las evidencias que emergen desde el trabajo directo con personas beneficiarias y sus comunidades.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA SOCIAL Y RIESGO DE VULNERABILIDAD

Martha Lucía González Granados

Corporación Caminos (Colombia)

Trabajadora social y orientadora familiar. Coordinadora del Programa de Intervención Psicosocial del Plan Especial de Inclusión Social (PEIS) del Municipio de Palmira, Colombia. Correo: gmartalu@hotmail.com

Corporación Caminos es una ONG con 40 años de experiencia en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, ubicada en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, con reconocimiento local, nacional e internacional. En Colombia opera como un Centro de Atención en Drogadicción (CAD), avalado por el Ministerio de Protección Social. Desarrolla programas de prevención en los ámbitos escolar, comunitario y laboral; y programas de tratamiento ambulatorio para jóvenes en fases de consumo dependiente y sociorecreativos. Actualmente, tiene convenio con la alcaldía del Municipio de Palmira para desarrollar el componente psicosocial del Plan Especial de Inclusión Social (PEIS).

Este plan surge en el año 2012 cuando el alcalde del Municipio de Palmira declara la existencia de una emergencia social en las comunas 1 y 2 de este municipio y ordena adoptar medidas para conjurar esta situación. La emergencia social se debía al alto índice de inseguridad, con presencia de sicariato, delincuencia común, consumo y expendio de sustancias psicoactivas, fronteras invisibles, pandillismo, extorsión, desescolarización de niños y adolescentes, desestructuración familiar y desempleo, entre otras problemáticas psicosociales. Con el tiempo, el programa se ha extendido a otras comunas igualmente vulnerables, tanto en zonas urbanas como rurales. Atiende a hombre y a mujeres de entre los 15 y 45 años y, a la fecha, los beneficiarios alcanzan a los 450 vinculados directos y 1800 indirectos.

El PEIS tiene cuatro áreas estratégicas. Una de ellas se desarrolla a través del programa **Nodos de Desarrollo Juvenil**, en el que hay dos líneas básicas de acción: intervención psicosocial y generación de ingresos mediante la creación de unidades de negocio y la preparación para el mercado laboral. Ambos componentes están articulados y para acceder a la generación de ingresos se debe mejorar la calidad de vida y el comportamiento psicosocial.

La intervención psicosocial incluye la identificación de los jóvenes de entre 14 y 30 años en situación de conflicto con la ley, que participan en actos delictivos, consumidores o expendedores de sustancias psicoactivas, integrantes de familias disfuncionales, con antecedentes penales, involucrados en delincuencia común y que son identificados por la comunidad como de alto riesgo para la seguridad y la convivencia ciudadana. En esta fase se cuenta con un equipo interdisciplinario de 15 profesionales conformado por psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, educadores, especialistas en familias y un abogado.

Esta identificación se desarrolla entrando en contacto con la comunidad, involucrándose en labores de calle con líderes formales e informales y con habitantes corrientes de cada sector. A través de estos contactos comunitarios se tejen lazos de confianza, reconocimiento y respeto que facilitan el apoyo, el diálogo, la conciliación, la resolución de conflictos y la mediación con otros actores sociales del conflicto, tanto al interior de las familias y del barrio como de otros sectores, así como con la administración gubernamental actual.

El equipo psicosocial desarrolla actividades individuales, familiares, grupales con jóvenes en conflicto y vulnerables, así como con la familia y con la comunidad. Se desarrollan jornadas de integración comunitaria, planeadas y lideradas por los jóvenes, con el objetivo de impactar a la comunidad con el programa y, de esta manera, darles credibilidad en sus deseos de cambio. Muchos se refieren a estas actividades como la oportunidad para que los vean hacer algo distinto al 'mal'. El programa consiste prioritariamente en generar varias estrategias para que los jóvenes reconozcan sus derechos, los ejerzan e identifiquen como están contribuyendo a la vulneración de los mismos con su propia actitud y estilo de vida, de tal forma que se empoderen en sus recursos internos y externos y aprovechen las oportunidades ofrecidas por el entorno.

Las acciones se focalizan en educación, recreación, salud, formación para el empleo, desarrollo de habilidades para la vida, habilidades parentales, orientación vocacional, acompañamiento ocupacional en el rol laboral y escolar. También se realizan talleres para los jóvenes y para las familias, conversatorios, proyecciones comunitarias, desarrollo de proyectos productivos, refuerzo escolar, asesoría legal a los jóvenes en conflicto con la ley y sus familias. Además, se organizan jornadas pedagógicas y actividades lúdico recreativas como ciclos de paseos, bailo terapia, juegos tradicionales, entre otros, y jornadas en salud oral y medicina general.

Se desarrollan actividades de gestión interinstitucional con instituciones públicas y privadas para la restitución de derechos en salud, educación, participación, ciudadanía y protección; actos simbólicos comunitarios para hacer acuerdos de paz, firmar pactos de convivencia y expresar gestos de reconciliación y justicia restaurativa; alianzas con empresas socialmente responsables para el proceso de selección y acompañamiento de los jóvenes para la (re)inserción laboral. Se realizó una entrega pública de armas de fuego y, de manera cotidiana, los jóvenes hacen procesos de entrega de armas blancas y de fuego -en la medida en que durante las múltiples actividades del programa a las que asisten están con sus cinco sentidos, lo que significa cero drogas y cero armas- como parte del proceso de convivencia pacífica que se concilia mientras logran reestructurar por completo ese estilo de vida.

Esta iniciativa ha permitido mejorar la percepción de la comunidad hacia los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, al margen y en conflicto con la ley, así como la percepción de los jóvenes hacia la comunidad y hacia las instituciones públicas y privadas. La calidad de vida de los jóvenes que tomaron la decisión de incluirse socialmente, con comportamientos proactivos y conciliadores con la comunidad, ha mejorado así como también la seguridad en estos sectores y en el municipio en general. La credibilidad ciudadana en la gobernabilidad actual ha mejorado, así como la credibilidad de los empresarios en los jóvenes con antecedentes penales. Lo anterior les ha brindado oportunidades, impactando la confianza de los jóvenes en las instituciones públicas y privadas.

Nodos de Desarrollo Juvenil, y en particular la intervención psicosocial, ha resultado una estrategia de impacto en la medida que existe articulación entre el Estado y el sector privado en pro de la comunidad excluida y menos favorecida, apostando a la confianza en el ser humano y su potencial de reedición de su historia de vida.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FAMILIAR INTEGRAL: MONITOREO DE UN PROYECTO DE INCLUSIÓN SOCIAL

Eduardo Vega Bazán

CEDRO (Perú)

Psicólogo del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), Perú.

Correo: evegabazan@cedro.org.pe

Sitio web: www.cedro.org.pe

CEDRO es una institución peruana que desde hace 28 años promueve el desarrollo y la legalidad a través de estrategias de educación, información y promoción de comportamientos saludables, vinculados al emprendimiento social y de empleo. Prioriza las líneas de acción frente a la problemática de las drogas ilegales (cultivo, producción, tráfico y consumo), así como frente a las drogas legales. Orienta su trabajo a la prevención e intervención temprana en escenarios de riesgo, desarrollando con la población alternativas sanas y dignas, fomentando la toma de consciencia y el empoderamiento de líderes con un enfoque democrático y sostenible.

La implementación del **Programa Educación Familiar Integral (PEFI)** contó con el apoyo económico de la Sección de Asuntos Antinarcoóticos y Aplicación de la Ley de la Embajada de EE. UU. en el Perú. El programa se estableció inicialmente para fortalecer la democracia y el estado de derecho a nivel local, mediante el fortalecimiento de capacidades de jóvenes mujeres y varones para emprendimientos sociales y económicos legalmente aceptables, en localidades rurales afectadas por la cadena de las drogas y la violencia en el Distrito de Monzón (Provincia de Huamalíes) y Provincia de Leoncio Prado, en la región de Huánuco. En estos sectores, tanto la población juvenil como los pobladores adultos estaban, por lo general, fuera del sistema educativo o con escasas posibilidades y oportunidades de formación laboral.

Para tal efecto, el programa desarrolló acciones de mercadeo social comunitario, implementando la formación de líderes en el marco de la legalidad y alentó la economía lícita. Esto significó que desde un inicio se trabajó para promover cambios en las condiciones sociales, culturales y financieras, de modo que se pudiera revertir el hecho de que Monzón y Leoncio Prado sean una de las principales zonas de producción de coca y drogas cocaínicas del país. Se ha ejecutado en dos etapas (entre agosto 2012 y julio 2013 y entre agosto 2013 y julio 2014), beneficiando a 450 jóvenes y 200 padres de familias en cada una de ellas. De modo indirecto, se estima que los beneficiarios han sido más de 4 mil jóvenes y mil padres de familias.

Las acciones de PEFI se realizaron a través de núcleos juveniles, a quienes se les capacitó en: reforzamiento de habilidades comunicacionales impresas y electrónicas; temas formativos de salud integral, legalidad y emprendimiento juvenil social y financiero, y pautas que les permitieran establecer redes con las autoridades. De modo paralelo se capacitaba a padres de familia en temas de emprendimiento laboral, a partir de la recuperación de materiales, de manera de establecer una orientación disuasiva respecto a la cadena del narcotráfico.

Los objetivos del programa han sido alcanzados en su totalidad, con participación activa de la población organizada. El proyecto pudo involucrar a líderes y lideresas representativas de las organizaciones e instituciones de la sociedad civil y del Estado. El programa diseñó y aplicó un sistema de monitoreo y evaluación riguroso que contribuyó en el cumplimiento de las metas proyectadas uno o dos meses antes de culminar el proyecto.

El Programa Educación Familiar Integral ha permitido mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria, tanto de padres como de adolescentes y jóvenes incluidos, en función de la incidencia política con las autoridades, incidencia organizacional, social y económica a partir de los emprendimientos juveniles. El engranaje de la incidencia política fue fundamental, pues al generar espacios de legalidad a partir de la instalación por parte del Ministerio Público y de la Fiscalía Provincial Mixta de Monzón, se permitió dar un paso formal y legal de la Provincia Huamalíes organizada. También contribuyó la presencia del Consejo de Ministros - mediante DEVIDA, para el control de insumos químicos-, para evitar el aumento de producción de pasta base de cocaína y, paralelamente, aplicar el Programa de Desarrollo Alternativo. Este último eslabón de incidencia económica, además de la reducción de cultivos de hoja de coca, permitió la promoción desde CEDRO de emprendimientos con ideas de negocios. El proyecto PEFI tuvo en la Embajada de EE. UU. y en las comunidades a las que se acompañó en su organización, sus mejores aliados.

De modo complementario, el programa ha motivado a los productores de café y cacao a formar asociaciones y comités de productores, quienes no solamente se han constituido en los agentes de la economía lícita que empieza a establecerse en el Valle del Monzón, sino además en sus respectivas provincias, favoreciendo que los ciudadanos se involucren y fortaleciendo la democracia a nivel local.

EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL SENDA – MIDESO: MEJORA DE ACCESO A LA OFERTA PROGRAMÁTICA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Javiera Erazo*
Nyree Gajardo**

SENDA (Chile) – MIDESO (Chile)

*Psicóloga. Gestora de calidad del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) de la Región Metropolitana, Chile.
Correo: jerazo@senda.gob.cl

**Trabajadora social. Asistente técnico del Ingreso Ético Familiar (IEF), Subsistema de Seguridad y Oportunidades del Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), Chile.
Correo: ngajardo@desarrollosocial.gob.cl

Actualmente, en capital de Chile en la Región Metropolitana existen diversos programas que dan servicios específicos a personas en situación de calle. Desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) existe una oferta psicosocial diseñada para acompañar a usuarios en situación de calle, con programas de apoyo psicosocial (Programas APS) que tienen como objetivo fomentar procesos de integración social para sus usuarios. Por su parte, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) financia tres programas clínicos de tratamiento para personas en situación de calle. Al igual que en MIDESO, estos **programas ambulatorios comunitarios de tratamiento** son ejecutados por organizaciones privadas, con las que se convenia la ejecución de estos tratamientos tras una licitación.

Este trabajo intersectorial surge a partir de un diagnóstico consensuado entre todas las organizaciones participantes respecto de las necesidades de las personas en situación de calle de prestaciones pertinentes al perfil de alta complejidad y cuya atención solo puede ser comprendida a partir de un trabajo en red, para entregar respuestas efectivas a esta población. Al momento de comenzar este trabajo intersectorial existía escasa coordinación entre las ofertas programáticas de SENDA y MIDESO, lo que impedía el acceso oportuno de las personas a aquellos programas diseñados para cubrir sus necesidades.

El trabajo intersectorial e interdisciplinario se desarrolló durante el año 2014 y se mantendrá en el tiempo. Se ejecutaron acciones de coordinación y se establecieron flujos de derivaciones entre programas, facilitando el acceso de las personas en situación de calle a servicios que eran necesarios para cada usuario. El trabajo permanente de coordinación y cooperación entre las organizaciones en un mismo caso permitió distribuir la carga de prestaciones, de manera de no duplicar acciones, y -en caso de consumo problemático o dependencia a drogas- hizo posible que las personas tuvieran acceso oportuno a tratamiento, dificultad prevalente en la población en situación de calle y que interfiere de manera relevante en los procesos de apoyo psicosocial.

Dentro de las acciones ejecutadas se encuentra la participación conjunta en la Mesa Nacional de Alcohol Barato, instancia generada por SENDA como resultado de acciones e investigaciones de los programas de tratamientos ambulatorios comunitarios, con el objetivo de evidenciar el deterioro cognitivo, conductual y físico de consumidores de este producto, principalmente en las personas en situación de calle. También se avanzó en

la construcción de instrumentos de recopilación de datos preepidemiológicos en torno al consumo de estas sustancias: se trabajó primero la sensibilización e incorporación de los equipos psicosociales ejecutores del programa de calle en el estudio y, luego, se avanzó en la aplicación y análisis de los instrumentos diseñados (cuestionario de autoreporte).

Otra acción fue la Jornada de Trabajo SENDA - MIDESO, espacio para comunicar y retroalimentar los procedimientos de la ejecución de ambos programas, que permitió el establecimiento y diseño de instrumentos de derivación asistida y generar acuerdos entre todos los actores para sostener el flujograma definido para las derivaciones. Además, permitió revisar la cobertura del programa de tratamiento ambulatorio -que responde en 80% a demanda generada por el subsistema seguimiento y oportunidades y en 20% atiende demanda espontánea- y definir el tipo de derivaciones.

Esta experiencia es exitosa pues ha permitido mayor acceso oportuno de personas en situación de calle a la oferta programática existente para la satisfacción de sus diversas necesidades, tanto de apoyo psicosocial como de acceso a tratamiento de rehabilitación por consumo de alcohol o drogas. También permitió visibilizar ciertas temáticas relevantes para todos los actores de esta red, como el alto consumo de alcoholes baratos entre sus usuarios.

AL OESTE SUMARÉ

Alexis V. Duarte

Policlínica La Teja Barrial (Uruguay)

Psicólogo. Coordinador del equipo técnico interdisciplinario del dispositivo Al Oeste Sumaré, Policlínica La Teja Barrial, Uruguay
Correo: aduarte72@yahoo.com

La Policlínica La Teja Barrial, en Montevideo, tiene una larga y sólida historia, basada en el accionar solidario con el barrio y sus organizaciones. Su raíz es la Policlínica Diablos Verdes, que inició su actividad el año 1984 y fue fundada por el colectivo cultural Murga Diablos Verdes: vecinos y profesionales comprometidos con el bienestar de la comunidad, promoviendo el derecho a la salud integral de calidad y humanista. Las actividades de la Policlínica vinculadas a la temática de drogas se iniciaron el año 2008.

En la comunidad, el consumo problemático de sustancias hace que un alto porcentaje de personas que viven esta situación vea obstaculizado su acceso a un proyecto de vida pleno e integral. Esto se traduce en una temprana desvinculación del sistema educativo y, muchas veces, en un acercamiento al mundo laboral sin las condiciones mínimas adecuadas de seguridad social y de sostenimiento real de las propuestas laborales. Asimismo, se evidencia frecuentemente el desgaste o fractura en sus vínculos familiares (en el caso de que antes los hubiera) y la exclusión del acceso a bienes, servicios y espacios sociales alternativos de consumo.

Ante este contexto, la policlínica ha implementado en la comunidad un dispositivo de tratamiento comunitario para brindar atención sociosanitaria a grupos, a familiares o referentes, con particular interés en aquellos ciudadanos con sus derechos más vulnerados y que, por consiguiente, se encuentran más alejados de los servicios de protección social, de salud, educativos y laborales. El propósito de este dispositivo es la construcción de conexiones accesibles y confiables entre cada persona con uso problemático de drogas y los distintos servicios e instituciones del Estado, a través del reconocimiento de los propios derechos civiles.

Al Oeste Sumaré es la denominación de nuestra experiencia innovadora de un año de duración (2013). Se trata de un dispositivo integrado por un equipo interdisciplinario que ejecuta acciones desde la prevención inespecífica en la recreación y el deporte, la promoción de hábitos saludables y de convivencia en espacios públicos, específicamente en una plaza pública, hasta la atención y tratamiento psicopsiquiátrico individual y grupal de personas con uso problemático de drogas. Cuando es necesario, además, realiza la coordinación con centros especializados en el tratamiento residencial. La población objetivo son personas con uso problemático de drogas, en situación de calle o vulnerabilidad social de barrios próximos a la Policlínica, captados y derivados por equipos técnicos e instituciones diversas, familiares, amigos y vecinos de los mismos.

La metodología de trabajo se sustenta en el entendimiento que el camino posible para colaborar y, eventualmente, asistir a personas con abuso de drogas, es salir al encuentro en los propios espacios y territorios habitados por ellos para allí generar empatía y confianza que permita la construcción de vínculos y canales hacia la reparación de los derechos civiles y ciudadanos.

Dentro de las actividades que se realizan, destaca la promoción y difusión de la instalación de Al Oeste Sumaré, recorridos de captación por espacios asociados al consumo, en conjunto con agentes comunitarios. Se trabaja en respuesta a la demanda de atención a las personas con uso problemático de drogas, generando diálogos que permiten problematizar, aportando en conjunto alternativas a situaciones asociadas al consumo de drogas y a la convivencia comunitaria. Se dispuso de un espacio de dos días a la semana para recepción de personas con uso problemático de drogas a actividades deportivas y recreativas, así como un espacio de atención individual y grupal psicosocial, además de orientación y consulta a familiares. También se han realizado articulaciones satisfactorias con otros centros especializados en atención y tratamiento de drogas.

Dentro de los resultados de la implementación en estos años, es destacable que se incrementó el involucramiento de la población de La Teja respecto a la necesidad de articular políticas locales de inclusión social de personas en situación de riesgo y vulnerabilidad social con uso problemático de drogas. Se desarrollaron y profundizaron los recursos de la Red de Drogas de la región oeste de Montevideo; se brindó asistencia a 13 personas con uso problemático de drogas en el período de implementación y al menos se trabajó con otras 35 de forma rotativa, con distintos niveles de frecuencia y asistencia a las actividades fijadas.

Lo que se ha conseguido con Al Oeste Sumaré es que, si bien existen distintos servicios y recursos de atención sanitaria a personas con uso problemático de drogas, este es el único en la región oeste de Montevideo con la característica de perfil comunitario, donde se construye y desarrolla una metodología de trabajo cuyo principio orientador es la restitución de derechos de los ciudadanos más vulnerables. Se trabaja decididamente en la descentración de las nociones de inseguridad y delincuencia asociada a personas con uso problemático de drogas, mirada de alto grado de dificultad en el entendido de que aún persiste en nuestra sociedad una comprensión hegemónica que asocia el problema de las drogas con nociones que poco contribuyen a la solución del problema, sino, por el contrario, tienden a la exclusión y estigmatización de estas personas.

Los beneficiarios de este dispositivo de tratamiento comunitario han ensayado diversas estrategias -de acuerdo a sus posibilidades, necesidades y entendimientos- para estar bien consigo mismos: la reparación de vínculos familiares y de amigos; las oportunidades de experiencias laborales de la mayor calidad posible; la integración a la propuesta de tratamiento comunitario con el rol de operadores pares para la captación de otras personas conocidas por ellos con uso problemático de drogas; la restitución de derechos vulnerados por las situaciones de tenencia legal de hijos, asignaciones familiares y medidas cautelares por situaciones de violencia doméstica, son algunos ejemplos que representan un abordaje integral para personas en estas situaciones.

Al Oeste Sumaré está abierto a discutir los paradigmas donde se sustentan métodos de tratamiento exitosos a partir de la abstinencia, incluso la viabilidad de comunidades religiosas donde, para algunas situaciones, son verdaderamente transformadoras de la experiencia subjetiva. Nuestra metodología de tratamiento incluye la transformación de la vinculación de las personas con las drogas. Se concibe como necesario en este dispositivo de tratamiento comunitario entender el pasaje del uso problemático al uso responsable de la misma u otras sustancias.

CAPÍTULO 3

**PROMOCIÓN Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS EN PERSONAS RELACIONADAS
CON CONSUMO DE SUSTANCIAS**

PRESENTACIÓN

Patricia Contreras Parra, moderadora

SENDA (Chile)

Enfermera de la Universidad de la Frontera de Temuco. Asesora técnica del Área de Integración Social de SENDA, Chile.
Correo: pcontrerasp@senda.gob.cl

Poner el tema de la discriminación, la transgresión y vulneración de derechos que habitualmente viven las personas que presentan consumos problemáticos de sustancias fue el objetivo central de los trabajos presentados en esta mesa, analizando el tema desde la realidad que viven diferentes tipos de poblaciones. Fueron revisadas así las consecuencias del estigma, la situación de vida en la calle y la defensa y visibilización de derechos de la niñez.

Tanto en Chile como en otros países de Latinoamérica, el tema de derechos humanos vinculados principalmente a la historia política constituye una preocupación constante para gran parte de la población; no obstante, otras formas de comprender los derechos y su vulneración parecen no estar extendidas ni atendidas aún con igual protagonismo.

La discriminación que viven las personas con problemas de consumo de sustancias amplía las brechas sociales y las inequidades económicas, lo que obstaculiza y pone barreras para la integración social de las mismas.

En Chile faltan espacios para discutir sobre la discriminación en el contexto de las drogas. Instancias como las generadas en el seminario permiten conocer experiencias de otros países y propiciar revisiones

en la temática por parte de equipos de intervención, estudiantes y profesionales de otras áreas. Todas y todos quienes se relacionan con la problemática del consumo de drogas en el contacto directo y quienes participan en el diseño de las políticas públicas tienen la tarea de contribuir a la no estigmatización y no discriminación de las personas vinculadas al consumo de sustancias, promoviendo su inclusión para una plena integración y ejercicio de sus derechos.

ESTIGMA, DROGODEPENDENCIA Y SUBJETIVIDAD: PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Andrea Vázquez

Universidad de Buenos Aires (Argentina)

Licenciada en Psicología, Magíster en la Problemática del Uso Indebido de Drogas y doctoranda de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Correo: avasquez@psi.uba.ar

En Argentina, algunos autores han analizado la relación entre usuarios drogodependientes y los profesionales que los atienden. En ese contexto, varios señalan que el rechazo que sufren estas personas es producido por la existencia de actitudes de discriminación presentes en las instituciones de salud y en la sociedad. Algunos de estos estudios abordan los problemas de acceso de forma fragmentaria; o están centrados en el contexto de la penalización, de la tenencia de pequeñas cantidades de droga destinadas al consumo personal; o abordan la oferta de servicios, donde se analiza la poca disponibilidad de efectores específicos y se plantea la necesidad de incremento de dicha oferta; o bien, se pone el foco en la baja demanda de atención de salud por parte de los implicados, en ocasiones reforzando estereotipos del tipo “quien consume drogas no se quiere curar o no asume su problema”.

Ninguna de ellas profundiza en el estudio de las barreras de acceso a servicios y a la atención asociadas a los procesos de estigmatización, es decir, a los sentidos sociales atribuidos a las personas drogodependientes y al modo en que estas construcciones intervienen en la utilización de los servicios de salud.

La investigación que se presenta muestra resultados preliminares. Las preguntas desde las que partimos fueron: ¿cuáles son las representaciones que configuran los procesos de estigmatización?, ¿cómo se relacionan estos procesos de estigmatización con la producción de subjetividad de los implicados en la problemática?, ¿cómo se relacionan estos procesos de estigmatización con la accesibilidad de personas drogodependientes a los servicios de salud?

Se trata de un estudio descriptivo en profundidad que no incluye prueba de hipótesis en el sentido estricto del término. La concepción de método y las herramientas metodológicas empleadas responden a una estrategia cualitativa. Una abundante bibliografía relacionada con los métodos cualitativos avala esta posición. Se abandona la idea de hipótesis formales por el mundo de significados construidos por los propios sujetos^{1,2,3}.

1. Ruiz-Olabuenaga, I. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

2. Stake, R. (1995). *The Arts of Case Study*. Londres: Sage.

3. Strauss, A.L., & Corbin, J. (1994). *Grounded theory methodology: An overview*. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

La estrategia metodológica adhiere a las dimensiones básicas de la investigación en políticas, sistemas y servicios de salud⁴, organizadas en niveles de análisis económico, institucional y de la vida cotidiana⁵ y a la articulación entre academia y servicios de salud⁶.

Aún cuando el procesamiento de los datos se encuentra en curso, los resultados preliminares que surgen del análisis de los discursos sobre la drogodependencia de los entrevistados muestran una fuerte presencia de percepciones en las que prevalecen estereotipos que la vinculan con una desviación social. Esto se traduce en prácticas que producen efectos de rechazo y que podrían colaborar con la construcción de barreras de accesibilidad específicas para esta población.

La revisión de la literatura muestra que organismos internacionales⁷ proponen como necesidad incluir en la agenda política y sanitaria de los países el tema de la accesibilidad a la atención en salud de personas con diversas problemáticas de salud mental. Para ello se proponen una serie de pasos: visualizar el rol que cumple el estigma -en este campo, el desarrollo de investigaciones en la temática juega un papel primordial-; abogar por el respeto de los derechos de las personas estigmatizadas; y, especialmente, avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación en el ámbito de la salud, y diseñar e implementar políticas destinadas a eliminar los efectos producidos por los procesos de estigma.

La ampliación y transformación de las formas de conceptualizar la estigmatización, entendida como un conjunto poderoso de procesos sociales relacionados con la reproducción de la desigualdad y la exclusión, ofrece un complemento y una nueva forma de comprender sus efectos, con miras a ser parte de intervenciones que tiendan a cuestionarlos y eliminarlos⁸.

4. Almeida, C. (2000). Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo histórico y tendencias. *Cuadernos para la Discusión Número 1. Red de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur*. Río de Janeiro.

5. Stolkner, A. (1999). Ciudadanía, vida cotidiana y subjetividad. En *Nuevos Escenarios. Nuevos Modelos de Atención*. (pp.51-59). Rosario: Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

6. Stolkner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología*. Posadas: FEPPA.

7. OPS/OMS (2005). *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y Perspectivas*. Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

8. Parker R, Aggleton P. (2003). *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. *Social Science and Medicine*, 57, 13-24.

LA HISTORIA DE MI CALLE

Carla Briones Vega

Fundación Paréntesis (Chile)

Trabajadora social. Diplomada en Drogodependencia y Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile.
Correo: cbriones@fundacionparentesis.cl
Sitio web: www.fundacionparentesis.cl/

Fundación Paréntesis es una institución filial del Hogar de Cristo que acoge, apoya y brinda atención especializada a personas que se encuentran en situación de exclusión social, con consumo problemático de alcohol y otras drogas, o a jóvenes en conflicto con la ley penal. Sus acciones responden a los valores institucionales: solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto, justicia, transparencia y trabajo en equipo.

Distribuidos a lo largo nueve regiones de Chile, el año 2013 funcionaron en total 29 dispositivos, en los cuales se atendió a 1583 personas de manera directa y a 1258 familiares de las mismas. Entre estos dispositivos se encuentran los 14 programas de tratamiento de consumo problemático para personas adultas en situación de calle que la Fundación Paréntesis desarrolla en conjunto con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA).

El taller Historia de vida se desarrolló entre los años 2011 y 2013 en la ciudad de Valparaíso. Estuvo dirigido a 15 personas en situación de calle que se encontraban en tratamiento y pertenecían al programa terapéutico ambulatorio. Buscó fortalecer el autoconocimiento mediante técnicas narrativas y fotográficas para lograr un mayor desarrollo personal de los participantes, que permitieran a las personas en situación de calle configurarse en sujetos de derecho, según sus condiciones de existencia.

En el marco del taller se realizaron sesiones de desarrollo personal, grupos de discusión y salidas a terreno para hacer fotografías. El taller, en general, puede dividirse en cuatro momentos: en el primero se buscó que los participantes se conocieran y autodescubrieran; en un segundo momento se trabajó en la identificación de sentimientos a partir del trabajo de imaginación y autoretratos; en el tercero se trabajó la construcción de una memoria colectiva, problematizando la vida en la calle.

El cuarto y último momento fue el montaje de las fotografías. Se llevaron a cabo seis exposiciones de los participantes en el taller en distintas universidades y colegios de Valparaíso, y una exposición por el período de un mes en la sala Juan Saavedra del Departamento de Cultura de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso. Posterior a cada exposición, se realizaron sesiones para validar y utilizar terapéuticamente la experiencia.

Como resultado, la experiencia del taller evidenció en los participantes el reconocimiento y gestión de sus emociones, la resignificación de sus historias de vida, de los espacios que habitan y el empoderamiento al contar su propia historia, constituyéndose como una práctica terapéutica potente que permitió desplegar el trabajo de todo el equipo en apoyo de la reparación, movilizándolo fuertemente a la persona que lo vive. Por otra parte, las historias de vida generaron impacto en estudiantes y, en general, entre quienes presenciaron las exposiciones, visibilizando así una realidad que muchos no ven o desconocen.

Mediante visitas guiadas a niños en situación de exclusión social, se generaron encuentros intergeneracionales que provocaron reflexión, empatía y un aumento significativo en la motivación al cambio, tanto de las personas adultas como de los niños, niñas y jóvenes participantes. La experiencia dejó también en evidencia la necesidad de cautelar aspectos éticos en el manejo de información referido a personas en situación de calle; la importancia de mapear los territorios, poder recorrerlos con los participantes recogiendo historias y experiencia compartidas, además del uso de tecnologías.

El hecho de que las personas participantes del programa sean protagonistas de su propio proceso y sean ellas mismas quienes cuentan su historia a través de los relatos e imágenes fotográficas que dan cuenta de su realidad, releva la experiencia como exitosa. De igual forma, el desarrollo de la capacidad de decisión grupal y logro de consenso en relación con los giros del espacio se considera una buena práctica, por cuanto contribuyó al desarrollo de autonomía. Cada participante se empoderó de su historia de vida y de la posibilidad de modificar su realidad -a partir de ser escuchado y protagonista de sus cambios como parte de un proceso de democratización e integración social-, logrando resignificar su historia de vida y la situación de calle.

OBSERVATORIO COMUNITARIO DE DERECHOS DE LA NIÑEZ: LEVANTANDO LA VOZ DE LA COMUNIDAD PARA LA INCIDENCIA

Carla Núñez Matus

Corporación La Caleta (Chile)

Psicóloga y magíster en Psicología Social. Educadora de la Corporación La Caleta y responsable del Observatorio Comunitario de Derechos de la Niñez, Chile.

Correo: nunezmatus@gmail.com

Sitio web: www.lacaleta.cl

La Corporación La Caleta es una organización no gubernamental que nace 1981. Centra su trabajo en profundizar y fortalecer políticas de niñez y juventud desde la base y con perspectiva global. Los equipos de trabajo son multidisciplinares, compuestos por profesionales de la educación y educación de párvulos, psicología, trabajo social, guías Montessori, quienes se distribuyen en tres centros comunitarios, uno en la Región Metropolitana y dos en la Región del Biobío.

Las situaciones de violencia comunitaria que afectan a niños y niñas de distintas localidades del país no es una historia nueva y se han complejizado en el tiempo. La Caleta ha mantenido siempre la perspectiva de que niños y niñas son actores fundamentales de sus comunidades, sujetos de derechos, miembros activos y críticos de su realidad. Por ello, la corporación ha generado diversas metodologías de trabajo para incluirlos y promover que participen en sus comunidades. Una de estas experiencias se desarrolla hace más de 15 años en la población La Legua de la comuna de San Joaquín en la Región Metropolitana. La Legua es conocida como un barrio crítico de la capital del país, por acciones de violencia, delincuencia y narcotráfico, dejando atrás buena parte de su historia de organización, resistencia y lucha por la democracia durante la dictadura militar.

Actualmente, esta comunidad y los niños y niñas que viven en ella se encuentran en una especie de estado de excepción (no reconocido como tal por el Estado de Chile), donde fuerzas policiales especiales y grupos de traficantes se trenzan día a día en disputas por el espacio público; las balas suelen ser el acompañante de este escenario. Sumado a lo anterior, se dan una serie de problemas estructurales referidos a educación, salud, hacinamiento, precariedad de las viviendas, desigualdad económica y social, que influyen y configuran la forma en que los niños y las niñas de desarrollan.

En este contexto, en marzo del año 2014 se dio inicio a la creación de un boletín de prensa mensual, que constituye la estrategia mediante la cual niños y niñas que viven en este territorio difunden sus preocupaciones ante la comunidad. Ellas y ellos se reúnen de forma espontánea en grupos de pares, con una identidad, y elaboran conjuntamente un plan de intervención para visualizar su opinión y estrategias de cambios. Además, se promueve un acompañamiento a 20 niños (en su mayoría hombres), quienes se encuentran más

complejizados en sus historias de vida, para fortalecer la vinculación con la familia o algún adulto significativo; con la escuela u otra modalidad educativa que se acomode para la reinserción o retención; otras redes de salud (especialmente salud mental); y para revisar su situación judicial, entre otras acciones que les permitan fortalecer sus proyectos de vida.

A la fecha, los contenidos de este boletín abordan, entre otros temas, sobre el derecho al juego, el buen vivir, el hacinamiento y el espacio público, el tratamiento de La Legua en los medios de comunicación, la violencia comunitaria y el consumo de medicamentos como medio de control en la escuela, los derechos ecológicos y la situación habitacional. Además, se realiza un continuo monitoreo de la prensa nacional referente al territorio.

El lanzamiento mensual de los boletines a través de la página web de la corporación y por correos electrónicos ha despertado interés de personas naturales y organizaciones para apoyar la difusión de los mismos. La iniciativa ha generado interés internacional y ha gestado resultados en los procesos de los jóvenes involucrados, dentro de los cuales se destaca la difusión de la opinión de los niños y las niñas en distintos espacios académicos, comunitarios y gubernamentales. Así, la publicación colabora en la transformación cultural de la valoración de la niñez como sujetos de derechos en sus comunidades. La iniciativa ha recibido invitaciones para mostrar la experiencia de trabajo en espacios como el Observatorio del Consejo de Infancia.

El trabajo colectivo de organización infantojuvenil que realiza La Caleta permite conocer y recabar información sobre la participación de los niños y las niñas desde sus propias motivaciones, sin instalar temas ajenos ni tensionar una pequeña investigación. En esa misma línea, se ha demostrado que ellos y ellas tienen opinión que debe ser no solo escuchada, sino promovida y respetada para la transformación social del trato a este actor social y su aporte al necesario cambio cultural.

CAPÍTULO 4

**INVESTIGACIONES SOBRE CARACTERIZACIÓN DE FACTORES
DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y DROGAS**

PRESENTACIÓN

Jimena Carrasco Madariaga, moderadora

Universidad Austral de Chile (Chile)

Doctora en Psicología Social. Académica del Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.
Correo: jimencarrasco@uach.cl

El objetivo de esta mesa fue conocer investigaciones empíricas acerca de las condiciones de exclusión y marginación social presentes en consumidores de drogas. Los trabajos presentados dieron cuenta de investigaciones rigurosas en población consumidora de drogas ilegales, tales como crack o pasta base de cocaína y heroína, en diferentes contextos urbanos: Río de Janeiro, Nueva York y Montevideo.

Las diversas realidades estudiadas dieron la base para un enriquecedor debate sobre las similitudes y diferencias en las condiciones de vida de las poblaciones que fueron objeto de investigación. Por otra parte, las distintas estrategias investigativas dieron pie a una conversación acerca de las metodologías que se utilizan en este tipo de trabajos, sus potencialidades y problemas. En este sentido, un tema emergente fueron los aspectos éticos de la investigación con personas, en especial cuando se trata de sujetos en situación de vulnerabilidad social.

Considero que el concepto “caracterización”, presente en el título de la mesa, no refleja la riqueza de los trabajos ni de las discusiones que se dieron: más que enunciar características de poblaciones consumidoras de sustancias ilícitas, se dio cuenta de procesos de investigación en ámbitos complejos y de resultados, los que proporcionaron una mirada problemati-

zadora de los fenómenos estudiados, con énfasis en las condiciones de exclusión y marginación que, pese a tener matices, comparten muchos elementos comunes. La pobreza y determinados orígenes raciales son quizás los más importantes en este sentido.

La primera presentación, a cargo de Danielle de Carvalho Vallim, mostró parte de los resultados de su trabajo de tesis doctoral en la Universidad Federal de Río de Janeiro, para lo cual realizó una estadía en la Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos. Su exposición da cuenta de una investigación rigurosa, que además tiene el plus de un trabajo de campo realizado en dos contextos diferentes, permitiendo una comparación de dos realidades. La segunda presentación estuvo a cargo de Héctor Suarez y se enmarcó en el trabajo del Observatorio Uruguayo de Drogas, entidad vinculada a la política pública de Uruguay en la materia. En tal sentido, abordó el consumo de drogas como un asunto de salud pública y lo vinculó a otras problemáticas de salud, como es la prevalencia de VIH/sida. Los resultados de esta investigación parecen un buen ejemplo del tipo de evidencias que permite orientar las políticas de salud pública de forma sistémica, atendiendo los diferentes problemas que convergen en una misma población, en vez de acciones aisladas sobre un mismo sujeto.

La última participación en la mesa le correspondió a Telmo Mota Ronzani, investigador de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Brasil. Ronzani presentó la evidencia sobre el impacto y consecuencias del estigma en los procesos de rehabilitación de personas usuarias de drogas, y las posibilidades metodológicas para identificarlo y medirlo.

Los asistentes, en su mayoría estudiantes y profesionales, participaron activamente de la discusión, planteando dudas acerca de cómo se llevaron a cabo las investigaciones y aportando al análisis desde sus respectivos contextos y experiencias.

“THEY DON’T WANT ME”. UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS RELACIONES SOCIOCULTURALES ESTABLECIDAS ENTRE LOS USUARIOS DE CRACK Y HEROÍNA EN LAS CIUDADES DE RIO DE JANEIRO Y NUEVA YORK: LOS EFECTOS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL¹

Danielle de Carvalho Vallim

Universidad del Estado de Río de Janeiro (Brasil)
Columbia University NYC (EE.UU.)

Doctorada en Salud Colectiva en el Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil. Research Scholar: Mailman School of Public Health / Columbia University NYC, EE.UU. Correo: dcvallim@gmail.com

Un estudio presentado por la Fundación Osvaldo Cruz (2014) en Brasil indica que en el país existe un número estimado de 247 773 usuarios regulares de crack en las capitales, en la región sureste esta cifra asciende a 113 510. En Río de Janeiro, el primer registro de incautación de droga data de 2003². Los datos indican que entre 2006 y 2010 se produjo un aumento de 365% en el número de registros de incautación de droga y entre 2005 y 2008 se registra una evolución de 400% en la cifra de atenciones dirigidas a sus usuarios³.

En Estados Unidos, la cantidad de personas que comenzó a utilizar crack era de 353 000 en 2008, disminuyendo a 95 000 en 2009 y a 84 000 en 2012, manteniéndose básicamente en esta misma cifra cada nuevo año. Sin embargo, esta sigue siendo una cantidad de población significativa. En Nueva York, el consumo y tráfico de crack posee un claro corte racial, étnico y geográfico. El crack en Estados Unidos es una droga que se utiliza mayoritariamente en los grandes centros urbanos, especialmente por poblaciones de origen negro, blanco y latino.

Los problemas relacionados con el uso abusivo de crack, ¿se generan en función de los efectos químicos y farmacológicos de la sustancia o bien como consecuencia de problemas socioculturales más complejos y de las vulnerabilidades sociales sufridas durante la historia de vida de sus usuarios?

Se utilizó un guion de entrevista semiestructurada enfocada en la historia de vida de los participantes que contenía preguntas referentes a: edad, sexo, género, tipo de vivienda, escolaridad, trabajo, renta, familia, raza, estigma y uso de crack y otras drogas. En cada ciudad se entrevistó a 45 usuarios que abusan del crack. En Río de Janeiro, el término de consentimiento fue debidamente leído y firmado por todos los participantes al inicio de cada entrevista. Este estudio no fue de carácter anónimo.

Los principales lugares usados para la realización de este estudio fueron Jacarezinho y Manguinhos. Durante el período de ejecución, estas regiones continuaban siendo dominadas por el tráfico de drogas y eran consideradas

1. Versión traducida del texto original en portugués.

2. Datos de la Policía Civil del Estado de Río de Janeiro.

3. Datos del Núcleo de Prevención de Drogas de la Municipalidad de Río de Janeiro - PMRJ, 2011.

zonas conflictivas. Por ello contamos con una facilitadora local, doña Graça, agente de reducción de daños y líder comunitaria en Manguinhos, quien acompañó a los investigadores en cada visita de campo y durante todas las etapas de la investigación. Este estudio recibió el financiamiento del proyecto Prevención de la Violencia: una perspectiva ecológica, coordinado por la profesora y doctora Alba Zaluar. Se entregó una asignación a cada participante entrevistado de R\$10,00, destinados a alimentación.

Debido a las dificultades de desplazamiento de los participantes, se optó por realizar las entrevistas en los locales de uso de crack. En Jacarezinho y Manguinhos las entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio de nuestra facilitadora, doña Graça. En el sector de Gloria, las entrevistas se realizaron en la Plaza de Russel. En el caso de los participantes que consumen drogas en el sector de Central de Brasil, dos fueron entrevistados en la sede de la Organización Psicotrópicos⁴ y dos fueron entrevistados en sus propios lugares de consumo.

Cada entrevista duró alrededor de 30 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas. En general, los participantes tendieron a colaborar, aunque se evidenciaron muestras de sueño e impaciencia. Todos los entrevistados participaron en la investigación de forma voluntaria. El reclutamiento se hizo personalmente desde las investigadoras a participantes, desde la facilitadora a participantes y desde los participantes a las investigadoras.

En Nueva York se usó el mismo guion de entrevistas utilizado en Río de Janeiro, al que se agregaron dos preguntas nuevas con respecto a la relación entre el uso de crack / estigma y crack houses.

El criterio para ser entrevistado fue hacer uso de crack semanalmente y participar de una organización llamada WHCP, dedicada a la reducción de daños localizada en Manhattan. Tampoco se estipuló el tiempo de uso y si los usuarios se encontraban o no en situación de calle. El proceso de reclutamiento se realizó personal y directamente entre la entrevistadora Danielle C. Vallim y los participantes.

En Nueva York, la entrevista fue anónima, por ende, no fue necesario obtener las firmas de los participantes. Todos ellos fueron identificados con números. El Consent Form (término de consentimiento) que contenía los términos de la investigación se leyó y entregó a todos los participantes al inicio de cada entrevista. Todos los entrevistados participaron de forma voluntaria.

Las entrevistas duraron alrededor de 30 a 40 minutos. En general, los participantes tendieron a colaborar, aunque se evidenciaron muestras de sueño, impaciencia y la necesidad de consumir droga. El estudio recibió financiamiento del doctor Carl Hart y como compensación a cada entrevistado se le regaló una *gift card* de la farmacia Rite Aid con USD\$10,00.

Ambas investigaciones fueron aprobadas por los respectivos comités de ética, por el Comité de Ética del Instituto de Medicina Social del Estado de Río de Janeiro⁵ y por el Institutional Review Board (IRB) de Columbia University Medical Center.

En Río de Janeiro, a partir de los datos analizados, se identificó que la mayoría de los participantes posee un historial de miseria, pobreza, familia no estructurada, ausencia de figura paterna en el proceso de crianza, bajo nivel de escolaridad, falta de preparación del sistema público para abordar el uso de drogas en escuelas, ausencia de servicios públicos, entre otros elementos comunes.

Dentro del grupo de participantes analizados en Nueva York, se comprueba que el uso abusivo de sustancias ilícitas como el crack se produce como resultado de lo siguiente: 1) el proceso de polarización, segregación y exclusión de determinadas categorías étnicas y raciales como negros y latinos; 2) las dificultades de adaptación a la *American Way of Life* de la economía que se orienta al crecimiento, al individualismo, a la búsqueda incesante por tener más, cuya consecuencia fue una anulación de un rol de reconocimiento social y que genera

4. Organización no gubernamental de reducción de daños localizada en la región central de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil.

5. Aprobado bajo registro 0006. 0. 259.000-11. El proyecto *Prevención de la violencia: una perspectiva ecológica* fue coordinado por la profesora doctora Alba Zaluar. Esta investigación fue realizada por Danielle C Vallim, Cristhiane Sampaio y Alba Zaluar.

sentimientos de fracaso, descontento e inutilidad (parte de los entrevistados se sentían inútiles, en este sentido, el uso de drogas se torna tanto un escape como la apropiación de un rol en la sociedad, el de usuario); 3) familia no estructurada, y 4) problemas afectivos.

Tanto en Nueva York como en Río de Janeiro, el uso abusivo de crack se concibe como una forma de escape, salida y búsqueda de placer ante la realidad sociocultural individual y ante las vulnerabilidades sociales características de la población que fue entrevistada. También se constató que el uso de crack se asemeja y diferencia en diversos aspectos referidos a las representaciones de la droga, al tiempo de uso, a las relaciones socioespaciales establecidas en torno al uso y a las formas de uso en cada ciudad analizada.

ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA DE VIH/SIDA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ENTRE USUARIOS DE PASTA BASE, CRACK Y OTRAS DENOMINACIONES DE LA COCAÍNA FUMABLE EN MONTEVIDEO Y SU ÁREA METROPOLITANA

Héctor Suarez

Observatorio Uruguayo de Drogas
Junta Nacional de Drogas (Uruguay)

Sociólogo. Responsable del Observatorio Uruguayo de Drogas de la Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, Uruguay.
Correo: jeramirez@presidencia.gub.uy

El Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) es un órgano creado en el año 2001, en el marco del trabajo de la Junta Nacional de Drogas, organismo dependiente de la Presidencia de la República de Uruguay -de carácter interministerial- encargado de definir las líneas políticas en las distintas áreas para la reducción de la demanda de drogas, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación en drogas, tratamiento, rehabilitación y comunicación. El observatorio tiene como objetivo el análisis sistemático y la recopilación en forma interdisciplinaria de la información relacionada con las drogas, el desarrollo, coordinación y seguimiento de investigaciones sobre el fenómeno, así como el análisis de escenarios de riesgo existentes en estos ámbitos, de forma de generar la evidencia científica necesaria para orientar la formulación y el desarrollo de estrategias, políticas y programas de reducción de la demanda o daño del uso problemático de drogas.

En Uruguay, particularmente en Montevideo, el segmento de población de mayor riesgo para el uso problemático de pasta base de cocaína es el de las personas jóvenes, mayoritariamente hombres, en condiciones de alta vulnerabilidad social. Las profundas repercusiones biopsicosociales que tiene el consumo, tanto en los consumidores como en su entorno, generan una problemática social compleja que demanda un abordaje específico basado en el conocimiento de las particularidades de esta situación. No obstante, una de las mayores dificultades para la construcción de evidencia empírica que oriente la toma de decisiones radica en las limitaciones de los métodos tradicionales de recolección de datos usados en la problemática de drogas para captar este fenómeno: las encuestas.

Un conjunto importante de usuarios de pasta base conforman una población oculta. Por otra parte, el reconocimiento de la existencia de grupos particularmente vulnerables frente al VIH, alerta sobre la necesidad de conocer el impacto en esta población dadas las prácticas de riesgo que eventualmente puedan asumir por el consumo de pasta base. En este contexto, surge la pregunta: ¿cuáles son las características que definen a la población usuaria de cocaínas fumables en Montevideo y su área metropolitana?

El diseño metodológico para buscar la respuesta estuvo basado en la *Respondent Driven Sampling* (RDS), esto es, un muestreo dirigido por el entrevistado. El método parte de la identificación de un pequeño grupo de encuestados a los que se denomina semillas: son personas que pertenecen a la población objeto de estudio,

pero que además poseen ciertas características que los hacen líderes o carismáticos entre el grupo de pares; se busca, a su vez, que sean capaces de comprender y motivarse con los objetivos del estudio, y de esta forma promocionar el estudio y asumir un reclutamiento activo. A cada una de estas semillas se le entregan tres cupones para ser distribuidos entre personas que pertenezcan a su red de contactos, las que deben contar con las características que definen la población objetivo. Estos se acercan al local establecido y participan del estudio si cumplen con los requisitos de elegibilidad. Se convertirán, a su vez, en reclutadores al recibir otros tres cupones para entregar a otros contactos que potencialmente pertenezcan a la población objetivo. Así, sucesivamente, se establece un reclutamiento en ondas u olas que va conformando una red.

Este método de reclutamiento se basa en la entrega de dos tipos de incentivos o recompensas: el primero en el momento de la entrevista, que conforma la participación directa del individuo en el estudio; y el segundo por cada uno de sus contactos reclutados con éxito. En los hechos se constató que la motivación de adquirir esta ganancia material hace que se establezca una suerte de seguimiento y acompañamiento de los reclutados hasta la consecución efectiva de su participación.

El estudio realizado en Montevideo tuvo dos componentes: primero, la aplicación de una encuesta, adaptada de las Encuestas de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR) de la Organización Panamericana de la Salud, que fue desarrollada para medir y vigilar problemas de salud en consumidores de drogas. El segundo componente fue la realización de pruebas rápidas de detección de VIH y, en caso de resultar positivo, la extracción de sangre venosa para un análisis confirmatorio en el laboratorio de referencia.

Dentro de los resultados del estudio se puede decir que el perfil de población consumidora de cocaínas fumables (pasta base de cocaína) en Montevideo y su área metropolitana queda definido mayoritariamente por hombres jóvenes, que se concentran en zonas del departamento con altos índices de pobreza y necesidades básicas insatisfechas y niveles inferiores a la media en otros indicadores sociales. Muestran niveles educativos bajos (más del 60% no supera los seis años de educación formal); se constata que la mayoría de los usuarios inició el consumo de pasta base posteriormente al abandono de la educación primaria, con lo cual el déficit educativo, a la vez que otras vulnerabilidades constatadas, es previo al consumo problemático, marcando una posición inicial desventajosa en el entramado social. Se destaca la precariedad laboral, la incertidumbre e inestabilidad de las fuentes de ingreso.

La situación habitacional es otro de los indicadores que da cuenta de la alta vulnerabilidad de la población. Casi la tercera parte vive en la calle, situación que va profundizando la situación desventajosa de la persona, particularmente en lo que respecta al consumo, y torna cada vez más difícil la recuperación y reinserción de los sujetos. Se trata, en la mayoría de los casos, de policonsumidores en los que se puede verificar una mayor variedad de drogas consumidas y una mayor intensidad en el consumo de las drogas secundarias.

Respecto a la demanda de tratamiento, un importante 43% solicitó atención en algún momento de su vida y, entre los que no lo hicieron, la mitad manifiesta que alguna vez pensó hacerlo. Este dato respecto a la no demanda de tratamiento, si bien es consistente con lo que sucede en la generalidad de los consumidores crónicos y problemáticos de drogas (por lo menos en las etapas de inicio y consolidación del consumo), es sensiblemente menor si se compara con la no demanda de los usuarios problemáticos de otras drogas sin incluir pasta base.

En relación con la salud, en su mayoría la autopercepción del estado de salud es relativamente positiva. Esto parece no tener una correspondencia real con diversos problemas diagnosticados, fundamentalmente la alta prevalencia en forma relativa de VIH y enfermedades respiratorias. A partir del análisis de los resultados de los test rápidos realizados a los participantes en el estudio, puede mantenerse que la prevalencia de VIH alcanza al 6,3% de ellos, porcentaje sensiblemente mayor que la prevalencia de VIH en la población general (0,45%).

Como conclusiones, para esta población específica parece existir evidencia suficiente respecto a que las habituales herramientas y estrategias de intervención no son suficientes o adecuadas. Hace falta arriesgar nuevas políticas y medidas de emergencia focalizadas en esta población que presenta manifestaciones particulares de la problemática del consumo de drogas. La evidencia indica que no se puede hablar de rehabilitación en

personas que, además del padecimiento de estar atrapados en un consumo problemático, nunca contaron con los recursos elementales que los habilitara para construir un proyecto de vida medianamente satisfactorio. No bastará entonces con atender solamente las consecuencias del consumo; lo relevante es ahondar en las causas que generan estos comportamientos alienantes que quizás resulten menos hostiles que una realidad evidentemente intolerable.

No habiendo lugar a discusión sobre el hecho de que la problemática del consumo de drogas debe abordarse desde una concepción integral, se entiende que toda atención o tratamiento por el uso problemático de sustancias debe incluir necesariamente la inserción social de las personas. Por lo tanto, asumir la necesidad de políticas de inserción es aceptar que por lo menos una porción minoritaria de la sociedad requiere de cuidados adicionales en virtud de un déficit sistémico que el individuo no puede superar. Esto significa construir espacios y alternativas reales de trabajo, capacitación, educación y recreación, y, a la vez, habilitar los derechos a la salud y la justicia.

Las políticas de inserción deben partir de la discriminación positiva y estar orientadas a poblaciones y espacios territoriales específicos. Sus estrategias deben ser particulares y no generales. Siendo la meta la inserción social de los usuarios y usuarias, no buscan únicamente que las personas dejen de consumir, sino el reconocimiento de ellos y ellas como sujetos de derechos en la sociedad. No hay logros sostenibles si no hay un lugar donde ejercerlos.

INSTRUMENTO PARA MEDIR AUTOESTIGMA¹

Telmo Mota Ronzani

CREPEIA de la Universidad Federal de Juiz Fora (Brasil)

Magíster en Psicología Social (UFMG). Doctor en Ciencias de la Salud (Unifesp). Posdoctorado en Alcohol y Drogas (University of Connecticut Health Center y USP). Investigador del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF) y del Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Alcool e outras Drogas (CREPEIA/UFJF), Brasil.
Correo: tm.ronzani@gmail.com

El **estigma social** puede ser caracterizado como el reconocimiento de la diferencia o marca que degrada a su portador o portadora². Las personas usuarias de drogas son fuertemente estigmatizados por la población general, con una serie de consecuencias negativas para su vida y, algunas veces, el estigma puede ser más perjudicial que el mismo uso de sustancias. Algunas consecuencias del estigma en los consumidores son: distancia social, creencias negativas acerca de usuarias y usuarios, la discriminación y la culpabilización/moralización de su conducta.

Estas consecuencias generan un mayor aislamiento social y llevan al círculo vicioso del estigma social. Por su parte, este círculo vicioso tiene como consecuencias la internalización del estigma, el agravamiento del estado de salud, perspectivas limitadas de inclusión social, disminución de la autoestima y autoeficacia, disminución del deseo de buscar empleo, entre otras. Además, los impactos específicos del **estigma internalizado** son la barrera para la búsqueda de tratamiento y el empeoramiento del estado de salud de la persona usuaria.

Específicamente sobre el estigma internalizado, este proceso se produce principalmente por el reconocimiento del estigma público o la creencia en la sociedad de que, por ejemplo, "los usuarios de drogas son violentos", seguido por el acuerdo implícito de parte del destinatario del estigma de que "realmente los usuarios de drogas son violentos" y, por último, la aplicación o internalización de esta creencia "yo soy un usuario de drogas, entonces soy violento"³.

Se han estudiado algunas estrategias para cambiar la estigmatización del estigma entre los consumidores de drogas, tales como: la protesta, el contacto, la educación para el estigma social y grupos de apoyo y de

1. Versión traducida del texto original en portugués.

2. Goffman, E. (1978). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.

3. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). *The paradox of self-stigma and mental illness*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 35-53.

autonomía para el estigma internalizado⁴⁵. Las estrategias más comunes para disminuir el estigma internalizado son acciones que refuerzan el valor de la autoevaluación, el estímulo a la formación de una base de apoyo social de amigos y familiares, y la ocultación del estigma. A pesar de la importancia de estas acciones, la literatura señala que tienen una eficacia limitada.

También según la literatura, las intervenciones con mayores evidencias de contribuir a la reducción del estigma internalizado son: las terapias cognitivas conductuales, especialmente el cambio de creencias irracionales acerca de su condición y el desarrollo de actividades para enfrentar situaciones sociales; la inclusión en el mercado del trabajo y la Terapia de Inclusión, Aceptación y Compromiso (ACT). Los grupos de apoyo también se han señalado como eficaces, especialmente con las intervenciones que fortalecen la identidad, la autoestima, las habilidades de enfrentamiento e inclusión social.

En una primera aproximación, son importantes las herramientas de evaluación del estigma internalizado pues a partir de esas definiciones es posible comprender áreas específicas y planear acciones más delimitadas. Uno de los instrumentos más utilizados en la investigación y en las intervenciones en el área de estigma internalizado es la **escala de estigma internalizado (ISMI)**, desarrollada por Ritscher y colaboradores en 2003⁶. Se trata de una escala traducida para 33 idiomas, incluyendo el español, y adaptada al portugués para usuarios de alcohol y otras drogas. Es un instrumento de aplicación rápida, con 29 ítems, con consistencia interna (0,90) y confiabilidad de test-retest ($r=0,92$), que evalúa la percepción subjetiva del estigma. La escala está compuesta por las siguientes dimensiones:

- Alineación: experiencia subjetiva de no ser parte de la sociedad; "tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida; me siento fuera de lugar en el mundo, porque tengo una enfermedad mental".
- Asignación de estereotipos: grado en que se asumen como propios los estereotipos acerca de las personas con enfermedades mentales; "las personas con enfermedades mentales tienden a ser violentas; no puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental".
- La experiencia de la discriminación: percepción sobre el modo en que son tratados por los otros; "la gente me ignora o no me toma en serio simplemente porque tengo una enfermedad mental, la gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental".
- Aislamiento social: estrategias utilizadas para evitar el contacto social; "yo no hablo mucho de mí porque yo no quiero molestar al resto con mi enfermedad mental; yo evito acercarme a las personas que no tienen una enfermedad mental para evitar el rechazo".
- Resistencia al estigma: describir la experiencia de resistir al estigma internalizado; "yo puedo tener una buena vida, una vida plena, a pesar de mi enfermedad mental; me siento cómodo que me vean en público como una persona con una enfermedad mental".

Por lo tanto, la **escala de estigma internalizado** puede ser un instrumento útil para la investigación y para intervenciones en el área y, junto con contribuir con intervenciones más eficaces, efectivamente puede influir sobre las acciones de atención a usuarios de drogas.

4. Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. *European Psychiatry*, 20 (2005), 529-39.

5. Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M.L., & Amari, E. (2011). *The Effectiveness of Interventions for Reducing Stigma Related to Substance Use Disorders: A Systematic Review*. *Addiction*, 107(1), 39-50.

6. Ritscher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*. *Psychiatry Research*, 121 (1), 31-41.

CAPÍTULO 5

**PERSPECTIVAS HISTÓRICAS EN EL ABORDAJE DE
ADICCIONES Y POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN**

PRESENTACIÓN

Jimena Carrasco Madariaga, moderadora

Universidad Austral de Chile (Chile)

Doctora en Psicología Social. Académica del Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.
Correo: jimencarrasco@uach.cl

El objetivo de esta mesa fue ampliar la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias más allá de las coordenadas en que se tiende a enmarcar hoy en día, esto es, ligado a aspectos problemáticos tanto en lo sanitario como en lo social. Contribuyeron al logro de dicho objetivo miradas historiográficas y de corte antropológico, posicionadas en el supuesto de que los fenómenos, tal y como los entendemos en un determinado tiempo y orden social, son el resultado de múltiples aspectos culturales, económicos y políticos que se han ido concatenando a lo largo de la historia.

Ambas exposiciones propusieron una actitud crítica en el proceso de investigación. A través de evidencias, mostraron la necesidad de una actitud de sospecha en relación con los supuestos que se dan por sentado o se plantean como la mejor opción, sin preguntarse por las condiciones que los han hecho posibles. En tal sentido, el nombre de la mesa podría haber incorporado algo relacionado con esta actitud crítica de la investigación.

La primera ponencia fue un trabajo de Mauricio Becerra, periodista chileno que actualmente realiza un máster en la Fundación Oswaldo Cruz, dependiente del Ministerio de Salud de Brasil. En su presentación revisó en forma rigurosa cómo se fue dando forma en Chile a lo que hoy se considera consumo problemático de sustancias. La segunda ponencia fue un trabajo de Arthur Arruda, profesor del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro; su trabajo dio cuenta de prácticas de uso de sustancias que se alejan de lo que suele ser representado en el imaginario latinoamericano actual.

Ambos autores provienen de instancias académicas, aspecto que se vio reflejado en el carácter de la mesa, centrada en la discusión y reflexión teórica en torno a las políticas de intervención. Por otra parte, el que ambos expositores provinieran de Brasil, pero con una formación que cruza la experiencia de distintos países, permitió una visión más amplia que una realidad nacional, y en un contexto social y cultural que muchas veces queda fuera de la investigación que se realiza en otros continentes.

Luego de las presentaciones se dio una discusión con amplia participación del público asistente, en su mayoría investigadores y estudiantes. Además de lo ya señalado, se abordó la necesidad de tener en cuenta las realidades sociales, políticas, económicas e históricas de los contextos donde se implementan las acciones de intervención del consumo problemático de sustancias, así como también de una constante actitud reflexiva y de problematización sobre lo que se está haciendo.

En el cierre se planteó la importancia de continuar levantando evidencias científicas que apoyen una acción social e históricamente situada y que no se limite solo a replicar lo que otros definen. Ligado a lo anterior se hizo un especial llamado a los equipos profesionales a sistematizar las acciones que se realizan en los distintos contextos, dando cuenta no solo de los logros, sino también de los problemas, contradicciones y limitaciones con las que se encuentran.

LA MEDICALIZACIÓN DEL USO DE DROGAS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Mauricio Becerra Rebolledo

Fundação Oswaldo Cruz (Brasil)

Licenciado en Ciencias de la Comunicación Social y periodista.
Magíster en Historia de las Ciencias de la Salud en la Fundação
Oswaldo Cruz, Brasil.
Correo: vervigracia@gmail.com

El actual enfoque sanitario respecto del problema de las drogas se fundamenta en la conceptualización de su uso dentro del universo referencial de enfermedad mental. La necesidad de abrir nuevos espacios para la comprensión del problema exige historizar este proceso de formación, sobre todo en un contexto de repliegue de los discursos punitivos para enfrentar el problema. El uso abusivo de drogas está inserto en un campo discursivo sanitario terapéutico en el cual es difícil reconocer su historia conceptual: la discusión y derivas clasificatorias que hicieron posible que hoy pensemos el problema del uso de drogas como enfermedad.

La comprensión, surgida hace poco más de un siglo, que considera como **abuso de drogas** cualquier uso no médico mantiene su vigencia en un orden simbólico que reduce las sustancias con efectos en la sensibilidad en el universo referencial de enfermedad. La investigación apunta a problematizar dicho enfoque sanitario que medicalizó la gestión del uso problemático de drogas desde una perspectiva histórico-bibliográfica. Se apunta a explicar dicha emergencia, revisando los discursos que lo hicieron posible. Para inteligibilizar mejor el objeto de estudio sin caer en reduccionismos, se usa la noción de vehículos de ebriedad para distinguir los preparados o sustancias naturales que tienen influencia en la modulación de la sensibilidad al ser ingeridas.

De esa manera se trabaja con las preguntas: ¿qué inteligibilidad hizo emerger el uso de vehículos de ebriedad como un problema de orden médico a intervenir por agentes sanitarios? ¿Es posible hacer una genealogía que visibilice el proceso de cristalización de estos discursos, así como también de sus conexiones epistemológicas?

Se usa una metodología histórica-bibliográfica. Datar la emergencia de los discursos que redujeron el problema del uso de drogas a un problema médico sanitario, es un primer intento por comprenderlos en sus conexiones con el pensamiento de su época. Su ubicación histórica nos evoca un contexto, una problemática fundante y sus intentos de inteligibilidad iniciales que terminaron por sedimentar el actual paradigma jurídico patológico hegemónico. Se recurre a las herramientas usadas en las reflexiones genealógicas del filósofo francés Michel Foucault que permiten revisar textos en función de evaluar el presente del paradigma patologizador, hoy dominante. Esto implica visibilizar la red analítica de poder-saber desplegado respecto al tema, incluyendo sus rupturas y discontinuidades.

Dado que se parte de una reconstrucción narrativo-histórica, se comprende el proceso de emergencia del toxicómano en tanto subjetividad coherente a partir de un marco analítico genealógico. Esto permite relacionar discursos y sus datas de emergencia y circulación, cuyo despliegue es determinante para bosquejar la inteligibilidad dada al uso de drogas posteriormente. Esto obliga a sustentar dichas emergencias discursivas en datos estadísticos y fuentes documentales. Es decir, implica la importancia del documento como objeto de nuestra investigación, ya que en ellos cuajaron las discusiones y los acuerdos que terminaron por configurar el tema que nos interesa. El método de trabajo intenta dar cuenta de una emergencia discursiva y supone un análisis del discurso en su exterioridad, en su relación con otros discursos y emergencias. De esta forma, es posible relacionar los discursos sobre la droga con sus sustentos epistemológicos, es decir, con las formaciones discursivas en su contexto, así como con las prácticas que genera y frente a las cuales funciona como verdad.

Se establece una periodización de 1872 a 1954. La primera fecha corresponde al nacimiento de la Revista Médica de Chile, editada por la Sociedad Médica de Santiago, publicación que evidencia la emergencia del estamento terapéutico como agente de poder en la sociedad chilena. En sus páginas se puede rastrear la discusión sobre la toxicomanía y su configuración en un universo referencial patológico. En 1954 se aprueba la Ley de Estados Antisociales, legislación que hace cristalizar en la norma una discusión iniciada a fines del siglo XIX sobre cualidades y sujetos a intervenir por las instituciones y agentes normalizadores, entre los cuales aparece la figura del toxicómano. Se usan como fuentes los libros publicados en el período 1872-1954 que se refieran al tema del uso de drogas y la toxicomanía; y las tesis de médicos, químicos farmacéuticos y licenciados en ciencias jurídicas que versen sobre el uso de drogas y la toxicomanía.

Como resultados preliminares se evidencia la discusión médico jurídica que incorpora dentro la ciencia psiquiátrica la gestión de las diferentes ebriedades; se da cuenta de cómo tal ampliación contribuyó a la institucionalización de la medicina como técnica-saber de gestión sobre fenómenos sociales, en los que se incluye la ebriedad. Se evidencian las conexiones entre la construcción discursiva que acusaba la peligrosidad social del toxicómano con los discursos referidos a los peligros para la raza y la eugenesia en la primera mitad del siglo XX. Por otra parte, se manifiesta el proceso de construcción del cuerpo del toxicómano como objeto de intervención terapéutica.

Preliminarmente, se concluye que en el cambio del siglo XIX al XX ocurre una inflexión en la inteligibilización del problema de la ebriedad en Chile. En un proceso similar al que ocurre en otros países, se asiste a un problema de individualización y patologización de la ebriedad. La patologización de los estados de ebriedad está en conexión con las discusiones sobre el cuidado de la raza y la circulación de ideas eugenésicas que convertían relaciones sociales como el matrimonio o decisiones de la esfera privada, como la gestación, en objetos de intervención y control estatal.

La medicalización de la ebriedad exigió producir un "cuerpo" que encarnara la descripción de las enfermedades provocadas por el uso de drogas como la cocaína, la morfina o el cannabis; producción discursiva que ocurre en la clínica terapéutica a partir del internamiento forzoso de los definidos como toxicómanos. A la par, el estamento médico y terapéutico va asumiendo el monopolio en la gestión de los vehículos de ebriedad, junto a otros medicamentos y al poder de recetar fármacos.

La definición de la peligrosidad social atribuida a los usuarios de drogas está en vinculación con los discursos eugenésicos y de la raza que circularon con profusión en la primera mitad del siglo XX, discursos que permiten las primeras intervenciones normalizadoras justificadas en términos de profilaxia social. La inteligibilidad antes descrita aún opera en la conceptualización del problema del uso de drogas y en las subjetividades movilizadas por los medios de comunicación y la cultura respecto de sus usuarios. Historizar la discusión médico jurídica desde una perspectiva crítica permite abrir nuevas formas de inteligibilidad no necesariamente cimentadas en un eje patologizador, asumiendo la multidimensionalidad de las prácticas de uso de drogas con sus correspondientes mudanzas en la gestión del problema.

ENTEÓGENOS, TÉCNICAS DE SÍ Y MODOS DE CONOCIMIENTO: NUEVAS POSIBILIDADES DE ARTICULACIÓN ENTRE USUARIOS Y SUSTANCIAS¹

Arthur Arruda Leal Ferreira

Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil)

Doctor en Psicología. Posdoctorado en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, y en la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. Profesor asociado de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), Brasil.
Correo: arleal@superiig.com.br

La cuestión que se plantea a continuación es reflexionar sobre algunas posibilidades únicas en la articulación entre usuarios y sustancias. Con mayor exactitud, pensar cómo esta articulación puede pasar por modos de conocimiento, autoexperimentación y técnicas de sí, tal como las describe Foucault. Para ello, las referencias al concepto de sustancia no será realizado en los términos de droga ni de los complementos psicoticomiméticas (que hace referencia a un posible estado de locura causado por la ingestión de las sustancias); psicolíticas (que se refieren a una corrupción mental); psicodélicas (que serían manifestadoras de aspectos mentales); o alucinógenas.

Adoptaremos el término **enteógeno**, creado en 1973 por los etnobotánicos R. Gordon Wasson, Jeremy Bigwood y Johnattan Ott y por los filólogos Carl Ruck y Daniel Staples. Esto porque según Metzner, dicho neologismo es un intento por reconocer de forma más apropiada este elemento de acceso a los diferentes estados proporcionados por estas sustancias, evitando el tono peyorativo que conllevan los otros términos. No obstante, más que proponer un estudio positivo de etnobotánica o la descripción de experiencias místicas, el objetivo de este trabajo es señalar cómo la relación con determinados enteógenos está relacionada con modos de conocimiento experimentados en sí (como podemos buscar en prácticas de investigaciones de autores como Moreau de Tours, William James, Sigmund Freud y Thimoty Leary) y a prácticas de sí, definidas por Foucault como una serie de tecnologías reguladas de intervención de sí sobre sí en nuestra constitución como seres éticos. Principalmente se busca ver cómo estas experiencias están involucradas en controversias, como aquellas que se relacionaron con el uso de LSD.

¿En qué sentido actual los enteógenos producen técnicas de sí y modos de conocimiento y en qué sentido estos usos se asocian a controversias?

Básicamente se realizó un análisis historiográfico de acuerdo con los postulados de la Nueva Historia (Escuela francesa de los Annales de L. Febvre, M. Bloc, G. Duby e J. Le Goff) y el análisis de controversia, proporcionado por la Teoría de Actor-Red (B. Latour e T. Venturi).

1. Versión traducida del texto original en portugués.

En el primer caso, las descripciones históricas se originarían en las preguntas presentes mediante una historia problema, que buscaría establecer sus herramientas conceptuales en la comunicación interdisciplinaria entre diversas áreas sin caer en cualquier narrativa teleológica o totalizadora. En el segundo caso, el análisis de las controversias tomaría como base el principio de simetría de D. Bloor (sin la separación entre saberes vencedores y vencidos) y lo ampliaría para superar dualismos como los postulados entre sociedad/naturaleza, aspectos subjetivos/ objetivos del conocimiento y factores internos/externos a estos. Los dispositivos en análisis son entendidos como conjuntos sociotécnicos dados en la amalgama de componentes diversos y heterogéneos con diversos grados de estabilización.

Los principales resultados obtenidos están relacionados con la descripción de cuatro casos corrientes en la historiografía de prácticas científicas, donde el conocimiento de las sustancias puede realizarse por el recurso de la autoexperimentación, vinculado ocasionalmente a técnicas de sí. En particular, los casos analizados se refieren a:

- 1) Moreau de Tours: médico psiquiatra francés que en la segunda mitad del siglo XIX realizó una serie de estudios sobre experimentación con el hachís. Los principales resultados obtenidos apuntaron al vínculo entre enteógenos, estados patológicos y estados oníricos.
- 2) William James: psicólogo y filósofo estadounidense que entre los siglos XIX y XX utilizó el óxido nitroso para estudiar variaciones en el estado de conciencia, especialmente aquello que definió como experiencia pura.
- 3) Sigmund Freud: médico austriaco y sistematizador de las prácticas psicoanalíticas; al final de siglo XIX utilizó la cocaína para investigar los efectos terapéuticos en patologías como depresión y neurastenia.
- 4) Timothy Leary, psicólogo e investigador estadounidense que a mediados del siglo XX se sometió a experiencias con LSD para estudiar estados de alteración de conciencia. En este caso se mostrarán las polémicas vinculadas al uso de esta sustancia en investigaciones que se extendieron hasta su prohibición por organismos federales.

Las conclusiones de este trabajo apuntan a los modos únicos en que los enteógenos se muestran como agentes relevantes en los modos de producción de conocimientos (por autoexperimentación) y técnicas de sí. Esto lleva a una desnaturalización de los modos de conocimiento de las sustancias, hoy exclusivamente abordadas por vías indirectas (investigaciones en 3ª persona). Esto igualmente promueve extrañeza en las formas en que los enteógenos son clasificados exclusivamente como drogas, haciendo a sus usuarios ampararse en el uso de estas (sin considerar los modos complejos en que estos se vinculan a técnicas de sí). Estas problemáticas pueden conducir a nuevos matices en las políticas referidas al uso de sustancias.

CAPÍTULO 6

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN DROGAS CON PERTINENCIA CULTURAL

PRESENTACIÓN

Carolina Delgado, moderadora

SENDA (Chile)

Trabajadora Social. Magíster en Psicología Comunitaria. Asesora del Área de Prevención del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA), Chile. Correo: cdelgado@senda.gob.cl

El desarrollo de una política pública eficiente y adecuada en el ámbito del abordaje en drogas debe ser capaz de observar las vulnerabilidades específicas que en mayor medida exponen a las personas, grupos y comunidades al consumo y a las consecuencias negativas de su uso. En este contexto, y dada la diversidad cultural que presenta nuestro país y las condiciones de pobreza y exclusión en que vive gran parte de la población indígena y migrante, se requiere incorporar una perspectiva intercultural como eje transversal en el trabajo desarrollado. En América Latina la vinculación entre el consumo de alcohol y comunidades indígenas es estrecha, requiriéndose políticas y programas específicos, sensibles a las diferencias culturales tanto en las comunidades rurales, como en la población indígena urbana. Un escenario similar se observa en la población migrante, fenómeno que se ha extendido en los últimos años en Chile, donde también existe evidencia respecto a cómo la problemática del consumo de drogas impacta de manera particular y profunda en esta población, tanto durante el proceso migratorio como en las generaciones posteriores¹.

En el seminario, tres presentaciones pusieron en diálogo esfuerzos de diversas instituciones con miras a

1. Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Alcohol y salud en los pueblos indígenas* (p.4). Washington D.C.: OPS.

posicionar estos temas en el desarrollo de diseños programáticos que se orienten más certeramente en el tratamiento y la integración social de personas vinculadas al consumo de drogas y alcohol. En un país diverso y plural como el nuestro, incorporar la pertinencia cultural en el desarrollo de experiencias innovadoras imprime a las trayectorias institucionales una mirada renovada respecto a la complejidad de esta problemática.

Claudio Andrade y Cristian Altamirano, asesores del Área de Estudios de la Fundación Ciudad del Niño, presentaron una experiencia de formación de profesionales de primera línea del área de protección y responsabilidad penal adolescente para trabajar incluyendo la diversidad cultural desde una perspectiva de derechos. Lo anterior, en un esfuerzo institucional que busca responder a la demanda de formación para intervenir en esta línea, así como también, a la necesidad de transferir conocimiento y herramientas para el trabajo con niños, niñas y adolescentes a equipos de intervención directa. Todo esto como una forma de contribuir al desarrollo de intervenciones más eficaces.

Ellos reflexionan sobre los hallazgos del proceso formativo en relación con la positiva evaluación de las contrapartes profesionales frente a la propuesta, ob-

servan y describen las dificultades para implementar la experiencia. Esta representa una necesidad y a la vez una tensión frente la orientación técnica general, la cuestiona y al mismo tiempo contribuye a un desarrollo que considere el aporte de este tipo de enfoque para la convivencia de niños, niñas y adolescentes en contextos de diversidad cultural.

La exposición rescata también los principales desafíos que presenta esta innovación en las prácticas institucionales, valorando por un lado la complejidad de integrar indicadores de peso para intervenir desde una perspectiva intercultural y, por otro lado, la necesidad de generar sinergias con otros actores de la red de protección y responsabilidad penal adolescente.

Tania Anguita, representante del Programa Ambulatorio Intensivo Riviera Temuco, presentó la experiencia de incorporación de la perspectiva intercultural en la atención de adicciones en población infantojuvenil a través de la inclusión de una machi (autoridad tradicional del pueblo mapuche) en el equipo de intervención.

Esta experiencia de trabajo clínico complementario responde a la necesidad de desarrollar una intervención psicosocial con pertinencia cultural en el área del tratamiento del programa. Lo anterior se relaciona con el perfil de la población y con la necesidad de intervenir en forma temprana, dadas las características de mayor vulnerabilidad. Al mismo tiempo, se identifica en la comunidad atendida y en sus familias una alta validación de la autoridad tradicional en la atención en salud como respuesta a la cultura a la cual pertenecen, cuestión que el programa no pasa por alto.

Esta inquietud tiene su origen en la constatación que realiza el equipo en el quehacer cotidiano de la intervención con niños, niñas y adolescentes de ascendencia mapuche, respecto a ciertos factores de riesgo en el inicio, mantención y validación del consumo de drogas (en especial alcohol) asociado a la consideración histórica de consumo en comunidades mapuche de la Región de La Araucanía.

En tercer término, el trabajo de Javier Martín Nieto da cuenta de experiencias programáticas en la línea del tratamiento de la interculturalidad, que se han implementado para ir en apoyo de la población migrante usuaria de drogas en España, donde este fenómeno es visto como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

En suma, el trabajo generado en esta mesa se constituyó en un espacio para la promoción de la pertinencia cultural en las propuestas metodológicas de intervención social en drogas, desarrollándose un enriquecedor diálogo con los asistentes, quienes aportaron a las conclusiones del tema con sus experiencias.

La síntesis destacó el proceso de descentración cultural, mediante el cual cada miembro del equipo profesional se reconoce también como individuo portador de cultura, integrada a su trayectoria personal y de la cual es necesario tomar distancia en un intento de delimitar de mejor manera sus marcos de referencia y así tener un acercamiento a un otro distinto en un proceso de desarrollo y de ayuda profesional eficiente y adecuado. Esto requiere abandonar la idea del conocimiento único y de experto, e involucrar a los niños, niñas y adolescentes en la identificación y explicación situada de su problemática, valorando sus conocimientos y recursos, así como también los de su entorno.

Surgen desde aquí a lo menos tres desafíos en el desarrollo de abordajes para enfrentar el consumo de drogas y sus consecuencias en población con diversidad cultural: por un lado, reconocer e integrar el trauma histórico de los pueblos originarios en la comprensión de la situación que viven hoy día las comunidades indígenas; en segundo lugar, es necesario comprender los factores de riesgo asociados a los procesos migratorios, y -por último- proponer espacios y procesos que faciliten la integración de un otro culturalmente diferente, migrante o indígena, en la atención y abordaje de las dificultades que enfrenta, entre ellas, su mayor exposición frente a las drogas.

La intervención social en contextos pluriculturales debe integrar una perspectiva que incluya el plano intercultural y también el enfoque de derechos, esto es, la consideración permanente de las formas subjetivas a través de las cuales la comunidad y las personas comprenden y otorgan sentido a su vida y a las condiciones que posibilitan su desarrollo.

REFLEXIONES EN TORNO A LA INTERCULTURALIDAD EN LA INTERVENCIÓN SOBRE DROGAS

Claudio Andrade*
Cristian Altamirano**

CODENI (Chile) – SENDA (Chile)

*Sociólogo y magíster en Psicología Comunitaria. Asesor del Área de Estudios de la Fundación Ciudad del Niño (CODENI), Chile.
Correo: candrade@codeni.cl

**Psicólogo y magíster en Educación. Asesor intercultural.
Correo: cristian.altamirano.cordero@gmail.com
Sitios web: www.senda.cl y www.codeni.cl

En su rol histórico por la protección de la infancia en Chile, la Fundación Ciudad del Niño (CODENI) ha constatado desde su origen importantes dificultades tanto en el área de protección como en la de responsabilidad penal adolescente, específicamente en lo que respecta a la reinserción de los sancionados como consecuencia de la organización programática y fraccionamiento institucional. Las tasas de internación y de reincidencia llevan a cuestionar la efectividad y capacidad de cumplir con los propósitos de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA) especial y específicamente en población indígena.

Conscientes que el sistema de atención se ve constantemente desafiado por la alta rotación de los equipos de trabajo y la necesidad de ajustar los modelos a las familias y comunidades tradicionales, este tema sobrepasa una mera forma de concebir el desarrollo humano desde una perspectiva occidental que responde a criterios de la cultura dominante y meramente administrativos. Las transformaciones del sistema de atención a la infancia no han considerado la discusión y acontecimientos en la esfera política e institucional respecto a las comunidades indígenas.

Las regiones del Biobío, La Araucanía y Los Lagos, donde la fundación ejecuta programas, concentran altos porcentajes de población infantil. Los informes coinciden en la identificación de múltiples situaciones de discriminación étnica, cultural y económica, así como de limitaciones jurídicas tanto para velar por sus derechos como para la defensa de los mismos. Pese al aumento del gasto social persiste una distribución desigual de los servicios.

Atendiendo a este escenario complejo, pero además de compromiso con el rol garante de derechos que cumple, la fundación considera que el déficit en la implementación de políticas públicas que consideren la pluriétnicidad pasa por la preparación de profesionales. La calidad de la ejecución de las políticas en infancia y en lo específico sus lineamientos y oferta programática es directamente proporcional a la calidad del personal que las ejecuta. Así, y procurando distanciarse de una visión folclórica, se pone atención en la cultura de la cotidianidad, que se expresa por ejemplo en las maneras de socializar a los niños, de comprender la familia, de entender las obligaciones hacia los adultos, los niños y la comunidad.

En la experiencia de formación de 60 profesionales que desarrollan funciones en territorios con altos porcentajes de población infantil indígena en Chile se busca adaptar las prácticas a la luz de una matriz teórica general desarrollada en Canadá que complementa y apoya las buenas prácticas de los equipos de intervención. Esto obedece a la necesidad de un fuerte componente participativo e inclusivo que considere los distintos niveles jerárquicos, además de poder evaluar el impacto de los procesos desarrollados y contar con evidencia empírica para la toma de decisiones por parte de los actores del sistema de atención.

En este contexto, se incluyen en el proceso de formación duplas de trabajo, planes de intervención y casos reales, con los debidos resguardos éticos. La experiencia persigue como objetivo general formar profesionales del área de protección y responsabilidad penal adolescente de los programas de la Fundación Ciudad del Niño para trabajar con la diversidad cultural desde una perspectiva de respeto de derechos. Para esto, se establecen como objetivos específicos promover relaciones respetuosas y eficaces entre profesionales y usuarios mediante la toma de consciencia de las diferencias culturales; abrir espacios de desarrollo identitario; y compatibilizar prácticas de socialización tradicionales y profesionales, considerando el interés superior del niño o niña.

El proceso llevado a cabo muestra como resultados las prácticas esencialistas y etnocentristas de los profesionales de acción directa que, por ejemplo, hacen que se relativicen las etapas del desarrollo infantil occidental y su evaluación a partir de parámetros marcados por la cultura, la clase y la urbanidad; amplía la noción de interculturalidad desde la niñez indígena a la niñez migrante y a otros grupos culturales presentes en diversos territorios; la reflexión de los equipos con respecto a los enfoques predominantes en la intervención, que se orientan al individuo y la familia sin considerar a la colectividad —fundamental en las prácticas tradicionales—, y la búsqueda por la compatibilidad con ellas por el bien superior de niños y niñas.

El trabajo ha aportado a la convivencia de niñas, niños y adolescentes en contextos de diversidad cultural. Hay un reconocimiento y valoración de la diversidad cultural por parte de los equipos profesionales de intervención que participan, lo que se traduce en respeto y horizontalidad en las relaciones establecidas con los usuarios. Hay también mayor efectividad en las intervenciones en estos contextos, propiciada por la compatibilidad con prácticas tradicionales de la colectividad y la apertura de espacios interculturales que evitan interpelaciones excluyentes, al considerar a la colectividad en la solución de temas conflictivos mediante sus prácticas y soluciones tradicionales.

MODELO DE INTERVENCIÓN INTERCULTURAL EN TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS PARA NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIAS EN TEMUCO

Tania Anguita Vergara

Fundación Tierra de Esperanza (Chile)

Técnico en Psicoeducación. Programa Ambulatorio Intensivo Comunitario de tratamiento en consumo problemático de drogas en medio libre (PAIC Riviera Temuco) de la Fundación Tierra de Esperanza (FTDE), Chile.

Correo: tania.anguita@tdesperanza.cl

Sitio web: www.tdesperanza.cl

Tierra de Esperanza (FTDE) es una fundación sin fines de lucro, creada en 1997 para la atención de niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Su misión es defender los derechos esenciales de la infancia más vulnerada y marginada –sin consideración étnica, religión u opinión política– brindando afecto en conjunto con la comunidad y las familias, proveyendo de una atención especializada y comprometida que asegure calidad de vida para proyectar su futuro. Actualmente, Fundación Tierra de Esperanza atiende a más de cuatro mil usuarios, en 88 programas a lo largo de Chile, organizados en cinco líneas de intervención: protección de derechos, justicia juvenil, tratamiento en consumo de drogas, educación e investigación, sistematización y capacitación.

La experiencia que se presenta corresponde al **Programa Ambulatorio Intensivo Comunitario (PAIC) Temuco**, programa intensivo dentro de la línea de tratamiento en consumo de drogas en la Región de La Araucanía (Chile), ejecutado desde el año 2013 con una cobertura de 20 planes mensuales y en desarrollo desde el año 2014. Este implica una serie de acciones orientadas a generar complementariedad de perspectivas para comprender los fenómenos de salud-enfermedad, provenientes de la cultura occidental y la originaria del pueblo mapuche. En lo concreto, el profesional de la salud realiza la presentación de la machi al joven y acompañante e informa sobre el tipo de diagnóstico con que esta aportará (físico-emocional-espiritual). A la vez, realiza una intermediación en el diálogo para definir el uso de medicinas naturales o rogativas que pueden o no ser complementadas con medicina alópata y exámenes de laboratorio.

La experiencia ha sido exitosa en la medida que ha permitido un acercamiento entre dos formas distintas de concebir la salud, a través de la interacción entre profesionales sanitarios y una autoridad tradicional mapuche (machi con experiencia en trabajo intercultural en el ámbito del consumo problemático de sustancias psicoactivas). Este abordaje intercultural ha integrado dos formas de comprender los procesos de salud-enfermedad, que ha favorecido un mayor nivel de conocimiento mutuo entre ambas perspectivas acerca del fenómeno y una progresiva disminución del miedo y la desconfianza por parte de usuarios y familias, donde el médico actúa como puerta de entrada a la cosmovisión mapuche, tomando un rol de intermediario y traductor de la intervención.

Los jóvenes que han participado de las prestaciones desde la perspectiva intercultural se muestran motivados y respetuosos, manteniendo adherencia al tratamiento; este integra de forma deliberada y sistemática la

intervención intercultural con sesiones periódicas con la machi, quien aborda los fenómenos de consumo desde una visión mágico-animista propia de la cosmovisión mapuche, utilizando para ello rogativas y medicinas de origen natural, complementaria e integral a la labor del profesional de la salud, quien profundiza, contrasta y, de ser necesario, complementa con exámenes y tratamientos médicos.

Según información censal, en la Región de La Araucanía se concentran altos niveles de pobreza y vulnerabilidad en familias mapuche, impactando de manera especial en la infancia. La migración del campo a la ciudad los han situado en contextos urbanos marginales, con niñas y niños desarraigados y desprotegidos de pautas culturales tradicionales de socialización en el seno de la familia extensa, dejándolos expuestos a factores de riesgo contextuales que favorecen el inicio temprano de trayectorias asociadas a comportamiento delictivo y consumo problemático de alcohol y drogas, entre otros problemas.

Sumado a lo anterior, los contextos educacionales no brindan adaptaciones curriculares para la valoración del aprendizaje originario propio. Ambos elementos tienen implicancias en el proceso de construcción de identidad y desarrollo psicosocial de las niñas, niños y adolescentes mapuche que se han socializado en contextos sociomarginales de este territorio.

A través de la intervención se busca mejorar no solo adherencia al tratamiento, sino también el respeto por formas tradicionales y con sentido cultural y territorial.

DROGAS Y MIGRACIÓN: UNA DIFÍCIL INTEGRACIÓN

Javier Martín Nieto

RIOD (España)

Máster en Dirección y Gestión de Entidades Sin ánimo de Lucro,
Universidad Autónoma de Madrid. Director de RIOD.
Correo: direccion.riod@gmail.com
Sitio web: www.riod.org

RIOD es una red de organizaciones no gubernamentales de América Latina y España, constituida el año 1999, que en la actualidad agrupa a 44 organizaciones de 16 países (dado que algunas de esas ONG son redes y plataformas, RIOD agrupa en total a cerca de 400 ONG de 25 países y dos continentes). Entre sus fines, y según estatutos, debe desarrollar programas de educación, salud e inclusión social y, además, fomentar la educación para el desarrollo como medio para luchar contra situaciones de exclusión o discriminación. Gran parte de las ONG integradas en la RIOD trabajan hace décadas en el ámbito de la inserción.

Las migraciones no son una excepción, son la norma; vivimos en un mundo migrante. Los desplazamientos por motivos económicos, sociales o políticos han sido una constante en la historia. Por eso, si trabajamos en el ámbito social, en el de la exclusión, en el de las drogas, no podemos ignorar las migraciones.

En determinados períodos históricos las migraciones se dan con mayor intensidad. En la actualidad estamos en un momento álgido. Cada vez es mayor el número de personas que migran. En 1965 había 75 millones de personas migrantes en el mundo; el año 1990 el número se duplicó. En el año 2005, último en el que hay datos oficiales disponibles en el ámbito internacional, de los 6500 millones de personas que había en la tierra, alrededor de 191 millones, es decir, el 3% de la población mundial, vivían en un país distinto del que nacieron.

Los datos de España muestran que el total de personas inscritas en el padrón el 1 de enero de 2015 era de 46 600 949 habitantes, de este total, 41 882 085 tenían la nacionalidad española y 4 718 864 eran extranjeros, lo que representa el 10,1% del total. De esos extranjeros 1 045 605 procedían de América Latina (el 2,24% del total de la población), 844 456 eran de América del Sur y 201 149 de América Central y el Caribe.

Otros datos señalan que, especialmente desde el año 2000, España ha tenido una de las mayores tasas de inmigración del mundo. Es el décimo país que más inmigrantes tiene en números absolutos, por detrás de países como Estados Unidos, Rusia, Alemania, Francia o Reino Unido.

La inmigración implica un enorme cúmulo de problemas. El colectivo de inmigrantes no se incorpora exclusivamente a un mercado laboral. Comparte los problemas económicos, sociales y culturales de la sociedad donde se integra; es, además, un grupo especialmente vulnerable a los mecanismos de exclusión social.

La migración implica una serie de dificultades: inadaptabilidad, soledad, sobreexplotación, escasez de redes sociales, dificultades económicas o de acceso a vivienda. Todo ello tiene indudables repercusiones sobre la salud de las personas inmigrantes y en ese contexto, un caso particular es el consumo de drogas.

Esta situación llevó a RIOD a presentar en 2011 un programa sobre los riesgos asociados al consumo de drogas para la población inmigrante de origen latino residente en España. El programa se desarrolló a través de varias ONG de inmigrantes y se presentó al Plan Nacional sobre Drogas, que aprobó y subvencionó el mismo. El origen del programa tuvo como tesis que la migración es un factor de riesgo para la exclusión social y para el consumo de drogas.

Se realizó una capacitación básica sobre problemas asociados al consumo de drogas, que incluyó las características de la red asistencial española, las diferencias entre las representaciones sociales en España y en América Latina, y los factores de riesgo y protección. Esta capacitación se ofreció a las ONG de inmigrantes. También informó sobre orientación y derivación de casos a ONG especializadas en drogas y por último se editó y distribuyó una guía.

La evaluación de este programa fue muy positiva y dos años después de su finalización se seguían recibiendo demandas de información. Fruto de ello se presentó un nuevo programa en 2014; en esta ocasión, a través de los consulados de América Latina en España. El programa fue aprobado y subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas de España. Para el desarrollo del mismo fue esencial la **perspectiva de la interculturalidad**, entendida como entre culturas (no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos).

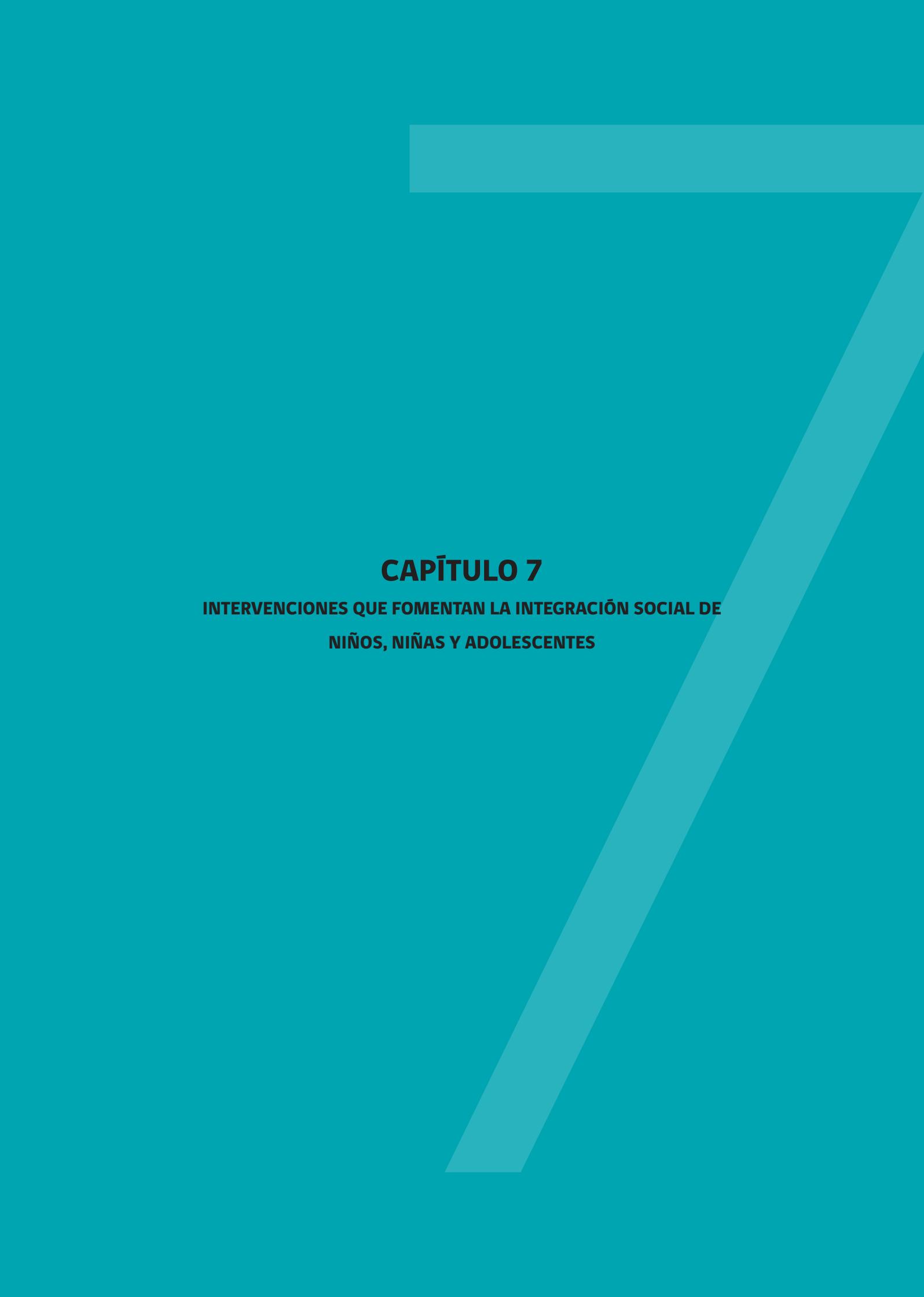
La interculturalidad es el proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos con identidades culturales específicas, donde no se permite que las ideas y acciones de una persona o grupo cultural estén por encima del otro, favoreciendo en todo momento el diálogo, la concertación y, con ello, la integración y convivencia enriquecida entre culturas.

La interculturalidad no es una idea o un proyecto, es una realidad. Hoy vivimos en un mundo intercultural. Recordemos que ya en 1996, hace dos décadas, el informe de la UNESCO La educación encierra un tesoro, también llamado *Informe Delors*, señalaba que el verdadero reto del siglo XXI sería la aceptación de la alteridad y la urgencia de aprender a convivir con la diferencia.

En el siglo XXI la interculturalidad es un proceso para la gestión de ciudadanía; propone la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Es decir, la interculturalidad se basa en el respeto hacia la diversidad.

La interculturalidad es distinta a la multiculturalidad o la pluriculturalidad, en cuanto se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes. Interacción que reconoce y parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder, así como de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que el otro pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencie la capacidad de actuar.

Así, no se trata solo de reconocer, respetar o tolerar al otro. Se trata de impulsar procesos de intercambio que permitan construir espacios de encuentro, diálogo y asociación.



CAPÍTULO 7

**INTERVENCIONES QUE FOMENTAN LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

PRESENTACIÓN

Sin duda, cada uno de los grupos objetivos de las estrategias para el tratamiento de las drogas genera desafíos, alcances y resultados diversos. En ese contexto, la población de niñas, niños y adolescentes ha adquirido progresivamente mayor protagonismo en la preocupación de agentes formuladores de políticas públicas, interventores y la sociedad civil en general.

Como modelo de atención temprana del problema, de reducción de la exposición a mayores daños, como medidas preventivas o reparatorias, este grupo nos desafía a realizar procesos terapéuticos contextualizados no solo a los territorios que habitan, sino también a formas culturales y de comprensión de la sociedad muchas veces distintos a las de los adultos. La naturaleza de la edad, las características de estructura de comportamiento y afectivas requieren la implementación de modelos flexibles de intervención, equipos multidisciplinarios y un enfoque especialmente cercano y natural para el trato.

Así, el objetivo de la mesa consistió en mostrar la diversidad de metodologías y enfoques a través de tres experiencias de intervención, todas a cargo de ONG y fundaciones. María Belén Villagra y Déborah Carvalho, de la Fundación Tierra de Esperanza, mostraron los logros que han permitido la introducción del **mapa territorial** como herramienta de diagnósti-

co e intervención. Tomado desde la cartografía social, este otorga información relevante en usuarios de alta complejidad y con alto sentido de territorialidad en su discurso para explorar identidad y aumentar adherencia al tratamiento.

El programa **La Esquina** de la Fundación Paréntesis, presentado por Ali Alcayaga y Boris Yáñez, describe la efectividad de una intervención levantada sobre los pilares del enfoque comunitario, la prevención selectiva y promoción de la salud, la reducción de daños y gestión de riesgos, el enfoque de derechos y el trabajo en terreno. Jorgelina Di Lorio, de la ONG Intercambios Asociación Civil de Argentina, presentó el programa **No te sientas zarpado - Hablemos sobre drogas**, que inserto en el contexto escolar, atiende a jóvenes con uso problemático de drogas y trabaja en la detección temprana de situaciones de vulnerabilidad, la reducción del estigma y el desarrollo de una red de apoyo y cuidado, procurando atender las características propias de la edad y de la comunidad en que la escuela y el equipo de profesionales se inserta.

MAPA TERRITORIAL: UNA MIRADA A LA COTIDIANIDAD

María Belén Villagra*
Deborah Carvalho Contreras**

Fundación Tierra de Esperanza (Chile)

*Trabajadora Social. Directora del Programa de Drogas Complementario (PDC) de Recoleta y profesional de Programas Ambulatorios Intensivos CreSer Biobío y Ágora San Joaquín, Chile
Correo: maria.villagra@tdesperanza.cl

**Socióloga. Profesional de Programas Ambulatorios Intensivos Ágora San Joaquín y Ágora Til Til, Chile.
Correo: devora.carvalho@tdesperanza.cl

La Fundación Tierra de Esperanza es una institución sin fines de lucro creada hace dieciocho años para la atención de niñas, niños y adolescentes en situación vulnerable. Busca proveer de una atención especializada, que en conjunto con los recursos de la comunidad y la familia, asegure una calidad de vida para proyectar el futuro de sus usuarios. La defensa de los derechos esenciales de la infancia más vulnerada y marginada, sin consideración de diferencias étnicas, religiosas u opinión política constituyen parte de la misión institucional de la Fundación Tierra de Esperanza.

Distribuida en diez regiones de Chile, sirve a cerca de 4 mil beneficiarios, a través de 88 programas de atención, organizados en cinco líneas de intervención: protección de derechos, justicia juvenil, tratamiento en consumo de drogas, educación e investigación, sistematización y capacitación. La experiencia que se presenta se desarrolla en tres programas ambulatorios intensivos de tratamiento de consumo de drogas para adolescentes infractores de ley en contextos de privación de libertad: CreSer Biobío (VIII Región), Ágora Til-Til y Ágora San Joaquín (Región Metropolitana). Fue ejecutada entre los años 2012 y 2014.

Los programas ambulatorios intensivos, orientados a jóvenes de alta complejidad que presentan consumo problemático de drogas y conducta delictual -asociado además a historias de vulneración de derechos y amplios historiales de institucionalización- requieren una intervención desde una complejidad de escenarios de intervención en lo social. El acceso a lo territorial entonces, nos presenta una oportunidad para conocer o intervenir en diferentes procesos sociales.

El **mapa territorial** es una metodología de intervención que recoge las bases de la cartografía social adaptándola a la intervención individual (experiencia que no resulta excluyente de aplicación en el ámbito grupal) en el tratamiento con jóvenes con consumo problemático de drogas e infracción a la ley. Esta metodología ha proporcionado orientaciones para un diagnóstico más acabado y una intervención más pertinente. Incluye una visión comprensiva de la realidad del joven con el que intervenimos, propiciada por un acercamiento amigable y estrecho que les posibilita ser partícipes activos en el proceso de tratamiento. El rescate del discurso y miradas de la cotidianidad abre nuevos espacios para la intervención, asumiendo la calidad de expertos de los jóvenes en lo que respecta a su experiencia vital en un determinado territorio.

La aplicación de esta metodología se ha desarrollado principalmente por trabajadoras sociales y sociólogas y está dirigida a jóvenes que desde el discurso presentan un arraigo significativo al territorio, con elementos culturales asociados a identidad delictual, socialización callejera y rutina ligada al consumo, características personales con tendencia a la introspección y cierta resistencias para la comunicación verbal. Esta identificación-selección se realiza en conjunto con los profesionales tratantes y de acuerdo al momento de proceso terapéutico de cada uno de ellos.

La actividad se desarrolla en una intervención, con una estructura que se acompaña de sencillas consignas: "¿conoces los mapas?; la idea es que puedas dibujar a través de un mapa el lugar donde vives; ubicar plazas, colegios, casas de amigos, negocios, los lugares que frecuentas, lo que a ti te parezca importante contarme; los mapas no son ni buenos ni malos, así es que no importa cómo te quede al dibujo; la idea es conocerte más y conocer el lugar que para ti es importante".

Además se brinda el tiempo suficiente para que el joven dibuje, se da espacio para silencios y se desarrolla un correlato oral entre el joven y el interventor. No solo se realiza una entrevista, sino que también se otorga espacio para comentar en conjunto las apreciaciones de la información que va surgiendo del resultado gráfico del trazado donde lo estético también cobra sentido para el joven. La actividad se cierra con un análisis de lo trabajado con el joven y eventualmente con otro profesional.

Este material es considerado un recurso terapéutico que queda a disposición del equipo tratante, constituyéndose en un aporte para los procesos de diagnóstico que proporciona identificación de redes, significación de espacio territorial, elementos socioculturales, así como información sobre rutinas y actividades cotidianas. Se aproxima a significados del consumo y actividad delictual, lo que permite abordar prevención de recaídas y gestión del riesgo. En términos del tratamiento, los objetivos tras el ejercicio del mapa se orientan a promover la resignificación de espacios territoriales y sus relaciones, promoviendo la prevención de recaídas y la gestión de riesgo. Según sea el caso, es posible favorecer la integración social e inclusión de la experiencia del sujeto de intervención, y proyectar el trabajo intersectorial ante la presencia/ausencia de redes.

A lo largo del desarrollo de la experiencia, el mapa territorial mantiene la riqueza de lo participativo y horizontal de la cartografía social, donde es el joven quien se vuelve protagonista del espacio, siendo capaz de recordar y describir con detalle lugares de referencia identitaria, de forma lúdica, amena y sencilla. Así también, involucra un proceso creativo que favorece el diálogo y la expresión, permite verbalizar los significados que la persona da a su creación. Las imágenes y colores toman sentido, proponiendo otro lenguaje -el dibujo-, y no tan solo lo oral.

Con esta metodología se accede a la experiencia juvenil validando la identidad desde un discurso genuino, donde además se favorece la vinculación y adherencia en un esfuerzo por incorporar elementos socioculturales a la mirada tradicional. Se favorecen los espacios de interacción desde la inclusión, la consideración de los y las jóvenes desde sus recursos e intereses, contribuyendo a mirar al otro como un otro dinámico en directa relación con su entorno, con el espacio que habita, vive y significa.

PROGRAMA LA ESQUINA

Ali Alcayaga*
Boris Yáñez**

Fundación Paréntesis (Chile)

*Asistente Social. Jefe del Programa La Esquina de la Fundación Paréntesis, Chile.

Correo: ali.alcayaga@gmail.com

**Profesional del Programa La Esquina de la Fundación Paréntesis, Chile.

Fundación Paréntesis es una institución del Hogar de Cristo que acoge, apoya y brinda atención especializada a personas que se encuentran en situación de exclusión social, con consumo problemático de alcohol y otras drogas, o jóvenes en conflicto con la ley penal. Sus acciones responden a los valores institucionales: solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto, justicia, transparencia y trabajo en equipo. Distribuidos a lo largo nueve regiones de Chile, el año 2013 funcionaron un total de 29 dispositivos, en los cuales se atendió un total de 1583 personas de manera directa y a 1258 familiares de los beneficiarios.

El sector de Las Compañías, en La Serena, IV Región de Chile, tiene altos niveles de hacinamiento, viviendas pequeñas y precarias. La escasez de zonas de esparcimiento juvenil, infantil y familiar, sumado a una baja provisión de servicios comunales, genera escasas instancias de integración y participación. Como en muchos otros sitios, los jóvenes tienden a ocupar espacios en las esquinas de las calles, consumiendo drogas y provocando conflictos que han incrementado la brecha entre ellos y los vecinos. Esto trae mayor exclusión social y es el contexto al que suelen reinsertarse jóvenes tras el cumplimiento de sanciones judiciales.

La experiencia de la que damos –el programa **La Esquina**– cuenta es un trabajo psicosocial comunitario en la zona, que se ejecuta desde el año 2011 a la fecha, a cargo de un equipo de ocho profesionales. Se organiza en función de dos grupos objetivos de jóvenes entre los 14 y 20 años: aquellos que residen o permanecen en el sector y quienes están prontos a egresar del centro de régimen cerrado, ubicado en la misma zona, con el fin de apoyar sus primeras acciones postlibertad como resultado del programa.

El 93% de los jóvenes atendidos durante los dos primeros años (160) tuvo un logro alto en sus planes de intervención (entendiéndose como logro alto, cumplir con el 50% o más de sus objetivos propuestos). El 75% de los jóvenes niveló estudios y el 100% de los jóvenes que presentó riesgo de deserción escolar logró ser promovido de curso o mantenerse en el sistema escolar.

El trabajo consistió en levantar en conjunto con los jóvenes un plan de trabajo individual (tras una entrevista y un diagnóstico psicosocial individual), desde sus creencias, ideas y necesidades. Este plan procura mejorar sus niveles de inclusión social, procurando metodológicamente la horizontalidad basada en el respeto en la intervención interventor-intervenido.

El programa y sus actividades se apega a los lineamientos: enfoque comunitario; prevención selectiva, prevención indicada y promoción de la salud; reducción de daños y gestión de riesgos; enfoque de derechos; y trabajo en terreno. En la línea del primero de ellos (enfoque comunitario), el estilo de acompañamiento propuesto busca hacer emerger las capacidades, competencias, habilidades, recursos y potencialidades de las personas, grupos y comunidades, restándoles atención a sus posibles aspectos negativos. En esta línea, los jóvenes involucran a los profesionales en su mundo, lo que les permite tomar decisiones más adecuadas respecto a sus problemáticas.

Apegado al lineamiento de prevención selectiva, de recaídas y promoción de la salud, **La Esquina** ha implementado la prevención a nivel individual, familiar y comunitario, ofreciendo atenciones, intervenciones, orientaciones e información a través de conversaciones y talleres que apuntan a generar estrategias de manera contextualizada. Establece a priori coordinaciones con todas las redes disponibles en el territorio y las que se encuentran dentro de la red intersectorial, que permiten al joven mejorar sus niveles de inclusión. Para llevar a cabo la estrategia en la línea de la reducción de daño y gestión de riesgos, el programa establece sostener conversaciones abiertas y sinceras con los implicados, y desarrollar procesos transparentes, con una incidencia favorable y conociendo todos los aspectos relacionados con el consumo.

Bajo la lógica del enfoque de derechos, además de una intervención multidisciplinaria, los jóvenes reciben asesoría, orientación y acompañamiento en procedimientos judiciales. En la línea de trabajo en terreno, el equipo busca permanentemente la integración socioeducativa, empleando y demostrando sus potencialidades en actividades públicas.

En definitiva, podemos decir que La Esquina mejoró la forma de resolver sus conflictos, la escolaridad, la gestión de riesgo, los niveles de inclusión social, la capacidad de comunicación y los canales de integración al mundo laboral.

ABORDAJE DE USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y PROMOCIÓN DE VÍNCULOS SALUDABLES CON ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL DENTRO DEL ÁMBITO ESCOLAR

Jorgelina Di Iorio

Intercambios Asociación Civil (Argentina)

Doctora en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora adjunta e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Correo: diorio.jorgelin@mail.com

Intercambios, asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, es una organización no gubernamental creada en 1995, por un grupo de profesionales con amplia trayectoria. La misión institucional se propone aportar en el marco de los derechos humanos a la constitución y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con las drogas. Intercambios participa entre otras instancias, en la Red Argentina de Cooperación Internacional (RACI) y en el Consorcio Internacional sobre Políticas de Droga (IDPC). Entre sus principales actividades se encuentran el desarrollo de investigaciones y estudios sobre los problemas relacionados con las drogas; la difusión de información rigurosa y argumentada a fin de consolidar una opinión pública responsable; la formación de recursos humanos especializados y de operadores sociales y agentes comunitarios; el diseño, ejecución, asesoramiento y evaluación de planes y programas preventivos en diversos ámbitos institucionales y comunitarios.

No te sientas zarpado - Hablemos sobre drogas (NTSZ) es un dispositivo de abordaje del uso problemático de drogas y promoción de vínculos saludables con adolescentes dentro del ámbito escolar, que funciona desde marzo de 2012 en González Catán, partido de La Matanza. Este poblado tiene una población de más de un millón y medio de habitantes y una pobreza declarada de 35%. La propuesta de NTSZ nació a partir de la experiencia que Intercambios tiene en el campo de la intervención social en la temática del uso de drogas y del trabajo comunitario en el Municipio de Matanza. A través del trabajo conjunto con la Fundación Armstrong, se procura la continuidad educativa de un grupo de jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y expuestos a usos de drogas. En ellos se diagnosticaron dificultades en el proceso de acompañamiento y sostén de proyectos vitales, además de estigmatización por parte de la comunidad y obstáculos en el acceso y continuidad de la atención.

La iniciativa se realiza en la escuela secundaria La Salle, tres veces por semana en horario escolar. En el mismo territorio se ejecutan otros dos programas para la misma población, con los que está articulado: centro de educación no formal Casa Joven y programa Envión con sus sedes La Salle y El Dorado.

Participan de las acciones de **No te sientas zarpado - Hablemos sobre drogas** jóvenes de 12 a 18 años en situación de vulnerabilidad social. A junio de 2014, se había trabajado con 30 beneficiarios de acciones terapéuticas directas y con 850 en prevención. Además, integra a 30 participantes en la línea de referentes (adultos) de la

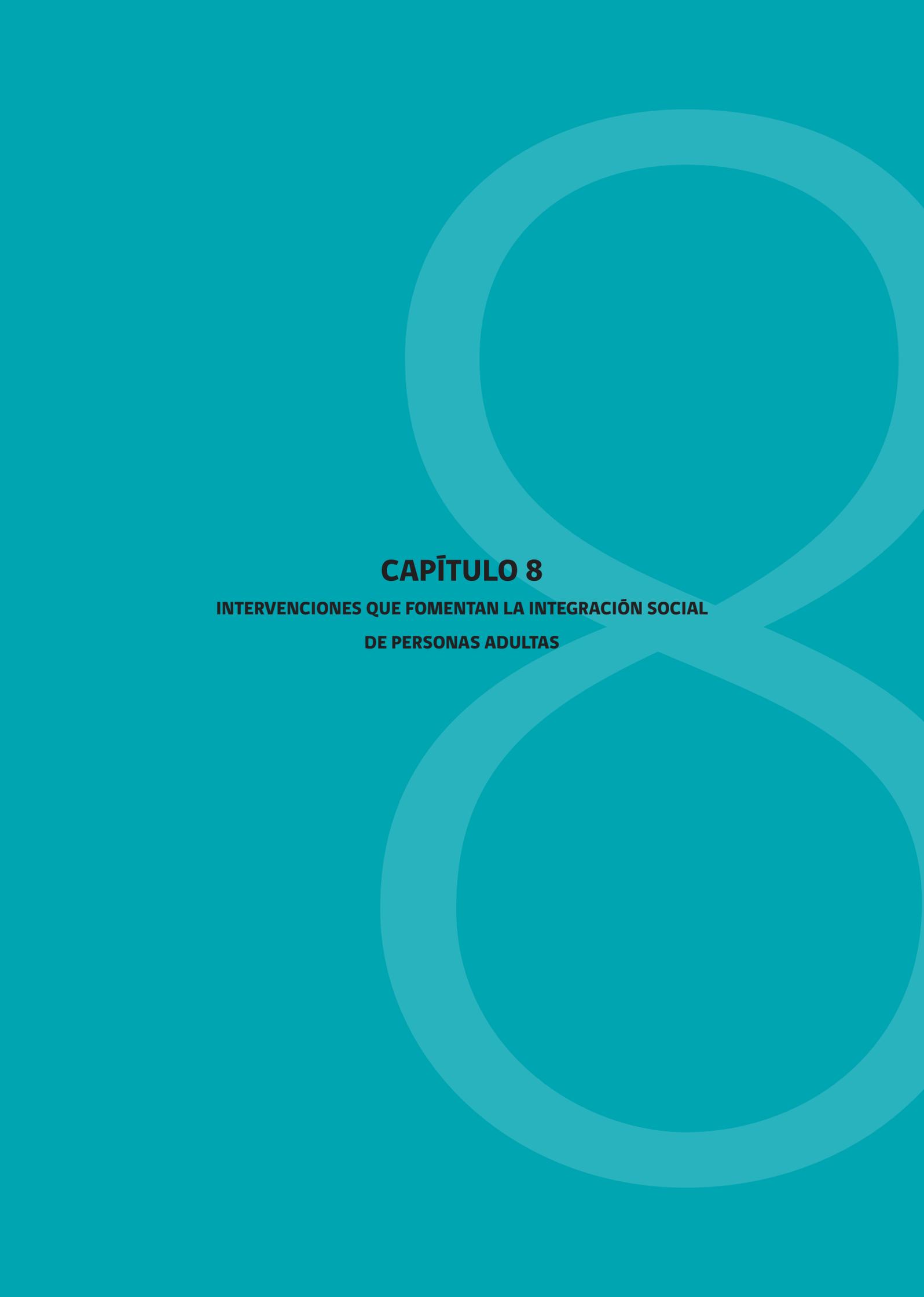
comunidad educativa (madres, padres, abuelos, entre otros) y a 20 participantes de las organizaciones barriales y otras instituciones del territorio.

Centrada en la lógica de promoción de la salud y el desarrollo de capacidades de las y los adolescentes para gestionar eficientemente los riesgos inherentes a la etapa evolutiva y al contexto sociocultural en el que se encuentran, NTSZ ofrece espacios de escucha y orientación amigables dentro del ámbito escolar y de la comunidad. Basado en los principios de educación popular, participación, intersectorialidad, interdisciplina, trayectorias y procesos, se incluyen acciones de asistencia y de promoción de la salud. Estas iniciativas se traducen en la promoción integral de derechos de los y las adolescentes, en el fortalecimiento individual y colectivo y en la construcción de nuevos aprendizajes sociales. Esto ha incidido en una disminución de riesgos de incremento en el consumo de sustancias, prácticas sexuales no responsables, accidentes vitales, situaciones de violencia social e institucional o conflicto con la ley penal.

Las actividades están organizadas en cinco programas o líneas de acción, a saber:

- 1) Programa de desarrollo de valores y creencias, y su transformación en habilidades para que los adolescentes puedan cuidarse y gestionar los riesgos de forma efectiva y prevenir el uso problemático de drogas.
- 2) Programa de promotores de salud, basado en los principios del trabajo en red y de que "nadie se cuida ni se daña solo" con el objetivo extender mensajes y prácticas de cuidado respecto del uso de drogas entre pares.
- 3) Programa de trabajo con adultos referentes, que incluye orientación y escucha, espacios grupales de reflexión, formación específica, y trabajo con equipos de otras organizaciones del territorio.
- 4) Programa de comunicación comunitaria, que incluye la realización de campañas gráficas y de video, cine debate, radio abierta y la producción y realización de un programa en la radio comunitaria que se encuentra en la escuela.
- 5) Centro de escucha de atención voluntaria, para la orientación, el acompañamiento y, de ser necesaria, la derivación, donde los adolescentes que requieran un espacio individual pueden dialogar acerca de los distintos temas que atraviesan conflictivamente su cotidianeidad (vínculos familiares y noviazgos, uso de drogas, relación entre pares, conflictos con el contexto escolar, proyección laboral, violencias de fin semana, entre otros). También está abierto a adultos referentes.

La combinación de estas actividades de manera continua y a cargo de un equipo de trabajo conformado por educadores, operadores sociocomunitarios, psicólogos y trabajadores sociales, ha favorecido la continuidad educativa de las y los adolescentes con uso problemático de drogas, detección temprana de situaciones de vulnerabilidad, la reducción de la estigmatización, así como la ampliación y fortalecimiento de una red efectiva de cuidado y promoción de salud -en y desde la institución escolar- a partir de la articulación de equipos de trabajo.



CAPÍTULO 8
INTERVENCIONES QUE FOMENTAN LA INTEGRACIÓN SOCIAL
DE PERSONAS ADULTAS

PRESENTACIÓN

Lorena Tamayo, moderadora

SENDA (Chile)

Psicóloga. Asesora del Área de Integración Social del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Chile.
Correo: tamayovenegas@yahoo.es

El propósito de la mesa fue dar a conocer intervenciones que fomentan la integración social en personas adultas que viven en contextos de vulnerabilidad y consumo problemático de drogas, con foco en el tema de empleabilidad. En esta mesa participaron representantes de tres instituciones: Raquel Barros de la organización Lua Nova de Brasil, Erika Donado de la Corporación Viviendo de Colombia, institución asociada a Lua Nova, y Mariana Ferré de la Cooperativa de Docentes para una Formación Integral (CODOF) de Uruguay.

Lua Nova es una ONG que pertenece a la Red Americana de Intervenciones en Situaciones de Sufriamiento Social (RAISSS) que desarrolla el abordaje de Tratamiento Comunitario. Centra sus intervenciones para la integración de mujeres, junto a sus hijos e hijas, empoderándolas para la independencia socioeconómica desde el desarrollo de proyectos para la generación de ingresos. Lua Nova, a su vez, se asocia a la Corporación Viviendo con el propósito de transferir les una metodología y asesorarlos en la creación de planes de negocios y unidades productivas, específicamente en el proyecto llamado El Desafío que apunta a la generación de negocios para la inclusión. Por último, la CODOF capacita a las personas en tratamiento por consumo problemático de sustancias con el propósito de aumentar la empleabilidad y la consecuente inserción de ellas en el mercado laboral.

Las tres experiencias fomentan los conocimientos, las habilidades y las actitudes de las personas que viven en contextos altamente vulnerables y con consumo de drogas, para que puedan ingresar, mantenerse y progresar en el mundo del trabajo, sea este dependiente o independiente.

Las presentaciones generaron la participación activa de un público diverso, principalmente compuesto de personas que trabajan en centros de tratamiento públicos y privados, ONG y fundaciones vinculadas a temas de empleabilidad, tanto de Chile como de otros países. La discusión profundizó en las metodologías y estrategias utilizadas en las experiencias presentadas, buscando especialmente conocer las características de transferibilidad y cooperación de la misma manera que se presenta entre las organizaciones Lua Nova y Corporación Viviendo.

Por otra parte, la reflexión final giró en torno a la importancia que tiene el desarrollo de competencias técnicas (en oficios o especialidades) y competencias transversales que refuercen las capacidades que las personas disponen y potencien aquellas que permitan un mejor desenvolvimiento en el mundo del trabajo, más aún cuando esas habilidades tienen la posibilidad de ser utilizadas a favor de las comunidades en las que ellas y ellos viven.

ESCUELA DE CONSTRUCCIÓN PARA MUJERES

Raquel Barros

Lua Nova (Brasil)

Psicóloga. Directora de la Asociación Lua Nova, Brasil.
Correo: raquelbarros@luanova.org.br

La Red Americana de Intervenciones en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) busca consolidar los procesos de inclusión social de personas vulnerables y la creación de buenas prácticas para el diseño de políticas de integración social en América Latina en substitución de las políticas prohibicionistas y de la llamada “guerra de las drogas”. El abordaje denominado **tratamiento comunitario** consiste en un método de trabajo con personas, grupos, comunidades y redes que viven en contextos de alta vulnerabilidad, que busca disminuir la demanda de drogas y reducir las situaciones de sufrimiento social de estas comunidades.

Apegada a esta línea de **tratamiento comunitario**, la Asociación Lua Nova es una ONG con sede central en Araçoiaba da Serra (Municipio del Estado de São Paulo, Brasil), miembro de RAISSS, que actúa para la reinserción social de madres jóvenes y sus hijos en situaciones de riesgo, procurando una vivencia placentera del papel materno y la formación de niños y bebés saludables.

Conformada por un equipo multidisciplinario de profesionales, agentes comunitarios y voluntarios, la asociación trabaja para la integración del binomio comunidad-jóvenes madres, promoviendo el desarrollo saludable de lazos sociales y fomentando valores como el respeto y la ciudadanía. Su intervención se organiza en torno a dos programas. El programa **Comunidad Lua Nova** es la etapa inicial de integración social dirigida a la recuperación de la autoestima de las residentes, mediante el cuidado y provisión de residencia, alimentación, asistencia médica, psicológica y educacional. El programa **Luna Creciente** es la etapa siguiente de inclusión social de las jóvenes, donde se fomenta la planeación de una vida en familia, empoderando los primeros pasos para la independencia socioeconómica de las residentes, con el traslado de las jóvenes a sus casas, asistidas por el equipo, mientras trabajan en proyectos de generación de ingresos.

Como estrategias, algunos de los proyectos que desarrollan son: Estrella Colorida, dirigido a reforzar lazos maternos; Buffet Escuela Lua Nova para formación de meseras, cocineras y reposteras para la comunidad local y sociedad civil a través de una escuela-cocina y, de manera similar, el Creando Arte está dirigido a la formación de costureras y creación de muñecas y artesanías. Además, entre otras estrategias que también se dirigen a la acción de tratamientos comunitarios, se usa el teatro y las capacitaciones.

Específicamente, la **Escuela de Construcción para Mujeres** atendió a la alta frecuencia de desempleo de personas entre 15 y 24 años de edad y a las malas condiciones del empleo en otro segmento de la misma población (subempleo e ilegalidad entre otros). Por otro lado, el Censo de población brasileña del año 2000 muestra que más de 330 mil niñas y niños son hijas e hijos de gestantes adolescentes entre 12 a 17 años, cuyas consecuencias se agravan en contextos de violencia y con un sistema que no provee de derechos y políticas de protección eficaces. La experiencia de Escuela de Construcción para Mujeres desarrollada por Lua Nova buscó contribuir al fortalecimiento de las potencialidades de jóvenes, pasando de un formato asistencialista a otro en ellas puedan ser formadoras y multiplicadoras de tecnologías, mediante el aumento de sus ingresos mensuales y mejorando su autoestima.

En este contexto, las jóvenes aprendieron la técnica de fabricación de ladrillos, pintura de paredes y construcción de sus propias casas como proyecto-piloto, de bajo costo, sin pérdida de calidad, utilizando técnicas simplificadas, económicas y ecológicas, producción colectiva, que apuntan al rescate de la dignidad y al desarrollo sostenible de comunidades. Como propuesta de política pública y de transformación social, ayudó a disminuir el déficit habitacional en Brasil y podría llegar a ser una política pública habitacional en ese país. Por esto, la idea fue reconocida en el año 2005 con el *Premio Emprendedor Social Ashoka-McKinsey*. Esta experiencia se desarrolló entre los años 2004 y 2007, en el Municipio de Araçoiaba da Serra, en el estado de São Paulo. Dentro de los beneficiarios directos del proyecto se encuentran 23 jóvenes madres, 15 jóvenes madres aprendices (responsables de la construcción de sus casas y trabajadoras de la Escuela de Construcción) y 60 jóvenes de Lua Nova y de la comunidad (como monitores).

Su ejecución se puede dividir en cuatro fases. La primera consistió en la capacitación de 12 jóvenes madres residentes y exresidentes de Lua Nova en diferentes técnicas constructivas y elaboración de materias primas, tras la cual fueron inauguradas ocho casas. En la segunda etapa, se extendió el proyecto a 72 familias de la comunidad, se afianzaron alianzas y se estableció convenio con el gobierno local y regional, con lo que terminaron de construirse otras 10 casas. La tercera fase fue la expansión de capacidad de producción y, por último, la cuarta fase corresponde al posicionamiento en la comunidad, donde se ofrecen asesorías vinculadas al Kit Construya su Vida, que permite el alquiler de maquinarias, servicios de jardinería y huertas orgánicas, capacitación en construcción de muebles y venta de los mismos, entre otros.

Esta iniciativa significó dos hitos relevantes. Para Lua Nova fue la oportunidad de consolidar el uso de una tecnología que atiende integralmente necesidades laborales, sociales y psicológicas de mujeres y sus hijos en situación de riesgo y vulnerabilidad, instalando capacidades multiplicadoras de la misma tecnología a través del Kit Construya su Vida para otras familias de jóvenes brasileñas; fue también una instancia de articulación a las políticas intersectoriales entre Estados y alianza con empresas con responsabilidad social. El otro hito fue para estas jóvenes, la posibilidad de alcanzar un proyecto vital relevante como una casa que contribuye de manera concreta para conquistar su dignidad y le permite habitar en la casa de sus sueños.

DESAFÍO DEL NEGOCIO A LA INCLUSIÓN: UNA PROPUESTA DE TRABAJO DE INCLUSIÓN SOCIOLABORAL ENTRE LA ASOCIACIÓN LUA NOVA Y LA CORPORACIÓN VIVIENDO

Raquel Barros*
Erika Donado**

Lua Nova (Brasil)
Corporación Viviendo (Colombia)

*Psicóloga. Directora de la Asociación Lua Nova, Brasil.

Correo: raquelbarros@luanova.org.br

Sitio web: www.luanova.org.br

**Terapeuta ocupacional. Asesora psicosocial del proceso de generación de ingresos El Desafío de la Corporación Viviendo, Colombia.

Correo: desafio@corporacionviviendo.org

Sitio web: www.corporacionviviendo.org

El problema del desempleo, en general, sumado al bajo nivel educativo y a la falta de oportunidades para acceder al trabajo, son factores que afectan la calidad de vida de las personas de las comunidades. Atendiendo esa realidad, esta experiencia realizó procesos de formación para la generación de ingresos a través de negocios inclusivos en personas que viven en extrema vulnerabilidad social y que están vinculadas también al consumo de drogas.

El proyecto El Desafío ha buscado promover habilidades empresariales a partir del autoreconocimiento de fortalezas para movilizar capital social y para la resolución de conflictos a nivel familiar, comunitario y empresarial, mediante el despliegue de prácticas proactivas que logran transformar sus imaginarios, sus formas de relacionarse y la capacidad de responder a dificultades. A nivel comunitario, los negocios inclusivos han propiciado la movilización y organización comunitaria en pro de sus intereses, construyendo espacios de negociación y estableciendo alianzas entre redes comunitarias capaces de dinamizarse para su beneficio.

La experiencia consistió en la generación de ingresos a través de una metodología de acción grupal y comunitaria para la creación de planes de negocios y unidades productivas. La base de los negocios inclusivos o sociales reside en utilizar mecanismos de mercado: ofrecen un bien o servicio por el cual reciben un pago que cubre sus costos, para brindar mayores beneficios a sectores de la sociedad que hoy están excluidos. El Desafío consistió en desarrollar de forma progresiva los contenidos de creación y concepción de planes de negocio con el soporte de un grupo de diapositivas diseñadas en formato de taller.

La lógica de trabajo en El Desafío se fundamenta en las tres T: tiempo, tecnología y trabajo. La primera de ellas, el tiempo, comprende la elaboración de 10 tareas, cada una con un plazo de entre una y tres semanas para su finalización (dependiendo del grado de dificultad); la segunda de ellas, la tecnología, apunta a resolver las dificultades que se presentan -se cuente o no con recursos tecnológicos que se identifican como necesarios (internet, computador, cámaras u otras) -; la tercera de ellas, el trabajo, requiere de desarrollos y aprendizajes colectivos, todos deben ser parte de un grupo cooperativo y solidario que realice una programación conjunta de actividades.

A lo largo del proyecto fueron incluidas 47 ciudades de Brasil, Guatemala, Chile y Colombia. Se involucraron hasta 599 personas, entre gestores, líderes comunitarios, representantes de organizaciones y colaboradores de 385 organizaciones, entre gubernamentales, no gubernamentales, comunidades terapéuticas y universidades.

Como descriptores generales, podemos decir que las beneficiarias fueron mujeres que habían asumido la jefatura de hogar, en un 75% y un 60% madres jóvenes en situación de riesgo o consumo de droga. En Colombia, entre noviembre 2013 y febrero 2015, hubo 68 personas adultas como beneficiarios directos, residentes en el barrio Potero Grande, Cali; 57% de las personas que se inscribieron en el proyecto son desplazadas y provienen del litoral pacífico del suroccidente colombiano. En Brasil, el programa se implementa desde el año 2010; 87 personas participaron en el año 2010 y 95 en el 2011.

La implementación de El Desafío permitió mejorar la capacidad de autogestión e independencia de la población beneficiaria, la organización productiva de comunidades (en términos de inclusión social de personas que no tienen acceso a empleo formal), se incrementaron las relaciones familiares y sociales (en términos de movilización de redes comunitarias y familiares) y, finalmente, motivó el proceso de solidaridad e inclusión productiva.

EMPLEABILIDAD DE PERSONAS EN TRATAMIENTO POR USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS: PASANTÍA Y CAPACITACIÓN EN OBRAS SANITARIAS DEL ESTADO

Mariana Ferre

Cooperativa de Docentes para una Formación Integral (Uruguay)

Educadora social formada por el Centro de Formación y Estudios del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).
Coordinadora del Área de Inserción Sociolaboral para personas en tratamiento por uso problemático de drogas en la Cooperativa de Docentes para una Formación Integral (CODOF), Uruguay.
Correo: ferremarian06@gmail.com

La Cooperativa de Docentes para una Formación Integral (CODOF) es un equipo multidisciplinario de profesionales que implementa intervenciones sociolaborales y educativas en diversos ámbitos institucionales, entre ellos, el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) y la Junta Nacional de Drogas (JND). Ambos organismos uruguayos actúan en la inserción laboral de personas que presentan dificultades para acceder al mundo del trabajo formal y han incluido desde hace unos años a personas en tratamiento por uso problemático de drogas.

CODOF existe desde hace ocho años, período en el cual se han ejecutado más de 30 proyectos de capacitación laboral para poblaciones con necesidades diversas (personas con discapacidad, mujeres jefas de hogar y adolescentes, entre otros).

Territorialmente, la cooperativa ha trabajado en diversas zonas de Montevideo, especialmente en la zona oeste (Cerro - La Teja), la zona este (Flor de Maroñas, Jardines del Hipódromo y Villa García) y al interior del país (Trinidad, Las Piedras y Tacuarembó). Con la modalidad de capacitación, el objetivo que persigue es elevar el nivel de empleabilidad de la población a la que orienta cada uno de los programas y su inserción en el mercado de empleo, a través de un proceso de articulación entre empresas, trabajadoras y trabajadores, Estado y redes comunitarias.

Con una metodología que se centra en el trabajo individual y también familiar, se articulan intervenciones con diversas organizaciones sociales con el fin de promover el desarrollo de la localidad o del barrio al que pertenecen los participantes de sus programas. Esquemáticamente, cada capacitación consiste en el aprendizaje de conocimientos específicos de un determinado empleo, transversalizados por competencias laborales con el objetivo de desarrollar y fomentar la equidad, la perspectiva de género y la construcción de ciudadanía.

Los ámbitos que CODOF atiende con esta intervención dicen relación con las dificultades que las personas en tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias enfrentan para la inserción en el mundo laboral formal o cuyos historiales laborales quedan con vacío producto del tiempo invertido en estos mismos procesos. Lo anterior, sumado a un regularmente escaso nivel educativo y antecedentes laborales formales,

agravan el escenario para la futura empleabilidad de estos adultos. El convenio con Obras Sanitarias del Estado (organismo estatal responsable del abastecimiento de agua potable en todo el país y del saneamiento en el interior del mismo) permitió un trabajo consistente en dos fases: pasantías educativo-laborales y capacitaciones para el empleo.

Las pasantías educativo-laborales consistieron en trabajo de cuadrillas del área de operaciones, donde los participantes (aproximadamente 15) aprendieron el oficio y desarrollaron competencias laborales genéricas. La capacitación para el empleo (22 participantes) está dirigida a desarrollar competencias y habilidades para la vida, informáticas y en cuatro áreas independientes pero vinculadas (sanitaria, electrofusión, soldadura y electricidad). La modalidad de trabajo permite que los participantes sean acompañados por un referente que sostenga, contenga, intermedie, devuelva y proponga mejoras desde un lugar de confianza y afecto. Esto facilita la valoración y la relación empleador-jefe con el participante, ayudando en la sensación de contar con un lugar propio donde poder desarrollarse.

Los resultados indican que esta experiencia fue exitosa, de hecho, se ejecuta con regularidad desde el año 2013 y mantiene de manera permanente un total de 22 personas anualmente en el programa. Sus resultados no solo evidencian el potencial del programa para la inserción y el cumplimiento de exigencias laborales, sino también para el restablecimiento de vínculos familiares, la adherencia al tratamiento de rehabilitación, la sostenibilidad de los empleos y la integralidad de procesos de rehabilitación.

CAPÍTULO 9

**INVESTIGACIONES Y ANÁLISIS CRÍTICOS SOBRE INTERVENCIÓN
EN LAS POLÍTICAS DE DROGAS**

PRESENTACIÓN

María Fernanda Toledo B., moderadora

SENDA (Chile)

Economista. Asesora del Departamento de Estudios del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Chile.
Correo: mftoledob@gmail.com

La mejora continua de las políticas públicas requiere investigación y análisis crítico de las propias políticas y de los programas que derivan de ellas, de las lógicas que las conciben y de la forma de mirar las acciones concretas. De este modo, es posible fortalecer y continuar con aquello que ha cumplido su objetivo, así como repensar y corregir aquello que no está logrando su propósito. Los trabajos presentados en esta mesa abarcan distintos niveles de análisis, desde las políticas de drogas en distintos países hasta intervenciones específicas enfocadas en población con problemas asociados a las drogas.

Las siguientes investigaciones responden, por un lado, a una categoría de análisis macro respecto a las políticas públicas y, en particular, a la manera en que estas reflejan las distintas concepciones respecto a cómo se entiende el problema de las drogas; en este ámbito, se presentan los efectos producidos por las políticas brasileñas de control de problemas asociados al consumo y tráfico de drogas. A nivel micro, se refieren a intervenciones específicas en programas de tratamiento e integración de consumidores desde la perspectiva de los interventores y los pacientes.

Martín Jaime Morales y Roberta Brasilino Barbosa miraron la legislación de distintos países. El primero analiza cómo la identificación de la problemática de las drogas afecta el diseño de las políticas públicas en Argentina y Uruguay, problematizando las miradas desde la salud, seguridad o una mezcla de ambas. La

segunda expositora estudia los efectos producidos por las políticas brasileñas de control de consumo y tráfico de drogas ilícitas, para llevar la discusión más allá de la conceptualización del individuo como sujeto trasgresor de las normas relacionadas con las drogas.

En el espectro de intervenciones específicas, y entendiendo que es desde la perspectiva de los distintos actores cómo podemos conocer mejor estas acciones, Daniela Olivares y Rosina Tricánico preguntaron a actores relevantes dentro de programas o políticas públicas, de qué manera estas cumplen con ciertos objetivos. La primera acude a los profesionales de la salud, encargados del tratamiento y rehabilitación de un programa de adolescentes en Chile; la segunda indaga sobre los programas de inserción social en Uruguay, desde el punto de vista de los participantes.

Al finalizar, se discutió de manera crítica con el público asistente sobre la existencia o no de diálogo entre la academia y los organismos públicos que diseñan e implementan las políticas o los programas, usando como ejemplo la relación con SENDA y la necesidad de que exista mayor fluidez y comunicación entre estos actores. La evaluación de políticas y programas públicos fue otro eje de la discusión final: la relevancia de generar evidencia y la necesidad de una mejor integración entre ambas instancias (academia e instituciones vinculadas a las políticas públicas) para establecer puentes de retroalimentación y de trabajo en conjunto.

RELACIÓN ENTRE LA IDENTIFICACIÓN DE UNA PROBLEMÁTICA Y LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. ESTUDIO COMPARADO DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN ARGENTINA Y URUGUAY

Martín Jaime Morales

Universidad Torcuato Di Tella (Argentina)

Licenciado en Ciencias Políticas y Gobierno. Universidad Torcuato Di Tella, Argentina.

Correo: morales.j.martin@gmail.com

¿Cómo afecta la identificación de la problemática de las drogas al diseño de las políticas públicas de drogas? Las problemáticas sobre las que se desarrollan las políticas públicas no son datos objetivos, sino resultados de definiciones, de construcciones culturales, económicas, políticas y sociales.

Para responder a la pregunta es necesario distinguir entre las leyes y las políticas públicas aplicadas e identificar, tanto en Argentina como en Uruguay, el problema respecto al consumo de estupefacientes. En concreto, diferenciar en tipos ideales: si lo ven como una cuestión de salud, seguridad o una mezcla de ambas. Secundariamente también se requiere analizar los mecanismos institucionales y los organismos dedicados a la lucha contra el narcotráfico y el uso de sustancias; así como comparar la eficacia de las políticas públicas aplicadas en ambos países.

En el análisis de los efectos de las políticas públicas relacionadas al abuso de sustancias, se suele cometer el error de detenerse únicamente a hacer revisiones marginales que tienen que ver con la implementación de las mismas. Evaluaciones más profundas dudan respecto a la viabilidad de las mismas o de su adaptación al contexto en el que se aplican.

En Argentina, a pesar de décadas de combate policial, lejos de reducirse o estabilizarse, la percepción pública de la gravedad del problema del consumo y tráfico de estupefacientes ha aumentado de manera notable. Esta frustrante realidad debería obligar a los *policy makers* a replantearse su intervención en el tema; una revisión que no puede estancarse en un mero ajuste incremental de la ejecución de las políticas. Es imprescindible realizar un replanteo exhaustivo de la política pública en su completitud, desde la identificación del problema hasta los métodos de evaluación de la misma.

Un proceso como este requiere tener en cuenta las distintas interpretaciones posibles y, para ello, un recurso inevitable es la experiencia de otros países. Si tenemos en cuenta la similitud entre Argentina y Uruguay en índices sociales, legados históricos sociales y posición geopolítica, es imprescindible comparar las diferencias en el tratamiento que ambos dan al consumo de sustancias.

En el desarrollo mismo de la investigación, se eligieron la identificación y definición del problema como variable independiente y la eficiencia de la política pública como la variable dependiente. Si bien el análisis parte de la historia causal que se impuso en cada país a la hora de identificar la problemática, no fue la intención hacer un recorrido histórico; más bien se intenta un salto histórico desde ese momento crucial de la política pública hacia el presente y las consecuencias de la misma, analizando su diseño e implementación. El trabajo tiene como disparador y modelo de análisis el texto de Hugo Moore, *Anatomía del problema de la heroína: un ejercicio de definición de problemas*. Este texto ilustra cuestiones acerca de la discusión sobre la identificación de las causas y la definición de un problema público. Por ende, muestra cómo distintas definiciones posibles para una misma situación pueden conducir a muy diversas acciones por parte de los gobiernos.

Para analizar cómo se identifica el problema en cada país, la investigación se basa en dos fuentes: la legislación nacional vigente y el tipo y la cantidad de gastos relacionados con las drogas ilegales. Tras realizar una breve caracterización de las sustancias prohibidas en las que se basa el estudio, se utilizaron los datos oficiales de cada país para analizar la eficacia de la política pública.

Como conclusiones preliminares cabe destacar que si bien la investigación busca resaltar la identificación del problema como un factor clave, no intenta realizar una explicación causal de la eficacia de la política pública. El análisis de la legislación vigente y los gastos realizados por cada Estado llevan a la conclusión que mientras Argentina adoptó un enfoque de la cuestión asociado a la seguridad, Uruguay lo hizo desde la salud. Algunos datos interesantes obtenidos son que teniendo en cuenta los últimos datos oficiales provistos sobre la base del presupuesto total (prevención + represión), Argentina (Estado + provincias) destinó un 185% más por habitante que su vecino.

En esta problemática, las provincias argentinas gastan por habitante 15 veces más que el Estado nacional uruguayo. Esta diferencia se amplía si se tiene en cuenta el gasto en control de la oferta: las provincias argentinas designan 23 veces más que Uruguay. Al comparar la eficacia de las políticas públicas, se observa que Argentina muestra peores resultados en casi todos los indicadores relevados por informes de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

La postura despenalizadora del país charrúa no coloca a la sociedad en general ni a los consumidores específicamente en una situación desventajosa con respecto a su vecino. Más aún, la política prohibicionista que persigue el control de la oferta de drogas en Argentina es en términos relativos y absolutos mucho más costosa.

En Argentina, el control de los recursos destinados a resolver el problema pasa en gran medida por las provincias (mediante las policías provinciales). Sin embargo, para cambiar el *statu quo* habría que modificar la legislación nacional generando tensiones no solo entre estos dos niveles de gobierno, sino también entre las dependencias que tratan la salud y aquellas que se ocupan de la seguridad.

EL MODO INDIVIDUO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS EN BRASIL¹

Roberta Brasilino Barbosa

Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil)

Licenciada y magíster en Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.

Correo: robertabrasilino@gmail.com

¿Cuáles son los efectos producidos en el tratamiento que se viene dando actualmente en las políticas brasileñas a algunas sustancias psicoactivas consideradas ilícitas? Para abordar el tema es necesario conocer algunos de los efectos de las políticas bélicas de Brasil para el combate a los asuntos que involucran el consumo y tráfico de algunas sustancias psicoactivas consideradas ilícitas. Es necesario también desplazar la discusión a partir de autores alineados en una perspectiva crítica de la Criminología, que va más allá del modo individuo, operacionalmente asociado al concepto de sujeto transgresor de las normas (penal y no penal) relacionadas con las drogas.

Entre los años 2010 y 2012 realicé una investigación sobre relaciones de poder y procesos de criminalización que policías y moradores de las favelas de Río de Janeiro establecen entre sí, sobre la cual escribí mi tesis de magíster defendida en 2012. Durante la ejecución del estudio tuve contacto con diferentes discursos –de policías, moradores de favelas, representantes del poder público, además de profesores e investigadores de diferentes universidades brasileñas– que sugieren que el tráfico minorista de drogas producido en las áreas de favelas ejerce una importante función en esas relaciones.

La presencia policial en las favelas tiene lugar exclusivamente para el combate de delitos relacionados (directa o indirectamente) con las actividades de tráfico minorista de drogas. Esto significa que cualquier otro delito que se produzca ahí (robo, agresión, etc), involucre o no a moradores de favelas, raramente será notificado a las autoridades competentes. Y si lo es, es posible que no sea combatido en virtud de la potencial amenaza que implicaría la presencia policial en ese lugar, tanto a la vida de los propios policías como de los moradores. Como efecto de esta política, la favela suele verse como un lugar delictual y finalmente como el palco principal del crimen de mayor importancia política, económica y social. Estadísticamente esto también se produce por los índices que muestran la favela como el espacio donde ocurren delitos que en su mayoría involucran el tráfico de sustancias ilícitas.

1. Versión traducida del texto original en portugués.

Sin embargo, parece ignorarse la existencia de un carácter casi exclusivo de denuncias y acciones policiales en el combate a este problema. En este proceso moradores y policías son criminalizados e incluso incriminados. Esto ocurre ya sea basado en el argumento de que la proximidad geográfica de la vivienda y la convivencia cotidiana acarrearán el aumento de la probabilidad de asociación a la vida delictual, ya sea en virtud de la opción de no enfrentarse con traficantes o incluso por las decisiones tomadas en el momento del abordaje.

En marzo de 2013 inicié el doctorado en Psicología por el mismo programa de postítulos en que terminé mi magister con la intención de dar continuidad a los estudios anteriores. A partir del trabajo realizado y de la observación de la importancia de la droga en la implementación de dos políticas públicas brasileñas -*Plano Crack, é possível vencer* y *Unidades de Polícia Pacificadora*- constaté la relevancia de las investigaciones sobre los efectos del tratamiento de algunas sustancias psicoactivas consideradas ilícitas.

Para esta investigación se analizó la ley de drogas vigente en Brasil (11 343/06) y el proyecto de ley (PLC 37) que actualmente se encuentra en trámite en el Senado brasileño y que pretende complementarla. El interés por el marco legal prohibicionista se justifica principalmente en virtud del análisis del campo de fuerzas que lo mueve y constituye. Sin embargo, el tema de las políticas de drogas no se restringe al campo legislativo o a las prácticas referidas en discursos que se expresan de manera escrita en las leyes. Al entender la política como poder y, por ende, como algo que está presente en todas las relaciones de los individuos en la sociedad (como ya destacó Michel Foucault), se hace igualmente relevante un análisis de las políticas de drogas mucho más sutil, sobre aquellas diseminadas y no necesariamente descritas en algún documento oficial. Políticas que sustentan una guerra contra las drogas en la cual es indispensable una separación entre los moradores de favelas y los traficantes y que van produciendo efectos de vida y muerte sobre una parte de la población brasileña.

A partir de un análisis de la ley de drogas vigente en nuestro país (11 343/06), así como de acciones policiales en favelas que concretan una guerra contra las drogas, es posible afirmar la *pregnancia*² de una lógica dicotómica que parece estar alineada con la (re)producción de una comprensión moralizadora en relación con la droga.

En conclusión, se observa que por efecto de esta comprensión esencialista de algunos psicoactivos, se produce un despliegue de discusiones que parecen necesarias y que ya forman parte de las instancias legislativas en otros países del mundo. Discusiones, en definitiva, sobre la disfuncionalidad del prohibicionismo y de la guerra contra las drogas.

2. Nota del editor. La Real Academia de la Lengua (RAE) define *pregnancia* como "cualidad de las formas visuales que captan la atención del observador por la simplicidad, equilibrio o estabilidad de su estructura".

DESARROLLO A ESCALA HUMANA E INTEGRACIÓN SOCIAL. UNA MIRADA DESDE LOS EQUIPOS PROFESIONALES A PARTIR DE LA MATRIZ DE NECESIDADES Y SATISFACTORES

Daniela Olivares Aising

Universidad Austral de Chile (Chile)

Magíster en Desarrollo a Escala Humana y Economía Ecológica de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Austral de Chile. Académica de la Universidad Austral de Chile.

Correo: danielaolivares@uach.cl

Desde la perspectiva del Desarrollo a Escala Humana (DEH), ¿cómo interpretan los profesionales de salud a cargo del tratamiento y rehabilitación de jóvenes infractores de ley con consumo de drogas y alcohol, las políticas públicas que los rige, en cuanto a satisfacción de necesidades fundamentales? El abordaje requiere analizar la interpretación de los profesionales y las políticas públicas que rigen los programas que implementan; discutir la pertinencia de los planes y programas que emanan desde leyes, reglamentos, normas técnicas y validar la utilización del DEH y la Matriz de Necesidades y Satisfactores (MNS) como perspectiva de análisis y estrategia metodológica de políticas públicas en salud desde quienes las ejecutan.

El artículo séptimo de la ley 20 084 en Chile establece como pena accesoria para jóvenes infractores de ley el tratamiento y rehabilitación para quienes presenten uso o abuso de sustancias adictivas. Estas se cumplen en diversas instituciones que muchas veces responden a necesidades contradictorias: Ministerio de Justicia y Servicio Nacional de Menores (SENAME), sancionando y al mismo tiempo ofreciendo intervención profesional a menores de edad que han cometido faltas o delitos; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), en la entrega de recursos financieros a los equipos profesionales para el tratamiento; y Ministerio Salud, entregando normas técnicas que definen esta situación-problema y entrega las directrices para el trabajo de intervención de los equipos profesionales.

Estudios realizados con ocasión de cumplirse cinco años de la puesta en vigencia de dicha ley en relación con la intervención psicosocial ambulatoria, presentan de manera descriptiva indicadores tales como cobertura, diseño, implementación y gestión, número de reincidentes y prevalencia del consumo de sustancias, con resultados similares y escasamente alentadores en cuanto a su impacto.

La investigación (que se encuentra en desarrollo) se enmarca dentro de la corriente cualitativa interpretativa. En esta, la Matriz de Necesidades y Satisfactores da cuenta de acciones y relaciones humanas particulares, debiendo asumir la no neutralidad de quien devela esa realidad: un sujeto que realiza una observación a través de su experiencia, situado desde un conocimiento particular. Su aplicación se realiza en tres formas: carencias, potencialidades y utópica.

La aplicación de este instrumento se realizó a tres equipos de profesionales en la ciudad de Valdivia (Chile). Dos de ellos pertenecientes a instituciones privadas y un tercero, a un dispositivo de la red de servicios públicos de salud mental. El trabajo de campo se realiza en dos sesiones de trabajo de cuatro horas cada una, con al menos dos semanas de diferencia; en la primera sesión se construye la matriz de carencias y en la segunda, la de potencialidades y la utópica.

Los resultados preliminares muestran, en primer lugar, que existe una coherencia entre los satisfactores identificados como carentes en cumplir necesidades consideradas como fundamentales por el DEH y la potencialidad que tendrían de cumplir con los mínimos necesarios para la vida en comunidad. Asimismo, son los mismos que se imaginan cuando se construye una matriz utópica. En cuanto a las categorías que emergen desde el análisis, se clasifican en tres: profesionales y rol como interventores; profesionales como trabajadores; y profesionales y políticas públicas.

En relación con la primera categoría, se relevan satisfactores como autonomía en las labores profesionales para contextualizar la intervención según las especificidades de los jóvenes atendidos. Al mismo tiempo, requiere mayor trabajo reflexivo al interior del equipo para construir coherencia en la intervención entregada por cada uno de ellos, ya que la ausencia de este trabajo no permitiría definir las problemáticas ni sus soluciones de manera conjunta.

En cuanto a la segunda, las condiciones laborales aparecen como un satisfactor que no colabora con el sentido de pertenencia y la estabilidad laboral; además, la seguridad social a la que acceden como trabajadores no se condice con el tipo de población atendida, relevando una sensación de inseguridad individual que bloquea el trabajo en equipo; la falta de capacitación también se suma como un satisfactor que impediría una sinergia mayor en el interior del equipo.

La tercera y última categoría dice relación con que la política pública no remite a la complejidad de la población atendida, por lo que las directrices que surgen de esta no colaboran con una práctica profesional contextualizada ni con el trabajo en red de los diversos dispositivos involucrados en la atención de estos jóvenes en particular; en términos de gestión, otro satisfactor considerado negativo es la forma de evaluar el desempeño de la institución, privilegiando los datos cuantitativos, por sobre el proceso de intervención.

Las conclusiones preliminares dan cuenta de la presencia cotidiana de diversos satisfactores que no colaboran con el proceso de intervención del cual forman parte los jóvenes, debido principalmente a la percepción de precariedad en distintos niveles reconocidos por los equipos profesionales, a partir de las necesidades fundamentales establecidas por el desarrollo a escala humana. Dicha precariedad se sintetiza en la presencia de satisfactores negativos que no permiten una contextualización pertinente y coherente de la intervención psicosocial realizada; una falta de ejercicio reflexivo por parte del equipo que permita realizar acciones coordinadas; y la falta de un trabajo organizado con otros dispositivos de la red de atención involucrados. Finalmente, las condiciones laborales y la seguridad social individual permiten reconocer satisfactores que atentan con necesidades tales como seguridad, subsistencia y protección de los propios profesionales.

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE PROYECTOS DE INSERCIÓN SOCIAL. LA MIRADA DE LOS PARTICIPANTES

Rosina Tricánico

Departamento de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas (Uruguay)

Licenciada en Sociología de la Universidad de la República.
Coordinadora del Departamento de Inserción Social.
Correo: rtricanico@presidencia.gub.uy

¿Cuál es el impacto a mediano plazo de los proyectos del Departamento de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas en el Uruguay? La pregunta se sustenta en el trabajo que el departamento empieza a implementar desde el año 2011 con programas de inserción social para usuarios de drogas.

Los programas y proyectos responden a los lineamientos estratégicos marcados por la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas 2011-2015 y apuntan a la deconstrucción de la identidad centrada en el consumo –con el componente de estigmatización que esto conlleva–, a la habilitación de la posibilidad de nuevos aprendizajes y recorridos sociales, al encuentro con modelos identitarios alternativos, al fortalecimiento de las redes personales y el acceso a redes sociales, siempre desde una perspectiva de derechos humanos que ubica al otro como protagonista de su proceso.

La investigación que se presenta busca documentar de diferentes maneras lo realizado, en el entendido que las políticas públicas deben ser monitoreadas y evaluadas, formando esto parte del ciclo interactivo de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rediseño, donde de manera participativa se incluya a los usuarios de las mismas.

En la evaluación general se considera el punto de vista de los otros actores que forman parte de la implementación de esta política: centros de tratamiento, técnicos de instituciones educativas, actores clave en algunos territorios, jefes de empresas, instituciones públicas y otros actores de la sociedad civil. Así también, se toman en cuenta algunas evaluaciones específicas sobre proyectos, sistematizaciones y monitoreo de fondos concursables, entre otros.

Particularmente, la presente evaluación se presenta como un estudio de impacto de los programas de inserción social, desde el punto de vista de los participantes en los mismos, intentando medir resultados reales y analizar razones detrás del logro o no logro de dichos resultados.

En la evaluación se combinaron métodos cuantitativos y cualitativos. Los aspectos cuantitativos se recabaron de los registros y análisis de bases de datos de usuarios de drogas que participaron en proyectos entre julio del

2011 y julio del 2014, utilizando el paquete estadístico SPSS (Paquete estadístico para Ciencias Sociales), del cual se generó una base de datos sobre la base de la primera entrevista para la derivación. Posteriormente se realizó un Censo dirigido a todas las personas que pasaron por proyectos de inserción social entre setiembre y diciembre del año siguiente a la participación en el proyecto, mediante una pauta de entrevista con preguntas cerradas y abiertas, realizada vía telefónica.

Desde estrategias cualitativas, se realizaron seis grupos focales o motivacionales convocando a personas que pasaron por proyectos entre los años 2011 y 2014. Estos fueron segmentados según edades (mayores y menores de 25 años); niveles educativos (no alcanzaron a completar ciclo básico - ciclo básico completo - o más educación) y finalización o no de los proyectos.

Se corroboró con este estudio la no linealidad de los procesos de recuperación. Uno de cada cuatro participantes no logra completar los procesos por recaídas, luego vemos que de ellos, un año más tarde, 60% no se encuentran consumiendo, y un 13 % consume esporádicamente o menos que antes. Se reafirmó la importancia del rol del referente educativo laboral con formación en drogas en los procesos de inserción social y también en el apoyo para la continuidad de los tratamientos (19% lo manifiesta explícitamente). Se verificó que participar en un proyecto de inserción social -para un 27% manifestado en forma espontánea-, los ayudó a mantener el tratamiento. El 50% de las personas entrevistadas al momento de la entrevista se encontraban trabajando.

Surgen en las entrevistas contextos sociales y familiares complejos, que son mencionados más allá de las pautas y rescatados en las observaciones y preguntas abiertas. Se verifica de esta manera el escaso capital social de las personas que son derivadas a los proyectos y la necesidad de las mismas de incrementar sus habilidades, sus competencias laborales y poder contar con la posibilidad de un empleo protegido durante sus tratamientos.

REFLEXIONES FINALES

No obstante el avance y desarrollo de las estrategias de integración social en el hemisferio, continúa siendo escasa la divulgación de experiencias e investigación que permitan una práctica basada en la evidencia. Sumado a lo anterior, la diversidad de contextos, de actores e instituciones involucrados y la pertinencia de enfoques territorialmente situados a las realidades sociopolíticas particulares, acrecientan el desafío que esta materia en sí misma constituye.

Una de las principales conclusiones que emanan de este encuentro es que la integración social impone la coordinación de políticas públicas sociales, la alianza entre instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en su conjunto.

La Estrategia Hemisférica sobre Drogas que adoptaron los países miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 2010 y el proceso de investigación y reflexión en el ámbito de integración social y drogas impulsado desde 2011, reconocen la importancia de centrar las acciones no solo en el suministro y control de droga (tráfico), sino también en la dependencia y sus consecuencias, como eje clave de las políticas de salud pública. En este marco se promueve el tratamiento y la reintegración social como alternativa al encarcelamiento, centrándose en el macroprincipio del respeto de los derechos humanos y en el reconocimiento de la ciudadanía.

En el marco del Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015, aprobado en mayo 2011 en Paramaribo (Surinam), se introducen objetivos directos para la reducción de la demanda, que valoran la reinserción social como parte del tratamiento, con modelos terapéuticos basados en evidencias, estándares de calidad técnica profesional y de servicios acordes a las necesidades aceptadas internacionalmente. Se incluye en ello a la población penal, a adultos y jóvenes en situación de vulnerabilidad social, además de indicar la necesaria colaboración y fortalecimiento entre instancias gubernamentales, académicas, de investigación y organizaciones no gubernamentales.

Así, en el año 2014, en su 49º Período Ordinario de Sesiones, la OEA reconoce la necesidad de rehabilitación y (re)integración social y laboral de las personas usuarias de drogas, a fin de evitar o disminuir los efectos de marginación, estigmatización y discriminación. En la búsqueda del bienestar de las personas usuarias de drogas y sus familias, promueve también la reconstrucción del tejido social y una implementación equilibrada de acciones de seguridad, salud pública y derechos humanos.

El camino iniciado por organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de planes de trabajo y modelos de intervención para la integración se vieron reflejadas en este Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas. El trabajo de las ONG y fundaciones constituyen evidencia de buenas prácticas, en la medida que muestran formas de hacer innovadoras, con buenos resultados locales y con potencial de replicabilidad y sostenibilidad en contextos similares.

En un cruce transversal de discursos y acciones de diversidad de actores, el seminario consiguió el diálogo entre estos, la academia, observatorios, centros de investigación y las instituciones gubernamentales de una diversidad de países. Sin duda, la alianza con la sociedad civil para el trabajo en entornos comunitarios continúa siendo clave al momento de pensar en la empleabilidad, la educación, la vivienda y la integración en redes sociales amplias.

Ha sido indudable el esfuerzo de cada uno de estos sectores por avanzar en la materia: el levantamiento de evidencia, sistematización y documentación de experiencias y buenas prácticas -junto a la evaluación de las mismas- contribuye a orientar y consolidar procesos y métodos de trabajo. La articulación de esfuerzos y coordinación intersectorial entre formuladores y administradores de política también se hizo evidente, de manera especial, en el trabajo con población con alta vulnerabilidad social. Las orientaciones estratégicas, priorizaciones y desarrollo de competencias técnicas parecen relevantes para evitar la dispersión de esfuerzos y la pérdida de eficiencia.

Otra reflexión que esta instancia nos deja es, sin duda, la importancia de formar alianzas con la comunidad y con entidades locales. Son ellos quienes, por su radio de acción, cuentan con un gran poder para propiciar iniciativas de integración, poniendo atención a la disminución de estigmas y a los imaginarios sociales que asocian negativamente con la delincuencia y violencia a muchas de las personas usuarias de drogas, limitando sus posibilidades de integración. Las comunidades locales constituyen las redes más próximas de integración, de prevención y también de tratamiento; pero también viven la mayor exposición al problema que genera la dependencia y su impacto en el bienestar de las personas. Romper la dicotomía que ello impone se devela como una pieza clave en los procesos de integración social.

El desafío de diálogo convocante de este Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas, atiende al mismo mensaje del exsecretario de la OEA José Miguel Insulza, en 2014, al afirmar que cada individuo, consumidor, usuario de tratamiento, familiar, político, juez, profesional o voluntario ve y vive el problema de las drogas de maneras diversas, tantas, como formas diversas y realidades también viven cada uno de los países miembros: "todos viven el problema pero lo viven de manera distinta"; explicado esto no solo desde un tema territorial, sino desde la vivencia de realidades diversas y específicas.

Pretender homogeneizar la política es desatender esa diversidad y desaprovechar la experiencia de que desde cada particularidad es posible generar cambios en el terreno de la integración social. Es esta misma convicción la que motiva la presentación de este documento que recoge esa diversidad y está disponible para la consulta, reflexión e implementación de acciones favorecedoras para y con las personas usuarias con quienes trabajamos.

DECLARACIÓN DE VALDIVIA SOBRE INTEGRACIÓN

SOCIAL, EXCLUSIÓN Y DROGAS

Nosotros, los abajo firmantes, representantes de las instituciones gubernamentales, organismos nacionales, internacionales y multilaterales, agencias de desarrollo, organizaciones de la sociedad civil, universidades, centros de investigación y entidades colaboradoras de las administraciones en materia de reducción de la demanda de drogas, reunidos en la ciudad de Valdivia, Chile, en el marco del Seminario Internacional de Integración Social, Exclusión y Drogas, organizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), la Universidad Austral de Chile y la Fundación Tierra de Esperanza, con la colaboración de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), declaramos:

DEFINICIÓN Y ENTENDIMIENTO DEL PROBLEMA

Entre todas las problemáticas que afectan a los países del hemisferio, probablemente el fenómeno de drogas sea uno de los de mayor complejidad e impacto, por su carácter multidimensional y la transversalidad social, geográfica y económica de sus procesos y efectos, con potencial para afectar la calidad de vida, la convivencia social, dificultar la gobernanza local y debilitar la institucionalidad de los países.

Es así como el consumo de sustancias puede considerarse tanto una consecuencia como una causa de la exclusión social, no solo por el deterioro de las condiciones de vida que provoca, sino porque los procesos de marginación social suelen constituir un elemento determinante para el consumo de drogas. En este entorno, el abuso y la dependencia de drogas son solamente una de las posibles puertas de entrada a la exclusión social en los contextos de sufrimiento psicológico, físico, social y cultural a los que las personas se exponen, y está interconectada con otros fenómenos inherentes a los entornos de exclusión.

Frente a este creciente desafío, se hace necesario construir una visión compartida y lograr un posicionamiento responsable, que ayude a generar respuestas integrales, con base en la evidencia y la más amplia comprensión de todos los aspectos involucrados, así como formas de inclusión más afirmativas para el desarrollo humano de personas, grupos, comunidades y de la sociedad en general.

La integración social en relación con el fenómeno drogas supone una mirada tanto de los procesos dirigidos a las personas afectadas por un consumo problemático de drogas, como de cada uno de los contextos en los que se interviene. Se trata con ello de lograr una visión y abordaje coherente y complementario de los diversos factores que determinan o condicionan los itinerarios de prevención, mitigación o rehabilitación de las personas, procurando incidir sobre ellos de una manera coordinada con otras instituciones, facilitando a las personas, familias y grupos directamente afectados por el problema, la incorporación plena a sus ámbitos de relación y desarrollo personal y, de manera general, a su vida en sociedad.

Esto implica que se deben realizar las intervenciones teniendo en cuenta mecanismos para potenciar la participación activa de las personas en tres grandes esferas: la economía, mediante una presencia activa en la producción de valor social dentro o fuera del mercado; la política, mediante el ejercicio activo de una ciudadanía de pleno derecho, y las redes sociales y familiares, como expresión de la identidad y pertenencia comunitaria. Factores, a su vez, de prevención y protección ante la exclusión.

Estas acciones de integración social deben respetar las particularidades de quienes sufren la problemática de las drogas, respetando las diversas maneras que las personas, grupos y comunidades tienen para desarrollarse y alcanzar la mejor calidad de vida posible. Se trata entonces de integrar en la diversidad y no por asimilación. No existe un ideal de persona integrada, sino una pluralidad de vidas, contextos y caminos tan complejos como el problema mismo.

RECONOCIMIENTO DE AVANCES Frente a este marco y sus grandes desafíos, queremos reconocer:

El esfuerzo desarrollado por las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil que trabajan diariamente en los diferentes ámbitos de la reducción de la demanda de drogas, por incorporar a sus estrategias, enfoques y planes de trabajo, la visión y prácticas que comprende la integración social, contribuyendo a su difusión y adaptación a cada contexto y comunidad.

El trabajo realizado desde la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA) para impulsar en el hemisferio la investigación y el debate sobre la integración social en temas de drogas, materializado en talleres y encuentros interagenciales y subregionales, donde ha sido fundamental el apoyo brindado por el gobierno de España -a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y los Centros de Formación en América Latina-, que han acogido muchos de los seminarios y encuentros sobre el tema.

El papel desempeñado por la CICAD/OEA en el apoyo de proyectos y la elaboración de documentos de consulta sobre integración social y drogas, teniendo como punto de partida el compromiso asumido por los Estados miembros de la OEA en el cuadragésimo noveno período ordinario de sesiones, celebrado en la ciudad de Paramaribo, Surinam, del 4 al 6 de mayo de 2011.

El importante avance que significa el que, desde entonces, las autoridades nacionales de drogas de varios países hayan creado departamentos, áreas y grupos de trabajo especialmente dedicados al abordaje de esta compleja problemática, entendiendo su importancia y asumiendo los desafíos para su implementación mediante programas especiales de atención.

El trabajo de las universidades, observatorios de drogas, centros de investigación y especialistas, en aportar evidencia, recursos metodológicos y profundizar en las diferentes dimensiones de la integración social como proceso facilitador de las estrategias de prevención y rehabilitación en materia de drogas, fortaleciendo la gestión del conocimiento sobre el tema.

DESAFIOS PENDIENTES

A pesar de los avances logrados, todo lo expuesto y discutido en el presente seminario nos indica que la problemática de integración social y drogas tiene por delante enormes desafíos para su posicionamiento estratégico dentro de las políticas de drogas y agendas de desarrollo de los gobiernos de la región y de los organismos internacionales y multilaterales que trabajan en los diferentes ámbitos relacionados con el desarrollo humano, siendo particularmente importante lograr:

Que en todos los países y sus estrategias nacionales de drogas se reconozca la calidad de ciudadanos y sujetos de derecho -también comprometidos activamente con su sociedad- de las personas que son consumidores problemáticos de drogas, velando por resguardar el acceso a los recursos que permiten el ejercicio de tales derechos y las responsabilidades que este reconocimiento implica.

Que los procesos de integración social se incorporen y consoliden como parte de las estrategias y políticas sobre drogas, monitoreándolos y dotándolos de estructura de gestión, capacidad técnica y presupuesto para que tengan mayor potencial de favorecer la eficacia e impacto de las políticas en beneficio de las comunidades más afectadas y que, a la vez, las involucren activamente.

Que se impulse y apoye de manera estable en cada país la cooperación intersectorial e interinstitucional requerida para que las estrategias y programas de integración social puedan concretarse desde los diferentes abordajes en materia sanitaria, laboral, educativa, de habitabilidad, participación comunitaria y todos aquellos otros ámbitos que sean relevantes.

Que se fomente el trabajo en redes y el intercambio de conocimientos que permita innovar sobre modelos y experiencias, profundizar en la evaluación y difundir buenas prácticas en integración social, como contribución al fortalecimiento de las estrategias territoriales sobre drogas en cada país.

PROPUESTA Y COMPROMISO El compromiso de seguir trabajando desde nuestras respectivas instituciones y ámbitos profesionales, por fortalecer y enriquecer los enfoques, estrategias e instrumentos aplicados a los procesos de integración social y drogas -buscando impulsar una coordinación más efectiva entre organismos regionales, nacionales, locales, organizaciones de la sociedad civil y universidades- y consolidar y difundir buenas prácticas que puedan ser un referente para otros países y contextos del hemisferio.

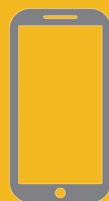
Al mismo tiempo, nos dirigimos respetuosamente a todas las instituciones directamente implicadas, para:

Solicitar a los representantes de los organismos internacionales y multilaterales, y las agencias de desarrollo, su colaboración para canalizar hacia sus órganos de dirección, asesoría y equipos técnicos la importancia de contribuir al abordaje de los procesos de integración social y drogas como parte de las estrategias de desarrollo humano en la región, en la nueva Estrategia Hemisférica sobre Drogas y en las metas que se fijen para la Agenda Post 2015 de objetivos de desarrollo.

Animar a las universidades, centros de investigación y observatorios de drogas a mantener y ampliar sus líneas de investigación y análisis sobre integración social y drogas, a partir de los contenidos y hallazgos presentados en este seminario y a los estudios de referencia, contribuyendo así con más evidencia para el diseño de las estrategias adaptadas a cada contexto.

Seguir acompañando y apoyando a las organizaciones y redes de trabajo de la sociedad civil que trabajan en drogodependencias en sus proyectos e intervenciones en integración social, contribuyendo a su mejor coordinación con los gobiernos, a la sistematización, el monitoreo y la evaluación que permitan confirmar buenas prácticas que puedan ser adoptadas de manera sostenible en otros contextos.

Reunidos en la sede de la Universidad Austral de Chile, en la ciudad de Valdivia, firmamos la presente declaración, el 12 de diciembre de 2014.



FONO DROGAS Y ALCOHOL

1412

DESDE RED FIJA Y CELULARES