

# Trabajo social y consumos problemáticos en jóvenes y adolescentes

## La problematización de la micropolítica en procesos de salud/enfermedad



Vanina Obenat\*

### Resumen

A continuación, se realizará un análisis desde de la perspectiva de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, problematizando la práctica del trabajo social con jóvenes y adolescentes en situación de consumo problemático, en contextos atravesados por la urgencia, comprendiendo la micropolítica de las prácticas sociales y sus implicancias en la salud.

Partimos de concebir los procesos de salud/enfermedad como “momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana [...] bajo una determinada forma de relaciones y organización social” (Arellano, Escudero y Carmona, 2008: 323). Dichas dimensiones están vinculadas a decisiones colectivas e individuales y relaciones de poder, que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte (Arellano, Escudero y Carmona, 2008). Por lo tanto, el abordaje de la salud supone reconocer y problematizar deseos e intereses de lxs sujetxs, marcos institucionales, limitaciones y posibilidades. Asimismo,

\* Vanina Obenat: Licenciada en Trabajo Social (UNPAZ). Formación de posgrado: Introducción a los consumos problemáticos. SEDRONAR-UADER-APSA (2018); Programa de Actualización en Derechos de la Niñez y Adolescencia en contextos sociales, políticos y culturales. Instituto de Investigaciones Históricas Eva Perón, en convenio con la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y UNICEF ARGENTINA (2017); Salud Mental y Trabajo Social. Departamento de Servicio Social HOSPITAL MOYANO (2017); Especialización docencia en Universitaria. UNPAZ (2021). Contacto: vaninaobenat@gmail.com

el nivel de urgencia implica retomar algunos aspectos del modelo de reducción de riesgos y daños, priorizando la voz y vivencia de las personas en situación de consumo problemático, lo que permite transformar representaciones estigmatizantes (Touzé, 2001), en pos de facilitar el acceso a la salud de lxs jóvenes y adolescentes como un derecho.

El presente análisis se desarrollará desde un paradigma cualitativo, teniendo como sustento el trabajo etnográfico, de observación, entrevistas, historias de vida y acompañamientos realizados a partir de la práctica profesional enmarcada en el Programa de Responsabilidad Social Compartida Envió, destinado a jóvenes y adolescentes, ubicado en un barrio de la zona oeste del Conurbano Bonaerense. No se explicita el nombre del barrio, ni las identidades para resguardar la privacidad de lxs jóvenes ya de por sí vulnerables, dando cuenta de algunas de las intervenciones realizadas en el período comprendido entre febrero de 2017 y junio de 2018.

## Palabras clave

problematización - consumo problemático - jóvenes - adolescentes

## El marco de implementación del Programa Envió y el abordaje de los consumos problemáticos

El Programa de Responsabilidad Social Compartida Envió está destinado a jóvenes y adolescentes de entre 12 y 21 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. El objetivo es la inclusión social, la contención, el acompañamiento y el diseño de estrategias que fortalezcan su estima, reparen y brinden igualdad de oportunidades en los siguientes ejes: educación, salud, inserción laboral, deporte, inclusión digital, arte y expresión, como también inclusión de jóvenes en conflicto con la ley. Respecto de la accesibilidad, en esta experiencia se incluía a todos lxs jóvenes y adolescentes que quisieran inscribirse de manera espontánea, con un cupo de 115 vacantes, muchos de ellos, ya se encontraban participando en la implementación del programa en el año 2016, donde era llevado a cabo por otro equipo técnico, que la nueva de gestión municipal reemplazó.

Esta política pública fue creada por el Ministerio de Desarrollo Social para lograr la inclusión desde una perspectiva integral de lxs jóvenes y adolescentes de la provincia de Buenos Aires, enmarcada para su implementación en la Ley Nacional N° 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley Provincial N° 13298 de Promoción y Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Es por ello que en lo que refiere al tema central del artículo, se hará hincapié en el eje de la promoción y prevención de la salud como un derecho, específicamente en los consumos problemáticos. En esta línea, se tuvo a consideración por parte del equipo profesional al momento de diseñar estrategias, considerar y desempeñar sus obligaciones respecto de la problemática la Ley Nacional N° 26934 de Plan

Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, en su artículo 2, que define los consumos problemáticos:

Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley N° 26934).

Partiendo de esta definición y de manera articulada la Ley de Salud Mental N° 26657 reconoce en su artículo 3 a las adicciones como una problemática de salud mental, definiendo a la misma como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

De este modo, en los siguientes apartados, se dará cuenta de algunas de las intervenciones realizadas, haciendo énfasis en la descripción y problematización de los determinantes sociales, la micropolítica y actores involucrados en los procesos de salud/enfermedad de lxs jóvenes y adolescentes, como también las implicancias de estas dimensiones en la posibilidad de efectivizar el derecho a la salud.

## **La construcción del vínculo como clave de la intervención**

El presente trabajo etnográfico fue desarrollado desde el paradigma metodológico cualitativo. Este pone mayor énfasis en cuestiones epistemológicas o términos teóricos más abstractos, como la construcción subjetiva de significados de las prácticas sociales (Sautu, 2003). Las investigaciones cualitativas se caracterizan por tener diseños más flexibles, hay cuestiones que pueden explicitarse de antemano, pero asimismo hay otras que deben ser definidas a lo largo del proceso de trabajo de campo, por lo que se encontrarán determinadas en función al acercamiento a los objetos o sujetos de interés (Marradi, 2012).

Se recurrió entonces a observaciones participantes, historias de vida, acompañamientos, el compartir actividades y entrevistas de tipo semiestructuradas que permitieron obtener la información.

En este sentido, en febrero de 2017 se desarrollan las entrevistas semiestructuradas con el motivo de la reinscripción de lxs participantes, que habilitará un diagnóstico inicial del contexto social de intervención. Dicho programa tenía experiencia previa de implementación en el barrio, sin embargo el equipo técnico nuevo, ahora responsable, no fue parte de ese período, por lo cual era preciso poder tener un primer acercamiento con las familias, lxs jóvenes y adolescentes, poder conocerlxs y lograr conocer

sus diversas demandas relacionadas a necesidades materiales, como también el acompañamiento e intervención del equipo en diferentes situaciones, relacionadas al abordaje de consumos problemáticos, violencia de género, situaciones de conflicto con la ley y acceso a la salud entre otras.

Todo este proceso presentó algunas dificultades para realizar una planificación estratégica respecto de actividades e intervenciones, considerando el número de participantes (95), respecto del equipo profesional (4), la falta de talleristas y operadores, siendo esta realidad institucional un obstáculo. Sin embargo, se llevaron adelante diferentes propuestas que tuvieron como objetivo la organización, la realización y el desarrollo de espacios recreativos y de aprendizaje, para la construcción del vínculo con lxs jóvenes y adolescentes, lo que posibilitó diálogos y encuentros, que permitieron construir y problematizar juntxs diversas problemáticas que afectaban a cada unx de ellxs tomando en cuenta su propia voz.

De este modo, el compartir el espacio del desayuno, almuerzo y merienda habilitó un momento de escucha activa sobre la realidad territorial de lxs sujetxs, sus preocupaciones, sus deseos e intereses, construyendo un lugar de intercambio, escucha y de aprendizaje mutuo. A partir de ello, el descubrir la experiencia de lxs participantes supuso en tanto investigación cualitativa una inmersión en su vida cotidiana, en perspectivas propias de sus realidades, a través de un proceso interactivo, descriptivo y analítico, destacando sus palabras y comportamiento observable como datos primarios (Vasilachis, 2006). El proceso mencionado implicó entonces para el equipo develar propias significaciones instituidas acerca de las construcciones sociales sobre lxs jóvenes y adolescentes, prácticas y discursos aprendidos. Es por ello que fue preciso advertir la dimensión social, histórica, cultural situada y relacional, donde la perspectiva generacional no podía soslayar el modo en que estas construcciones de la adolescencia y las juventudes se producen, en virtud de atravesamientos y clivajes múltiples: económicos, culturales, étnicos, de género, entre otros (Barrenengoa, s./f.).

Dicho proceso implicó de parte del equipo proponerse acceder a espacios de formación, capacitación y problematización, si bien desde el área municipal de la cual dependía el programa presentaban resistencias, luego de argumentar la necesidad de herramientas para el abordaje, fue posible algunas instancias de capacitación concretamente en la temática de abordaje de consumos problemáticos. Reconociendo entonces que estos “son fenómenos complejos, que incluyen determinadas subculturas, búsquedas singulares [...] un territorio subjetivo e identitario a configurar, donde la adopción de riesgos es tanto un derecho como un posible problema” (Barrenengoa, s./f.: 26).

## **El enfoque de la singularidad y las dimensiones que atraviesa la intervención sobre el consumo problemático en jóvenes y adolescentes**

Es a partir de esta construcción del vínculo que fueron detectando diversas situaciones problemáticas, y cómo estas se encuentran vinculadas entre sí, por lo que demuestran su complejidad, tanto para su acompañamiento como para su abordaje y resolución. De este modo, tal complejidad retoma como prioritario visibilizar dichas realidades y sentires desde un enfoque de la singularidad, comprendiendo la posibilidad instituyente de toda sujeción plena, con potencialidades y condicionantes, lo que lleva al profesional a concebir al otro como un sujeto de derecho. Asimismo, exige la reflexión sobre las condiciones sociohistóricas para identificar sus necesidades, intereses y deseos. Refiere a cómo lo macro se inscribe en lo micro y cómo él/la sujeto es partícipe en la comprensión de su situación (Cazzaniga, 2005).

A partir de ello fue posible visibilizar la situación de vulnerabilidad social, por la que muchas familias y participantes atravesaban, respecto de la inestabilidad de los ingresos, lo cual tenía repercusiones en la economía familiar, presentando dificultades en la accesibilidad a recursos básicos y a derechos fundamentales como la alimentación, educación, salud y trabajo. De igual forma, implicaba tensiones, padecimientos, conflictos de relaciones, como así también la posibilidad de exclusión social y de su propio entorno vincular. Algunos de ellos, siendo adolescentes abandonan sus estudios por no sentirse contenidos en la institución, otros viviendo solos sin un acompañamiento de un adulto y solventándose con la venta de sustancias o hurtos en tiendas para luego revender estos productos, modos de subsistencia en donde se encontraban expuestos a diferentes riesgos.

Algunas de las historias de vida expresaban la vivencia de diferentes tipos de violencia, abandono y vulneración de derechos histórico-generacional. De este modo, manifestaban en los espacios de escucha que estos contextos de vulnerabilidad, el consumo de sustancias y los delitos eran “la única salida, es la cárcel o la muerte”; situaciones que expresaban eran vividas como un modo de escape u olvido de los problemas, según el propio relato de algunos de los jóvenes y adolescentes.

Respecto del territorio y el consumo, los participantes y sus familias comentaban ciertos arreglos de venta libre de sustancias entre la policía y quienes las vendían en el barrio, lo que se presentaba como un obstáculo para muchos jóvenes y adolescentes en sus posibilidades de salir de la problemática, al existir mayor disponibilidad y menos restricciones de acceso. Asimismo, durante los años ochenta el barrio fue muy estigmatizado por los medios de comunicación, lo que tuvo sus impactos en la mirada sobre el territorio y en las posibilidades laborales de los jóvenes, ya que expresaban haber sentido discriminación cuando nombraban donde vivían, ya que no eran vueltos a llamar a una entrevista, por consecuencia si realizaban un currículum vitae para una propuesta laboral brindaban domicilios ficticios de otros barrios del partido. Asimismo, en el momento de inserción fue posible notar que existían pocas instituciones estatales y de la sociedad civil que acompañaran a la comunidad en estas situaciones de vulnerabilidad.

## **La efectivización del derecho a la salud. Implicancias profesionales y construcciones simbólicas de la interacción entre las instituciones de salud y lxs jóvenes y adolescentes**

Tras la experiencia vivida en las intervenciones realizadas, fue posible dar cuenta de que, en la existencia de un consumo problemático, atravesaban diversas dimensiones, vinculadas a las condiciones simbólicas y materiales de existencia, a la exclusión y estigmatización social, a la vulneración de derechos histórico-generacional, a la falta de una red comunitaria que sostenga y acompañe al sujetx. Tales dimensiones se presentan como limitaciones para el desarrollo de la persona, su integración y accesibilidad de derechos, sobre todo respecto de su salud y sus posibilidades de cuidado.

En términos de derechos, los marcos normativos han logrado algunos avances, en este sentido la Ley N° 26657 reconoce a la adicción como padecimiento enmarcado en la salud mental y propone un abordaje desde una mirada integral. Sin embargo, aún continúa en vigencia la Ley 23737 de estupeficientes, que condena la tenencia para uso personal y visibiliza como delincuentes a aquellxs que presentan un padecimiento por consumo problemático.

En este punto cabe preguntarse lo siguiente: ¿el solo reconocimiento de un derecho lo hace posible de efectivizarse? La práctica profesional entonces permitió visibilizar que lxs sujetxs no solo se encuentran con las tensiones y contradicciones de los marcos normativos al momento de acceder al derecho a la salud, sino que también con las intervenciones profesionales desde los diferentes dispositivos, que en algunas oportunidades se convierten en una barrera de acceso a la salud, por como lxs conciben, viendolxs como personas a las que hay que encaminar, vagxs, irresponsables y peligrosxs.

Tras ser uno de los ejes de abordaje la promoción de la salud de lxs jóvenes y adolescentes, teniendo presente el enfoque integral de su salud eran realizadas otras articulaciones para acceder a diferentes prestaciones del servicio de salud público local, tratándose de atenciones odontológicas, oftalmológicas, ginecológicas, consultorías de salud sexual y reproductiva, clínicas médicas y estudios específicos. Estas articulaciones eran gestionadas y planificadas con el objeto de trabajar la prevención y promoción de la salud, es por ello que se coordinaba una disponibilidad de turnos, acordada entre las instituciones de salud y el programa, particularmente con dos centros de atención primaria ubicados uno dentro del barrio y otro en sus inmediaciones. Estas instituciones eran a las que habitualmente lxs jóvenes y adolescentes intentaban recurrir. Por otro lado, a los centros especializados de oftalmología y odontología municipal, a una unidad de tercer nivel de atención y a los dos hospitales más cercanos al barrio, uno de dependencia nacional y otro provincial, ambos ubicados a una distancia de entre uno y tres kilómetros del barrio.

Respecto de los diferentes acompañamientos, estos dejaban a la luz la cuestión de la efectivización del derecho a la salud, las implicancias profesionales y las construcciones simbólicas sobre cómo concebir la interacción entre las instituciones de salud que deben garantizarles este derecho y lxs jóvenes y adolescentes. Visibilizando cómo estas instituciones enmarcadas en esquemas burocráticos obstaculizaban y construían barreras simbólicas mediadas por paradigmas de abordaje tutelares o facilitaban la

accesibilidad desde posiciones contrahegemónicas para garantizar el acceso a la salud, profundizando el primer aspecto en situaciones donde mediaba la estigmatización de quienes vivenciaban un consumo problemático.

Respecto de lxs jóvenes y adolescentes y la construcción simbólica del cuidado de su salud, inicialmente era visto por su parte como algo no necesario. Asimismo, era posible reconocer en los relatos ciertas resistencias para asistir a estas instituciones de salud, ya que expresaban que, de asistir, los profesionales de la salud iban a internarlos por el consumo o llamar a la policía. Esto último se profundizaba, ya que a metros del centro de salud se encontraba la comisaría del barrio.

Dichas expresiones demostraban el tipo de vínculo con estas instituciones, presentándose situaciones donde lxs jóvenes y adolescentes se vieron impedidos de atención y/o burocratizadas en su accesibilidad. Así fue preciso intervenir mediante el acompañamiento en momentos de urgencia; uno de ellos sucedió cuando uno de lxs jóvenes del programa fue herido en un conflicto y se le negaba o burocratizaba su atención. Del mismo modo, uno de los centros de atención primaria contaba con personal policial haciendo servicios de seguridad en la sala, lo que simbólicamente implicaba una barrera por la estigmatización a que lxs jóvenes y adolescentes eran expuestos. Asimismo, algunxs profesionales no aceptaban atender a adolescentes sin la presencia de un adultx mayor. A todo ello se sumaban las formas de maltrato y prejuicios en la atención, trabas burocráticas para acceder a métodos anticonceptivos, entre otras. Lo que demostraba de esta manera que el vínculo de lxs jóvenes y adolescentes con las instituciones de salud se encontraba marcado, como plantea Epele (2007), por la sospecha y desconfianza dando cuenta directa y/o indirectamente de las implicancias en sus procesos de salud y enfermedad que por medio de la criminalización compromete y definen barreras en el proceso de atención de salud.

Sin embargo, con el acompañamiento en el tiempo, fueron apropiándose de este recurso, demandando el acceso a las diferentes prestaciones de salud, posibilitando la promoción y la prevención. Del mismo modo, ante situaciones de emergencia recurrían al equipo técnico, donde se mediaba y acompañaba la atención espontánea.

Tras un trabajo continuo de seis meses con las diferentes instituciones de salud, fueron modificándose ciertas prácticas institucionales, cuando lxs jóvenes y adolescentes eran derivados del programa. Reconociendo por parte del equipo técnico lxs actores de salud con lxs cuales se articulaba y los posicionamientos respecto de la atención, se fue construyendo estratégicamente vínculo con aquellxs profesionales y actores que demostraban una mirada interdisciplinaria en el abordaje y encuadrada en los marcos normativos más que en prácticas ligadas a la discrecionalidad burocrática institucional, y en algunos casos prejuiciosa. Así algunxs de lxs jóvenes y adolescentes fueron apropiándose de la posibilidad de acceder a estos turnos presentándose de manera individual en las instituciones, logrando avanzar en procesos de promoción y prevención de la salud.

## La problematización del consumo problemático y la resignificación del otrx

De este modo, la construcción de las intervenciones, sus posibilidades, limitaciones y el nivel urgencia (ya que se pone en juego la salud) no habilitaban en algunas oportunidades poder problematizar la intervención en el momento. La percepción de la urgencia se impone como la necesidad de una acción inmediata que evidencia un alto grado de riesgo, y en otras situaciones reconoce el agotamiento de las intervenciones realizadas para revertir la vulneración de derechos (Bulgach y Meilan, 2011). De este modo, la dinámica del día a día implicaba resolver situaciones complejas, que demandaban soluciones inmediatas por tratarse de consumos que afectan a lxs jóvenes y adolescentes en su red de vínculos, su salud y en algunas oportunidades hasta en su libertad. En este sentido se presentaron diversas situaciones atravesadas por la urgencia. Una de las situaciones más complejas se daba con uno de los participantes, que se encontraba en situación de calle y con diagnóstico de VIH, esto implicaba que en episodios de consumo su estado de salud se deterioraba y en varias oportunidades solicitaba acompañamiento para la atención de su salud. En otras lxs jóvenes comentaban cómo el consumo afectaba a su red de vínculos produciendo discusiones y violencia. Otro de los episodios donde el riesgo y la urgencia se presentaron fue en una ocasión donde uno de los jóvenes que no era incluido formalmente por no estar dentro de la edad requerida por el programa (12 a 21 años), teniendo 22 años, se presentó en situación de consumo, demandando poder participar de una salida de verano a una pileta municipal, si bien en la sede del programa en el barrio participaba, en esta oportunidad no era posible, lo que llevó a que el joven se molestara y amenazara en situación de consumo con un arma al equipo. En este escenario la sede se encontraba con otrxs jóvenes y adolescentes participantes, lo que implicaba mayor riesgo. Sin embargo, el vínculo entablado con el joven permitió que en ese momento llevara el arma a su casa y regresara para hablar de cómo se sentía, intervención necesaria para bajar la tensión del momento y evitar que todas las personas presentes se encontraran en riesgo, el joven expresaba que solo quería ir con el equipo a la salida. Luego regresó a la sede y se le dio un espacio de escucha y contención. Otro de los acompañamientos realizados fue con una adolescente de 14 años, con la que se trabaja problematizar el consumo. Ella manifestaba que siempre que consumía bajaba de peso o se le caía el cabello, y en ocasiones como su hermano estaba en tratamiento por lo mismo expresaba que deseaba también internarse en una comunidad. Luego de ir entablando un vínculo comentaba que su madre tenía problemas de consumo y era en ocasiones violenta con ella, una semana se presentó en la sede pidiendo ayuda, ya que se había ido a alquilar una habitación y le había robado un arma al dueño del lugar que luego vendió, esta persona la buscaba por el barrio, por lo que la urgencia de la situación implicó evaluar la articulación con la comunidad por lo que ella expresa y por el riesgo del episodio que se presentó, finalmente fue el comienzo de su internación y tratamiento. Las situaciones de intervención mencionadas, entres varias de similares características, detallan cómo la urgencia y el riesgo demandan decisiones inmediatas, estas asimismo nos implican a un “desafío, tanto para leer la realidad como para analizar nuestra práctica profesional [...] frente a condiciones empíricas que difieren sustancialmente de nuestros esquemas aprendidos, naturalizados y desgastados” (Weber, 2010: 4). Por lo que, partiendo de este ejercicio, es posible “disputar el espacio simbólico de la estigmatización

[...] y abogar por una resignificación del ‘otro’ entre médicos, maestros, policías, empleados de justicia, y otros trabajadores del Estado que son quienes ejercen la micropolítica” (Chávez, 2012: 62).

En este sentido, con el transcurrir del tiempo, la pertenencia territorial posibilitó conformar redes de apoyo y contención a nivel comunitario para el proceso de tratamiento, ante las limitaciones a nivel institucional por los escasos recursos. Resultó prioritario entonces visibilizar estos límites para brindar asistencia en forma integral o a la totalidad de los problemas, permitiendo lugar a otrxs actores para abordar la problemática, potenciando las posibilidades de actuación de los equipos, incidiendo en procesos de inclusión social (Galante, Rossi, Goltzman y Pawlowicz: 2009).

Dichas experiencias y su nivel de urgencia llevaron a pensar diversas estrategias de abordaje, algunas de ellas se orientaban hacia una reducción de riesgos y daños, con el objetivo de problematizar y construir junto con lxs sujetxs prácticas de cuidado, partiendo de una escucha no estigmatizante, teniendo presente todas las dimensiones que atraviesan cada una de las intervenciones. Estas instancias de problematización en conjunto dieron lugar a muchos intercambios sobre los efectos negativos de un consumo problemático. Entre las experiencias vividas, en una oportunidad una adolescente en un espacio de escucha con una integrante del equipo, quien le realizaba las uñas, le expresó “profe, vos tenés las manos re lindas y tus uñas... yo las tengo así todas feas, comidas por el paco... también se me cae el pelo y estoy re flaca”. Esta reflexión fue un punto de partida donde se comenzó a abordar los riesgos y daños del consumo, acompañando además con otras estrategias en el tiempo, la adolescente fue evitando el consumir este tipo de sustancia, si bien reemplazó su consumo por marihuana, ya en menor medida y con menos efectos nocivos para su salud, lo que se podría considerar el desarrollo de una práctica de cuidado. En este sentido, en estos espacios de escucha y cuando se daba la oportunidad de hablar sobre el consumo, sobre cómo venían, expresaban cómo se sentían al respecto, o qué decisiones tomaban para su propio cuidado. Poniendo en palabras estos sentires, uno de lxs jóvenes nos expresaba que el efecto era fugaz y que luego una vez pasado, la emoción previa volvía a sentirse, definiéndola como que “sentís que tenés el corazón roto”. Otrxs compartían las interpretaciones que le daban al consumo problemático: uno de lxs jóvenes dijo que lo habían “engualichado”, expresión que refiere a tener una maldición, y estaba asistiendo a una persona que le haga una sanación. En esta línea, la religión se convierte en una práctica de cuidado, manifestando otrx de los jóvenes que “ir a la iglesia me está ayudando a consumir menos”. En esta instancia, el programa se fue referenciando como un lugar de cuidado, donde uno de lxs jóvenes en un espacio de escucha expresó: “antes de venir (al Envió), iba a ir a comprar para consumir, pero preferí venir porque no me sentía bien y acá se puede hablar”. Así, las diferentes estrategias de autocuidado eran compartidas con el equipo de parte de lxs jóvenes y adolescentes, esto daba cuenta de la importancia de reconocer cómo la persona decide sobre su salud. El espacio del programa, su dinámica de compartir permitía estas charlas y escuchas. Otra experiencia que da cuenta del autocuidado surge cuando una de las adolescentes asistió a la sede con zapatillas nuevas, se las eligió y se le consulta como le había ido el fin de semana respecto del consumo, a lo que afirmando respondió “no consumí, por eso me compre las zapatillas”, siendo esta la forma de autocuidado y prevención. Respecto de las redes de vínculos familiares también hubo

varios momentos de contención por parte del equipo, donde comentaban sus preocupaciones por algún participante y su situación con el consumo, advirtiéndoles si notaban que este había aumentado y/o se habían presentado situaciones de riesgo, como peleas violentas, internación por intoxicación, entre otras.

De este modo, los abordajes desde esta mirada implicaban promover la minimización de las consecuencias negativas del consumo, permitiendo que la persona mientras tanto pueda elegir continuar utilizando drogas (Riley, 1992). Poniendo así en juego la integración de saberes, conocer significados, representaciones, valores, experiencias, teniendo como eje una intervención comunitaria, promoviendo la participación, vinculación real y dar lugar al derecho del sujeto de decidir sobre el cuidado de su salud (Galante, Rossi, Goltzman y Pawlowicz, 2009). En la misma línea, la importancia de lograr intervenciones que generen hábitos y conductas saludables y la posibilidad de establecer proyectos individuales y colectivos (Presidencia de la Nación, Ministerio de Educación, s./f.).

En este sentido, la intervención en los consumos problemáticos debe desafiar poder discernir un consumo que no lo sea, como previamente se mencionó, la singularidad de cada persona implica reconocer que no existen recetas únicas para el abordaje. Es por ello que la indagación, problematización y formación son fundamentales.

Concluyendo la intervención del trabajo social con jóvenes y adolescentes en situación de consumo problemático, requiere al momento de construir el abordaje en primera instancia “pensar lo que se hace y saber lo que se piensa” (Weber, 2010: 6). De este modo, partir de interrogantes que nos permitan pensar: ¿desde qué lugar acompañamos a los sujetos?, ¿hasta qué punto se proyectan nuestras expectativas en el proceso de intervención y no las del sujeto? En cada decisión, ¿qué valorizamos al momento de pensar líneas de acción? ¿Cómo construimos la intervención, en el caso de ser esos sujetos niños y adolescentes? ¿Es posible un espacio de supervisión para repensar la intervención, en contextos donde la urgencia y la dinámica a veces no lo posibilita?, ¿es posible desde la micropolítica construir intervenciones contrahegemónicas? Estos y otros interrogantes nos permitirán una labor de deconstrucción, a partir de una clínica transdisciplinaria, un triple movimiento, que comprenda, en primer lugar considerar lo concreto tal como se presenta, en segundo lugar emprender una labor investigativa y en tercer lugar desembocar en un enriquecimiento y rectificación del punto de partida, gracias a los resultados de la investigación. Esta misma no tiene fin, es un punto de llegada y constituye el inicio de otro proceso (Karsz, 2007).

En este punto es importante reconocer que las intervenciones no son neutras, no solo está en juego la persona sino también los profesionales, quienes tomamos posturas en la intervención, definimos la dirección de la problemática a abordar y el lugar de los sujetos. Aquí es prioritario repensar el lugar del vínculo en la intervención profesional. Karsz (2006) nos propone desde un lugar crítico pensar en tres figuras: la de la *salvación*, preocupada por el deber ser donde la persona es considerada una criatura y el profesional explica lo que es bueno; el *hacerse cargo*, donde se trabaja con la demanda del otro, pero no con la que el mismo pueda construir; y el *tomar en cuenta*, el cual propone acompañar y construir con

el otrx. Repensar estas figuras, reconocer como atraviesan la intervención en todo momento de manera alternada, permite develar el lugar que damos a las personas y nuestro posicionamiento con respecto a ellxs, visibilizando de esa manera nuestras propias limitaciones y posibilidades de intervención.

En este sentido, plantearnos interrogantes acerca de nuestras formas de ver el consumo problemático, de cada una de las dimensiones que lo atraviesan, de cómo construimos el vínculo con los sujetos, sobre qué figura nos posicionamos, teniendo en cuenta su particularidad única e irrepetible, permitirá deconstruir miradas y acompañar, tomar en cuenta, reconocer el potencial, la capacidad, la autonomía de la persona de construir esa intervención, considerarlx por lo tanto, unx sujetx de derecho.

## Bibliografía

- Argentina. Poder Legislativo Nacional (diciembre de 2010). Ley N° 26657. Salud Mental. Buenos Aires.
- Argentina. Poder Legislativo Nacional (octubre de 1989). Ley N° 23737. Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Buenos Aires.
- Argentina. Poder Legislativo Nacional (mayo de 2014). Ley N° 26934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Buenos Aires.
- Barrenengoa, P. (s./f.). Juventudes, subjetivación y consumo de sustancias. *Anuario Temas en Psicología*, 5. *Dossier Digital Jornadas de Investigación*, 21-27.
- Bulgach, F. y Meilan, G. (2011). La percepción de la urgencia y la intervención del trabajo social en el campo de la nueva ley de niñez en la Provincia de Buenos Aires. *Revista Debate Público. Reflexión del Trabajo Social*. Producciones de fin de grado.
- Cavalleri, M. S. (2008). Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. *Compartiendo notas. El trabajo social en la contemporaneidad*. Lanús: EDUNLa.
- Cazzaniga, S. (2005). El abordaje desde la Singularidad. Cuadernillo temático N° 22. Material de la carrera de Trabajo Social, UBA. Taller Nivel IV.
- Chaves, M. (2012). Haciendo trámites con los pibes y las familias: barreras de acceso y micropolíticas en lo público. Ponencia presentada en la III Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes Argentina “De las construcciones discursivas sobre lo juvenil hacia los discursos de las y los jóvenes”. Organizada por la Red de Investigadores sobre Juventud de Argentina (RENIJA), Viedma.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, (25), 151-168.
- Galante, A.; Rossi, D.; Goltzman, P. y Pawlowicz, M. P. (2009). Programas de reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, (14), 113-121.
- Karz, S. (2006). *La investigación en Trabajo Social*, vol. V. Publicación de Jornadas realizadas por la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER).

- (2007). Una clínica transdisciplinaria de la intervención social. *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica* (capítulo 3). Barcelona: Gedisa.
- López Arellano, O.; Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (noviembre de 2008). Los determinantes sociales de salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales en salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3, Temas y debates. Recuperado de [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)
- Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani, J. I. (2012). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Cengage Learning.
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Educación (s.f.). *Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*.
- Riley, D. y O'Hare, P. (1992). Reducción de daños, historia, definición y práctica. En S. Inchaurrega (comp.), *Drogas y Políticas Públicas: el modelo de reducción de daños*. Rosario: CEADS-UNR.
- Sautu, R. (2003). El diseño de una investigación: teoría, objetivos y métodos de investigación. En R. Sautu, *Todo es teoría*. Buenos Aires: Lumiere.
- Touzé, G. (2001). Uso de drogas y VIH/SIDA. De la medicalización a la ciudadanía. *Encrucijadas, Drogas ilegales: hipocresía y consumo*, año 1, (8).
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (capítulo 1). Barcelona: Gedisa.
- Weber Surdiaz, C. (octubre de 2010). La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social. *Escenarios*, año 10, (15).