

Drogas, Reducción de Daños y Adicciones



Es una iniciativa de:



Enfoque Territorial

Con el apoyo de:



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE SIDA/ITS

PRESENTACIÓN

Este manual pretende convertirse en un instrumento técnico y pedagógico para reflexionar con la sociedad civil acerca del universo de las drogas en el Paraguay, complejizando este fenómeno para ampliar la mirada social y cultural hacia una perspectiva más crítica.

El presente material de “**Manual de Drogas, Reducción de Daños y Adicciones**” forma parte de una serie de manuales que con el apoyo del CIRDD venimos implementado durante el 2014 en el marco del “*PROYECTO AVANZAMOS: fortaleciendo la respuesta nacional en VIH/SIDA/ITS en 6 regiones sanitarias hacia la meta del acceso universal*” para colaborar en el fortalecimiento a las organizaciones del Bañado Sur en el abordaje del fenómeno del crack, desde sus diferentes complejidades con un enfoque de derecho, comprendiendo que es un problema que parte de la desigualdad social y que predispone a los usuarios a conductas sexuales de riesgo (transmisión de VIH/SIDA y otras ITS).

Se espera que este manual sirva para diversos fines:

- Proveer al lector de herramientas prácticas directas a la hora de intervenir en casos de complicaciones con sustancias.
- Llevar información sobre el consumo, cuidado de drogas y prevención de infección y transmisión de VIH a usuarios utilizando sus propios códigos y lenguaje.
- Propiciar el debate y la reflexión continua sobre el consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, y su relación con la exclusión social.
- Ofrecer el acceso del conocimiento a las comunidades que tienen deficiencias estructurales para obtener información y capacitación.
- Incidir en las políticas públicas para construir propuestas pertinentes para los usuarios de drogas, sus familiares, comunidades y la sociedad en general.

Es nuestra intención también que pueda ser utilizado por distintos actores: desde miembros de organizaciones de la sociedad civil; docentes y estudiantes universitarios; hasta integrantes de instituciones del Estado.

Como Anexo del Manual, solicitamos a **PSICORÓGA** (centro de intervención territorial de reducción de daños en el Bañado Sur) que compartan una sistematización de su experiencia para dar a conocer una propuesta real de reducción de daños que se desarrolla en un barrio marginalizado, hace un par de años, en donde las drogas, sobre todo el crack, ha penetrado, perjudicado la salud de los individuos y desconfigurado las relaciones familiares y comunitarias pronunciadamente.

Confiamos que es necesario intervenir a través de acciones y programas para disminuir la desigualdad social en territorios de poblaciones que viven en exclusión social, y que a través de materiales podemos colaborar con la promoción, prevención y protección de los derechos humanos, tan necesario en éstos tiempos y en el territorio paraguayo que se caracteriza por tener altos niveles de pobreza, de exclusión social, y déficit en el acceso de la educación y de la salud.

MANUAL DE DROGAS, ADICCIONES Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

Federico González y Rodrigo Rojas

INTRODUCIENDONOS AL MUNDO DE LAS DROGAS

Historia y actualidad

“A lo largo de la historia, los seres humanos han tenido siempre la capacidad de encontrar en su entorno alguna sustancia que le servía para sanar heridas, aliviar molestias, comunicarse con sus dioses o cambiar su estado de ánimo. Es así que en toda la historia de la humanidad se usaron drogas para curar enfermedades, para fines religiosos o para la diversión” (Fresco, 2011).



Vemos que en la actualidad, las drogas se constituyeron en las sociedades como un elemento que promueve la adicción, el individualismo, la soledad y la enfermedad, a diferencia de la antigüedad, en donde las mismas cumplían una función social que promovía el encuentro, unificaba los grupos y “aliviaba el espíritu”.



Es por eso, que hoy, debemos asumir que el uso de drogas es una realidad inherente al ser humano, y para construir opciones reales en nuestras sociedades, sea desde el Estado, o desde la cultura, necesitamos comprender que siempre estuvieron ahí y que seguirán estando. De lo que se trata no es de eliminarlas o extirparlas del mundo, sino de encontrar las respuestas más ajustadas y pertinentes, que aislen menos a las personas y que causen el menos sufrimiento posible en los individuos, las comunidades y la sociedad en general.

Complejizando el fenómeno de las drogas

Antes de complejizar y reflexionar en torno a esta palabra, veamos la definición clásica según la OMS:

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Ahora bien, es importante entender, que el asunto de las drogas es uno de los problemas más complejos que le toca a la humanidad enfrentar, sobre todo desde el siglo XX y lo que va del XXI. Es así que demos comprender 3 puntos fundamentales:

No todas las drogas son lo mismo

Por eso es importante distinguir una de otra a partir de la siguiente clasificación:

Drogas químicas, naturales y sintéticas.

En realidad todas las drogas son químicas. La diferencia está en el origen de la sustancia. Las plantas en general tienen químicos. Por ejemplo, el color verde de las hojas se debe a un químico que se llama “clorofila”. El café tiene una sustancia química responsable de su efecto estimulante que se llama “cafeína”, similar al químico de la yerba mate o del té, que pertenece al grupo de las “xantinas”. Las pastillas ansiolíticas o antidepresivas tienen principios activos que son químicos elaborados en los laboratorios farmacéuticos industriales. Analizando por ejemplo la “marihuana”, vamos a encontrar que esta planta tiene un principio activo que se llama “tetrahidrocannabinol” y que se produce desde la hoja de la planta “Cannabis sativa”.

Drogas psicotrópicas; alteración del estado de ánimo o de la percepción

Hay una variedad de químicos que actúan en el cuerpo, e distintos órganos, por ejemplo atacando los microbios que producen las infecciones. La mayoría no altera el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, pero algunas sí, son las sustancias “psicotrópicas”, y son las que nos interesan por su capacidad de alterar nuestra percepción de las cosas, nuestro estado de ánimo o nuestra conducta. Nos hacen sentir diferente” (Fresco, 2011).

El consumo de drogas está determinado por fenómenos socio-estructurales

Generalmente, en la actualidad, la tendencia es asumir que el consumo abusivo y adictivo de las drogas refiere eminentemente a una cuestión individual, es decir a la voluntad y el deseo del consumidor. Muchas veces, obviamos otras causas que podrían estar relacionadas al consumo de drogas en nuestras sociedades, tales como:

- La pobreza y **la pobreza extrema** y la falta de empleo y alternativas en la que gran parte de la juventud y la población en general vive.

- La **sociedad de consumo** que a través de las reglas del mercado y la propaganda promueve sistemáticamente el individualismo y la necesidad de abocarse a una vida “placentera” ofreciendo masiva y repetitivamente alcohol y cigarrillo.

Sin negar la responsabilidad del consumidor en sus decisiones, también deberíamos concentrarnos en la cultura y en la sociedad que vivimos, como elementos predisponentes para que el consumo de drogas sea lo que es en la actualidad.



Que el status jurídico depende de construcciones sociales y legislativas socio-históricas

“Que una droga sea legal o ilegal está sujeto a la construcción social que exista en relación a la sustancia. ES importante entender que el estatuto jurídico de las sustancias son construcciones sociales que pueden ser modificadas por las instituciones legislativas, o sea no es natural. Así mismo que una sustancia sea legal o no, también está sujeto a los intereses económicos de ciertos sectores de poder, que controlan las legislaciones en el Paraguay.

Tampoco debemos asumir que las drogas legalizadas no son perjudiciales y que necesariamente las ilegalizadas sí. El alcohol por ejemplo (droga legal de uso recreativo) puede producir los mismos o peores inconvenientes que las drogas ilegalizadas, y hay que mantener una actitud de cuidado hacia él” (Fresco, 2011).

PATRONES de CONSUMO, PREVENCIÓN, RIESGOS MÁS COMUNES al CONSUMIR DROGAS. PATRONES DE CONSUMO. MUCHAS FORMAS DE CONSUMIR DROGAS

Lo que enfrentamos ante un caso patológico de consumo de drogas puede ser distinto en su gravedad y que se puede presentar de varias maneras.

Las diferentes formas que se presentan y que son importantes de reconocer son las siguientes:

Intoxicación aguda

Se consumió hace muy poco tiempo y el usuario está bajo los efectos de la sustancia. La intoxicación aguda pueda dar sueño, embotamiento, mareo, alucinaciones, paranoia o el sujeto puede quedarse duro.

Consumo perjudicial. Abuso

El consumo de una sustancia le está produciendo un daño físico o psicológico y a pesar de eso, la persona continúa consumiendo.

Síndrome de dependencia

Deseo intenso o compulsión de consumir la sustancia, tolerancia al efecto, es decir que necesita mayores dosis para sentir el mismo efecto, incapacidad para controlar el consumo (inicio, término, cantidad consumida) y “fisura” (abstinencia) cuando se reduce o cesa el consumo, o se consume una sustancia de similares efectos para aliviar o evitar la abstinencia.

Síndrome de abstinencia

Se desarrolla cuando el usuario disminuye o corta su consumo, apareciendo un malestar por las ganas de consumir.

Trastorno psicótico

Psicosis quiere decir locura. Es un estado de alteración mental muy severa que se caracteriza por ejemplo por la aparición de delirios de persecución o celos delirantes (paranoia) o alucinaciones que duran varios días.

PREVENCIÓN

Quiere decir anticiparse, estar antes, evitar que algo suceda. En el campo de la salud se proponen tres niveles de prevención; Primaria, Secundaria y Terciaria.

Prevención Primaria

Son todas las actividades que se realizan para evitar que un problema de salud ocurra. En el caso del uso de drogas, serían las cosas que se hacen para evitar el consumo de drogas en general, como por ejemplos campañas de sensibilización.

Prevención Secundaria

Se trata de identificar de manera precoz el consumo, intentando evitar la aparición del problema por el uso a largo plazo o el uso inadecuado de drogas.

Prevención Terciaria

Son las actividades de tratamiento para aquellas personas que ya desarrollaron problemas por su manera de consumir sustancias.

RIESGOS MÁS COMUNES al CONSUMIR DROGAS.

Los riesgos más frecuentes a los que estamos expuestos al consumir drogas van a depender de: la manera de consumir y del tipo de droga.

- Los riesgos más comunes son:
- Intoxicación y sobredosis
- Complicaciones
- Alteraciones graves de la conducta.
- Transmisión de infecciones.
- Optar por conductas sin evaluar sus consecuencias, por ejemplo tener sexo sin protección.

¿Cómo cuidar la salud?

Al consumir drogas debemos cuidar aún más nuestra salud. Es muy importante que nos alimentemos bien y que vayamos al médico de vez en cuando para que nos revisen y ver cómo estamos. Esto hay que hacerlo aunque no nos moleste nada pues el médico puede recetarnos algún complejo vitamínico para fortalecernos y poder ser más resistentes. Es también muy importante recordar el uso correcto del condón para todas las relaciones sexuales” (Fresco, 2011).

REDUCCIÓN DE DAÑOS

Definición

Reducción de Daños es una intervención pragmática que se dirige a usuarios de drogas que no logran o no desean dejar de consumir sustancias, y que sin proponer la abstinencia como meta prioritaria y fundamental de los tratamientos, ofrecen asistencia socio-sanitaria tendiente a disminuir los daños ocasionados por el consumo.

Explicando más acerca del Modelo Abstencionista y de Reducción de Daños

En la historia de los tratamientos para los problemas ocasionados por el consumo de drogas se instaló de manera casi natural la idea de que el objetivo de todos los tratamientos era que el usuario dejara de drogarse. Esto es lo que se conoce como el paradigma de la “*abstinencia*” o “*tolerancia cero*”, también como “*prohibicionismo*”.

Con este planteo no solo se beneficia un grupo muy pequeño de usuarios, dejando fuera de los beneficios del sistema de salud a otro importante sector, sino que se agregan problemas producidos por el tipo de asistencia que ofrece.

Por estos, y por otros motivos se comenzó a trabajar con otro paradigma, el de **Reducción de Daños**.

¿Por qué Reducción de Daños?

En cuanto a la **Accesibilidad**, dijimos que el enfoque desde la “*abstinencia*”, no ha demostrado el resultado esperado y ha generado que un grupo importante de usuarios no llegara al sistema de salud, lo que constituye un **Derecho**.

Además desde el modelo de Reducción de Daños, se plantean principios como los de la **Pertinencia** del tratamiento, acerca del **Acercamiento** institucional desde los profesionales u agentes de salud hacia los usuarios, y acerca de la **Descentralización** de los servicios.

Diferencias entre el Modelo Abstencionista y el Modelo de Reducción de Daños.

Modelo Abstencionista	Modelo de Reducción de Daños
El sujeto debe acomodarse a las restricciones de la oferta asistencial.	Intenta volverse accesible por medio de la adaptación a las necesidades de los usuarios de drogas.
Espera que los usuarios de drogas acudan a los centros sanitarios	Busca el acercamiento al usuario de drogas, a partir de la detección de un mapeo de situaciones de riesgo.
El servicio está generalmente reducido a ciertos centros de atención.	Postula la descentralización de las sedes asistenciales
Habitualmente la atención es inaccesible a personas de escasos recursos	Plantea el acceso a la salud como derecho humano acercarse a las poblaciones más vulnerables
No posee herramientas para acercarse a las poblaciones más vulnerables.	Reduce las distancias entre los organismos públicos y el usuario, llevando la intervención al medio de este último
Es un modelo centrado en “la droga”	Es un modelo centrado en la persona.

Más Elementos Distintivos y principios orientadores en la Reducción de Daños

- “Un abordaje de “abajo-arriba” basado en la defensa del usuario de drogas, en lugar de una política de “arriba-abajo” basada en su criminalización y patologización.
- Un enfoque que promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia.
- Una alternativa de salud pública, frente a los modelos moralista/criminalista y “de enfermedad” del consumo y adicción de drogas.
- Un modelo que reconoce la abstinencia como resultado ideal, aceptando las alternativas que reducen el daño” (Marlat, 2001).

Estas alternativas tienden a favorecer el consumo con menos riesgos y daños, el uso de materiales higiénicos para el consumo de la sustancia, el empleo de papelillos para fumar marihuana y brindar primeros auxilios.

Beneficios de la reducción de daños

- “Produce una reflexión sobre el consumo
- Despierta la conciencia de salud
- Produce una moderación en la intensidad y frecuencia del consumo
- Da herramientas y recursos para defender pautas de consumo responsable.
- Promueve opciones ante el abstencionismo” (Romaní, 2008)

LOS TRATAMIENTOS

Hay muchas situaciones diferentes con relación a los problemas que pueden surgir por el consumo de drogas y que también los usuarios de drogas pueden tener sus propios objetivos cuando deciden ir a consultar con alguien.

Para pensar en sentido amplio debemos tener un abanico de propuestas de ayuda, desde las que pueden tratar la desintoxicación (fisura) y las complicaciones que puedan aparecer.

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CONSUMO DE CRACK

En relación al consumo de crack, que es una de las sustancias más adictivas y complicadas en la actualidad, estas son algunas consideraciones para la Reducción de Daños:

- El consumo de crack produce una compulsión muy fuerte a seguir consumiendo. Es como una desesperación a seguir.
 - No se debe compartir la pipa.
 - Tratar de bajar la frecuencia del consumo. Para resistir el impulso a inhalar, intentar comer después de fumar.
 - Tratar de sugerir el cambio de consumo de esta droga. Se puede intentar con marihuana como alternativa. Solamente hay que esperar acostumbrarse a un efecto diferente al crack.
 - También se puede sugerir suspender “el chespi” y tomar solo alcohol, sabiendo del riesgo de no poder contenerse las ganas del crack al comenzar a beber.
 - Un usuario que está consumiendo hace varios días debería tomar líquidos, alimentarse y descansar. Podría consumir algún calmante (benzodiacepina).

- Al usuario que está muy mal, llevarlo a un servicio de urgencia.
- Si está con problemas pulmonares o lesiones en la boca, llevarlo a un centro médico para que le hagan curaciones.

**Siempre, lo mejor es evitar el crack o chespi, si no podés...
que no te gane esta droga a vos!**

Sustitución de “drogas duras” por “drogas blandas” Crack – Marihuana

Por más polémica que suscite este debate, es pertinente señalar que la sustitución de una droga por otra, en muchos casos colabora con el tratamiento de desintoxicación y de Reducción de Daños. Sobre todo cuando de reemplazar el crack se trata, sea con la marihuana o sea con el alcohol.

Por ejemplo, en experiencias del abordaje de Reducción de Daños a partir de la sustitución y el reemplazo del crack por la marihuana, se pudo comprobar que el resultado es efectivo, no solo a nivel psicológico sino también a nivel químico. Juan Daniel Gómez señala que:

el principal efecto que se puede obtener con la sustitución del crack con marihuana es la reducción del efecto ansiolítico. La marihuana es una sustancia que funciona para reducir el estrés y la ansiedad e incrementa la liberación de dopamina en el centro de la recompensa en el cerebro sobre el cual también actúan las llamadas drogas duras.

Los humanos tenemos un sistema canabinoide endógeno (la anandamina y la 2-AG), que funciona sobre receptores canabinoides claves para el sueño normal, la relajación, el apetito la ansiedad y el olvido de memorias aversivas. No es, para nada, descabellado usar la marihuana para hacer que ese sistema funcione adecuadamente cuando hay un desequilibrio químico en el cerebro o para potenciarlo en el caso de las adicciones problemáticas que afortunadamente ahora son consideradas una enfermedad (Gómez, 2013).

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LA MARIHUANA

- No fumar cerca de las partecitas con fuego, incorporar mejor al próximo cigarrillo, porro, join o petardo. Así se evita el daño que produce la alta temperatura y la exposición de los labios a esas temperaturas y a la sustancia.
- No tomar contacto con la saliva de los otros en el porro.
- No usar pipas comunes, en especial cuando más cortas sean o si son de madera u otro material, el humo es muy caliente y pueden inhalarse productos de la madera y/o la pipa.

- No retener el humo más que unos pocos segundos, esto ya basta para absorber el 95% del THC, el resto del tiempo es sólo inútil exposición al humo y sus carcinógenos.
- No mezclar con tabaco, aumenta la absorción de sustancias tóxicas.
- Usar papel lo más fino posible y en poca cantidad para armar los cigarrillo, porro, join o petardo.
- No usar filtros de cigarrillos en un cigarrillo, porro, join o petardo.. Retiene el 60 % del THC y aumenta la absorción de tóxicos como el TAR.
- En vez de fumarlo se puede comer. La cantidad varía según el individuo que la consume y su experiencia con la sustancia.

**Lo mejor es evitar la marihuana, si no podés...
que no te gane esta droga a vos!**

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL ALCOHOL

- Tomar agua mientras se toma alcohol. También que el último trago sea de agua, si es jugo mejor.
- No manejar bajo ningún efecto del alcohol, porque reduce los reflejos y la capacidad de atención.
- Mezclar drogas nunca es bueno. Alcohol con pastillas generalmente pone más agresivo. Mezclar con cocaína aumenta el riesgo de intoxicación.
- Si hay ganas de vomitar, hay que inclinarse hacia adelante para no ahogarse.
- Después de vomitar hay que tomar algo frío. En estos casos es mejor estar acompañado
- No dormirse boca arriba en estado etílico para poder vomitar durante la noche.
- A la mañana siguiente, después de tomar, no sirve volver a tomar lo mismo que la noche anterior. Siempre beber mucha agua.

**Lo mejor es evitar el alcohol si no podés...
que no te gane esta droga a vos!**

CULTURA Y SOCIEDAD EN RELACIÓN A LAS DROGAS

Analicemos cómo, nuestras sociedades, a través de la cultura, que se sintetiza muchas veces en las políticas de Estado y en el funcionamiento social cotidiano, produce pensamientos, ideas y prejuicios en relación a las drogas y sobre todo al usuario de drogas. Veremos cómo esto concluye en la discriminación y criminalización del usuario de drogas.

En países de todo el mundo, las personas que usan drogas ilícitas enfrentan a menudo situaciones de discriminación, rechazo y violencia que conducen a violaciones de sus derechos. Muchos de estos incidentes se ocultan o se justifican, bajo el argumento de la “peligrosidad” o la “incapacidad” de los usuarios de drogas, culpándolos así de los abusos a los que son sometidos (Touzé, 2011).

PRECONCEPTOS

Para la gran mayoría de la población -incluidos los propios usuarios de drogas- el “problema droga” se define y se diseñan respuestas al mismo, a partir de una serie de preconceptos y **estereotipos**.

Existen al menos cuatro elementos que caracterizan la construcción de la “realidad” desde preconceptos y estereotipos sobre el tema drogas, lo que concluye en una criminalización al consumo y al consumidor. Consiste en la relación constante entre:

Consumo y dependencia: Es asociar que todo usuario de drogas ilegalizadas es dependiente de la sustancia.

Usuario de droga y sub-cultura: Es asociar a una realidad y modo de vida distinto y anormal a los usuarios de droga, como si fueran de otro planeta.

Uso de drogas y la delincuencia: Es asociar a la droga con la criminalidad.

Adicción y un estado de enfermedad irreversible. (Baratta, 2006).

ESTEREOTIPOS

Esta construcción del “problema droga” está conformada por **estereotipos** en nuestra sociedad, los más comunes son los siguientes (Touzé, 2011):

Droga: siempre como un producto “mortalmente dañino”, lo que justificaría la prohibición de su uso. Por ello, considera “drogas” a algunas sustancias (cocaína, cannabis, opiáceos) y no reconoce como tales a las sustancias permitidas (alcohol, tabaco, psicofármacos) o, en todo caso, estima que su nocividad es mucho menor.

Esto por ejemplo, no es siempre así, ya que hay drogas legalizadas y permitidas, que generan más daño que otras ilegalizadas. Inclusive la propaganda, el marketing y las reglas de mercado las promueven.



El fetichismo de la sustancia

La droga como **algo externo a la sociedad**. Se identifica con un ente mágico, se le asignan poderes y capacidades contaminantes, se la explica como que amenaza a la población “sana”. El “problema de las drogas” aparece asociado así al temor y la inquietud, a un peligro omnipresente que atenta contra el conjunto (Touzé, 2011).

No se asume que la drogas es producto, parte y resultado de la sociedad y la cultura.

La imagen del usuario de drogas

Debido a las distorsiones en las representaciones sociales, en el caso de las sustancias ilegales, al consumidor se lo asocia con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales. Se lo considera un “adicto”, lo que deriva en identificarlo necesariamente como alguien peligroso “para sí” o “para otros”, violento, con una personalidad autodestructiva y una actitud despreocupada respecto de su salud (Touzé, 2011).



La imagen del usuario de drogas

Como resultado de los estereotipos anteriormente descriptos, muchos usos de drogas constituyen **estigmas** y en la **estigmatización** de los usuarios de drogas.

Un Estigma, es una condición, atributo, rasgo o comportamiento, que hace incluye a quien lo posee en una categoría social negativa y culturalmente inaceptable.

El estigma sería un proceso de devaluación que «desacredita significativamente» a un individuo ante los ojos de los demás. Los atributos que justifican el estigma pueden ser totalmente arbitrarios; por ejemplo, color de la piel, manera de hablar o preferencias sexuales.

Al individuo estigmatizado se lo ve como una persona con una “diferencia indeseable” (Goffman, 1986).





La imagen del usuario de drogas

Cuando el **estigma** se instala, el resultado es la **discriminación**.

La discriminación es cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

El estigma y la discriminación existen en un círculo vicioso. El estigma facilita o promueve las actitudes discriminatorias. Estas actitudes a menudo se reflejan en el comportamiento que da lugar a actos de discriminación. Los actos de discriminación acentúan o favorecen el estigma.



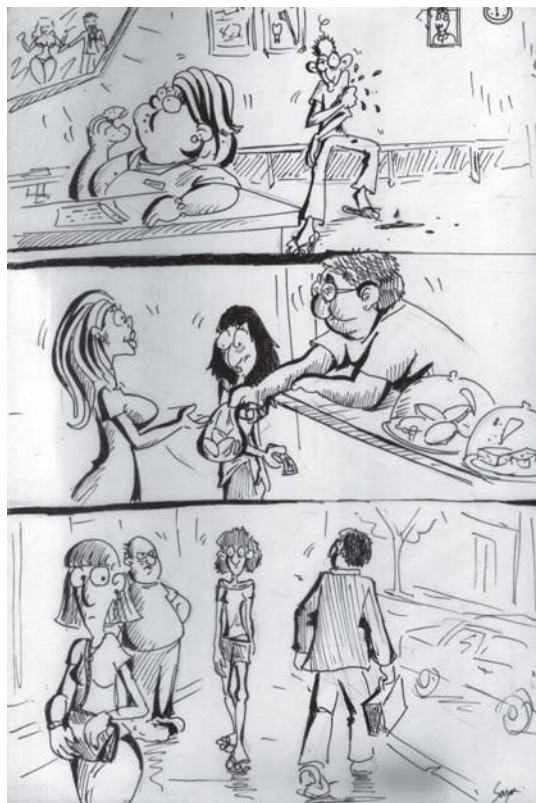
Las experiencias de discriminación son tan comunes e implacables que muchos usuarios ni se dan cuenta que los discriminan. Parece normal ser tratado mal y vilipendiado si se es usuario (Touzé, 2011).

VULNERABILIDAD SOCIAL Y USO DE DROGAS

Al considerar el concepto de “vulnerabilidad social” nos concentramos más en la dimensión estructural que determina que este fenómeno se de en ciertas poblaciones y grupos específicos dentro de la sociedad. Este enfoque considera fundamental incluir para el análisis, las desigualdades sociales, así como las políticas y las prácticas institucionales, que influyen el contexto de las conductas de riesgo y de cuidado.

Entendemos a la **vulnerabilidad social** como una condición estructural que expresa el daño potencial a la salud en personas sin poder social, al que se puede asociar la violación de derechos humanos como resultado de la carencia de recursos económicos, sociales y legales, de la condena social a conductas consideradas reprochables, de estigma y la discriminación.

La situación de vulnerabilidad social de los usuarios de drogas está ligada a su vez a las condiciones de pobreza; los usuarios de drogas de sectores pobres se vuelven más vulnerables en función de la intensidad discapacitante de su pobreza. Así, el uso de drogas puede contribuir a determinar formas de vivir en una condición de vulnerabilidad, lo que además recrudece las brechas de desigualdad social.



CONCLUYENDO

Es así que vemos claramente como existe en nuestra sociedad un cadena sucesiva y circular de ideas y prácticas sociales que culminan en la exclusión social de la población usuaria de drogas; partiendo de la construcción de preconceptos y estereotipos a la configuración de estigmas sociales y procesos de estigmatización, lo que a su vez concluye en la discriminación, y recrudescimiento de la vulnerabilidad social, acentuado principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

EL ESTADO Y LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN GENERAL. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS JUSTAS Y PERTINENTES EN EL PARAGUAY

DROGAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL: ¿PROBLEMA de SALUD o de SEGURIDAD?

A más que avanzamos en el desafío de comprender de manera más reflexiva, asertiva, justa y pertinente el entramado conflictivo que se configura desde los problemas suscitados por las drogas en nuestra sociedad, sobre todo en el universo que vive en situación de vulnerabilidad social, es decir, pobreza y pobreza extrema (entre otras características) que concluimos, que antes que nada debemos asumir que nos enfrentamos a un problema de **salud pública** antes que un problema de **seguridad**.

El enfoque que plantea que las drogas son un problema de **“SEGURIDAD”** se traduce en perspectivas **represivas** desde el Estado, con legislaciones **prohibicionistas**, vinculadas estas prácticas a propuestas de tratamientos meramente **abstencionistas**. Estos enfoques a lo que contribuyen generalmente es a la **criminalización** y **patologización** del usuario de drogas.

El Estado invierte innumerables sumas de dinero del presupuesto público para perseguir y castigar los delitos generados en su mayoría por la adicción a las drogas en poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad social. Los calabozos de las Comisarías locales siempre llenas, así como las penitenciarías. Cada vez más patrulleras y armas de fuego para la Policía Nacional, cada vez más recursos destinados a gastos de infraestructuras de penitenciarías y centros de reclusión sobresaturados y en condiciones de hacinamiento.

Mientras tanto el presupuesto nacional orientado al tratamiento de las drogas es mínimo, al Centro Nacional de Adicciones se le destina mucho menos presupuesto del que necesita.

¿Y si el presupuesto del Estado se destinara no solo a la persecución y sanción de los delitos acarreados por las adicciones y se destinara a desarrollar políticas públicas integrales que ofrezcan **prevención** y **tratamientos pertinentes** a la población usuaria de drogas?

En este caso estaríamos ante un Estado que asume que el problema de las drogas es un problema de **“SALUD”**, se **descentralizarían** los servicios de los hospitales y se podrían desarrollar procesos territoriales, con programas de **tratamientos ambulatorios**, **rehabilitación comunitaria** y de **reducción de daños**, para encarar esta situación desde una perspectiva de políticas públicas ajustada a los **derechos humanos** y a las necesidades sanitarias de esta población.



CONSIDERACIONES PREVIAS PARA DISCUTIR UNA POLÍTICA DE DROGAS:

Asistimos en estas últimas décadas a:

1. Un aumento del crimen organizado tanto por el tráfico internacional como por el control de los mercados domésticos y de territorios por parte de los grupos criminales.

2. Un crecimiento a niveles absurdos de la violencia que afecta al conjunto de la sociedad y, en particular, a los jóvenes pobres, quienes llenan las cárceles al son de la melodía represiva antidrogas.

3. La criminalización de la política y la politización del crimen, así como la proliferación de vínculos entre ambos que se refleja en la infiltración del crimen organizado en las instituciones del estado.

La corrupción de los funcionarios públicos, del sistema judicial, de los gobiernos, del sistema político y, en particular, de las fuerzas policiales.

4. El modelo actual de política de represión de las drogas está firmemente arraigado en prejuicios, temores y visiones moralistas. La cuestión que se plantea es reducir drásticamente el daño que las drogas hacen a las personas y a las sociedades.

5. Políticas seguras, eficientes y fundadas en los derechos humanos implican reconocer la diversidad de situaciones nacionales, así como priorizar la prevención y el tratamiento.

6. Promovemos tratar el problema de las drogas desde una mirada social y de salud pública, cambiar el paradigma represivo que no tiene ningún interés en la erradicación de las drogas además de lo utópico de la premisa de "un mundo sin drogas".

A partir de estas 7 consideraciones y asumiendo el enfoque de Salud, en detrimento del enfoque de Seguridad para encarar la discusión, es que se esbozan los dos siguientes lineamientos para la construcción de una adecuada Política de Drogas (Touzé, 2011).

Las políticas sobre drogas deberían estar basadas en principios científicos.

La lucha antidrogas, durante el siglo XX, fracasó. La supuesta intención de un mundo sin drogas es y ha sido desde siempre una falacia. Por el contrario, esta lucha ha fomentado una guerra entre la oferta y los organismos represivos, generando violencia, muerte y prisión de miles de usuarios de distintas sustancias ilegalizadas, debido a la criminalización del consumo. Esta filosofía de la represión, que fue avalada por políticas de salud abstencionista, tampoco puede hasta hoy, generar respuestas de salud pública debido a que se ha probado a través de distintos estudios su inconsistencia teórica y práctica, al no permitirse acercarse al usuario.

Existe suficiente bibliografía que demuestra la ineficacia del modelo represivo tanto desde la seguridad como desde la salud (Touzé, 2011).

La reducción de la demanda no debería centrarse en la penalización de los usuarios.

El uso generalizado de medidas judiciales, policiales y carcelarias contra usuarios de drogas genera una carga importante sobre el gasto público y, en muchos países, por esta razón el sistema penitenciario se encuentra saturado. La represión contra los usuarios siempre se aplica en forma desigual, de modo que los usuarios que pertenecen a sectores pobres, urbanos y minorías étnicas suelen ser más susceptibles de arresto, por mayor visibilidad o por prejuicios institucionales. Por otro lado, en la medida en que se usa la cárcel como castigo, ocurre que se concentra un gran número de usuarios de drogas en un entorno cerrado, lo cual genera mayor presión y se propaguen infecciones y enfermedades relacionadas con drogas (Touzé, 2011).

OTROS LINEAMIENTOS SON LOS SIGUIENTES:

- Transformar a los usuarios compradores de drogas en el mercado ilegalizado en usuarios del sistema de salud.
- Promover la reducción de daños como tratamiento inicial de drogodependencias
- Reducir el consumo a través de campañas innovadoras de información y prevención que puedan ser comprendidas y aceptadas, en particular por la juventud, que es el mayor contingente de usuarios (Touzé, 2011).

ANEXO 1

Sistematización de una experiencia de Reducción de Daños desde un Enfoque Territorial: PSICORÓGA

Lo que se relata a continuación es la sistematización de una experiencia de trabajo vinculada al campo de la **salud pública**, específicamente al de las **Drogas y Adicciones**, a partir de la puesta en marcha de una estrategia de intervención de Reducción de Daños durante un periodo de tiempo de aproximadamente 4 años desde un enfoque territorializado, realizado en el Bañado Sur, barrio ribereño, marginalizado y excluido de la ciudad de Asunción con aproximadamente 18.000 pobladores.

Por otro lado, cabe destacar que, para plantearnos cualquier sitio asistencial que pueda contener a los usuarios de crack, desde lo terapéutico hasta en necesidades básicas de alimentación, higiene y vestimenta, el primer aspecto a tener en cuenta, es el de la necesidad de contar con recursos económicos, que en el caso de Psicoróga, prácticamente nunca existieron, siendo en su mayoría, autogestionada. Esta carencia, resultó ser uno de los principales obstáculos, en esta estrategia de intervención, en donde los recursos materiales y logísticos son fundamentales.

Inicios

Para optar por llevar adelante una intervención en Reducción de Daños (RD) en el Bañado Sur, previamente se elaboró un trabajo de campo en el territorio en relación específicamente al área de salud mental. En la fase del primer diagnóstico situacional, durante aproximadamente 6 meses, se atendieron diversos casos psicológicos vinculados a distintas psicopatologías (depresión, violencia intrafamiliar, trastornos varios de personalidad y conflictos en los sistemas familiares). Poco tiempo después, en base a la información recabada desde la asistencia se notó que el fenómeno del crack había penetrado y des-configurado toda la trama individual, familiar y socio-comunitaria.

Se observó, que desde el punto de vista individual y fisiológico, se deteriora bruscamente la salud del sujeto usuario de crack. Consecuencias directas son problemas pulmonares (perforación), lesiones en la boca, y falencias en el aparato respiratorio; indirectamente, el consumo de crack elimina el apetito y el sueño, produciendo los síntomas clásicos de la inanición y trastornos del sueño. En el aspecto individual y psicológico, en algunos casos, en más alto grado que otros, nos encontramos frente a sujetos con construcciones de identidad precarias, una noción de temporalidad basada en la inmediatez, con dificultades para establecer un proyecto de vida, dificultades para construir historicidad e incapacidad de simbolizar, siendo la acción el modo predominante de comunicación.

Por otro lado, las familias (o los grupos humanos que se organizan como vínculos de referencia emocional y de pertenencia entre sí) atraviesan un proceso de crisis y de angustia, se genera una suerte de, al mismo tiempo, rechazo (ira) y sobreprotección (a partir de sentimientos de culpa y lástima) hacia los usuarios de crack. La desintegración social y deterioro de las redes sociales, violencia, discriminación y estigmatización hacia los usuarios de crack, varios conflictos vecinales vinculados al robo y al hurto de objetos de poco valor (cacerolas, ropa, planteras, cubiertos, gallinas, etc.) impulsados por la necesidad de seguir consumiendo. El hurto por parte de los usuarios de crack en el seno familiar es usual, así también la violencia intrafamiliar, al fin y al cabo, la impotencia, la indignación y la angustia.

En relación a esta problemática, quedó claro que las respuestas institucionales son insuficientes o no son sostenidas para lograr procesos de cambios, tanto a nivel subjetivo y cultural como a niveles objetivos y concretos.

Es así que se conformó un Equipo de Reducción de Daños (ERD) conformado por profesionales del área de salud mental con el apoyo de instituciones y organizaciones barriales.

Elaboración del plan de intervención

A partir de este diagnóstico inicial se estableció como acción prioritaria la conformación de un equipo que pueda trabajar directamente con la población usuaria de crack en la construcción de alternativas asistenciales psicoterapéuticas y de tratamiento, específicamente en el campo de las adicciones de manera sostenida.

El modelo de RD utilizado, “plantea un abordaje de “abajo-arriba” basado en la defensa del usuario de drogas, en lugar de una política de “arriba-abajo” basada en su criminalización y patologización. Un enfoque que promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia. Una alternativa de salud, frente a los modelos moralista/criminalista y “de enfermedad” del consumo y adicción de drogas. Un modelo que reconoce la abstinencia como resultado ideal, aceptando las alternativas que reducen el daño.” (Marlatt, 2001).

Teniendo en cuenta esta mirada, la primera tarea del equipo de Reducción de Daños fue establecer una estrategia de acercamiento hacia los usuarios de crack. Para el cumplimiento de este objetivo surgieron dos tipos de intervenciones:

1. ACERCAMIENTO A LOS PRINCIPALES SITIOS DE CONSUMO

El objetivo central de las primeras visitas en los Sitios de Consumo fue simplemente lograr el acercamiento y la creación de confianza con los usuarios de crack, ya que la desconfianza que genera la discriminación y marginación sufrida por los usuarios hace difícil el acceso a personas desconocidas por ellos. Teniendo en cuenta esto, la llegada inicial incluiría solo un saludo y posteriormente acercar algunos víveres para compartir una merienda.

Con el correr del tiempo los usuarios se fueron distendiendo y algunos comentaron iniciativas que se discutieron colectivamente, hasta llegar a acciones concretas. Estas consistieron en torneos de volley organizados en conjunto entre el equipo de Reducción de Daños y los usuarios en la casa de uno de los vecinos.

Esta actividad empezó a generar una mirada algo más inclusiva por parte de los mismos, debido a que se inició a reconocer a los usuarios como personas, más allá del consumo. Se desarrollaron además jornadas nocturnas de convivencia en torno a la preparación de los alimentos, para compartir la cena en la casa de algunos vecinos que ofrecieron su espacio para la actividad.

Por otro lado, los usuarios sugirieron la inclusión de primeros auxilios, que también se insertó en el abordaje, debido a las constantes heridas e infecciones sufridas en la tarea de reciclaje en el arroyo. El mismo genera un riesgo constante para los usuarios, que en su mayoría sobreviven de la recolección de basura para su posterior reciclaje, pues es fuente de diversas enfermedades como abscesos, parasitosis, micosis, eccemas entre otras.

Siendo la **acronicidad** una de las principales características de los usuarios de crack en situación de calle, el siguiente paso consistiría en desarrollar estrategias de modo a lograr una mínima estructura que configure una rutina diaria.

Según Moffat, “la conciencia de todo marginado extremo, es una conciencia a-crónica, viven en un eterno presente y tanto la percepción como los vínculos sólo los organizan en base a la acción fáctica, y no a la acción significante, siempre en ‘un hacer’ sin acceder a ‘un pensar’” (Moffat, 2011: 3).

Lo primero que se configuró desde el ERD fue la elaboración de consignas claras, concretas y sistemáticas. Este encuadre consistió en encuentros grupales desarrollados a orillas del arroyo Ferreira, con el objetivo de compartir y generar conductas tendientes a la consideración del otro, y la inclusión de aquellos que no participaban del primer momento o lo hacían desde lejos. La mayoría de las veces los encuentros tenían una disposición circular, con la intención de lograr la atención de todos y motivar la escucha. Los encuentros aumentaron su duración a unos treinta minutos y se concluía con una merienda.



Teniendo en cuenta la importancia de la creación de una rutina diaria, necesaria para la construcción de una temporalidad pasado-presente-futuro, se elaboraron carteles con consignas referentes a los encuentros que fueron ubicados en los alrededores del lugar de reunión. Las mismas fueron de construcción colectiva e indicaban el lugar, la hora y los días de merienda, además de dibujos diseñados espontáneamente por ellos.

En los encuentros, se empezó a dialogar acerca de las historias personales de cada uno, vinculando constantemente la historia de las personas con su presente.

En relación al acercamiento a los usuarios de crack en los focos de consumo, el diálogo acerca de las historias personales de cada uno fue vinculándose constantemente a su presente. Esta anamnesis permitió a los usuarios conectarse con el pasado, evaluar conductas no asertivas y en la mayoría de los casos generó el deseo de controlar el consumo o dejarlo por completo.

Con esta frase mencionada por uno de los participantes de estos encuentros reflejamos este fenómeno:

“... en esas meriendas que hacemos en la montañita, en realidad, a veces me ayuda porque a veces ni me voy en mi casa ni quiero molestarle a mi hermana y a veces tengo hambre pero ya, a veces. A mí su presencia y eso ya... me calma, me halla, porque ustedes no más lo que me hablan así y me dicen cosas buenas, a veces, meto en mi cabeza y me tranquilizo y eso me hace quieto ahí y me lavo en mi cerebro así, pienso en la verdad así y no salgo 2, 3 por ahí días de mi casa...”

Este vínculo sirvió también para acercar a los usuarios a las redes sanitarias, principalmente a la unidad de Salud de la Familia del barrio, que no tenía en su abordaje un dispositivo que contemple especialmente la atención a los mismos.

2. VISITAS DOMICILIARIAS

Este tipo de intervención consistió en un acompañamiento sistemático (periódico), a través del cual los familiares del usuario, y en la mayoría de los casos también el usuario, forman parte de un seguimiento centrado en el consumo de crack y en las diversas implicancias individuales y familiares del fenómeno. La intención es generar formas de protección tanto hacia el usuario como sus familiares, de modo a que no se genere ruptura alguna en relación a este vínculo, pues de otro modo, el usuario quedaría sin contención ni necesidades básicas satisfechas.

Fernández D'Adam (2004) distingue factores ambientales protectores que revierten circunstancias potencialmente negativas tales como:

- **Relaciones afectuosas:** sensibilidad, comprensión, respeto e interés promueven un sentido de seguridad y confianza entre las personas.
- **Expectativas realistas:** acordes a las capacidades y motivaciones de las personas, focalizar sobre las fortalezas, no sobre los defectos o problemas, promueven la salud y bienestar de los sujetos.



Tareas y/o momentos en la intervención de RD a través de las Visitas Domiciliarias:

- Presentación-Catarsis. Inducción
- Complejización del fenómeno “drogas”
- Intervención Familiar
 - Propiamente dicha, dirigida a la RD del usuario
 - Dirigida a los familiares en dimensiones psicoterapéuticas

A partir de esta intervención, algunos de los testimonios de usuarios y familiares son los siguientes

“... creo que sin el apoyo de mi vieja y de mis hermanas hubiera sido imposible dejar la droga...”

“... pude porque sentía que me querían, sentí el amor de mi mamá, sentí el cariño de alguna gente y más todavía por el apoyo de la familia en sí, esos fueron los principales motivos que me ayudaron a dejar el crack...”

“... cuando toda mi familia me apoya, puedo, porque te apoya un día y al día siguiente ya te dicen mal las cosas, da gusto escuchar que te apoyan cada día que al despertarte te digan "fuerza"...”

“... en mi familia hay sube y baja, mi marido nada, mi hijo el otro comprendió un poco más a mi hija le encanta y a mi otra hija también le gusta...”

“... la convivencia con mis hijos cambió también, ahora se más como llevarles en la parte más pesada...”

“Aprendí que yo tengo la respuesta, como mamá, como esposa, yo tengo la respuesta dentro de mí que nunca quise despertar, pero aprendí con los jóvenes luchadores a sobrellevar y a saber hablar, todo eso yo aprendí con Psicoróga, qué daños se está haciendo, a mi hijo que está en las drogas por ejemplo y dejó...”

“Aprendimos nosotras las mamás a sobrellevar esto, no estamos más solas, encerradas en nuestra casa plagueandonos y llorando en nuestra pieza...”

3. PSICORÓGA: LA CASA DEL PSICÓLOGO

El ERD, a partir de la necesidad de los usuarios de encontrarse y desarrollar actividades diversas, tanto recreativas como productivas, asumió la responsabilidad de crear un espacio propio. Se asumió esta propuesta considerando la importancia de un hogar, que incluyera a todos de modo a completar los elementos faltantes en la estructuración de la personalidad de los usuarios, afectividad y vivienda.



Una vez que se contó con las instalaciones de Psicoróga, se realizó un abordaje multidisciplinario, afianzando las tareas que el ERD denominó consumo cuidado y ampliación de la vida; así como también la organización social y comunitaria. Algunas frases de los usuarios que hablan acerca esto son:

“... en Psicoroga, donde están varios pibes que también me ayudaron bastante en el sentido que estaban para mí cuando yo necesitaba estar en un lugar para distraerme. Ellos estaban ahí para mí, y me ayudo bastante eso para no pensar en el crack o sea me ayudo bastante tener algo en que entretenerme mientras no esté trabajando...”

“... mujeres lindas hay también ahí, por eso da gusto ir...”

Consumo Cuidado

Implica todas las tareas, acciones e intervenciones directas abocadas a reducir los daños ocasionados por el uso de crack (interrupción, control, sustitución). Esto es, el uso de materiales higiénicos y de menor peligro en relación al consumo, como pipas de cobre y papelillos de fumar marihuana, lo que impide se produzcan eccemas y quemaduras por el uso de pipas caseras cuyo inhalador se recalienta, produciendo heridas que podrían ser agentes de transmisión de enfermedades, además del cuidado de la salud sexual a través de conversatorios acerca del tema y facilitar a los usuarios preservativos e información al respecto.



Por otro lado, en el marco de encuentros grupales en Psicoróga, se trabajan técnicas que apuntan a la erradicación, disminución o sustitución del crack por otras sustancias más leves.

En este punto, usuarios de crack que recibieron el tratamiento en Consumo Cuidado son las siguientes:

“... primeramente fue conocerle a los compañeros y ellos me explicaban que no era solo el crack la única droga que existía, que había otras sustancias como la marihuana, como el alcohol...”

“... yo opte por el alcohol, principalmente para dejar la droga opte por consumir más alcohol antes que el crack fue como que me ayudaba a salirme del crack...”

“... la abstinencia yo pienso que eso sería muy difícil para un adicto, más todavía si es usuario de crack, porque abstenerse al crack es muy difícil y como todos sabemos es una droga muy adictiva que abstenerse a ella es muy difícil, creo más en el tratamiento de reducción de daños antes que abstenerse a esa droga...”

“... fue un proceso de reducción del consumo del crack en sí cambiando con algunas otras sustancias como el alcohol, el cigarrillo...”

Ampliación de la Vida

Con Ampliación de la Vida, nos referimos a todas aquellas actividades, iniciativas, o acciones que se aboquen a generar alternativas reales al consumo de crack, tales como: Deportes, Cocina, Paseos, Albergue Transitorio y Laborterapia. Una frase de un usuario de crack que nos muestra este resultado es la siguiente:

“... en Psicoróga trabajo, para pasar el tiempo, para no pensar solo en la droga...”

“... muchas veces me voy Psicoróga, me voy a bañar, me voy a alimentar, no hay otro lugar en otro lado nadie te va a abrir la puerta...”

“... mucha gente la vez pasada yo tenía el cabello así largo, mi barba larga así andaba por la calle, ese loco, entendes, entendes pa?, la gente así me miraban, corrían, después me corte todo churro quede...”





4. La organización social como estrategia de emancipación

Como resultado de las múltiples acciones y de las síntesis de los procesos generados, se suma al año de la intervención otra área, con otras características y con otra intencionalidad (por fuera de la asistencia), dentro del territorio, una práctica de carácter político-organizativo, donde desde pobladores y organizaciones del barrio, se construye la fuerza social necesaria para ingresar en escenarios de disputa de poder desde la denuncia, la visibilización real de la problemática del crack y la exigencia de los derechos postergados, enfocándose siempre en el problema de fondo, en las causas estructurales que hacen a la pobreza y a la vulnerabilidad de esta población; la desigualdad social.



Es el caso de la organización “Desde Adentro”, grupo de ex-usuarios y usuarios de crack que reivindican sus derechos exigiendo el cese de la criminalización del consumo de drogas y de la tortura física que se ejerce desde la Comisaría.

Esta organización tiene también como tarea extender un brazo en solidaridad hacia los usuarios que están en peores condiciones, realizando en conjunto con el equipo de reducción de daños, almuerzos y meriendas en Psicoróga y en los focos de consumo, asumiendo así el rol de promotores pares, ampliando y transmitiendo con mensajes y con el mismo ejemplo representaciones de salud y cuidado.

Por último, “Desde Adentro”, participa activamente de espacios de visibilización e incidencia con otros actores de la sociedad, desde instancias públicas y desde los medios de comunicación (radiales y televisivos)

Algunas frases de los miembros de estas organizaciones que hacen alusión a este fenómeno se expresan de la siguiente manera:

“...en mi vida personal el cambio más significativo fue para mí unirme a la organización “Desde Adentro”, ser integrante de la organización, eso fue lo positivo para mí...”

“... mediante la organización estoy de pie, sin la organización, no sé qué iba a ser de mí. Me sirvió y hasta hoy me sirve todavía. La organización me enseñó cómo sobrellevar la vida...”

CONCLUSIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE PSICORÓGA

La creación de **Psicoróga** como espacio comunitario, **Centro de Reducción de Daños y Albergue Transitorio**, fue fundamental para ampliar las actividades y propuestas a los usuarios y sobre todo para mantener y profundizar los logros realizados por los usuarios en relación a su consumo.

El equipo considera que este fue un paso fundamental pues se logró vincular a los usuarios con otros jóvenes del barrio, algo impensable anteriormente debido a la estigmatización y discriminación hacia los primeros.

El dispositivo de **“Consumo Cuidado”** siguió desplegándose desde Psicoróga en la misma línea seguida en los focos de consumo. Las estrategias de reducción, sustitución e interrupción del consumo lograron la consolidación de los avances logrados con cada uno de los usuarios de crack.

Las estrategias de **“Ampliación de la Vida”**, permitieron la inclusión de nuevos usuarios motivados por actividades creativas, recreativas y deportivas desarrolladas en Psicoróga, además de acrecentar el tiempo de interrupción del consumo sin síndrome de abstinencia.

Las **Visitas Domiciliarias**, por su lado también demostraron ser efectivas en la inclusión de los familiares en el tratamiento del usuario de crack y sobre todo a la hora de incidir psicoterapéuticamente en los familiares (en la mayoría de los casos, las madres).

Por otro lado, la estructura democrática y participativa del trabajo desde las actividades de Laborterapia, generó casi de manera espontánea el surgimiento de la **Organización Popular** de usuarios, que finalmente se denominó **“Desde Adentro”**.

La misma nació con la intención de reivindicar la inclusión social de los usuarios de crack y luchar contra la discriminación. Esta organización ha dado muestras claras, de ser clave en el fortalecimiento y sostenimiento de los logros personales de cada usuario en relación al consumo, además de ser fuente de acceso a la cultura y creación de relaciones sanas con la comunidad.

REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES GENERALES

Por su parte, la imposibilidad de acceso a un trabajo digno, la ausencia de servicios básicos y el aumento de la propaganda de artículos y servicios que no están al alcance una población en situación de pobreza, solo aumentan la frustración. Para los usuarios de crack de los Bañados, la posibilidad de sublimación de las frustraciones se hace inaccesible a la realidad, esta situación de falta de trabajo y oportunidades en general, hace más difícil una descarga pulsional adecuada en relación al medio.

En cuanto a la organización social, esta propuesta de reducción de daños es global, pues no solo se centra en el problema de la adicción con una visión social-grupal, sino que promueve la organización social como herramienta indispensable para lograr una solución estructural al problema.

Este modelo centra la atención a los problemas de la mayoría oprimida, y promueve una nueva praxis psicológica, que permite no sólo conocer la realidad, sino transformarla potenciando lo negado por el ordenamiento social.

BIBLIOGRAFÍA

- Baratta, Alessandro (2006): Introducción a la Criminología de la Droga, trad. de Mauricio Martínez, en “Criminología y Sistema penal”, Montevideo/Buenos Aires, IBdeF.
- D'Adam, Fernández (2004): “Resiliencia, ética y prevención”, Buenos Aires: Paidós.
- Fresco, Manuel (2011): “Manual de Reducción de daños para promotores/as pares”, Asunción, Fundación Comunitaria CIRD.
- Goffman, E. (1986): “Estigma: la identidad deteriorada”, Buenos Aires, Amorrortu.
- Gómez, Juan Daniel (2013): “¿Por qué la marihuana ayuda a dejar al bazuco?”, Bogotá, El Espectador. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/marihuana-ayuda-dejar-al-bazuco-articulo-413517>.
- Marlatt, G. Allan (2001): Reducción del daño: Principios y estrategias básicas, conferencia en “V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario”.
- Moffatt, Alfredo (2011): “Antropología de los chicos de la calle”, disponible en: http://www.moffatt.com.ar/articulos/cap5/05AP02_ANTROPOLOGIACHICOS DELACALLE.doc.
- Romaní, Oriol (2008): Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño, en “Salud colectiva”, v.4, n.3, Lanús. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci_arttext.
- Touzé, Graciela (2011): Estigma y discriminación, en “Políticas de Drogas, VIH y Derechos Humanos. Aportes para la reflexión y la acción”, Buenos Aires, Cursos Punto Seguido.

Ficha Técnica:

Enfoque Territorial

San Cosme 582 entre República Dominicana y Pitiantuta

(+59521) 338 0669

Asunción – Paraguay