

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



El retorno al Barrio:

**Aspectos interpersonales y contextuales que favorecen y desfavorecen
la reincidencia de un consumo problemático**

Trabajo Final de Carrera

Septiembre 2022

Alumna: María Victoria Bustamante.

Matrícula: 40221343.

ID: 147441.

Correo: mavictoriabustamante@gmail.com.

Tutor: Prof. Lic. Lucas Seoane.

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Presentación del tema.....	3
Problema de investigación.....	4
Pregunta de investigación.....	4
Justificación y relevancia de la temática.....	5
Objetivos generales y específicos	6
Estado del arte	7
Marco Teórico	10
Desarrollo Metodológico	14
Hipótesis de trabajo	14
Procedimiento.....	14
Criterio de saturación de muestra.....	15
Presentación del Centro Barrial	17
Capítulo I: El paso por la comunidad terapéutica	19
Capítulo II: La vuelta al barrio. Una descripción de la realidad socioeconómica de los habitantes del Barrio La Cava	30
Capítulo III: La vuelta al barrio. Vínculos salutogénicos y no salutogénicos	40
Capítulo IV: El Centro Barrial	55
Conclusiones	63
Referencias bibliográficas	65
Anexo	73
Modelo de consentimiento informado.....	73
Modelo de entrevista.....	74
Entrevistas.....	75

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la implicancia del contexto interpersonal y espacial geográfico en el proceso de recuperación de un consumo problemático de sustancias psicoactivas luego de un tratamiento en comunidades terapéuticas, en jóvenes y adultos habitantes de la Villa de emergencia, Barrio La Cava. El estudio, de carácter exploratorio y cualitativo, llevado adelante con una muestra de ocho jóvenes y adultos, exhibió, a través de sus narrativas de vida, que el retorno al barrio en el marco de la reinserción social constituye una cuestión compleja y problemática, pues las condiciones socioambientales y las características de las redes vinculares y personales, intervienen propiciando conductas que atentan contra la continuidad del tratamiento y, por tanto aumentando el riesgo de reincidencia. No obstante, por otro lado, también se identificaron aquellos factores que dentro del entorno sí favorecen el proceso de recuperación, entre ellos la participación y el acompañamiento del Centro Barrial Casa Azul.

Palabras clave: consumo problemático – sustancias psicoactivas – comunidad terapéutica - reinserción social - contexto - condiciones socioambientales - redes vinculares y personales - narrativa de vida - investigación cualitativa.

Introducción

Presentación del tema

El consumo problemático de sustancias es una situación que atraviesa a la sociedad y que, año a año, aumenta notablemente. En Argentina, según el Observatorio Argentino de Drogas [OAD] de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar], el consumo de alcohol y tabaco presenta las prevalencias más altas en las poblaciones de 12 a 65 años, seguida del consumo de marihuana (OAD, 2017).

Sin embargo, a nivel nacional, en los últimos años hubo un aumento de la prevalencia del consumo de drogas ilícitas, pasando del 3,6% en el año 2010 a 8,3 % en el año 2017 (OAD, 2017). Según la misma fuente, tanto en el consumo de alcohol, como en el de marihuana, cocaína y otras drogas ilícitas, en el grupo etario de 18 a 24 años es donde se observan las tasas de consumo más elevadas. Cabe aclarar que este estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años mide indicadores específicos para el análisis de un consumo problemático, es decir, de un consumo abusivo y/o dependiente. Por otro lado, los resultados de los estudios acerca de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas identifican a los adolescentes y jóvenes como la población de mayor riesgo (OAD, 2017). Se observa una tendencia a la disminución progresiva de la edad de inicio.

El crecimiento del narcotráfico en Argentina es un fenómeno que genera preocupación en diversos ámbitos de la vida pública nacional. Estudios del Observatorio de la Deuda Social Argentina [ODSA] de la Universidad Católica Argentina [UCA] registran conjuntamente en los últimos años una fuerte evolución de la venta de drogas en el conurbano bonaerense, en CABA, y en otras áreas Metropolitanas pero principalmente en los barrios más vulnerables (UCA, 2017). Las personas que habitan estos territorios resultan las más perjudicadas ya que existe mayor exposición al tráfico y a las adicciones con consecuencias negativas para la salud.

Los resultados presentados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [INDEC] de la Encuesta Permanente de Hogares del segundo semestre del año 2021, registraron que el 37,3% de la población vive en situación de pobreza. En cuanto a los grupos de edad según condición de pobreza, se destaca que más de la mitad de las personas de 0 a 14 años (51,4%) son pobres. En el conurbano bonaerense el 42,3% de la población vive en situación de pobreza.

Una amplia variedad de investigaciones sostienen que las características socioeconómicas constituyen uno de los factores que pueden influir en el consumo de sustancias. Es por ello que el presente estudio se focalizará en los sectores de la población más vulnerables: jóvenes y adultos provenientes de asentamientos marginales que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Es sabido que el tratamiento para las adicciones es complejo y diverso; las trayectorias a través de éste no son lineales, y es frecuente que las personas sufran recaídas. A estos efectos es que la resocialización se torna parte fundamental del proceso, pues implica un trabajo de reconstrucción de vínculos sanos y de la inclusión de la persona en diversos espacios que le permitan su desarrollo y la ayuden a perseverar en su tratamiento. Asimismo los procesos de resocialización también se dirigen a bloquear vínculos que favorezcan la recaída.

Problema de investigación

En el caso bajo estudio –es decir, en el caso de personas provenientes de los sectores más excluidos de la sociedad– el avance o el fin de un tratamiento en internación implica la vuelta a los barrios y entornos familiares. Y es aquí, donde se sitúa la gran problemática: las personas se encuentran con una situación de vulnerabilidad que les resulta desfavorable, puesto que en muchos casos no colabora con la continuidad del tratamiento. En consecuencia, si bien para toda persona con un consumo problemático la recuperación resulta difícil y compleja, para aquellas personas provenientes de los sectores más vulnerables de la sociedad ésta se ve aún más entorpecida debido a tal realidad social.

Pregunta de investigación

Teniendo en cuenta la problemática descripta, surge la siguiente pregunta: luego de un tratamiento en una comunidad terapéutica por un consumo problemático de sustancias psicoactivas en personas provenientes de barrios vulnerables: ¿de qué manera afecta el contexto interpersonal y espacial geográfico al proceso de reincorporación social, al mantenimiento de conductas saludables que aparten a la persona del consumo problemático [CP]?

Desde el ámbito de la psicología, parece forzoso abordar la problemática y la pregunta de investigación descripta con una perspectiva fuertemente basada en la psicología social y más específicamente en una psicología social comunitaria [PSC]. Ello es así, dado que como se ha dicho, el contexto guarda una singular relevancia a la hora de la reinserción posterior al tratamiento lo que -en adición- en el caso de los sectores más vulnerables tiende a incidir en formas particulares y en algunas negativas. En consecuencia, mal podría analizarse la problemática ciñéndose estrictamente al individuo, y dejando de lado (o poniendo en un plano secundario) aquello que lo rodea. Parece entonces necesario abordar la problemática descripta priorizando el contexto y lo interpersonal, relevando y analizando las conexiones entre el sujeto, los otros y las instituciones; resulta -pues- indispensable considerar al sistema como foco de estudio - intervención, y no únicamente al individuo. A ello, sumaremos justamente, el modo de abordaje propuesto por la psicología sistémica.

Justificación y relevancia de la temática

En virtud de lo expuesto, en el presente trabajo se plantea la problemática viabilidad de la reinserción de jóvenes y adultos provenientes de asentamientos marginales que presentan un consumo problemático de drogas en sus respectivos contextos socioculturales. Se lo hace abordando la conflictiva desde una perspectiva de la psicología social con aportes de la psicología sistémica, con el objeto de lograr una mayor comprensión del fenómeno, entendiendo que la complejidad del cuadro interpela integralidad en su análisis. Sería inadecuado evaluar la recuperación considerando el problema como un padecimiento individual o aislado.

La investigación nace de la necesidad de dar visibilidad a la situación de sufrimiento que afecta a muchas personas que viven en dichos contextos, y particularmente a las dificultades que enfrentan al momento de la reinserción posterior a la internación, problemática que se acrecienta cada vez más teniendo en cuenta el progresivo aumento en los índices de prevalencia de consumo, narcotráfico y pobreza en nuestro país.

Es sabido que el consumo continuado de sustancias psicoactivas afecta seriamente la salud de los usuarios, produciendo un deterioro irreversible a nivel físico, psíquico y social. A través de este trabajo se busca brindar información valiosa para la hora de pensar y planificar un tratamiento con una posterior reinserción en estas realidades; servir como base de discusión y análisis para encontrar modos terapéuticos idóneos para acompañar y llevar a buen puerto la reinserción, ya sea potenciando los recursos existentes o pensando nuevas alternativas y caminos posibles.

Ésta es una situación que compete a todos, no se puede permanecer indiferente: “Es fundamental comprender que, como integrantes del cuerpo social entendido como un todo orgánico e interrelacionado, somos afectados y al mismo tiempo ejercemos una cierta influencia sobre estas cuestiones.” (Barilatti, 2017, p. 3).

Objetivos

General:

- o Analizar cierto conjunto de vivencias y experiencias, en primera persona, de jóvenes y adultos de entre 25 y 40 años, habitantes del barrio La Cava, Beccar, en proceso de reinserción comunal, luego de una externación de comunidades terapéuticas, producto de un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Específicos:

1. Describir a través de las vivencias, las dificultades más relevantes que enfrentan los jóvenes y adultos en el re-contacto con determinados vínculos familiares y de amistades previos y disfuncionales.
2. Explicitar, en las vivencias, como influye la geolocalización y vida cotidiana de los jóvenes y adultos en un territorio con malas condiciones habitacionales y de escasos recursos socioambientales.
3. Indagar si el apoyo social del Centro Barrial funciona o funcionó como articulador de vínculos salutogénicos, desde la percepción de estos jóvenes y adultos.

Estado del arte

Para conocer sobre el estado de la cuestión se revisaron artículos e investigaciones nacionales y extranjeras, consultando bases de datos como Dialnet, Redalyc, Scielo y revistas especializadas en adicciones como Revista de Salud y Drogas y *LiberAdictus*. Se encontró que son pocos los estudios sobre consumo de sustancias en estas poblaciones desde un enfoque de la reinserción.

Se halló un estudio cualitativo realizado en México con un objetivo similar: identificar las principales barreras para la inserción social de los usuarios de drogas en rehabilitación y conocer las alternativas que los propios usuarios reportan como más efectivas en este proceso (Rodríguez Kuri & Fernández Cáseres, 2014). A través de entrevistas en profundidad a pacientes que habían transitado un tratamiento residencial por un CP se identificaron algunos obstáculos como: el empobrecimiento de redes de contención, estrés asociado a la abstinencia, presión de usuarios y conflictos familiares. Entre los factores favorecedores del proceso se señalaron: construcción de nuevas redes, opciones recreativas y ocupacionales, actividades cotidianas estructuradas, modificación de hábitos familiares, orientación para la crianza de los hijos e independencia económica.

Por otro lado, en el año 2011 el Área de Investigaciones del Observatorio Argentino de Drogas realizó un estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina en el AMBA, brindados a personas con CP de sustancias psicoactivas, para evaluar su eficacia.

El estudio buscó recabar una amplia cantidad de información acerca del perfil sociodemográfico de la población beneficiaria, sus historias de consumo, sus trayectorias por la CT, recaídas, y, lo que interesa aquí, el mantenimiento de los logros un año después de haber realizado el tratamiento. Para eso, se realizaron entrevistas a pacientes que habían agotado el subsidio un año antes, con el objetivo de conocer sus vivencias y ahondar en los factores que contribuyeron a superar las dificultades encontradas en las diferentes etapas transitadas durante y después del tratamiento. También se tomaron entrevistas a profesionales de las comunidades (Ruíz, Brawerman & D' Alessandro, 2011).

El pronóstico profesional destacó que la mayoría de los pacientes serían capaces de sostener los logros alcanzados durante el tratamiento, y que entre los obstáculos más importantes se encuentran la falta de apoyo familiar, algunos rasgos específicos de personalidad y el contexto social.

Los entrevistados fueron personas que lograron sostener sus logros después del tratamiento subsidiado; los resultados observados resultan alentadores: la mayoría ha rearmado su círculo de amigos, todos están trabajando, estudiando, o ambas, y se encuentran involucrados en nuevas actividades. "El (dinero) que antes se usaba para consumir ahora sirve ahora para asistir a espectáculos, construir viviendas, capacitarse." (Ruíz et al., 2011, p. 142). Respecto de la proyección a futuro: "(...) hay una mirada a largo plazo y ansias de superación." (Ruíz et al., 2011, p. 143).

Se señala que los aspectos fundamentales para el mantenimiento del tratamiento han sido el apoyo familiar, la recuperación de vínculos dañados (sobre todo con los hijos), la construcción de nuevas redes familiares y sociales, y evitar ambientes consumidores. Los otros dos grandes soportes son el trabajo y el estudio.

Los dos trabajos mencionados, a la luz de sus hallazgos, concluyen en la necesidad e importancia de desarrollar estrategias de reinserción que permitan a la persona una integración efectiva. A tal fin se mencionan: la atención post internación para acompañar y colaborar con la reconstrucción de redes sociales dañadas y la construcción de nuevas redes de apoyo, el desarrollo de habilidades sociales, y mecanismos que faciliten la incorporación del paciente en el ámbito laboral y/o escolar. En ninguno de los dos casos se brinda mayor especificidad acerca de como llevar adelante estas estrategias.

Un estudio llevado a cabo en Madrid (Arranz López, 2010) aborda particularmente la dimensión relacional en los procesos de inserción social de personas que presentan un CP. Éste sostiene que abandonar el consumo supone un duelo. Los contactos anteriores, como una sirena, llaman a la persona para que vuelva a esa realidad patológica pero conocida y los usuarios pueden sentirse solos si no hay una red que los soporte. El autor propone la figura del orientador relacional que acompañe y ayude en el desarrollo de vínculos sanos y redes sociales.

Existe otro grupo de investigaciones que relevan información, en una suerte de diagnóstico del escenario, de la situación de vulnerabilidad social y consumo problemático en la que se encuentran los jóvenes de áreas residenciales pobres e informales del Conurbano Bonaerense (Salvia, Bonfiglio & Rodríguez Espínola, 2016).

Un extenso estudio llevado a cabo por miembros de la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal (2015) se centró en el consumo problemático de sustancias psicoactivas de adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad social, abordando también la incidencia en prácticas de delito callejero, con el fin de entender el entramado en el que se desarrollan y mejorar el abordaje de prácticas juveniles de riesgo. Se realizaron encuestas a jóvenes en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en instituciones que integran la Federación de Organismos no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas situadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Dado que no tenía como objetivo investigar acerca del proceso de la reinserción, las preguntas estuvieron orientadas a las características del grupo familiar, formas de crianza, consumo de drogas en el hogar, familiares privados de su libertad y portación de armas. Se concluyó que:

Los factores que se han desarrollado en cuanto pautas de crianza, modelos de funcionamiento familiar que incluyen malos tratos, violencia, prácticas de consumo en el entorno íntimo y próximo social, como así también prácticas delictivas en los circuitos de referencia, configuran caracterizaciones frecuentes en las dinámicas cotidianas de los jóvenes que presentan problemáticas

de adicción a sustancias psicoactivas e involucramiento en prácticas delictivas. (Innamorato, Acquaviva, Canavessi & Ruiz, 2015, p. 251).

En otra serie de estudios se investigó la problemática del consumo y la reinserción de personas que están o estuvieron en prisión, destacando los obstáculos con los que se encuentran al acarrear con un gran estigma social. Van Olphen, Eliason, Freudenberg & Barnes (2009) exploran la problemática de las mujeres reclusas usuarias de drogas que se encuentran en una situación de marginación más grave aún. Se ha observado que muchas mujeres viven con temor el hecho de tener que asumir nuevamente su rol materno al salir de su reclusión, no por no querer volver con sus hijos sino por no sentirse preparadas para hacerse cargo y por miedo a causarles un daño.

Marco teórico

Para adentrarse en la temática de los consumos problemáticos se toma la definición que postula la Ley N° 26.394 (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos) promulgada en el año 2014:

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.

Ahora bien, si se habla de consumos problemáticos se desprende lógicamente que también existe un consumo no problemático de sustancias. Esta diferencia no siempre es fácil de identificar o trazar, dado que a menudo se presentan zonas grises o ambiguas. En estos casos, se hace necesario un diagnóstico preciso para entender si una persona consume de forma problemática o no (Damin, 2015). Es decir, si existe cierto patrón de consumo que provoca problemas y que afecta negativamente su salud física, psíquica y relacional.

El concepto de CP aparece como categoría en la segunda mitad del siglo XX. A diferencia de las nociones clásicas de “abuso”, “dependencia”, aporta la dimensión particular del sujeto que consume: “Primero, 'consumos' en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias. Por otro lado, al referirnos a 'consumos problemáticos' se busca identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular.” (OAD, 2014, p. 13). Asimismo, no se debe perder la perspectiva relacional en la que se desarrolla y presenta un consumo problemático, teniendo en cuenta los tres elementos que forman parte del fenómeno: un contexto social, un sujeto con cierta disposición biológica y genética, y la/s sustancia/as (Damin, 2015).

De otro lado, las sustancias psicoactivas son todas aquellas sustancias que tienen la capacidad de alterar el estado de conciencia, el humor y el pensamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Según el grupo al que pertenezcan (estimulantes, depresores, alucinógenos) las sustancias producen diferentes efectos. Sin embargo todas tienen un riesgo común: provocan en quien la consume el deseo irresistible de volver a consumir para volver a obtener sus efectos placenteros. Esta propiedad, conocida como propiedad de refuerzo, tiene lugar porque las sustancias psicoactivas activan artificialmente, y de manera muy intensa, ciertas vías del cerebro orientadas a la consecución de estímulos que son esenciales para la supervivencia, generando un aumento de la motivación (emoción) para continuar con este comportamiento (OMS, 2004).

Cuando se habla de sustancias psicoactivas, se incluyen en esta categoría tanto aquellas sustancias

legales como ilegales. Damin (2015) señala que es necesario hablar de sustancias psicoactivas y no drogas, ya que al hablar de drogas comúnmente se suele pensar en aquellas que son ilegales (cocaína, marihuana, paco, etc). Las consideradas legales tienen una tolerancia social y una aceptación que no están discutidas “Hoy, pensar que el alcohol es una droga es algo no fácilmente aceptado; y sin embargo, junto con los psicofármacos, son las sustancias que más problemas nos generan.” (Damin, 2015, p. 12).

Se observa cómo -más allá de sus efectos y propiedades farmacológicas- las drogas llevan la significación que le otorga la sociedad que hace uso de ella, es por eso que la relación del hombre con las drogas ha ido cambiando a lo largo del tiempo en las distintas culturas. El consumo de sustancias como problemática social, que produce una afectación psicosocial se constituye en occidente en el siglo XX (Escohotado, 2005). En adelante, la mayoría de los Estados han seguido una política de restricción del consumo de drogas dejando algunas en la ilegalidad.

Con el tiempo, se fueron desarrollando diversos paradigmas teóricos desde los cuales interpretar la problemática, cada uno otorga una relevancia y relación particular a los tres elementos del fenómeno de consumo mencionados -contexto, sustancia e individuo. A partir de estos paradigmas se han generado distintos modelos de intervención y asistencia terapéutica. Los modelos tradicionales son: el ético jurídico, el médico sanitario, el psico-social y el socio-cultural.

El primero considera el consumo como un delito y al consumidor como un transgresor con total responsabilidad e intencionalidad. El segundo, el médico-sanitario introduce, en los años 70s, la noción de enfermedad: el toxicómano es un enfermo y su tratamiento compete a un problema médico, por lo tanto, el tratamiento se centraba en la eliminación del agente infeccioso (la droga) mediante la desinfección (desintoxicación) del sujeto (Levín, 2016, p.19).

El modelo psicosocial surgido en los años 80s, corre el foco desde la sustancia hacia el sujeto. Las adicciones son vistas entonces como la consecuencia de un malestar psíquico y enfatiza la importancia del medio social cercano (familia, amigos) en el consumo de sustancias. Este modelo es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales (Equipo de Investigación del Fuero Contencioso Administrativo y Tributario del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires [FCAYT], 2016).

Por último, el modelo sociocultural, surgido en los años 90, destaca la participación del contexto histórico, social y cultural en la relación del sujeto con las sustancias. Deja de describir al problema desde una concepción psicopatológica para hacerlo desde una más bien social.

Tomando en cuenta la perspectiva del modelo sociocultural, el consumo problemático forma parte de un síntoma que bien podría decirse social, es decir, catalizador de una disfunción del sistema (FCAYT, 2016). En este punto se hace necesario tener presente la teoría de los sistemas, tomada por el

modelo de psicoterapia sistémico como uno de sus conceptos centrales. Esta teoría fue desarrollada por Von Bertalanffy, biólogo y filósofo austriaco, en la década del 20.

Más que teoría se trata de una concepción estructurada o metodología que tiene como propósito estudiar el sistema como un todo, de forma íntegra, tomando como base sus componentes y analizando las relaciones e interrelaciones existentes entre éstas y mediante la aplicación de estrategias científicas, conducir al entendimiento globalizante y generalizado del sistema. (Tamayo Alzate, 1999, p. 86).

En pos de ir adoptando enfoques cada vez más inclusivos para entender los problemas de consumos problemáticos, en los últimos años, específicamente en las últimas décadas del siglo XX, ha ido ganando terreno el modelo de abordaje integral comunitario. Este modelo surge a partir de la ineficacia de otros abordajes del consumo desarrollados hasta el momento. Sus principales dimensiones son la integralidad, el enfoque de las vulnerabilidades sociales y los cuidados ampliados (Camarotti & Kornblit, 2015).

Ya se ha visto que en Argentina el CP de sustancias presenta niveles alarmantes, especialmente entre los más jóvenes y vulnerables. Es decir, afecta particularmente a cierto segmento de la población que vive en contextos desfavorecidos.

“El contexto social constituye en sí mismo un macro sistema de elementos e interrelaciones dinámicas que influye y, en muchos casos, condiciona las distintas formas de actividad humana que en él se desarrollan.” (Mitjans Martínez, 1994, p. 146). Vivir en condiciones altamente preocupantes, por ejemplo con necesidades básicas insatisfechas, condiciones de hacinamiento, bajos niveles educativos, escasas oportunidades de acceso a la salud, determina un tipo de hábitat. La vulnerabilidad social alude a una situación o proceso de desventaja social al existir una brecha entre los bienes sociales disponibles y las posibilidades de acceso a éstos por parte de grupos (Innamorato et al., 2015).

Pero la precariedad no se refiere solo a la cuestión material, sino que puede ser también afectiva (Edo, 2017). La red social de un individuo entendida como la trama conformada por el conjunto de seres con quienes interactúa en su cotidianidad: amigos, familiares, conocidos, compañeros, enemigos, adquiere una relevancia fundamental (Sluzki, 1998, p.13). Está demostrado que las relaciones interpersonales y el apoyo social dentro del entorno habitual facilitan el afrontamiento de los problemas, propenden a la salud física y psicológica y mejoran los efectos adversos del estrés. En cambio, situaciones conflictivas y/o experiencias negativas en las relaciones sociales contribuyen a un doloroso sentimiento de soledad (Seidmann & Muchinik, 1998).

Esta trama de relaciones donde el individuo se encuentra inserto lo moldea -a la vez que es moldeada por él- en el transcurso de la socialización. Ésta es definida como el proceso por el cual los

individuos, en su interacción con otros, desarrollan las maneras de pensar, sentir y actuar que son esenciales para su participación eficaz en la sociedad (Vander Zanden, 1986, p. 626). Estos otros, co-constructores, forman parte intrínseca de su identidad y le proveen al individuo sistemas de referencia y categorías para interpretar lo que sucede. Jodelet (1986) denomina a esta forma de interpretación y pensamiento social, representaciones sociales. Se hace necesario estudiar la conducta individual dentro del contexto social donde se desarrolla puesto que las actitudes de una persona reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenece (Briñol, Falces & Becerra, 2007, p. 458).

Ya a principios de este siglo existía consenso en que cuando se habla de tratamiento de consumo problemático de sustancias psicoactivas, cualquier programa sea, no se refiere únicamente a la desintoxicación, como solía pensarse, sino a un tratamiento integral: psicológico, social, de evaluación periódica, orientación y seguimiento a la hora de reincorporarse a la sociedad (Becerra, 1999). Es sabido que no existe un tipo de tratamiento único, sino que siempre es necesario evaluar las necesidades de cada usuario.

La comunidad terapéutica [CT] fundada por Maxwell Jones surgió en la década de los sesenta como alternativa a los hospitales psiquiátricos y es hoy considerada la tercera revolución psiquiátrica. La primera otorgada a Pinel quien realizó un primer abordaje a las enfermedades mentales e instituciones psiquiátricas, la segunda se atribuye a Freud con el planteamiento de la existencia del inconsciente como el detrás de lo que las personas desean, dicen y actúan (Baistrocchi & Yaría, 2014).

En la actualidad la CT es una modalidad destacada de tratamiento para la rehabilitación de personas que padecen de un consumo problemático.

Son programas residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. (OAD, 2009).

Si bien ya no existe un modelo “tipo” de comunidad, se pueden nombrar algunos rasgos comunes como por ejemplo: duración determinada, ingreso voluntario, equipo técnico multidisciplinar, aprendizaje social, adquisición de niveles de responsabilidad cada vez superiores, entre otros (Comas, 2010).

Desarrollo metodológico

Hipótesis de trabajo

Determinada configuración contextual barrial -entendida por ésta a un conjunto de vínculos más o menos próximos y estables que la persona tiene y al hecho de estar situados en ciertas condiciones ambientales, hábitos y posibilidades de encuentro- participa, fomenta o incide negativamente en el descenso o interrupción del consumo problemático de sustancias psicoactivas, generando así reincidencia. Más específicamente: el retorno a una situación interpersonal que no ofrece perspectivas tendientes a un proyecto de vida ni oportunidades de desarrollo vital, hace que la posibilidad de reincidencia cobre aún más peso.

Sin embargo, se sostiene que otra parte de la configuración barrial sí (efectivamente) participa e incide positivamente en el descenso del consumo problemático.

En suma, se hipotetizará que tanto cierta calidad en los vínculos interpersonales geolocalizados como cierta cantidad de éstos, son aspectos clave que pueden modular la respuesta y el curso vital de una persona que intenta dejar atrás en su vida un CP.

Procedimiento

El presente trabajo tiene como tema nodal el fenómeno de la reinserción comunal en jóvenes y adultos en situación de pobreza luego de una externación de la comunidad terapéutica por un consumo problemático de sustancias psicoactivas. El estudio es de carácter exploratorio y cualitativo. Se llevó adelante con una muestra de ocho personas de entre 25 y 40 años, habitantes del Barrio popular La Cava, partido de San Isidro, que se encuentran en o han atravesado un proceso de reinserción comunal.

Con el objetivo de conocer sus vivencias y experiencias en primera persona se utilizó la técnica de entrevista semidirigida. Éstas fueron grabadas bajo un consentimiento informado previo, aconteciendo la recolección de la información pertinente durante el mes de abril del año 2021.

Se logró contactar con las personas que conforman la muestra ya que son participantes del Centro Barrial Casa Azul, organización donde trabajó Ma. Victoria Bustamante, autora del presente trabajo, en el período de 2017 a febrero de 2021. Se pidió autorización a la coordinadora del Centro Barrial, Ana Beccar Varela, quien se mostró muy entusiasmada con la temática a investigar.

El trabajo de investigación acción participativa, ha atravesado diferentes fases. Como señalan Hernández-Carrera, Matos & de Souza (2016), la primera etapa de toda investigación comienza con el investigador. “(el investigador) tiene una biografía personal que le lleva a aproximarse al objeto de estudio desde sus distintas dimensiones como ser humano: su cultura, su género, su raza, su clase, las experiencias vividas...” (Hernández-Carrera et al., 2016, p. 25). Precisamente, el interés por

indagar y explorar en la problemática surgió a raíz de las experiencias en el campo previas a este estudio, de la presente autora, es decir del hecho de haber atestiguado en reiteradas ocasiones la dificultad que enfrentan las personas al volver al barrio luego de un tratamiento en una comunidad terapéutica. Por otro lado, se trata de una situación que preocupa a diversos actores de la comunidad como la institución del Centro Barrial, que ante cada caso debe redoblar sus esfuerzos para acompañar cada proceso y sortear, junto con la persona, los obstáculos que se van presentando.

Definido el objeto de estudio se realizó el diseño de la investigación cualitativa junto con la creación del instrumento de obtención del material empírico: la estructuración de una entrevista semidirigida que hiciera foco en la información relevante. Por otro lado, la comunicación de la investigadora con el campo y sus participantes, resulta una parte explícita de la producción de conocimiento (Vasilachis de Gialdino et al., 2006).

Una vez recopilada toda la información se prosiguió con la fase del análisis y la interpretación. Esta etapa supone un proceso de construcción que involucra las subjetividades del investigador y de los actores y busca dar significado a lo estudiado (Hernández-Carrera et al. 2016, p. 25).

Criterio de saturación de muestra

Los criterios utilizados para definir el número de la muestra han sido en primer lugar, la accesibilidad en un contexto de pandemia. En segundo lugar, la representatividad. Se considera que la muestra ha sido representativa de las características de la población de estudio, el acceso a sus experiencias resultó primordial para el desarrollo de este trabajo. “El principio del punto de saturación permite definir el tamaño de la muestra cualitativa, el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas, y cuyos resultados representan al colectivo-objeto de estudio.” (Mejía Navarrete, 2000, p. 171).

Sin duda, siempre se abren nuevos horizontes que permiten continuar con la indagación, pero la información recogida de las entrevistas a estas ocho personas ha resultado relevante en relación con los objetivos de la investigación.

El investigador debe continuar indagando no hasta el punto de una quizá inalcanzable saturación, sino hasta el momento en el que considere que puede decir algo importante y novedoso sobre el fenómeno que lo ocupa. Llegado ahí, seguramente lo que tendrá para decir no va a ser todo, ni tampoco lo único, ni lo último que pueda decirse al respecto. Pero si logra plantear algo relevante, convincente o problematizador, podrá considerar colmado su esfuerzo. (Martínez-Salgado, 2012, p. 617).

Por consiguiente, ampliar el número de las personas que participasen no sólo era dilemático dado las condiciones socio sanitarias antes mencionadas, sino que además no hubiese aportado una gran diferencia puesto el marco de investigación cualitativo diagramado. El número total de personas se detuvo una vez detectadas todas las características que serían relevantes al estudio.

Presentación del Centro Barrial

Buscando dar respuesta a la problemática del consumo abusivo de sustancias, en el año 2014 comienza a funcionar el Centro Barrial La Cava -que años más tarde los vecinos nombraron “Casa Azul”- en Béccar, Partido de San Isidro, en las proximidades del Barrio La Cava.

El Centro surge por iniciativa del Obispado de San Isidro en el marco del “Proyecto de apoyo a la recuperación de adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad extrema, con adicción a las drogas” localizado en la comunidad del Obispado de San Isidro. Su inicio se hizo posible gracias a un convenio de colaboración por dos años firmado con el Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. Desde la parroquia y la comunidad del barrio ya se venía trabajando en torno a la problemática del consumo a través de un grupo llamado “Nuevo Sol”.

El Centro Barrial está constituido e inscrito como Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario [CAAC] de Sedronar, formando parte de una red de Centros Barriales con características similares ubicados alrededor de todo el país. Actualmente existen 68 CAACs en Argentina, 45 están ubicados en la Provincia de Buenos Aires y CABA. A su vez cuenta con el apoyo del Municipio de San Isidro, desde la Secretaría de Integración Social.

Por otro lado, Casa Azul, comparte la misión y participa de la Familia Grande de los Hogares de Cristo [FGHC], que comprende los dispositivos de atención al consumo problemático de sustancias y el sufrimiento social, iniciado por el Equipo de Sacerdotes para las Villas, bajo el método “recibir la vida como viene” (Olivero, 2022).

Este CAAC trabaja con un promedio mensual de 80 personas, la gran mayoría habitantes del barrio La Cava. Con una mirada integral hacia la persona, y entendiendo que cada caso es único y particular, las intervenciones del Centro son variadas: grupos terapéuticos, terapia individual y familiar, talleres laborales, espacio con formato de Centro de Día, derivación y seguimiento en comunidades terapéuticas, entre otras.

Actualmente el equipo está conformado por un coordinador general, una coordinadora, un psicólogo, un psicólogo social, cuatro operadores barriales (referentes en el barrio que realizan en gran medida el trabajo en calle y el seguimiento más cotidiano de las personas), una trabajadora social y una persona de maestranza.

La presente autora tuvo su primer contacto con la institución en el año 2015 a través de un familiar que trabaja en el Centro, quien le ofreció participar como voluntaria dando clases de apoyo a algunos jóvenes y adultos que estaban cursando sus estudios primarios y secundarios. De esta manera es como inició su participación en el Centro Barrial durante dos años. En el año 2017 comenzó a formar parte formalmente del equipo hasta febrero del año 2021. Al principio, llevando adelante tareas de tipo administrativas, y progresivamente incorporando otras más ligadas a la orientación de jóvenes y

familiares, con participación en la coordinación de distintos espacios como grupos para adolescentes, jóvenes y adultos.

Siglas y abreviaturas empleadas en el presente trabajo

Consumos Problemáticos [CP]

Comunidad Terapéutica [CT]

Centro Barrial [CB]

Casas de Atención y Acompañamiento Comunitaria [CAAC]

Capítulo I

El paso por la comunidad terapéutica

Para comenzar a comprender el fenómeno y la problemática de la vuelta al barrio como parte del proceso de reinserción en un tratamiento por un CP, se hace necesario en primer lugar conocer cómo ha sido el paso de estas personas por las comunidades terapéuticas en las que han estado internadas: cómo consideran y valoran esta experiencia, cómo se han adaptado, con qué obstáculos se han encontrado, que oportunidades y aprendizajes vivenciaron, entre otras cuestiones. Además, es valioso analizar en líneas generales el modelo de abordaje y funcionamiento de las comunidades terapéuticas y sobre todo, cómo organizan, conciben y acompañan la fase de la reinserción o externación.

Los ingresos a las comunidades terapéuticas de las personas de la muestra son diversos. Algunas de ellas lo hicieron por sus propios medios, otras fueron derivadas desde el Centro Barrial. Sedronar presta servicios y tiene convenios con Comunidades Terapéuticas en diferentes lugares, por lo tanto el Centro Barrial en articulación, conociendo y utilizando los recursos dentro de la red asistencial que brinda Sedronar, acompaña a las personas del Centro y sus familias a insertarse en cada comunidad.

Desde el CB se realiza un trabajo de diagnóstico previo a la derivación donde se evalúa la viabilidad y la eficacia de este tipo de tratamiento para cada persona en ese momento de su trayectoria de consumo en particular. Se busca entender si está preparada para este tipo de tratamiento y evaluar en qué medida puede beneficiarse del mismo. Muchas veces frente al estado de deterioro y ante la imposibilidad de realizar un tratamiento ambulatorio se recomienda la CT (siempre sujeto a un análisis y estudio detallado del equipo terapéutico).

La llegada del paciente al CB está condicionada por múltiples factores, algunos de carácter individual donde la persona es consciente y sufre las repercusiones que tiene el consumo de sustancias en su vida, a nivel físico, psicológico y relacional. Otros factores provienen del contexto como por ejemplo pedidos de orden judicial, ultimátums del entorno laboral, estos últimos requieren un trabajo de conciencia y aceptación de la enfermedad como primer paso para un tratamiento de rehabilitación.

Refiriéndose a las motivaciones y situaciones por las cuales las personas quieren hacer un tratamiento para recuperarse se nombran: las ganas de disfrutar la vida saludablemente, poder recuperar a los hijos, insistencia e incentivo de algún familiar, un estado de deterioro de la salud importante, una orden del Juzgado de menores, haber “tocado fondo”, vivido situaciones límite, como recibir un disparo o tener prohibida la entrada a la propia casa. Estas varían en cada persona.

Una vez que desde el CB se ha indicado el tratamiento en CT -siempre con su consentimiento, el ingreso voluntario es un requerimiento- comienza el trabajo de coordinación entre ambos dispositivos.

Con el objetivo de poder acompañar al paciente en una inserción y adaptación adecuada a la comunidad se busca brindarle toda la información necesaria respecto del lugar donde va a ser internado incluyendo su manera de funcionar, abordaje, normativa, expectativas, etc. Este trabajo en red, continuado y fluido entre el agente de derivación y el centro de internación, en este caso el CB y la CT resulta fundamental para la adhesión y el acompañamiento del tratamiento y permite un seguimiento permanente de la evolución del paciente.

A modo general, se destaca que el promedio de permanencia de cada persona en la CT fue de 10 meses y 3 días, con una estadía mínima de 3 días y una máxima de 3 años. La mayoría de las personas que fueron parte de la muestra han experimentado el retorno a una CT (ya sea a la misma o a otra distinta). De los 8 casos, la mitad ha estado internado en dos oportunidades, mientras que de la otra mitad 3 han estado en internación solo una vez, y el caso restante refirió haber estado internado gran cantidad de veces (unas 30, según sus propios dichos).

Como ya se ha mencionado no existe un único modelo de CT, las personas de la muestra han estado internadas en comunidades de diversa índole. Aún así, en los relatos de los entrevistados se observan algunas experiencias y características de las CT en común. Por ejemplo, la llegada y la adaptación en cada una ha resultado difícil para todos.

“Sí, me angustiaba, me quería ir y yo decía me tengo que aguantar, yo sé que voy a poder, yo sé que voy a terminar.” (Caso C).

“Puse mucha voluntad y me costó bastante. Lloré, sufrí, extrañé. Muchas cosas pasas ahí, porque estas lejos de tu familia, de tus hijos.” (Caso E).

En general las comunidades se encuentran ubicadas fuera de los entornos urbanos, alejadas del entorno habitual del paciente. María Elena Goti, referente en el trabajo en adicciones, integrante del Foro de la Sociedad Civil sobre Drogas (CSFD), grupo que apoya la formulación e implementación de políticas europeas sobre drogas, brinda en su libro “La comunidad terapéutica, un desafío a la droga” (2000) valiosa información acerca de lo que se vive en una CT. La autora sostiene que el aislamiento, siempre graduado según la etapa de tratamiento en la que se encuentre la persona, implica el corte con la presión del grupo de la calle y es necesario para intensificar varios procesos que tienen lugar en la CT.

De los relatos surge que el hecho de estar lejos del entorno habitual y los efectos psíquicos y físicos de la abstinencia son dos factores que generan sufrimiento al momento de la llegada y la permanencia en la institución.

“No, en los primeros momentos fue re... feo. Porque la abstinencia, las ganas de irte, que te manden, que tenés que hacer esto. (Caso M).

“Pero la verdad que en el momento no fue bien, estaba muy angustiada, mucha abstinencia los primeros días, el cuerpo me pedía estar como estaba antes, así que me daban medicación para bajar la abstinencia, para dormir, para calmarme, para la depresión. (...) Me había pellizcado todos los brazos de la abstinencia que tenía.” (Caso D).

Lo que cuenta esta joven refleja otra característica de las CT: un modelo de intervención abstencionista o prohibicionista. Es decir que para poder llevar adelante el tratamiento se vuelve un requisito el mantenimiento de la abstinencia, también llamado “consumo cero”, o “tratamiento libre de drogas”. Por eso, y en relación con lo anterior, es que las CT se encuentran fuera del entorno habitual del paciente, en contextos alejados al consumo. En contraposición a este modelo se encuentra el de reducción de riesgos y daños que busca minimizar los efectos negativos asociados al consumo pero sin exigir a los usuarios la abstinencia (Abeijón, 2010). En esta línea Verster y Bunning (2000) distinguen entre programas de bajo umbral, orientados a la reducción del daño, y programas de alto umbral, orientados a la consecución y mantenimiento de la abstinencia, como los de este caso. Estos plantean un tratamiento de recorrido y etapas obligatorias y rígidas, con presencia de mecanismos de control.

Sobre este último punto, varios señalan el contraste de pasar de vivir en la propia casa o de familia a un medio altamente estructurado como son las CT donde se convive con muchas otras personas, con reglas y roles delimitados:

“Y convivir con veintidós personas también fue muy difícil para mí. Yo soy única hija mujer, tengo hermanos varones, y compartir habitación con tres mujeres era, no no no, lloraba a la noche. (...) Sí, es que allá te ponen muchos límites, muchos permisos, tenés que pedir permiso para todo, vos no te podés mandar como en tu casa.” (Caso C).

“Cuando entrás sos admisión que no podés hablar con toda la casa, solamente podés hablar de coordinador, coordinador general y asistente para arriba. Te ponen dos hermanos, un hermano menor y un hermano mayor.” (Caso F).

En más de un relato se nombra esta figura del “hermano mayor”, residente que se encuentra en una etapa del tratamiento más avanzada y que de algún modo tiene la responsabilidad de acompañar más de cerca al recién llegado. Este otro funciona como un modelo, bajo la lógica: “si él, que también presentaba un consumo problemático de sustancias pudo, yo también puedo”. Independientemente del rol que se cumpla en la comunidad todas las personas son consideradas claves del cambio, puesto que, en las CT, el lugar otorgado a la comunidad es uno de sus fundamentos centrales. Todos los presentes, aquellos en recuperación y el personal de tratamiento, conforman la comunidad y funcionan como agentes terapéuticos. Esto se ve reflejado en las experiencias que traen los entrevistados, quienes otorgan al grupo de residentes y profesionales de la comunidad un lugar destacado en el propio proceso, sin dejar de mencionar en casi todos los casos situaciones de conflicto surgidas con algún compañero y/o miembro del equipo profesional de la CT.

El grupo de pares ejerce presión en el mantenimiento del tratamiento. Cuenta M, que en más de una oportunidad quiso irse de la comunidad pero el grupo buscaba evitarlo.

“Los mismos compañeros te salían a correr y te traían, te llegaban a la esquina, se te ponían a hablar ahí hasta que te hacían bajar y entrar de vuelta, entendés.” (Caso M).

“Pasa que te vas haciendo una familia ahí y que vayan dejando te pone... como que todos tenemos la idea de ir todos juntos.” (Caso C).

Esta joven explica con sus palabras un valor fundamental de toda CT: la idea de que toda la comunidad en su conjunto, contribuye al logro de metas compartidas generando de esta manera una organización social con propiedades curativas (Rapoport, 1960).

Desde distintas disciplinas, especialmente el psicoanálisis y la psicología social, se ha estudiado la dinámica de grupo como agente terapéutico. Foulkes y Anthony, pioneros de la psicoterapia psicoanalítica de grupos, consideran al grupo como un todo donde el proceso individual de cada persona tiene un significado para el grupo e influye en él. La aceptación de los miembros del grupo y el intento de ayudarse unos a otros produce una disminución del egocentrismo y un aumento de la capacidad de confraternidad (González Núñez, 1999, p. 183).

Un gran número de investigaciones afirma que un alto porcentaje del éxito en la recuperación de las adicciones depende de los vínculos que se den en los contextos institucionales.

“Sentí que estaba con mi familia, sentía que estaba con gente que todo el tiempo me quería ver bien, me apoyaba, me daba ese empujón cada vez que yo me caía estaban ahí, y nada... sentía como que estaba con mi familia. (...) La psicóloga, la directora que es mi madrina, y el director mi padrino, ellos siempre estuvieron y siempre van a estar.” (Caso F).

Se evidencia que el vínculo entre los compañeros y el equipo resulta ser uno de los ejes de las acciones terapéuticas. Sobre este aspecto Goti explica que la homologación entre comunidad y familia persigue un propósito. El residente suele llegar de una familia muchas veces disfuncional, con funciones y roles alterados, con episodios y vivencias familiares que provocan enojos, rencores, culpas y sobre todo dolor. En las CTs se inserta en esta familia sustituta donde, a diferencia de sus experiencias previas, los roles y afectos están delimitados e identificados, las jerarquías y límites fijados. Esto permite una nueva experiencia y visión de lo que puede acontecer en una familia y del lugar que se puede ocupar en ella (Goti, 2000, p. 34).

El residente se inserta en un grupo con otros que están pasando o han pasado por lo mismo,

sintiéndose así identificado, comprendido y parte de un colectivo. El grupo, permite modificar la conducta, crear hábitos, transformar los procesos internos de los individuos.

Así, cuando logra superarse en alguna actitud negativa, modificándola, recibirá la aprobación instantánea de toda la familia. Si, por el contrario, persiste en su antiguo sistema de funcionamiento que lo llevó a su propia destrucción, se le señalará implacablemente. No tiene posibilidades de esconderse frente a esta nueva familia que está alerta y dispuesta a no dejarlo engañarse, ya que cada uno de sus pares ha pasado o está pasando por lo mismo (Goti, 2000, p. 35).

La joven E lo expresa de la siguiente manera:

“Siempre estuvieron los educadores, las compañeras de ahí, ellos te dicen si cada vez te ven bien o mejor.” (Caso E).

De esta forma, todo el entorno contribuye al desarrollo de la empatía y el cuidado y limita las conductas destructivas, promoviendo en cambio las salutogénicas.

Comas, presidente de la Fundación Atenea, organización que trabaja por los derechos y la mejora de la calidad de vida de las personas en situación o riesgo grave de exclusión, sostiene que en toda CT se desarrolla un potente entorno de autoayuda que contribuye de una forma muy intensa al desarrollo y a la mejora personal (Comas, 2010, p. 21).

Volviendo sobre el rol del equipo profesional dentro de la estructura de la CT, F hace hincapié en el trato recibido por ellos:

“Pero creo que fue donde me sentí identificado, en el lugar en que me sentí identificado por el grupo de personas, las que trabajaban ahí y el trato que había de ellos con nosotros, y ellos no era como que nos tenían ahí 'ellos son adictos', no, ellos siempre estaban ahí.” (Caso F).

De su relato se desprende una relación más bien horizontal entre los residentes y trabajadores. Otro de los aspectos básicos de toda CT es la comunicación horizontal en la estructura institucional donde la autoridad circula entre los profesionales y residentes. Esto a su vez permite la democratización: los pacientes toman parte activa en los asuntos de la institución (De León, 2004). En uno de los relatos se menciona un espacio de reunión semanal entre todos los miembros de la comunidad, en una especie de asamblea.

Sobre este punto, Fiasché (2010) explica que en el campo de la salud mental hubo que luchar durante muchos años para lograr un tipo de relación entre “asistido y asistente” que se basara en el concepto de horizontalidad, entendiéndose ésta como la situación en la que alguien acepta cierta

dependencia, pero sin perder sus derechos individuales (Fiasché, 2010, p. 39).

Cuando F menciona que el trato recibido por el equipo “no era como que nos tenían ahí 'ellos son adictos', no, ellos siempre estaban ahí” revela el prejuicio que generalmente recae sobre el enfermo mental, prejuicio que puede provenir de la comunidad, de vecinos, familiares, incluso de los mismos profesionales de la salud. La manera de nombrar a la persona o al grupo es importante y establece el enfoque terapéutico. La imagen que se tiene del otro puede llegar a impedir la creación del vínculo. Fiasché comparte su experiencia al crear junto con el Dr. Navedo, el Centro de Arte, Ciencia y Tecnología, una casa donde se alojaban un número reducido de personas con una enfermedad mental. El Centro estaba ubicado en un hotel en desuso en las sierras de Córdoba.

En este lugar (...) fuimos observando un fenómeno interesante: espontáneamente se fue estableciendo una corriente de comunicación entre los turistas que paseaban por el lugar y los pacientes que se movían libremente por el pueblo, ya fuera entre los negocios de artesanías, los cafés o el cine. (...) Entonces en el 'Centro' de Córdoba ya no había 'pacientes' sino gente que vivía en el hospedaje (Fiasché, 2010, p. 48).

A lo largo de las entrevistas se vuelve a observar esta cuestión del prejuicio. M, en un momento de su relato mientras explica qué cosas o situaciones lo llevan a consumir comenta:

“(...) vos sabiendo que sos un drogadicto, esas cosas te hacen recaer.” (Caso M).

Su identidad está construida bajo la condición de “drogadicto” y sus conductas responden a aquella condición. De allí que todo dispositivo clínico debe brindar la posibilidad de que la persona pueda iniciar el complejo proceso que la desligue del consumo y le permita la reapropiación de su subjetividad expropiada y vaciada en el consumo (Baistrocchi & Yaría, 2014).

Buscando conocer la valoración que otorgan estas personas a las CT se les pregunta cómo evaluarían la experiencia en la institución. Toda la muestra respondió que se trató de una experiencia positiva:

“Está bueno, la verdad que fue una experiencia buena.” (Caso D).

“Fueron cuatro meses que estuve bien.” (Caso R).

“Llegué a hacer tratamiento con psicólogo, todo, en la comunidad y estaba bastante bueno porque tenía proyectos laborales, laburar con animales.” (Caso M).

La mayoría reconoce haber adquirido importantes herramientas durante el tratamiento, sobre todo comunicativas, de registro, reconocimiento, aceptación y expresión controlada de los propios sentimientos y emociones.

“Ahí lo aprendí, me costaba mucho hablar, hasta ahora me cuesta hablar y ahí aprendí pero eso me costó bastante, hasta el día de ahora, pero muchas cosas aprendí.” (Caso E).

“Aprendí un montón de cosas, de pensar todas las cosas que vengo haciendo, trato de no quedarme con lo que pasó, trato de vivir el presente que es lo que vengo peleando día a día. Aprendí mucho en las dos internaciones.” (Caso J).

“El residente, que estaba acostumbrado en la calle a 'explotar' donde y como quería sin pensar a quién afectaba y sin saber por qué 'explotaba', aprende progresivamente a reconocer ciertos sentimientos como propios.” (Goti, 2000, p. 79). Una de las entrevistadas comenta:

“Yo antes cuando tenía problemas lo gritaba o peleaba y ahí en la comunidad me enseñaron a hablar, escuchar y no a pegar, porque yo era muy impulsiva.” (Caso E).

“Era terapéutico, era hablar, encontrarte con uno mismo, fue todo muy difícil, mucho encontrarte, muy pesada la mochila, hoy en día también me está pasando, cosas que no puedo revertir y me pasa.”
(Caso J).

“Poder contar y decir: 'che me pasa esto, tengo ganas de consumir pero no quiero hacerlo', hablar de lo que me pasa en todo momento (...) 'Che mamá me pasa esto, me molesta esto', si llegara a enojarme decirlo enojado que fue lo que aprendí ahí.” (Caso F).

En una patología como la del consumo problemático, donde la posibilidad de comunicación y diálogo se encuentra desplazada por el impulso y la violencia, su tratamiento debe fomentar el aprendizaje y desarrollo de la capacidad de la negociación y el lenguaje (Baistrocchi & Yaría, 2014).

La CT también ha sido promotora de cambios significativos en cuanto a la adquisición de hábitos saludables y del cuidado del cuerpo:

“Levantarte temprano, hacer ejercicio...merendaba, que yo antes no merendaba, no comía, no cenaba, no nada, ya me había olvidado de todo eso, ya me olvidaba lo que era comer, estaba re flaca.” (Caso D).

La situación de D refleja la de muchas personas cuando llegan: un cuerpo dañado, agredido, sustancias que han reemplazado el alimento, bajo peso. La búsqueda de la valorización del propio cuerpo tiene lugar a través de la alimentación saludable, los controles médicos, el ejercicio físico.

La idea subyacente es que en la medida en que pueda ir queriéndolo (a su cuerpo) y por lo tanto queriéndose más, más posibilidades habrá de que lo cuide (y de que se cuide) una vez fuera de la comunidad (Goti, 2000, p. 85).

Una cuestión discutida que ha surgido en algunos de los relatos es la de la medicación. Tres de los entrevistados expresaron disconformidad respecto de la administración de la medicación en las comunidades:

“Estuve internado ponele que tres veces, la primera vez a los veinte años me interné muy lejos, no me gustó como era el lugar, la forma en que trabajaban, porque te medicaban por más que vos no quieras y estuve tres días.” (Caso F).

“Ahí sí como que me shockeó, estuve como un mes sin ver a mi familia y que me querían medicar y yo no quería viste. No, no, y no me medicaron.” (Caso N).

Por su parte D explica que en su caso la medicación funcionó como sustituto de las sustancias que consumía:

“Estaba depresiva así que me daban toda clase de medicación. Eso no me parecía muy bueno, no me gustaba, es como dejar una droga y meterte en otra para mí. (...) Con la medicación tampoco estaba de acuerdo. No, yo no creo que uno necesite de... sé que va a haber la abstinencia y todo pero lo podemos manejar de otro modo, hablando... que se yo, porque yo salí de la internación queriendo también medicación.” (Caso D).

Gracias a los avances en la psicofarmacología, la medicación resulta de gran ayuda siempre y cuando sea bien utilizada. La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), capítulo V, artículo 12, establece que la medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y debe administrarse exclusivamente con fines terapéuticos, no para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico. La medicación puede utilizarse por ejemplo para reducir altos niveles de ansiedad, pero siempre debe ser complementada con la contención humana. Cuando la interacción social en el campo psicoterapéutico es activa, intensa, continua, la necesidad de los fármacos es menor (Fiasché, 2010, p. 127).

Hasta aquí se ha realizado un recorrido por todo lo vivenciado por estas personas en las CT, analizando el modo de abordaje de dichos dispositivos especializados en el tratamiento de las

adiciones. Como conceptos fundamentales de estos entornos se han mencionado: una atmósfera de afecto, la participación activa de todos los miembros de la comunidad, un entorno terapéutico que posibilita la elaboración de experiencias traumáticas y el trabajo en pos de una meta compartida.

Resulta interesante indagar cómo proponen las CT la reinserción del residente en su entorno familiar habitual, ya en las últimas etapas del tratamiento. Todas dividen el tratamiento en fases que se espera que los residentes vayan atravesando a medida avanzan en sus procesos de recuperación. Más allá de la denominación propia que da cada comunidad a cada una de las fases, siempre se divide en una etapa inicial (admisión), una media (el tratamiento propiamente dicho), y la final o de reinserción. Cada CT tiene su enfoque de reinserción, algunas plantean una externación más temprana que otras.

Pero este pasaje no debe ocurrir de forma abrupta, las CT proponen, progresivamente y según las fases y objetivos conseguidos, salidas al medio de referencia. Al principio de un par de horas, luego de doce y hasta veinticuatro horas.

En estas instancias el trabajo articulado con otros recursos de la red, como por ejemplo el Centro Barrial, o con las familias y/o personas de referencia del medio, es fundamental para poder llevar adelante las salidas de forma adecuada y beneficiosa dentro del marco del tratamiento. Pero, como se ha advertido en las entrevistas, no todas las personas de la muestra se han internado por derivación del CB ni tampoco todas han contado con el apoyo de algún familiar o referente durante el tratamiento, lo cual según ellas mismas repercute en la calidad y experiencia del mismo. Un aspecto fundamental para la adhesión y mantenimiento del tratamiento es el apoyo familiar (Ruíz et al., 2011).

La joven C se refiere a dos amigas que considera han sido un apoyo durante el proceso:

“Somos compañeras del jardín, nunca me discriminaron, siempre estuvieron acompañándome, los fines de semana me esperaban cuando venía de la salida. Eso vale mucho y yo sé que hay otra gente que no tiene esa contención.” (Caso C).

Otros mencionan las visitas que han recibido en la comunidad por parte de miembros del equipo de CB comentando que han sido también significativas.

Un joven cuenta que durante su tratamiento, solo tuvo dos salidas ya que por la situación de cuarentena debido al Covid-19, éstas fueron suspendidas.

“Fue difícil porque quería ver a mi familia, solo había llamadas que eran de cinco minutos pero no hablabas nunca viste, hola chau como te va y nada más.” (Caso J).

Las salidas son necesarias puesto que la persona poco a poco comienza a reconectarse con su

entorno valiéndose de y poniendo en práctica, todo lo aprendido y trabajado en la institución. Las CT, a diferencia de los modelos tradicionales, dejan de ser un lugar de confinamiento e institución total, incluso, el proceso subsiguiente al alta en CT se produce en otros recursos externos (Comas, 2010). Pero, en la práctica y a partir de los relatos se evidencia que las salidas no siempre pueden llevarse adelante, ya que a veces no se cuenta con los recursos necesarios y la coordinación entre los dispositivos puede resultar complicada.

El momento de dar fin al tratamiento residencial -la duración estimada varía en cada comunidad, el promedio de permanencia de la muestra fue de 10 meses y 3 días- es un momento clave del proceso. En esta última etapa el residente debe salir del medio protegido de la comunidad y reencontrarse con la realidad exterior. Se espera que la persona ya fuera de la CT pueda lograr autonomía y participación plena en la comunidad. Para esto se hace necesario contar con dispositivos de apoyo que contribuyan activamente a una finalización adecuada del proceso de tratamiento como: un soporte convivencial que permita una incorporación graduada, orientada y supervisada al mundo del trabajo, la formación, las relaciones sociales alternativas al consumo o a la reconstrucción de los lazos familiares desde una posición más cercana al entorno de referencia (Comas, 2014, p. 79).

Cuando se les pregunta a las personas entrevistadas por la llegada de esta etapa, todas afirmaron no querer dejar la comunidad donde se encontraban, explicando que es por el miedo a caer nuevamente en el consumo estando de vuelta en el barrio. En la CT se sentían protegidas, contenidas y el hecho de volver a la casa, donde el recuerdo del consumo está latente, las asusta:

“Mi pieza era mi lugar de consumo y los primeros días no me dejaban entrar. Yo tampoco quería porque sabía que me iba a remover muchísimas cosas entonces sí, primero ya la vuelta al barrio, viste cuando uno te conoce y están todos 'hola N' y vos tenés en la cabeza que no te tenés que saludar con tal persona, o con gente...” (Caso N).

“Pero cuando a mí me quisieron dar el alta y... me temblaron las patitas, ya no quería que me suelten, como que quería seguir estando con ellos, el bastón de ellos, que me acompañen y que no me soltaran.” (Caso C).

Volver al barrio, a la casa, implica enfrentarse con aquella realidad ligada al consumo, que generó y genera sufrimiento.

“Encontrar mi lugar de vuelta donde era mi consumo y yo era también la que quería consumir y nada, me quería ir un montón de veces para la comunidad pero bueno, todo en la vida se aprende.” (Caso E).

Ya desde las salidas transitorias se advertían las dificultades con las que se podrían enfrentar en la vuelta definitiva:

“Claro, lo que pasa es que las primeras salidas que yo... ya mi mamá no me iba a buscar, sí hubo gente que me quería... '¿C querés? Toma una y te regalo', me decían, 'después arreglamos' y era como la tentación, no no, ya está dejé yo.” (Caso C).

Cada CT acompaña este proceso de externación de distintas maneras, de los relatos se revela que algunas lo hacen manteniendo espacios de terapias de grupo por cierto período de tiempo. Al día de hoy, dos personas mantienen el contacto con algún miembro del equipo de la CT, por ejemplo con una psicóloga y un director. Una de las personas de la muestra se encuentra trabajando en la CT haciendo guardias.

Si bien en algunos casos el contacto con la CT se mantiene, encontrarse fuera implica un gran desafío, una prueba, puesto que ya no se encuentran en aquel ambiente estructurado y terapéutico de la comunidad.

Como se mencionó al inicio del capítulo, la mayoría de las personas que conforman la muestra han experimentado el retorno a una CT. Esta tendencia al reingreso conduce a pensar en el fenómeno de la puerta giratoria, concepto de la Psiquiatría y la Salud Pública que hace referencia justamente a los múltiples ingresos en breves intervalos de tiempo en las Unidades de Hospitalización de Adultos (Sanz Arenal & Campos Ródenas, 2016). Es decir, por algún motivo -o varios- estas personas al salir, permanecen durante un tiempo sin consumo, pero al tiempo reinciden en él y vuelven a internarse en las CT.

La existencia de internaciones previas da cuenta de la complejidad del proceso de recuperación y sobre todo de la reinserción. Aún sabiendo que el paso por la CT no constituye el fin último del tratamiento, surge la siguiente pregunta: ¿se logra o no extrapolar la experiencia y las herramientas adquiridas en la CT al regresar a la casa? De no hacerlo, ¿son las variables del contexto y las relaciones sociales el mayor de los obstáculos para lograrlo? ¿Pueden ser las relaciones interpersonales y ciertos espacios de interacción y apoyo social percibido justamente la *vía* para que tal extrapolación tenga lugar? Se intentará responder estas preguntas, a lo largo del presente trabajo, no necesariamente en el mismo orden de presentación de las mismas.

Capítulo II

La vuelta al barrio. Una descripción de la realidad socioeconómica de los habitantes del Barrio La Cava

Para todas las personas de la muestra el pasaje de la CT al barrio es vivido como un choque, que deja al descubierto el gran contraste entre un entorno y el otro. Al llegar, la primera sensación que surge es la de querer volver a la CT:

“Me dio ganas de irme de vuelta a la CT, me dio ganas de estar ahí de vuelta.” (Caso E).

“Sí, quiero volver, 'todavía falta un poquito más' les decía. 'No, ya estás C' me decían y era como que muy difícil para mí volver acá.” (Caso C).

Los mismos jóvenes y adultos explican el por qué:

“No, o sea yo sabía que la cosa iba a seguir igual, cuando uno sale a la calle después de estar internado las cosas siguen igual, no es porque vos estás internado van a cambiar, el barrio sigue igual.” (Caso J).

Para comprender los motivos por los cuales no se quiere volver al barrio -o se busca dilatar el momento de la externación- se les pregunta cómo lo describen, buscando conocer la percepción que tienen del mismo.

Sobre este punto, la mayor parte de la muestra respondió que el barrio “no es bueno”, la percepción es más bien negativa, no es un lugar donde les gusta estar y vivir:

“Yo me crié acá pero siento como que no es un lugar donde me gustaría seguir viviendo, digamos no es bueno el barrio.” (Caso F).

“El entorno de acá del barrio no está bueno, mucho consumo, mucha droga, alcohol, mucho vicio.” (Caso D).

Algunos expresan el deseo de irse a vivir a otro lado, o de que los hijos puedan hacerlo.

Si bien la mayoría comparte esta opinión, se encontraron otras respuestas. Hay quienes reconocen que no se puede atribuir una calificación al barrio en sí mismo.

“Mi experiencia es que es un poco... depende de la amistad que tengas vos, es lo que vos elegís, con quien hablar y con quien no, ya ahí depende de vos.” (Caso J).

“Hay cosas buenas y hay cosas malas, como hay gente buena y gente mala, y tenes de todo un poco, así que no es ni bueno ni malo el barrio entendes, porque sino que son las personas más que nada. En todos lados creo que es lo mismo, tanto en un barrio privado como en una villa, lo veo de esa manera.” (Caso N).

Sin emitir juicios de valor y siempre respetando la subjetividad de cada una de las personas, resulta interesante pensar en las diferentes perspectivas: una que plantea de una forma más bien determinista de que el barrio no es un buen lugar, y otra que abre el juego a la libertad de cada uno, sosteniendo que, frente a las circunstancias dadas, existe un espacio para la elección personal. Son dos maneras diferentes de pensarse y reconocer la propia responsabilidad frente a lo que sucede.

Más allá de esto, no hay discusión acerca de que la droga está sumamente presente en el barrio:

“La droga va a estar en todos lados pero acá la tenés más a mano todavía.” (Caso M).

“Es una mierda el barrio, mucha droga por todos lados, es una mierda.” (Caso R).

“No me gusta mucho vivir acá porque hay mucho consumo, y estar viviendo por estos lados es muy complicado también ¿no? Uno que no consume bueno, la vive pero uno que consume y ve todos los días que se drogan, no... vos no te drogas y pasa uno y se está drogando y... si querés querés y si no querés no querés pero bueno depende de como sea tu organismo porque si vos querés drogarte o te dan ganas de drogarte... y si no querés no, decís que no y te das media vuelta pero es muy difícil.”
(Caso E).

Diversos estudios constatan el aumento del narcotráfico y consumo de drogas en barrios populares (UCA, 2017). Cruzarse con antiguas compañías de consumo, encontrarse con gente que ofrece, atravesar esquinas y pasillos de compra-venta son algunas de las situaciones cotidianas que comparten, con las cuales deben lidiar. La sustancia está al alcance de la mano: en la esquina, en el pasillo en el que se vive o en la propia casa. Frente a la alta y constante exposición, en todos los relatos se hace mención a la acción o actitud de “darse media vuelta” o “seguir de largo” para evitar situaciones que puedan conducir a la reincidencia. La voluntad y la fortaleza aparecen como virtudes necesarias, pero no siempre alcanza.

“Creo que igual es más voluntad propia, pero creo que a mí no me está sirviendo. No sé como describirlo pero no es bueno para vivir acá.” (Caso F).

Todas las personas de la muestra afirman haber reincidido en el consumo una vez fuera de la CT, una de ellas a los días de volver, otra a los cuatro meses y otra cerca del año. El resto no menciona el tiempo transcurrido desde la externación. Si bien son diversos los factores que influyen y favorecen

las recaídas en cada persona, en estos casos se muestra que el contexto sociocultural y ambiental donde se vive incide negativamente.

La ambientación es uno de los problemas relacionados con la salud mental, está vinculada con la ecología, que repercute sobre la biología. Cuando se conecta ecología y salud mental se enfoca al hombre y sus circunstancias, viviendo en una región determinada y sufriendo condiciones específicas determinadas (Fiasché, 2010, p. 68).

Si bien no se pregunta a los entrevistados explícitamente sobre cuestiones socioambientales y/o habitacionales del barrio, de la información de los relatos y otros informes de organismos gubernamentales y no gubernamentales es posible extraer algunos datos significativos que permiten comprender en mayor medida las condiciones de vida de las personas que allí residen y las dificultades que se desprenden de ello para el mantenimiento del tratamiento.

a. El territorio

El Barrio La Cava está ubicado en el partido de San Isidro, Provincia de Buenos Aires. Es uno de los barrios populares más antiguos y más grandes del partido, en cuanto superficie y población. Antiguamente sus terrenos como propiedad de la compañía estatal Obras Sanitarias, eran utilizados para extraer tierra, dando origen a un profundo pozo, de allí su nombre, La Cava.

Desde su origen en el año 1950 el barrio fue creciendo hasta llegar a ocupar al día de hoy, casi unas 21 hectáreas donde habitan alrededor de 2.530 familias, un total de 6.100 personas aproximadamente. Gran parte de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni con acceso regular a al menos dos de los servicios básicos, red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal (Registro Nacional de Barrios Populares [ReNaBaP], 2022).

Ante la imposibilidad para los sectores populares de cumplir con las exigencias del mercado formal de suelos, como garantías, pagos a las inmobiliarias o muchas veces documentos personales, las familias acuden a un mercado informal, en el cual no existen títulos de propiedad, muchas veces no hay servicios básicos de infraestructura y los terrenos suelen estar deteriorados (Queija, 2021).

La situación habitacional es sumamente precaria. A lo largo del tiempo se han realizado promesas de distintas soluciones habitacionales, pero ninguna de ellas condujo a una solución, incluso el manejo de los fondos que fueron destinados a dichas acciones son hoy en día cuestionados. El Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], junto con la Defensoría del Pueblo de la Nación, el Centro por el Derecho a la Vivienda contra Desalojos y organizaciones vecinales (2009) realizaron un informe donde denunciaron el incumplimiento del Plan Federal de Vivienda implementado en la Villa La Cava

en el año 2005 y la situación de riesgo y derechos vulnerados: derecho a una vivienda apropiada, a un nivel de vida adecuado de los vecinos, el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la salud, entre otros.

Toscana Aparicio (2017) destaca el trabajo de Soja, geógrafo e investigador estadounidense, quien sostiene que la espacialidad puede producir geografías tanto opresivas como liberadoras. Este autor estudia la justicia desde el espacio y viceversa para comprender la problemática asociada al acceso inequitativo de los recursos e infraestructura en las sociedades contemporáneas.

Si bien siempre habrá desigualdades en las geografías que se producen, algunas son más significativas que otras. Diferencias en cuanto a la distribución y acceso a los servicios básicos como en este caso por ejemplo, contribuyen a la creación y mantenimiento de desigualdades individuales y sociales y, por lo tanto, a las injusticias sociales y espaciales, generando exclusión y opresión (Toscana Aparicio, 2017).

La Cava se caracteriza por convivir con un entorno de clase alta. La carga demográfica es más elevada que en otros sectores de la zona. La mayoría de las familias son muy numerosas, viven aproximadamente siete personas por vivienda.

Un primer componente de la enfermedad mental es la proporción entre espacio y cantidad de personas. Desde el punto de vista de la psiquiatría social, en la medida en que la cantidad de personas aumenta dentro de un espacio determinado, se genera y toma cuerpo algún cambio de actitud mental, que puede llegar a ser una intensa molestia física y psíquica (Fiasché, 2010, p. 68, 69).

Las condiciones limitativas del espacio pueden ser generadoras de diversas patologías. Aquí Fiasché hace una salvedad:

El elemento 'espacio' no requiere grandes comodidades ni mayores recursos económicos, sino la voluntad de instrumentar, aunque sea, mínimos compartimientos -tabiques, biombos, cortinas- que favorezcan la discriminación intrafamiliar y el sentido de la intimidad, lo que favorecerá el desarrollo evolutivo del niño, dando su aporte para los criterios de salud y enfermedad (Fiasché, 2010, p. 72).

Según este autor, el hacinamiento le ofrece al niño un mundo externo pobre y limitado en cuanto a los estímulos básicos necesarios para su desarrollo emocional e intelectual; le ofrece un mundo sucio, desordenado, con objetos destruidos, antiestético, que atenta contra una adecuada formación simbólica. En este ámbito la posibilidad de un desarrollo emocional, capaz de gozar de las relaciones de pareja y de familia, se manifiesta precariamente (Fiasché, 2010). La convivencia en un espacio de

escasas dimensiones y precariedad determina una forma de relacionarse con el grupo primario; la cohabitación o el colecho por ejemplo, son frecuentes debido a la falta de espacio.

b. Diagnóstico social

Más allá de la caracterización territorial y deficiencia habitacional, existen diversas problemáticas que se repiten en los relatos, y que complejizan aún más el contexto.

Consumo problemático de sustancias

El hacinamiento no se vive sólo al interior de la vivienda, sino en todo el barrio, lo cual, como ya se ha visto, vuelve difícil evitar toparse con situaciones ligadas al consumo, ya que se encuentran sumamente próximas.

Sobre este punto, ante la pregunta a los entrevistados por la existencia de situaciones en el barrio que los hayan llevado a querer volver a consumir, la mayoría respondió: ver a otros consumiendo y el consumo en la calle.

“Ver personas que están fumando, yo desde los 16 años fumo, fumaba. Para mí era despertarme a la mañana fumarme un porro y estar todo el día así, fumarme como diez, once que le contaba a Ana y ella me decía no podes, yo le decía para mí es común, era muy común. Para mí entonces como que paso por el pasillo y el olor... es como que se me hace difícil pero no lo digo, me lo guardo porque es mi lucha.” (Caso D).

“Sí, encontré, teniendo a mi tía vendiendo droga en frente de mi casa, mi primo, mi sobrino de enfrente, todos... tenía a un paso la droga, un paso, y a los días recaí, al otro día nomás recaí, no duré mucho, al otro día nomás recaí, con marihuana, lo tenía servido. Mi tía, mi primo, mi sobrino, todos vendiendo (....) Sí, en todos los vecinos, compañeros, parientes, bueno compañeros, vecinos, todos... la mayoría consumen y los veía consumiendo y recaí.” (Caso R).

Violencia

La violencia dentro del barrio es un aspecto destacado, muchas veces ligada al narcotráfico y la temática del consumo.

“El barrio...muy cachivache, en el sentido de que te venden droga por todos lados, no confías en nadie, a veces se matan entre ellos, o sea...todo por la droga, mucho quilombo (....) Es difícil, vos no sabes lo que era esto el sábado a la noche, lleno de gente en pedo, drogándose. La policía no quiere entrar porque ya mataron a dos gendarmes.” (Caso M).

“A través del consumo he robado cosas a personas y bueno me dio problemas...por eso también me habían pegado un tiro.” (Caso F).

“Mi vieja había sufrido unos golpes que le habían dado unos pibes cuando mi hermano tuvo quilombo, le habían dado un pedrazo en el ojo.” (Caso R).

“Mucha violencia, o sea si te quedas en tu casa no pasa nada, pero si salis a la calle te vas a encontrar con problemas, de todo, me entendés, 'eu vos qué me miras', esto que el otro y enseguida es una pelea o te pegan un tiro viste, es así, no es que... es muy jodido.” (Caso J).

Se refleja un entorno hostil donde se convive cotidianamente con la violencia. Se observa además, particularmente en uno de los relatos de un joven, una lógica de reproducción de la violencia.

“Sí, yo tengo mucho rencor con mi viejo, mi viejo era una persona que... mi padrastro, no era mi viejo, que me agarraba con una fusta de caballo y hasta que no me dejaba mormoso no paraba y yo decía por qué, ¿entendés? y siempre me quedé con eso. Lo quise matar varias veces, empastillado (...) lo entiendo porque también la madre lo re cagó a palos, no es manera de criar a una persona.” (Caso M).

Esta misma persona más adelante cuenta:

“El otro día tuve una situación en la que fue mi hijo a reclamarme muchas cosas, pero fue digitado por la madre. Tiene 16 y vino a hablarme mal, vino con el dedito acusador a quererme pegar, bajame la mano o te lleno de trompadas wacho, no le pegué igual, porque no, no... ya faltarle el respeto así me parece que no, no va a haber ningún respeto nunca, pero tampoco me puedo dejar basurear como me estaba basureando entendés.” (Caso M).

“Sí, me pasa mucho con el impulso, eso también, mucho no controlo los impulsos, no hacia una mujer sino que sé yo... Tuve problemas con uno de mis tíos, él vino me pegó y yo no me puedo quedar, el impulso me lleva... me genera a la violencia, y no para más y me pasó eso, no me da el tiempo ni a pensar viste, reacciono en seguida. Me pasa con él y me va a pasar con cualquiera, el tema del impulso, arrancar así, es una costumbre.” (Caso J).

Lo que se recibe de parte del medio y los vínculos es violencia, violencia que se reproduce sistemáticamente en sus distintas formas: hacia familiares, niños, pares, vecinos.

La situación económica y laboral: el desempleo

El boletín de pobreza N° 2 correspondiente al primer semestre del año 2020, emitido por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales [CNCPS], releva las características de la pobreza

urbana en la Provincia de Buenos Aires y demuestra que los problemas de empleo se intensifican en la población pobre. La tasa de ocupación de los pobres es significativamente baja (25%) en comparación con la del total poblacional (36%) y cerca de un 64% de las ocupaciones de los pobres son informales (CNCPS, 2020).

De las ocho personas entrevistadas la mitad refiere tener un trabajo. Una trabaja de operadora de guardia en la CT, otra en el área de limpieza de un consultorio médico, otra cuidando a una persona mayor dos veces por semana y la última en una carbonería. Se suma a la falta de empleo, trabajos en condiciones de informalidad, que se traduce en salarios mínimos, jornadas extendidas y falta de protección social como vacaciones pagas, aportes, licencias (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento [CIPPEC], 2018).

En todos los relatos se observan las dificultades para la subsistencia económica, problemas para comprar alimentos y pagar servicios, producto de la caída de ingresos y la falta de trabajo.

“Tenes que salir a remarla, tenes que rescatar para la Sube y no te gusta molestar siempre a las mismas personas y no tener te mata también.” (Caso M).

La precaria situación económica familiar, las dificultades para alcanzar los consumos esenciales, preocupa:

“Digo qué hago, no tengo trabajo, no sé como darle cosas a mis hijas, como darme de comer yo, porque soy grande, como hago para restaurar mi casa, son como muchos problemas todavía.” (Caso D).

Aquí aparece también implicada la problemática del acceso a la vivienda vista anteriormente. Otra de las jóvenes cuenta sobre el momento en que estaba construyendo su casa pero se le incendió.

“Fue un golpe, se me retrocedió todo y ahora todavía se me sigue retrocediendo, porque íbamos bien con la casa, tengo los materiales, pero no tengo la mano de obra, no tengo la gente que me lo pueda hacer, me cuesta un montón y soy sola y trabajo. (...) Ya quiero tener mi espacio yo con mis hijas y también darle el espacio a mi hermano y su lugar porque nosotros estamos invadiendo el lugar de mi hermano entonces me siento como que... molesto, no me siento conforme ya acá.” (Caso C).

Algunas CT proponen la búsqueda e incorporación al trabajo como parte del proceso de tratamiento.

“Claro yo ya estando en la comunidad ya había conseguido un trabajo. Es como que la comunidad te obliga, no es que te obliga, es un proyecto que uno se propone, uno se propone eso de buscar trabajo y uno lo hace.” (Caso N).

Se observa una gran diferencia entre las personas que cuentan con un empleo formal al momento de la reinserción de las que no, porque el acceso a un trabajo digno no solo implica un ingreso y recurso económico que permite satisfacer algunas de las necesidades existentes sino también una importante herramienta para la salud mental, donde la persona puede sentirse socialmente útil.

“Esto me ayuda y me fortalece un montón, estar trabajando ahí, acompañando a los otros. (...) Tengo la cabeza ocupada y eso está bueno porque al que dejó de consumir está bueno que tenga la cabeza ocupada.” (Caso C).

No tener un trabajo u ocupación, una rutina a seguir, mucho tiempo libre sin muchas alternativas de esparcimiento, resulta perjudicial.

“Si haces un tratamiento tiene que ser con salida laboral para que vos no te quedes, porque si vos largas un pibe que no tiene nada ¿y qué va a hacer? va a agarrar un fierro, es lo mismo que salir de estar en cana.” (Caso M).

Se hace evidente que toda internación en CT debe ir acompañada de un proyecto terapéutico con soluciones concretas en el ámbito laboral.

Problemas de salud mental

Existen diversos estudios de campo nacionales e internacionales que demuestran que el hecho de pertenecer a grupos más desfavorecidos a nivel económico y tener un nivel de estudios más bajo está asociado con una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Uno de ellos declara que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento, bajos ingresos, lo que constituye necesidades básicas insatisfechas (NBI) y violencia (Paz-Fonseca et al., 1999, p. 74).

Fiasché (2010), quien estudia cómo afecta un contexto de pobreza al desarrollo evolutivo de un niño, explica que las deprivaciones reales que el medio impone son base generadora de patologías. En otras palabras, que la privación de un hábitat adecuado es factor de enfermedad. “El niño de una villa miseria, que vive en una ecología destructiva y tiene perturbada su capacidad de aprendizaje, tiende a asimilar la destrucción que lo rodea, y la internaliza en conductas destructivas.” (Fiasché, 2010, p. 23). Cuando los estímulos que el niño recibe e internaliza -basura, deterioro del medio físico, escombros, etc.- tocan los límites de la miseria, las vivencias también están empobrecidas y quedan perjudicadas las posibilidades de desarrollar la necesaria organización interna. El autor afirma que la pobreza genera consecuencias irreversibles en las personas. Por otro lado, explica que poco se ha estudiado acerca del trastorno de depresión vinculada a la deprivación sensorial y cultural que ha crecido en los últimos años de manera alarmante (Fiasché, 2010, p. 24).

La condición de pobreza no se vive solamente en la falta de acceso a los servicios básicos, en no tener una cloaca por ejemplo, que sin duda incide de manera negativa en la calidad de vida, también se refleja en la falta del acceso a la salud muchas veces traducida en enfermedades mentales no diagnosticadas, sintomatologías no tratadas. En un contexto de pobreza los factores orgánicos, así como los genéticos, o los traumatismos tempranos se perpetúan o se agravan por la falta de agentes favorecedores - detecciones tempranas, atención y cuidados médicos, hábitat adecuado (Fiasché, 2010). Esto se conoce como “pérdida de oportunidad en salud”, es decir, el empeoramiento del pronóstico de una enfermedad como consecuencia de la demora excesiva o inadecuada en su estudio, diagnóstico y tratamiento (Santiuste, 2006, p.140).

“A veces estamos en un pozo tan depresivo que sí, cuesta mucho, por eso algunos se terminan matando, otros en cana, vos sabes como es esto.” (Caso M).

Más allá de los diversos significados que puede otorgar este joven a la palabra depresión, de las experiencias que comparten las personas entrevistadas, se percibe cierta falta de contención emocional y psicológica ya sea por parte de la familia y/o profesionales de la salud.

Hasta acá se han analizado algunas de las problemáticas sociales a las que se enfrenta este colectivo en su entorno: altos niveles de consumo, narcotráfico y violencia, hábitat inadecuado, una situación irregular en la tenencia del suelo, viviendas precarias, hacinamiento, limitado acceso a servicios públicos, falta de empleo o empleo informal y acceso a la salud.

Se entiende que en estos territorios vulnerables los consumos problemáticos emergen desde una compleja trama de precariedades e injusticias estructurales y que, a su vez, agudizan aún más la situación de vulnerabilidad.

Estas personas van quedando al margen de la vida de la sociedad, volviéndose cada vez más invisibles dentro del conjunto social y viéndose seriamente afectadas sus posibilidades de elaborar un proyecto de vida, ejerciendo sus derechos plenos de ciudadanía (Barilatti, 2017, p. 1).

La reinserción, entendida como volver a ocupar un lugar en el entorno social (Rodríguez Kuri & Nute Mendez, 2013), se ve trastocada puesto que se parte de un problema grave que es el de la exclusión social. El individuo debe volver y reinsertarse en un contexto donde anteriormente enfermó y donde le es difícil mantener el tratamiento:

“Las cosas siguen igual, no es porque vos estás internado van a cambiar, el barrio sigue igual. (...) Acá me sentía extraño, o sea es como que en la comunidad estas adentro de una burbuja.” (Caso J).

Ningún psicólogo social comunitario puede desconocer este aspecto. En palabras de Lapalma (2001), se trata de construir un escenario social para la comprensión de las multifacéticas condiciones en las

cuales se expresan las conductas en diversas condiciones ambientales y para la contextualización de las intervenciones terapéuticas. En esta misma línea, Fiasché (2010) afirma que la estructura social es uno de los aspectos más importantes, por eso se debe incluir el estudio de las características socioeconómicas y las condiciones del hábitat en los esquemas terapéuticos.

Para terminar de construir este escenario, en el siguiente capítulo se buscará conocer acerca de las interacciones que tienen lugar en este contexto, las redes sociales y los vínculos que mantienen estas personas con sus cercanos, familiares, amigos, vecinos y organizaciones barriales, buscando comprender cómo inciden en el proceso de recuperación y reinserción.

Capítulo III

La vuelta al barrio. Vínculos salutogénicos y no salutogénicos

La separación entre las condiciones socioambientales, mencionadas en el capítulo anterior, y los vínculos que mantienen estas personas en su entorno, para el análisis cualitativo del fenómeno de la vuelta al barrio, funciona únicamente a modo de estudio puesto que indudablemente, están ligadas recíprocamente, pues es en el contexto socioeconómico del barrio en donde tiene lugar la interacción con la familia, las amistades, los vecinos, etc. Además tales relaciones no son independientes de las características del entorno, puesto que habitan en él y es más, son un factor clave en la generación del mismo (entorno), y a su vez ejercen procesos de mutua influencia interpersonal. Más específicamente:

Los contextos culturales y subculturales en los que estamos sumergidos, los contextos históricos, políticos, económicos, religiosos, de circunstancias medioambientales, de existencia o carencia de servicios públicos, de idiosincrasias de una región o un país o un hemisferio, sostienen y forman parte del universo relacional del individuo (Sluzki, 1998, p. 42).

El ser humano depende del desarrollo psicoafectivo-emocional al que accede a través de la interacción con los otros. La vida humana, se organiza y construye en las relaciones interpersonales (Seidmann & Muchnik, 1998, p.11). Y estas relaciones se inscriben en el contexto de una estructura social específica. Retomando el concepto de socialización, cuando un individuo nace se encuentra dentro de una estructura social objetiva con otros significantes que están a cargo de su socialización, quienes mediatizan el mundo para él y lo modifican en el curso de esa mediatización: "Seleccionan aspectos del mundo según la situación que ocupan dentro de la estructura social y también en virtud de sus idiosincrasias individuales, biográficamente arraigadas." (Berger & Luckmann, 2019, p.165).

Sluzki (1998), representante emblemático de la terapia sistémica estratégica y creador de la herramienta de la red social personal [RSP] para el trabajo clínico y psicosocial, explica que estos vínculos, participan activamente en la construcción de la identidad del individuo contribuyendo en la elaboración de las prácticas sociales, la propia imagen del mundo y la estabilidad de la propia conducta.

En el caso bajo estudio, estas "otras personas", quienes ocupan un lugar en sus redes sociales personales, juegan un papel -con mayores y menores grados de participación y cada una de una forma singular- en el mantenimiento de conductas que apartan o acercan a la persona al consumo problemático, reconociéndose de esta forma, sistemas o vínculos de apoyo -salutogénicos- y sistemas no salutogénicos que pueden funcionar en muchos casos, como emergentes del conflicto.

En esta línea, la primera crítica que hace el enfoque sistémico a otros modelos psicológicos es la de pensar únicamente en un paciente aislado y sintomático como el foco de las intervenciones, perdiendo de vista el contexto más amplio dentro del cual los síntomas del paciente identificado adquieren sentido y pertenencia (Kelmanowick, 2011, p. 167). En la misma línea, Pichon Rivière refiere la idea del paciente como portavoz del conflicto familiar y desarrolla la teoría de que gran parte de la sintomatología se relaciona con la vivencia de fracaso (García & Waisbrot, 1981). Este autor, parte de considerar al sujeto como un emergente de un sistema vincular a partir del interjuego constituido entre las vivencias de necesidades -biológicas como psicológicas- y de su contrapartida, su satisfacción o frustración, pues toda necesidad constituye el fundamento motivacional para la experiencia de contacto con el mundo exterior, es por eso que la necesidad no puede pensarse en términos individuales sino siempre en presencia y en el vínculo con el otro. Así, en las tramas vinculares, las necesidades de los seres humanos pueden gratificarse o frustrarse, y en esta actividad se configura el ser humano como sujeto (García & Waisbrot, 1981, p. 23). En otras palabras, es en los procesos de vinculación con otros en donde se lidia con los deseos y necesidades y donde se va formando la personalidad como un emergente en el sujeto. Por tanto el lugar de génesis de la subjetividad es el grupo.

Rivière, al desarrollar su teoría del enfermar, propone la adaptación a la realidad (relacionada con la capacidad del sujeto de transformación de estructuras) como el criterio básico de salud mental, definiendo esta última como un proceso de cambio, adaptación y aprendizaje de la realidad. Si el sujeto fracasa en esta actividad, puede causar el inicio del proceso de una enfermedad.

“Generalmente, detrás de una conducta enferma habrá un conflicto social, subyace una situación de conflicto de la que la enfermedad será un intento de resolución, de adaptación al medio.” (García & Waisbrot, 1981, p.30). El sujeto que enferma funciona como portavoz o alcahuete del grupo, por eso postula al espacio y matriz grupal como principal lugar diagnóstico y operativo, donde convergen la estructura social y la individual. Esta ha sido una de sus contribuciones más importantes.

El consumo problemático de sustancias en un miembro del sistema familiar-vincular, bien podría postularse como el síntoma de una disfunción del grupo que sustituye y posterga otros conflictos parentales y familiares preexistentes y latentes. Por consiguiente, se busca conocer el contexto de la interacción familiar, así como también los distintos ámbitos donde se encuentra inmerso el sujeto y las relaciones que mantiene con los otros significantes, ya que que el sistema significativo del individuo no se limita a la familia sino que comprende todo el conjunto de vínculos interpersonales (Sluzki, 1998, p. 37). En esta línea, se busca organizar las experiencias personales de estas personas utilizando la herramienta de la RSP.

Sintetizando sus aspectos básicos, su autor organiza la RSP en forma de mapa sistematizado en cuatro cuadrantes: familia, amistades, relaciones laborales y relaciones comunitarias, y sobre cada uno de ellos delimita tres áreas a modo de círculos concéntricos, según el grado de intimidad establecido: relaciones íntimas, relaciones personales con menor grado de compromiso y relaciones

más bien ocasionales o esporádicas. Por otro lado, la RSP puede ser analizada a partir de sus características estructurales, de las funciones de los vínculos así como también respecto de los atributos de los vínculos y tipos de funciones que se ejercen o permanecen inactivas. Las características objetivo-estructurales son: el tamaño, la densidad, la distribución, la dispersión y la homogeneidad-heterogeneidad que muestra cada red en particular.

Las funciones presentes en la RSP pueden verse ejercidas o permanecer inactivas en su ejercicio siempre a través de los roles que las personas dentro de los vínculos desarrollan. Así, y dentro de la RSP de cada informante se entiende el tipo prevalente de intercambio interpersonal entre sus miembros, siendo ésta: la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos, la regulación social, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos (Sluzki, 1998. p. 48). Finalmente, los vínculos pueden ser analizados en función de sus atributos: funciones prevalecientes, la multidimensionalidad, reciprocidad, intensidad, frecuencia de los contactos y la historia de cada vínculo en sí mismo.

Sistema de apoyo y función de alejamiento del consumo

Al indagar acerca de las figuras significativas en las vidas de los ocho entrevistados, siete de ellos nombraron en primer lugar a los hijos como las personas más importantes en su vida. En algunos casos, el tratamiento y la internación se iniciaron para poder restablecer el vínculo con ellos:

“Mis hijas, por ellas dejé todo. Me costó mucho porque no sabía cómo hacer para dejar. Generalmente yo digo lo dejé por mí y por mis hijas pero realmente por mí porque me estaba matando y quería ver a mis hijas porque sino no las iba a poder ver más.” (Caso D).

C. cuenta que el apoyo de sus hijas fue fundamental para la continuidad del tratamiento:

“Ellas lloraban, se les ponían los ojitos de lágrimas pero me decían: 'dale mami estas bien, seguí yendo, te vemos bien, seguí yendo' eso me daba fuerza para seguir sosteniendo.” (Caso C).

Estas personas -los hijos- se ubican dentro del círculo concéntrico muy próximo al informante ya que corresponden al núcleo de relaciones íntimas dentro de la RSP. Respecto de la función del vínculo, podría pensarse que cumplen un rol de control social ya que son relaciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, como por ejemplo, en estos casos, ser madre, lo cual favorece la recuperación o la decisión de comenzar un tratamiento:

“(…) consideramos mi hijo que tenía 3 porque iba al jardín, ese año empezaba y era como que iba y no iba por el consumo que tenía yo (....). Así que en ese momento decidí internarme y sola.” (Caso N).

Además se observa que otros vínculos, como por ejemplo, los padres -también cumpliendo una función de regulación social- visibilizan y recuerdan a la persona el cumplimiento de sus obligaciones familiares, las consecuencias y la necesidad de limitar el CP a tal fin, aunque esto no sea bien recibido por parte de la persona:

“Siempre tuvimos roce con mi papá, siempre me taladraba la cabeza con el tema de mis hijos.” (Caso E).

Más allá de las funciones que ejercen estos vínculos, Sluzki sostiene que, en un nivel existencial, las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros, el hecho de “estar ahí para alguien” o “sirviendo para algo”, otorga sentido y favorece las prácticas de autocuidado:

“(…) me cuesta arrancar viste, a veces no quiero ni levantarme ni hacer nada pero después me pongo a pensar para qué me voy a tirar a la cama si tengo cuatro hijos que cuidar, que salir adelante, tener fuerza para ellos, estar preparada, aunque ya estoy preparada, pero hay cosas que no sé bien porque no soy una excelente madre, no me sale todo bien.” (Caso E).

Continuando con el análisis de las redes personales, aparecen también otras figuras cumpliendo el rol de regulación social, que coinciden con la respuestas a la pregunta acerca de personas que hayan sentido que los han ayudado y que fueron un sostén para el inicio o el mantenimiento del tratamiento ya de vuelta en el barrio. Entre estas aparecen: una hermana, una madre, una pareja, una madrina y dos amigas del colegio. Si bien todas ellas pertenecen a distintos cuadrantes -familia y amistades-, podrían estar en el mismo circuito concéntrico: el más próximo e íntimo.

“Tengo mis tías también, mi madrina, mi madrina antes de internarme me ayudó muchísimo, ella también tuvo iniciativa porque buscaba psicólogo, buscaba algo viste como para mí y teniendo... ella tiene al hijo que está en consumo.” (Caso N).

“Mi hermana la más grande que me ayudó mucho. Ella como que me veía y no se metía, no...aparte que yo la sacaba cagando, yo le decía 'mira, no me jodas, andate, dejame en lo que yo hago, no te metas' y ella me decía 'bueno está bien no me voy a meter pero tenes que internarte', 'internate vos, dejame de hinchar' pero ella fue la que me ayudó mucho.” (Caso E).

La madrina y la hermana mayor llevan adelante, entre otras funciones (un vínculo puede representar una combinación de funciones pero puede ser analizado desde su función prevaleciente), el papel de control social al establecer límites y neutralizar desviaciones de comportamiento como el CP.

Sin embargo, y lamentablemente, no todos perciben la existencia de figuras que los hayan ayudado o guiado en el proceso de tratamiento. No se puede reconocer espontáneamente en todos los casos y

en la red, personas que hayan desempeñado esta función. En estos casos, el Centro Barrial Casa Azul aparece como fuente de contención:

“Yo te digo la verdad, la Casita Azul, los operadores y los compañeros, esos son los que me hacen bien, después nadie más. Mi familia no, no puedo decir que mi familia porque en mi familia la mayoría son todos consumidores, así que no me ayudan en nada, la Casita Azul no más, y gente de la parroquia.” (Caso R).

En este caso, las relaciones establecidas con las personas del CB Casa azul y la parroquia estarían ubicadas en el cuarto cuadrante, correspondiente a las relaciones comunitarias, desempeñando diversas funciones, entre ellas, de ayuda material y servicios al colaborar sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, guía cognitiva y consejos al proveer modelos de rol o enmarcar y promover determinadas conductas por ejemplo de cuidado de la salud. Constituyen un componente importante -o el único- de las redes de las personas.

R. afirma no recibir apoyo por parte de su familia sino de las instituciones barriales. El apoyo social es el resultado del apoyo emocional y/o instrumental que recibe una persona por parte de su red social. Veiel (1987) (como se citó en Seidmann & Muchnik, 1998, p. 63) considera el apoyo social como el resultado de la interacción de las necesidades individuales y los recursos provistos por la red social. La participación en una red social cohesiva y amplia aumenta las oportunidades para obtener apoyo social, aunque se ha visto que no todos los miembros dentro de la red cumplen las mismas funciones (para considerar una red equilibrada todas las funciones deben cumplirse ya que son complementarias e insustituibles al responder a distintas necesidades). A su vez, las personas tienen su propia percepción y evaluación del apoyo que puede corresponder o no al apoyo real recibido.

Con el objetivo de aclarar el constructo de apoyo social, diversos investigadores han propuesto distintas formas de categorizar el apoyo (Jacobson, 1986). Una de ellas es la que clasifica los tipos de apoyo según el recurso brindado, distinguiendo entre apoyo cotidiano o en momentos de crisis, y a su vez entre apoyo psicológico/emocional o instrumental. En líneas generales el primero, el emocional, implica tener con quien compartir y expresar las experiencias en un clima de aceptación positiva, mientras que el instrumental se relaciona con la obtención de recursos materiales o tangibles (Bail, 2016).

El apoyo durante el proceso de tratamiento de un CP resulta fundamental:

“¿Para qué me voy a arriesgar un viernes a la tarde a venir por ese lado? Y una vez salí y le pedí a mi mamá que me vaya a buscar a la parada, tuve que pedir porque era sábado a la tarde, viste la música ya está en el barrio ...” (Caso C).

El acompañamiento de la madre -apoyo emocional e instrumental- brinda protección y seguridad y ayuda a evitar una situación de riesgo. Esta misma persona reconoce que en su caso el apoyo recibido resultó decisivo en su proceso de tratamiento:

“La verdad es que es feo porque son muy pocos los que salen recuperados. Pasa que ahí mucho es el vínculo de la familia que te acompaña y apoya, a mí gracias a Dios yo tuve un vínculo muy lindo, estuvo mi mamá, estuvo la Casita Azul (...) Eso vale mucho y yo sé que hay otra gente que no tiene esa contención.” (Caso C).

El apoyo social emocional e instrumental, el sentimiento de pertenencia y solidaridad con determinados miembros de la red propenden a la salud física, de igual manera, el fracaso en la obtención de apoyo social genera sentimientos de soledad (Seidmann & Muchnik, 1998, p. 63).

Retomando la pregunta inicial acerca de las personas importantes y significativas en la vida, seguido de los hijos, en dos casos se nombra a los padres (en uno de ellos también a una abuela) y en otro a la pareja. Se observa que la mayor parte de las relaciones íntimas se ubican en el cuadrante de la familia. En un solo caso se nombran dos personas por fuera de la familia. Esto responde a una de las características estructurales de la red: la distribución, es decir, qué proporción del total de miembros de la red está localizada en cada cuadrante y cada círculo (Sluzki, 1998. p. 47). Una red muy localizada es menos flexible y efectiva.

Podría pensarse que estas personas -padres, abuela y pareja - son percibidas como figuras de apego que brindan apoyo emocional. Esto no equivale a alguien cercano o íntimo, los hijos por ejemplo son íntimos o cercanos y si bien el progenitor puede ser una figura de apego para el niño, no sucede a la inversa. “Lo que caracteriza a una figura de apego es que se la percibe y se la siente como proveedora de seguridad, como alguien a quien le importa escuchar, es accesible, confiable, interesada y comprensiva.” (Seidmann & Muchnik, 1998, p. 49). En general esta función es llevada a cabo por el cónyuge o pareja, pero en un solo relato se nombra esta figura.

Por otro lado, la propia vida como importante, aparece del siguiente modo:

“¿Hoy importante? La mía, la mía en primer lugar.” (Caso N).

“Pero más que nada, como dije antes, yo primero tengo que ponerme bien por mí no por los demás, porque después los demás se pueden correr y yo quedo como... entonces primero, como decía en otro momento, yo crear una base sólida por mí” (Caso F).

En otro caso, se nombra la propia vida porque -como refiere el joven- no se tiene a nadie más:

“Yo. (...) Sí, no tengo a nadie. Mi hija también pero vive lejos.” (Caso M).

La carencia o ausencia de otros significativos, puede derivar en sentimientos de soledad. A este respecto y con Weiss (1973) (como se citó en Seidmann y Muchinick, 1998) se define a la soledad, como un fenómeno humano complejo pero a la vez divisible en dos maneras, bajo estimaciones causales. Una de ellas, la soledad por aislamiento emocional que deriva de la ausencia de una relación íntima con una figura de apego, aislamiento o privación que suele conducir a una experiencia desagradable. En M se observa la ausencia de personas significativas, él mismo percibe esta deficiencia. “La soledad es un sentimiento desagradable (...) Refleja la percepción individual subjetiva de deficiencias cuantitativas (no tener suficientes amigos) o cualitativas (carencia de relaciones íntimas con otros) en la red de relaciones sociales (Seidmann & Muchinick, 1998, p.15).

A lo largo de este apartado se ha observado que, como plantea Sluzki (1998), la red social personal protege a la persona. En un nivel existencial, provee sentido a la vida, como indicaba la joven E “(...) tengo que tener fuerza para ellos (los hijos)”, en un nivel de práctica social provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud, por ejemplo a través de los vínculos que cumplen una función de regulación social (madrina, padres, tía). En última instancia y en relación con el punto anterior, la red favorece actividades personales que se asocian con la sobrevida, como el hecho de recibir apoyo para el inicio o mantenimiento del tratamiento por parte de ciertos familiares o el CB.

“Existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es decir, es salutogénica.” (Sluzki, 1998, p.71).

Contar con la ayuda y contención de otros, aunque sean unos pocos, en el proceso de tratamiento y recuperación por un CP resulta decisivo.

Habiendo realizado una suerte de esbozo de las redes sociales de estas personas, con foco en los vínculos que contienen, apoyan y alejan del consumo, se ha observado que la mayoría de estas relaciones se encuentran en el círculo más próximo e íntimo y que, exceptuando un caso, corresponden al cuadrante familiar. Si bien no se han abordado las redes en su totalidad se percibe que el número de personas de la red es más bien bajo, y particularmente en uno de los casos se afirma “no tener a nadie”, lo cual conduce a un desequilibrio de la red puesto que hay funciones ausentes y cuadrantes faltantes. Este escenario constituye un importante factor de riesgo para la salud y puede producir sentimientos de soledad. Si bien no se ha abordado aún este punto, tampoco se debe desconocer el impacto y afectación que produce el CP del informante en su red social.

Sistemas disfuncionales y función de acercamiento al consumo

Se relevó que estando en la CT, todos se dieron cuenta de la existencia de vínculos disfuncionales pues sentían que no les hacían bien. Cabe destacar que la herramienta de la RSP no discrimina la calidad de los vínculos -funcionales o disfuncionales- para su armado y construcción. Si el informante transmite la presencia de determinadas figuras en su red social personal, éstas deben ubicarse según frecuencia / contacto / cercanía, independientemente de la calidad del intercambio, ya que el primer objetivo terapéutico de la RSP es hacer visible, tanto para el terapeuta como para el paciente, las características de la red social y los tipos de vínculos que establece con otros (Sluzki, 1998).

El grupo de amigos es reconocido en primer lugar y en todos los casos como una influencia negativa, puesto que conduce y/o acerca al consumo:

“Me había dado cuenta allá que verdaderamente nunca tuve amigos, que solamente eran amigos de consumo, o cuando tenía plata, o cuando te necesitaban, pero cuando estaba mal no estaban.” (Caso F).

Retomando el concepto de apoyo social percibido, el joven reconoce que estas relaciones no le brindan el apoyo emocional esperado por parte de un vínculo de amistad. Por otro lado, uno de los atributos del vínculo que plantea Sluzki es el de la reciprocidad, refiriéndose al intercambio entre las dos personas: si ambas cumplen, la una para la otra, la misma función o una equivalente se trata de un vínculo recíproco, lo cual no ocurre en el caso presentado. Justamente el joven denuncia no estar relacionado de manera significativa o próxima con estas personas.

Siguiendo la categorización de soledad, esta experiencia puede conducir a la soledad por aislamiento social, que refiere a la falta de lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia, por ejemplo una red social de amigos (Seidmann & Muchinick, 1998, p. 35).

“Bueno igual que con el tiempo yo bueno, me fui metiendo con ellos, o sea teniendo una conversación, por los años, varias veces me ofrecieron mis propios, o a los que digo que son mis amigos, me ofrecieron y nada, yo dije que no y fue como una falta de respeto.” (Caso N).

Esta joven también se cuestiona la función que llevan adelante sus relaciones de amistad.

Exceptuando uno de los casos, el consumo es una práctica que se realiza en grupo:

“Ah, amistades no me ayudaba ninguna porque las amistades mías eran 'D vamos a tomar' 'D vamos a fumar', era continuamente hacer algo para divertirnos, según nosotros. No tenía amistades sanas, ninguna me ayudaba, ellos a veces estaban peor que yo también así que no nos podíamos ayudar.

Uno iba a buscar a otro, el otro al otro, para estar todo el día así...drogas.” (Caso D).

El grupo de pares se ubica en el cuadrante de las amistades, y respecto al nivel de intimidad, varía. Uno de los atributos del vínculo es la intensidad o el compromiso de la relación. Esta característica se encuentra ligada y es relativa al grado de intimidad. Se podría pensar que al tratarse de amigos íntimos se encuentran en el círculo interior, el de mayor proximidad o, si son amistades más sociales que cercanas, en el intermedio, pero no se hace referencia acerca de este punto. Aunque, en los casos anteriores, donde justamente el nivel de intimidad y contención recibida por el grupo de amigos es discutido, podría llegar a situarse en el círculo externo.

Se observa que la función que cumple el grupo y los amigos es principalmente la de compañía social, es decir, la realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos (Sluzki, 1998, p. 49).

Formar parte de un grupo favorece la integración social, ya que se comparte tiempo, intereses y actividades con otros, que en estos casos están ligadas al consumo. Por eso, si bien el grupo de pares puede generar pertenencia, no opera como medio de control ni como promotor de hábitos de cuidado de la salud, más bien todo lo contrario.

Al volver de la CT estos amigos ejercen una considerable presión:

“Sí, me encontré con mi amiga que me dijo 'vení vamos a fumar', y yo le dije que no, '¿qué no tomás más?' me dijo, 'no, no tomo más y no quiero tomar más', no quiero recaer de vuelta, me está costando porque yo dejé de tomar, porque yo tomaba medicación que la psiquiatra me mandó y la dejé de tomar. Me cuesta mucho, hubo personas, líos, el consumo en la calle, ellos me llamaban y yo iba y les preguntaba que querían, 'nada que te vemos re bien' esto que el otro, '¿no querés fumar una seca' y yo les decía que no.” (Caso E).

“Sé que no puedo estar con esa persona y que si me la cruzo no me quedo a charlar porque primero no es una persona de confiar en decir 'sí estoy bien' y que te siga esa conversación, sino creo que sería lo contrario, 'vamos a tomar...' (....) Ellos lo entendieron pero ahí es 'dale N'. (Caso N).

Todo grupo de pertenencia, como espacio de socialización donde se producen las interacciones con otros, exige de sus miembros un rol, al existir un patrón de conducta compartido por sus miembros (Vander Zanden, 1986).

Para prevenir estas situaciones de reencuentro, exposición o tentación como mencionan algunos, se opta por evitar ciertos sectores del barrio:

“¿Para qué me voy a arriesgar un viernes a la tarde a venir por ese lado?(....) por eso hoy por hoy tomo el colectivo allá y si llego a venir por ahí, lo hago a la mañana....” (Caso C).

O directamente la entrada al barrio:

“Yo cada vez que vengo, vengo por todo afuera, no entro al barrio, desde que... ya hace un año que no entro al barrio, hace un año no entro. Yo sé que algún día tengo que enfrentar las cosas pero quiero sentirme más fuerte para hacerlo.” (Caso D).

Al retornar, luego de la internación, salir a la calle se convierte en un desafío durante un tiempo, e incluso en algunos casos al día de hoy:

“Qué carajo hago, no querés salir de tu casa, sí, como que tenés fobia de salir, no sabés qué hacer.” (Caso M).

“Salir a la calle era como una presión y todavía me cuesta, me cuesta.” (Caso D).

Frente a esta situación, quedarse en la casa es una de las alternativas que se han encontrado para resguardarse de un afuera que se percibe inseguro y amenazante.

“Era encontrarme con todas las cosas que en otro momento no pude, y nada creo que el primero estuve bien pero después como que me empecé a sentir solo, y yo por ahí ese primer tiempo no salía afuera viste, como que no quería ni salir a comprar por el miedo a cruzarme con alguien...” (Caso F).

El aislamiento, entendido como la situación objetiva de estar separado de otros y la pérdida de comunidad (Seidmann & Muchinick, 1998), funcionando como barrera para evitar el encuentro con ciertos vínculos considerados disfuncionales, tampoco resulta favorable puesto que genera un sentimiento de soledad que atenta contra el bienestar personal. El joven lo manifiesta explícitamente “me empecé a sentir solo”.

“La persona aislada socialmente, con una red social escasa, con pocos vínculos sociales desarrollados, experimenta algunas emociones características: enojo, aburrimiento, irritabilidad, vulnerabilidad. La experiencia de soledad surge a partir de una sed de contactos no satisfecha.” (Seidmann & Muchinick, 1998, p. 50).

El grupo y el cuadrante familiar

Quedarse adentro de casa es una alternativa que no se logra sostener por mucho tiempo, por otra parte, la propia casa no se encuentra exenta de conflictos y las sustancias a veces se vuelven una opción para hacer frente a situaciones dolorosas que se viven en los hogares. Dentro de todo sistema, más específicamente en el familiar, cada miembro adopta un comportamiento que influye en los otros, siendo todo comportamiento al mismo tiempo, causa y efecto (Kelmanowicz, 2011, p. 170).

Este concepto que introduce la psicología sistémica con el nombre de causalidad circular, es interesante para pensar la función que los problemas desempeñan en el sistema.

La mayoría refiere consumo de drogas por parte de algún familiar o conviviente, lo cual sin duda, opera como un importante factor de riesgo para el inicio y mantenimiento del consumo:

“Y tenía una pareja que todos los días me llevaba droga así que tampoco me servía.” (Caso D).

“No sé si tan así pero de querer probar sí, en mi casa tengo a mi hermano que consume, después tengo al lado de mi casa en la casa de mi abuela a mi primo que consume, y yo me la agarré con él.”
(Caso N).

Algunos estudios revelan que la tolerancia del consumo en el hogar incide en el modo de pensar de sus miembros, considerando el consumo de drogas como acto normal (Innamorato et al., 2015). Si dentro de la familia, el uso de sustancias psicoactivas está difundido y hasta normalizado, hay entonces una falla o ausencia de la función de control social.

“Con mi hermano eramos muy pegados viste, porque consumíamos juntos, porque vendíamos juntos... el consumo. Entonces tuve que alejarme, compartimos mate acá en mi casa pero no me involucro, si tiene un problema no le pregunto, me mantengo al margen. Duele pero sabes que es lo mejor para uno, porque fue lo que a mí me hizo recaer después de diez años limpia, por no poner límites al otro.” (Caso C).

Aquí también se ve como en algunos hogares el narcotráfico, aunque sea en pequeña escala, se vuelve una forma de sustento económico, lo cual refuerza la situación de marginación.

Frente a la pregunta acerca de momentos o situaciones familiares que hayan despertado el deseo de consumir los entrevistados mencionan principalmente peleas con los padres:

“Muchos problemas, discusiones en casa con la familia, te dan ganas de tirar todo y volver a la mierda que era antes. (...) Con mi papá, mucho me reprocha por el tema de mis hijos, que yo los dejé solos, que yo salí de la comunidad y me voy con el papá de mis hijos, que no le paso mucha cabida a mis hijos.” (Caso E).

Los problemas familiares incluyen falta de límites y, en primer lugar, situaciones conflictivas y negativas en las relaciones primarias, situaciones que se reflejan y repiten en los relatos:

“Es muy autoritaria, ella quiere tener la razón en todo, yo de mi mamá... Yo a los 16 años me fui de mi casa y después por años no la veía.” (Caso D)

“Yo si me pongo bien recupero a mi familia, con mi mamá no me hablo, nos peleamos por mi hermana menor.” (Caso M).

“Sí, cuando estuve peleado con mi vieja, ahora no le paso mucha cabida pero cuando me peleaba con mi vieja me fumaba un porro, un par de pastillas y me olvidaba por un rato, me olvidaba.” (Caso R).

“Creo que los problemas te llevan a mucho consumo también... más te hiere las cosas que te diga tu mamá que otra persona.” (Caso D).

En la medida en que las funciones socializadoras y protectoras se ven afectadas, se presenta una situación de carencia de contención. Ciertas formas de crianza y modelos de funcionamiento familiar atravesados por la violencia y el maltrato configuran caracterizaciones frecuentes en las dinámicas cotidianas de estas personas (Innamorato et al., 2015).

“Porque yo tengo a mi papá que es una persona que me lastimaba siempre pero no sé porque yo siempre, lo amo, pero hoy me mantengo al margen, hoy hice distancia porque lamentablemente sino voy a estar siempre con esa mochila de angustia que me hace sufrir entonces hoy, no te digo que... pero no le hablo.” (Caso C).

“Sí, yo tengo mucho rencor con mi viejo, mi viejo era una persona que... mi padrastro, no era mi viejo, que me agarraba con una fusta de caballo y hasta que no me dejaba mormoso no paraba y yo decía por qué, ¿entendes? y siempre me quedé con eso. Lo quise matar varias veces, empastillado.” (Caso M).

Es sabido que la historia de los vínculos afectivos repercute y constituye la base para las relaciones con otros en la vida adulta. La teoría del apego sostiene que vínculos de apego positivos y fuertes en los padres e hijos promueven vínculos interpersonales positivos en momentos posteriores de la vida. Asimismo, diversas investigaciones demuestran la relación entre el surgimiento del sentimiento de soledad con fracasos en la constitución de un apego seguro en la infancia (Seidmann & Muchinik, 1998, p. 38). La falta de contención y sostén a nivel familiar, debido a vínculos con los padres dañados e inestables, constituye un obstáculo para la recuperación. Tampoco aparece o se halla un reemplazo de las funciones tradicionalmente ejercidas por la familia, lo cual implica una falta de figuras que lleven adelante funciones como apoyo emocional y/o guía cognitiva y consejos. Ya se ha visto que estas experiencias devienen en dolorosos sentimientos de soledad y sensación de deriva:

“Y me empecé a quedar, por no sentir este apoyo me empecé a quedar y creo que ahí fue donde, donde se me volvieron a repetir actitudes, señal, como decía mi psicóloga, esas señales semáforo en rojo, amarillo o verde como que no le hice caso y no llegué y sigo con muchas dificultades.” (Caso F).

“Sí, me está pasando ahora, ahora me está pasando, cuando salí no, porque salí con toda la confianza, o sea yo estar bien, hacer las cosas bien, ocuparme de L, de mis cosas, de mi trabajo, de algo, ponerme objetivos siempre, pero ahora como que me está pasando, así como esta semana que estuve medio con quilombo. Me pasa eso, hoy en día, me hace una voz en la cabeza, corte que para donde disparo.” (Caso J).

El consumo de sustancias psicoactivas se postula en algunos casos como forma de tramitación, o más bien de evasión, ante problemas y sentimientos de vacío y frustración.

“Y, a mí...recaí en consumo de alcohol en junio del año pasado cuando se me incendió la casa, discutí con mi papá, quise pegarle a mi papá, tomé alcohol y me di cuenta que el alcohol no te anestesia, el dolor seguía estando entonces pude entender que el alcohol no te ayuda en nada a solucionar los problemas, lo pude entender porque cada vez estaba más angustiada.” (Caso C).

Todo este escenario, de escasos mecanismos familiares e institucionales de pertenencia y contención, no contribuye a una reinserción adecuada, acompañada, y dificulta la construcción de una proyección a futuro, encontrándose la propia vida en riesgo:

“Varias veces me pasó de no sé qué hacer, hasta me quise quitar la vida, vos sabes Vicky, estando drogado bajo los efectos de la droga tomé muchas pastillas y me quise quitar la vida para no sufrir más. Igual sigo sufriendo, sigo sufriendo igual, no es fácil pero bueno.” (Caso R).

Si bien son diversos los factores que inciden y favorecen este tipo de conducta, existe evidencia acerca de la correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud. Según Sluzki (1998), la primera prueba fue el estudio de Durkheim sobre el suicidio al demostrar que existe una mayor probabilidad de suicidio en los individuos que se encuentran más aislados socialmente, en comparación con quienes poseen una red social más amplia, accesible e integrada.

Frente a esta realidad que se vive se busca conocer la atribución de causalidad que otorgan estas personas a los hechos que les acontecen.

La causalidad interna consiste en la atribución de la responsabilidad por los sucesos a las cualidades y rasgos personales de un individuo; la causalidad externa implica atribuir dicha responsabilidad a circunstancias ambientales y situacionales que están fuera del alcance del individuo (Vander Zanden, 1986, p. 74).

Se percibe que el consumo problemático de sustancias, ¿surge a raíz de deficiencias biológicas, psíquicas y conflictos interiores? ¿o por encontrarse inmerso en un medio familiar y social proclive al

inicio del consumo? ¿o ambos?

Sobre este punto se observa que la interpretación y explicación de las causas que los jóvenes otorgan responden a factores tanto internos como externos, reconocen -y se debaten entre- la propia responsabilidad sobre lo que les pasa y al mismo tiempo, las condiciones desfavorables en las que se ha crecido y desarrollado:

“Sí, la junta que tenía. Esa gente es la que me llevó...no, nadie me llevó a nada a mí, yo lo hice porque yo quise y por la vida que tuve, y porque me re cagaban a palos cuando era chico. (...) Lo demás es todo excusa me parece, echarle la culpa al vecino, si vos te estás drogando, siempre va a haber situaciones que te van a hacer recaer. Los mismos problemas de tu casa, o si tienes pareja con tu pareja, entendes y vos sabiendo que sos un drogadicto, esas cosas te hacen recaer.” (Caso M).

“En realidad es como que no me fijaba mucho en eso, si me hacia bien o me hacía mal, si es que iba a transitar el tema este era yo, no me ponía en el tema de a ver me voy a fijar quien me va a hacer mal y quien no, porque en la comunidad te enseñan a que vos tenes que ponerte en primera persona.

Soy yo y depende de lo que yo haga voy a estar, es así.” (Caso J).

Esta perspectiva es necesaria ya que posibilita un cambio y una forma de pensarse a sí mismos desde otro lugar y otro modo de vida.

El consumo problemático afecta la red social

La presencia de una enfermedad impacta las interacciones entre el individuo (y su familia inmediata) y la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados (Sluzki, 1998, p. 81). El consumo problemático de sustancias psicoactivas en contextos de vulnerabilidad social agudiza aún más la precarización y marginación, lo cual favorece la reproducción de un círculo vicioso: “Con gran frecuencia se evidencian procesos de desubjetivación -pérdida de proyectos y de sentido-, desmotivación, despersonalización, miedos, sentimientos de paranoia, además de pérdida de redes sociales y problemas con la familia, en la escuela y en el trabajo.” (FCAYT, 2016).

“No sé, es como que me importa más verlas a mis nenas que no las veo hace un montón, hace como cuatro años pero la cagada me la mandé yo y me la tengo que aguantar, tengo que ver cómo hago para volver a tener un vínculo con ellas. Sé que hay un montón de maneras, pero por un lado me da miedo y por otro lado va a haber mucho rechazo por el tema de la familia de ella, la mamá, un poco me condenan por todo lo que yo pasé con la mamá de mis hijas, un poco no me da la cara.” (Caso J).

El CP reduce la posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad y tiende a debilitar a la persona, en sus distintos aspectos, lo cual reduce las iniciativas de activación de la red. “Con el consumo el mundo del paciente se va estrechando y va abandonando contactos sanos, trabajos,

amistades y lugares de gratificación personal.” (Baistrocchi & Yaría, 2014, p. 218).

Es así como los efectos del consumo problemático rompe con las escasas posibilidades iniciales que se tienen, ya que se parte de un problema que es el de la pobreza estructural. La sustancia ingresa con mayor fuerza para llenar ciertos vacíos de afecto y para suturar ciertos sufrimientos que, al mismo tiempo que los obtura, también los multiplica (Baistrocchi & Yaría, 2014).

Corolario: el contexto socio político y económico global

Este deterioro de las redes vinculares no es una cuestión que afecta únicamente a estas personas. Se hace necesario inscribir este fenómeno dentro de un proceso social que tiene lugar a nivel mundial. El derrumbe, la fragilidad, la vulnerabilidad, la transitoriedad y la precariedad de los vínculos y redes humanas son algunas de las características que representan estos tiempos. Bauman en sus trabajos del año 2000 sobre la modernidad, postula la liquidez como metáfora de la era moderna, explicando que la disolución de los sólidos ha establecido un nuevo orden definido primariamente en términos económicos. Esto es resultado de una nueva técnica del poder: “Cualquier trama densa de nexos sociales, y particularmente una red estrecha con base territorial, implica un obstáculo que debe ser eliminado.” (Bauman, 2022, p. 20). Por otro lado afirma que: “Las comunidades ya no serán las fuerzas que determinan y definen las identidades sino tan sólo artefactos efímeros del continuo juego de la individualidad.” (Bauman, 2022, p.28).

Bajo la lógica del mercado, el individuo, considerado un consumidor, debe asumir la labor de construcción individual, tarea que debe ser llevada a cabo individualmente, sin pautas y configuraciones determinadas. Esta desintegración de la trama social e institucional y el desmoronamiento de las agencias de la acción colectiva traen aparejadas, en palabras del autor, una nueva soledad del cuerpo y de la comunidad.

El aislamiento social, la falta de vínculos de sostén, el fracaso de las figuras identificatorias, que se evidencia en los casos presentados, se enmarca entonces en un fenómeno de la sociedad de masas contemporánea. El gran problema es que en los barrios populares como La Cava, atravesados por la pobreza y la exclusión del espacio colectivo, estas características se acentúan y adquieren rasgos propios. Los procesos de identidad y socialización juveniles en poblaciones socialmente vulnerables, en el marco de una sociedad consumista y excluyente, tienen alta incidencia sobre diferentes problemáticas psicosociales, entre ellas, el consumo problemático de sustancias psicoactivas (Innamorato et al., 2015, p. 184).

Capítulo IV

El Centro Barrial

El abordaje integral comunitario

Hasta aquí se ha constatado que el consumo problemático de sustancias plantea, particularmente en los sectores excluidos, una seria y compleja problemática en relación a la reinserción una vez alcanzada la recuperación o finalizado el tratamiento. Todos los entrevistados experimentan un fuerte sentimiento de desamparo al volver al marco comunitario, vinculado a la fragilidad o inexistencia de redes familiares y afectivas y a las condiciones del entorno, lo cual significa un riesgo para el mantenimiento del proceso de recuperación y para la salud emocional y física.

Si bien ningún tipo de tratamiento puede resolver las cuestiones socioeconómicas que atraviesan a los habitantes de barrio, no obstante es necesario la implementación de un abordaje que integre lo psicológico con lo social, económico, cultural y ambiental, lo circunstancial como contexto y por último, lo individual. “La persona y sus circunstancias son una unidad inseparable para la comprensión de su salud y su enfermedad mental.” (Fiasche, 2005, 148).

El Centro Barrial Casa Azul como CAAC de Sedronar, y como espacio comunitario en el territorio -Barrio La Cava- que brinda orientación, contención y atención de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias, surge desde el modelo de abordaje integral comunitario, reflejando sus principales dimensiones, a saber: la integralidad, el enfoque de las vulnerabilidades sociales y los cuidados ampliados (Camarotti & Kornblit, 2015).

Integralidad refiere a que una política de tratamiento del consumo abusivo de drogas, no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica y de los aspectos psicológicos y culturales de los usuarios. El enfoque de la vulnerabilidad posee el objetivo de visibilizar tanto a grupos sociales como a individuos en situaciones de fragilidad social, política y/o jurídica, en la promoción y protección de sus derechos de ciudadanía. Por último, y asociado con el punto anterior, se propone que una manera de disminuir las vulnerabilidades es aumentando las posibilidades de generar prácticas de cuidado dentro del espacio comunitario (Camarotti & Kornblit, 2015).

Dicho enfoque pone en el centro a la comunidad como elemento clave e implica el trabajo en conjunto y coordinado entre el Estado, organizaciones sociales, y otros actores de la sociedad civil.

La idea central es que cuando este proceso se transforma en un sistema de respuestas comunitarias está en condiciones de realizar acciones que debiliten al sistema que genera el consumo de drogas en las comunidades, objetivo último de toda planificación en este campo. (Camarotti & Kornblit, 2015, s/p).

Este modelo de abordaje encuentra sus bases en la psicología social comunitaria, cuyo postulado básico es que el control y el poder deben estar centrados en la comunidad y sólo desde allí es posible la transformación, el fortalecimiento y el cambio (Montero, 2004).

Se ha observado en las narrativas de las personas entrevistadas, que la internación y el tratamiento en CT -en donde no se considera o evalúa el contexto- logra resolver a corto plazo las descompensaciones y/o conductas problemáticas pero lamentablemente no se llega a sostener en el tiempo al volver al entorno habitual. El CB trabajando en el territorio y desde un enfoque integral comunitario, tiene más posibilidades de adecuarse a las realidades de estas personas y acompañarlas en el particular proceso de recuperación. Las palabras de los entrevistados abonan fuertemente esta idea. Además, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) que ubica a los CP en el campo de los padecimientos psíquicos, establece que las internaciones deben suponer el último recurso en caso de ser necesarias, y se deben promover los dispositivos intermedios como Casas de medio camino y Centros de día para el tratamiento de los CP.

El trabajo de los profesionales y otros actores del Centro involucra la salida al territorio, conocido como "trabajo en calle". Esto constituye un eje fundamental en primer lugar porque se entiende que no todas las personas disponen de la capacidad de acercarse a pedir ayuda, quizás en parte, producto de un proceso de estigmatización que impide muchas veces el acceso a los servicios de salud. En segundo lugar, porque la presencia de la institución en el barrio genera cercanía y logra establecer el vínculo y el diálogo con las personas de la comunidad. Se hace necesario escuchar a sus habitantes para conocer qué representaciones circulan de lo comunitario, qué acciones se hacen, qué características tiene el barrio, cuáles son las principales problemáticas, qué se consume, qué lugares de participación tienen los jóvenes, a quiénes se está expulsando, qué lugar está teniendo la institución para poder empezar a transformar, entre otras (FGHC, 2019).

Ya se ha visto que las necesidades que las personas presentan son diversas y trascienden la problemática de consumo (acceso a la vivienda, salud, trabajo, educación, etc.), es por eso que las intervenciones del CB son variadas e interdisciplinarias, apuntadas a propiciar diferentes acciones para encararlas.

Casa Azul funciona como una especie de andamiaje, al recrear aquello que tal vez nunca existió en la vida de estos jóvenes y adultos -o si lo hizo estuvo atravesado de muchas dificultades- como por ejemplo una familia, la escuela, el club, un centro cultural. Busca posibilitar así el acceso a los servicios, por eso la articulación con otros actores individuales y sociales como el sector de salud, educativo, desarrollo social y económico, laboral, seguridad y justicia, se vuelve un factor fundamental en este tipo de abordaje. Se apunta a un trabajo multisectorial en pos de la restitución de los derechos vulnerados.

En este proceso se busca la participación activa y protagonista de los propios sujetos, en donde sean ellos también los que ofrezcan alternativas de respuestas posibles, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien sumándose al trabajo impulsado por el CB.

(...) los esfuerzos mancomunados de las personas expertas de todas las disciplinas no serán exitosos para emprender dichas acciones, si no incorporan los saberes, experiencias, necesidades, sentimientos, expectativas, recursos e incluso propuestas de los y las protagonistas principales, es decir de las personas “pobres”. (...). Tal omisión sugiere un sesgo hacia la concepción de la pobreza como déficit, obviando la contribución que pueden proporcionar las personas pobres, dados los recursos, capacidades y potencialidades que desarrollan en su lucha contra la pobreza. (Sánchez, Cronick & Wiesenfeld-Venezuela, 2005, p.152).

En síntesis, el principal objetivo del CB es generar un ambiente de inclusión social, educativa y laboral para los jóvenes y adultos que atraviesan un CP, lo cual supone un desafío: cómo lograr procesos de inclusión en un contexto de exclusión social.

A tal fin se proponen distintas actividades, comunitarias y terapéuticas, como espacios de psicoterapias grupales e individuales, grupos de familiares para trabajar con el entorno familiar y vincular, siempre y cuando esto sea posible, espacios de inclusión educativa, talleres de capacitación en oficios, actividades recreativas y deportivas, entre otras. Las tareas desarrolladas buscan acompañar a las personas en la construcción y reconstrucción de su proyecto de vida, en otras palabras, construir espacios de empoderamiento, entendido éste como el proceso donde los sujetos pueden ir adquiriendo un mayor control de su vida (Pozzio, 2010).

Trabajar en la cuestión de las adicciones no es en primer lugar combatir contra la oferta de una determinada sustancia. Tampoco se trata de que unos asuman la “epopeya” de recuperar a otros. La clave está en poder encontrarse con otros desde aquello que tenemos en común, en la capacidad de generar espacios comunitarios que posibiliten estos encuentros y disminuyan la tendencia al aislamiento social (Barilatti, 2017, p. 6).

En el capítulo anterior se ha visto que una red social estable y activa actúa como un factor de protección, en cambio, la falta de lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia pueden generar aislamiento y sentimientos de soledad, y por ende constituir factores de riesgo para la recuperación y el bienestar. Inestabilidad y debilidad en las redes de contención es un factor que se repite en la mayoría de los casos, y por lo general las personas que llegan al Centro Barrial no están contenidas en otras instituciones. Por lo tanto, desde el CB se busca, en términos de Sluzki (1998), identificar

cuáles son las redes intersectantes que pueden ser activadas, potenciar y promover las relaciones sociales en la propia comunidad, cómo así también evaluar y llegado el caso desactivar aquellas redes o nodos que entorpecen la salud y bienestar del informante.

En estos espacios comunitarios las actividades ofician como una puerta de entrada, un medio para que la persona pueda tomar contacto con el equipo interdisciplinario, pero también para que comparta intereses, haga grupo con otras personas de su comunidad y afiance lazos sociales. (Sedronar, 2014, p. 79).

El CB Casa Azul, como su nombre lo indica, busca ser una Casa, un lugar donde las personas transcurren en su cotidianidad, sintiéndose bienvenidas y acogidas, donde se encuentren con otros a través de la participación en actividades colectivas que promueven la construcción, fortalecimiento de vínculos de confianza y el acompañamiento.

(...) una parte importante del sentido de 'pertenencia' está dado por una red de lazos sociales establecidos en una zona específica, un lugar en el cual los individuos se encuentran constantemente con caras familiares y amigables en el curso de su vida cotidiana (Vander Zanden, 1986, p. 302).

Retomando uno de los conceptos claves del abordaje integral comunitario, el de los cuidados ampliados, las redes sociales pueden ser consideradas como una forma de cuidado relacional (Camarotti & Kornblit, 2015). A través de la restitución de redes de apoyo, y la participación en actividades alejadas al consumo, el CB busca romper con el círculo vicioso que genera el CP. Esto implica y requiere de un trabajo sobre la identidad colectiva e individual que atraviesa a estas personas en el territorio: “Se apunta a la construcción de otra identidad que, sin desconocer o anular su historia previa, sume otros elementos que los ayuden a pensarse desde otro modo de vida (...).” (Czemiki, Escobar & Pinto Venegas, 2017, s/p). Esto se logra a partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socioestructurales y de sus influencias sobre las prácticas (Camarotti & Kornblit, 2015).

La construcción del individuo y de la comunidad hacia una visión distinta de sí constituye uno de los objetivos de la PSC; una visión en donde las personas puedan desarrollar no sólo sus potencialidades sino además conectarse con otra parte del barrio y del entorno, distinta a la del consumo. En esta línea de pensamiento, Freire (como se citó en Sánchez, Cronick & Wiesenfeld, 2005), propone los conceptos de concientización y problematización para referirse a la búsqueda de transformación de la conciencia, pasando de una conciencia transitiva a una crítica, orientada hacia la responsabilidad social y política que promueva en los sujetos la responsabilidad de participar en la transformación de las situaciones dadas.

En estas experiencias colectivas promovidas desde el CB, que buscan generar espacios de pertenencia y colaboración en la construcción de una identidad común, no solo participan quienes están atravesando un CP sino también (la invitación se abre a) otras personas de la comunidad, desde el rol que tengan, justamente para fomentar los lazos comunitarios y transformarla en sujeto de prevención, ya que todos los actores sociales que forman parte del espacio comunitario son quienes reciben y llevan a cabo prácticas de cuidado consigo mismos y con los otros (Camarotti & Kornblit, 2015).

En esta línea, Fiasché sostiene que, puesto que la enfermedad nunca es completamente individual, siempre se debe actuar pensando a cada persona como agente terapéutico de otros miembros de la comunidad, para que pueda colaborar con aquellos que han sido o siguen siendo pacientes, o nunca lo fueron (Fiasché, 2010, p. 51). Así lo expresa una de las jóvenes:

"Mi idea es seguir estando acá y poder ayudar al otro como me ayudaron a mí, acompañar a otras personas. Hay veces que tengo tiempo y me pongo acá afuera con chicos que están en consumo y los escucho, viste que otros discriminan, yo no, yo hago lo que me hicieron a mí." (Caso C).

Como se anticipó, el CB está conformado por un equipo técnico integrado por profesionales del ámbito de la psicología, psiquiatría, trabajo social, junto con talleristas y operadores. Los últimos son personas que viven en el barrio y por lo tanto poseen amplio conocimiento territorial. Algunos han padecido previamente un CP de sustancias psicoactivas y han alcanzado la recuperación.

Son, además, quienes desempeñan el rol de referentes adultos de las personas usuarias, y actores fundamentales en la construcción y el seguimiento de las estrategias orientadas a la integración comunitaria. Son promotoras/es que actúan a escala individual y grupal, acompañan en la cotidianidad de los sujetos que concurren a los dispositivos (Sedronar, 2014, p. 98).

Es interesante destacar que estas personas que hoy llevan adelante el rol de operadores ya desempeñaban previamente de manera informal, este papel de promotores de la salud en la comunidad, visitando familias y acercando a las personas a los centros de salud u otras organizaciones sociales. Cuando se inaugura el proyecto del CB esta labor se institucionaliza y constituye una parte fundamental ya que los promotores de salud logran optimizar la relación de la comunidad con otros actores de la sociedad civil, al escuchar, reunir y organizar las demandas de los habitantes del barrio (Pozzio, 2010, p. 4). En otras palabras, desde la perspectiva de la PSC, los promotores de salud logran vincular el conocimiento profesional con el conocimiento popular.

La percepción del Centro Barrial

El CB se constituye como un espacio de referencia cercano y accesible para la resolución de situaciones que afectan a estas personas y sus familias en el barrio. Al indagar sobre la percepción que tienen del CB las personas entrevistadas, se revela que, para todos, dicha institución funciona como un importante y valioso apoyo social, que propende a la salud.

“Si no fuera por el Centro Barrial ya estaría detenido.” (Caso M).

Ante el pedido de ofrecer una recomendación a otra persona atravesando la misma situación, acercarse al Centro Barrial está presente en la mayoría de las respuestas:

“Consumo hay siempre pero vos sabes a donde tenes que ir, lugares como la Casita Azul, la psicóloga, como estudiar, como hacer deporte.” (Caso E).

Casa Azul aparece en los relatos como un espacio de sostén y contención en el momento previo a la internación, durante y posterior a ella. En algunos casos la internación fue realizada a través del Centro:

“Bueno gracias a Dios estuvo la Casita Azul, estuvieron acompañándome.” (Caso C).

“Sí, el Centro Barrial, A, me ayudó un montón A. Ella fue la que me hizo internar todo, me ha ayudado mucho.” (Caso D).

“Le dije que no podía sostener y que necesitaba internarme y bueno gracias a Dios estuvo la Casita Azul, estuvieron acompañándome, buscándome lugar, me consiguieron lugar en la comunidad D que la verdad que estoy agradecida. (...) Sí, sí porque se turnaban F con V para venir acá a mi casa a verme, iba cada tanto a verla a A, a visitar, a contarle como me iba con el tratamiento, la verdad que fue una gran ayuda, el Padre N. Eso me ayudó un monton.” (Caso C).

El CB funciona como promotor de vínculos y actividades salutogénicas, alejadas del consumo. Todo aquel que se acerca es recibido, sin condición:

“Me quedé hablando con A que me dijo vení mañana, vení mañana y ahí me quedé.” (Caso M).

“Me gustó, encontré gente con situaciones mías, gente con más experiencia, con operadores, psicólogos también, es como que está bueno porque descargas un poco de tu parte y encontras confianza de muchas cosas que no hablaste.” (Caso J).

“Sí, no sabía para donde ir cuando llegué acá a la Cava, donde arrancar, que hacer, qué no hacer. Lo

primero que hice es me vine para la Casita Azul, sí porque no sabía para donde ir, y ahí me empecé a ir a todos lados, de la fundación a mi psicóloga, todo, a hacer cosas que...correctamente.” (Caso E).

“Yo cuando conocí ese lugar... yo venía de drogarme todos los días cinco gramos y era una persona muy adicta que vivía drogado y llorando porque me había separado. Y después caí ahí y como que me tranquilicé, me dieron una mano, otros lugares no hay para hacer esto. (...) Yo vengo acá, me levantó y no me drogo. Si yo no vengo acá ya me estoy levantando con un porro en la boca.” (Caso M).

Es sabido que el CP interfiere en el desempeño ocupacional de las personas, desde los hábitos de higiene y las actividades de tiempo libre hasta el desarrollo de roles y rutinas diarias (Lasala & Vaqueiro de Berecibar, 2018, p. 97), lo cual se ve reflejado en este último relato. Por ello, las actividades y ocupaciones que realizan las personas en su vida cotidiana constituyen un foco de intervención. Desde los distintos espacios del CB se trabaja en la organización de la rutina diaria, la realización de quehaceres cotidianos y la promoción de hábitos de cuidado de la salud. Se apunta también a que las personas puedan identificar aquellos factores o condiciones que facilitan el uso de drogas para poder trabajar sobre ellas y desarrollar estrategias para enfrentarlas o modificarlas.

“Que se busque gente sana, que busque actividad, que se acerque a la Casita Azul, que busque actividades sanas, como el tema del fútbol, colaborar en Exploradores... Eso te va a ayudar, cortar vínculos anteriores, saber que a tal horario te vas a dormir, respetar eso, esquivar un poco la gente hasta que vos te sientas seguro y bien firme de uno mismo porque... sí, que se busque relaciones, gente sana.” (Caso C).

Una vez más, a partir de los relatos de estas personas queda expuesto que los vínculos y el contexto son factores clave para la comprensión de la salud y la enfermedad.

“Claro, participas, vas, salen cosas, tema de los frutos secos. Está bueno. Me gusta, me hace sentir bien.” (Caso J).

Este joven participa del emprendimiento laboral de frutos secos que consiste en el empaquetado y venta de productos saludables como mix de frutos secos, barras de cereal y otros productos de dietética. En este espacio participan algunas personas que ya vienen transitando hace un tiempo su tratamiento en la institución. Busca, por un lado, ser una herramienta para generar un ingreso económico que contribuya a satisfacer las distintas necesidades existentes, y por el otro, un medio para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades como la responsabilidad, el compromiso, la autonomía, el trabajo en equipo.

Recapitulando, el trabajo y el modelo de abordaje del CB -que tiene como objetivo y desafío la inclusión y la recuperación de la dignidad de las personas implicadas en un CP en un contexto de alta

vulnerabilidad social- requiere constantemente de respuestas creativas y flexibles, respuestas que no pueden considerar ni al contexto ni a las relaciones interpersonales como algo accesorio, poco relevante o de poco peso en la comprensión y anticipación de la conducta de quienes se ven involucrados en un CP. Si bien el denominador común es el CP, cada persona llega con y por circunstancias particulares, las trayectorias individuales y biografías son únicas, lo cual demanda un trabajo interdisciplinario, artesanal y específico para cada persona, apelando permanentemente al pensamiento creador como modelo terapéutico. Se trata de: "(...) una práctica que una y otra vez pone en evidencia lo singular e irrepetible de cada caso y nos convoca a la construcción e invención permanentes (Ovejas et al., 2013, p. 37).

Conclusiones

En este trabajo se ha buscado conocer la implicancia que tiene el contexto interpersonal y espacial geográfico en el proceso de reincorporación social en el marco de un tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas, en jóvenes y adultos habitantes de la Villa de emergencia, Barrio La Cava. A través de las vivencias y experiencias que narran las personas entrevistadas, se ha logrado identificar aquellos factores que participan en este proceso tanto negativa como positivamente y que consecuentemente, favorecen y desfavorecen la reincidencia en un consumo problemático.

Se ha priorizado el análisis de los factores interpersonales y de interacción social para abordar la problemática, puesto que éstos poseen en sí mismos -lo cual se ha reflejado a lo largo de esta investigación- una fuerza explicativa en la generación del comportamiento humano. En otras palabras, las redes vinculares, el contexto social y ambiental han demostrado constituir componentes clave para la comprensión de la salud y la enfermedad. Resultaría incompleto e inadecuado buscar comprender las conductas tendientes a un CP únicamente desde los factores psicológicos o individuales.

La problemática del consumo de sustancias está presente en todo estrato social, las recaídas como parte del proceso de tratamiento son frecuentes ya que la recuperación está lejos de ser un proceso lineal. Pero, en el caso bajo estudio se ha evidenciado que las particularidades del contexto socio-ambiental, atravesado por la situación de pobreza y derechos vulnerados, actúan -y modulan- como un importante factor de riesgo y constituyen un obstáculo al momento de la reinserción luego de la internación en una comunidad terapéutica. Si bien el proceso de permanencia en la CT en la mayoría de las experiencias es valorado de forma positiva, no obstante las herramientas adquiridas durante el tratamiento se ven trastocadas al retornar al ámbito comunitario.

Se ha relevado un entorno caracterizado por una alta exposición al consumo y narcotráfico, elevados niveles de violencia intrafamiliar y entre vecinos, viviendas precarias, condición de hacinamiento y limitado acceso a servicios públicos como salud y seguridad social. Respecto de las características de las redes vinculares, se ha identificado mayormente un empobrecimiento y carencia de los vínculos de contención, trayectorias familiares y relaciones primarias marcadas por situaciones conflictivas, que contribuyen a sentimientos de soledad y falta de apoyo social percibido. Tal complejo escenario repercute de forma negativa en el propio proceso de tratamiento; la reinserción y recuperación se vuelven un desafío que no siempre logra alcanzarse, lo cual explica, en parte, las reiteradas internaciones en las comunidades terapéuticas.

En contraposición, entre los factores que sí favorecen el proceso de recuperación y promueven conductas alejadas al consumo en el entorno, se encontraron: el apoyo familiar y social, la construcción de nuevas redes vinculares, la realización de actividades recreativas y ocupacionales, y vinculado con todo lo anterior, la participación en el Centro Barrial. El CB desarrollando un modelo de

abordaje multidimensional y comunitario se constituye como un espacio de referencia, cercano y accesible para la resolución de las situaciones que afectan a estas personas y sus familiares.

Trabajando en conjunto con el Estado, organizaciones sociales, y otros actores de la sociedad civil, el CB posibilita y facilita el acceso a los servicios públicos y sociales para las personas de la comunidad teniendo como fin último la restitución de sus derechos y la inclusión social. Asimismo, desde sus distintos espacios, se trabaja sobre la organización de la rutina diaria, la promoción de hábitos de cuidado de la salud y la capacitación en oficios.

Por otro lado, a través de las distintas propuestas, Casa Azul fomenta las relaciones sociales en la comunidad y ofrece a la persona un grupo de pertenencia en el cual pueda sentirse aceptada y acogida, lo cual constituye un enorme factor de protección. Mediante un proceso de empoderamiento, personal y comunitario, se apunta a la búsqueda, construcción y reconstrucción del propio proyecto de vida.

Referencias bibliográficas

- Abeijón, J. A. (2010). La comunidad terapéutica y la terapia sistémica. El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica. En D. Comas (Ed.). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea.
- Arranz López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, Vol. 18, 164 -182.
- Bail, V. (2016). *Cuidando a quienes cuidan*. (1° ed). Buenos Aires: Catálogos.
- Baistrocchi, R. & Yaría J, A. (2014). *Adicciones. Cerebro - Subjetividad - Conducta - Cultura*. (1° ed). Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Barilatti. (2017). Marco General. Desde El Origen. En E. Gómez Caride (Ed.). *Acompañados: El Origen*. Buenos Aires: Centro de Investigación y Transferencia en Prevención de Adicciones de la Universidad de San Isidro "Dr. Plácido Marín".
- Bauman, Z. (2022). *Modernidad líquida*. (2° ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Becerra, R. M. (1999). *Trabajo social en drogadicción*. (2° ed). Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2019). *La construcción social de la realidad*. (1° ed. 25° reimp). Buenos Aires: Amorrortu.
- Briñol, P., Falces, C. & Becerra, A. (2007). Actitudes. En J. F. Morales, M. Moya, E. Gaviria & I. Cuadrado. (Eds). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Camarotti, A.C. & Kornblit, A.L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.
- Comas, D (2010). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D, Comas. (Ed.). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea.

Centro de Estudios Legislativos y Sociales. (2009). *La ejecución del Plan Federal de vivienda en la Villa La Cava*.

https://www.cels.org.ar/common/documentos/INFORME_LA_CAVA.pdf

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. (2018). *La Argentina es el país con mayor desempleo juvenil del Cono Sur*.

<https://www.cippe.org/textual/la-argentina-es-el-pais-con-mayor-desempleo-juvenil-de-la-region/>

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. (2020). *Boletín de Pobreza N°2. Caracterización de la pobreza urbana en la provincia de Buenos Aires (S1 2020)*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin_de_pobreza_ndeg2_s1_2020.pdf

Czernikier, A., Escobar, V. & Pinto Venegas, J.P. (2017, mayo). *Red Puentes, una experiencia comunitaria en el tratamiento y prevención del consumo problemático de sustancias*.

1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Trabajo interdisciplinario para el abordaje de la salud mental y consumo problemático de sustancias. Buenos Aires.

Damín, C. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema. *Voces en el Fénix*, año 6, N°42, 11-19.

de la Calle Santiuste, A. (2006). Pérdida de oportunidad en Salud. *Revista de Humanidades*, N° 6, 140-146.

De León, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. (1ª ed). España: Desclée de Brouwer.

Edo, M. (2017). La situación de los jóvenes en la región. En E. Gómez Caride. (Ed.).

Acompañados: El Origen. Buenos Aires: Centro de Investigación y Transferencia en Prevención de Adicciones de la Universidad de San Isidro "Dr. Plácido Marín".

Escohotado, A. (2005). *Aprendiendo de las drogas. Usos, abusos, prejuicios y desafíos*. (15ª ed). Barcelona: Anagrama.

- Familia Grande Hogar de Cristo (2019). *Los Centros Barriales. Una estrategia comunitaria para acompañar la vida.*
<https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/07/DocumentoDeLaUnidad-CBs.pdf>
- Fiasché, A. (2010). *Hacia una psicopatología de la pobreza.* (2° ed). Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Fuero Contencioso Administrativo y Tributario del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. (2016). *Informe del equipo de investigación sobre consumo de paco en cinturón sur de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Diagnóstico y propuesta legislativa.*
<https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Informe-Paco-CABA-Andres-Gallardo-1.pdf>
- García, M. & Waisbrot, D. (1981). *Pichon Rivière: Una vuelta en espiral dialéctica.* (1° ed.). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- González Núñez, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas.* México DF: Manual Moderno.
- Goti, E. (2000). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga.* (3° ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hernández-Carrera, R. M., Matos de Souza, R. & de Souza, E. C. (2016). Entrevista cualitativa y la investigación en educación de adultos. *Horizontes*, V. 34, Número temático, 23-36.
- Innamorato, M.G., Acquaviva, M.A., Canavessi, J.J., Ruiz, J.D. (2015). *Vulnerabilidad social, las adicciones y prácticas delictivas.* (1° ed.). Buenos Aires: Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). *Condiciones de vida. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2021.* Vol.

6, N°4.

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_22F5E124A94B.pdf

Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 27, N° 3, 250-264.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Kelmanowicz, V. (2011). El modelo sistémico de la terapia. En F. Álvarez (Ed.). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.

Lapalma, I. A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol 10, N° 2, 61-70.

Lasala, Y. & Vaqueiro de Berecibar, M. J. (2018). Terapia ocupacional. En A. Trimboli (dir.). *El dispositivo del Hospital de Día en Adicciones. La subjetividad y la intersubjetividad en la clínica*. Buenos Aires: Noveduc.

Levín, L. G. (2016). *Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos*. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires.

Ley N° 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. 02-12-2010. Congreso de la Nación Argentina.

Ley N° 26.394. (2014). *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos*. 30-04-2014. Congreso de la Nación Argentina.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 613-619.

- Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, año IV, N°5, 165-180.
- Mitjáns Martínez, A. (1994). Contexto social, Psicología y Educación. *Revista Cubana de Psicología*, Vol 12, No. 2-3, 145-151.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. (1° ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Observatorio Argentino de Drogas (2009). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento. Argentina 2008*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2009._censo_nacional_de_centros_de_tratamiento_argentina_2008.pdf
- Observatorio Argentino de Drogas. (2014). *Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2014._estudio_local_de_consumos_problematicos_y_accesibilidad_municipio_de_berisso_2014.pdf
- Observatorio Argentino de Drogas. (2017a). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas_magnitud_del_consumo_de_sustancias_0.pdf
- Observatorio Argentino de Drogas. (2017b). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas_resultados_sobre_demanda_de_tratamiento_0.pdf

- Olivero, C. (2022). *El método del Hogar de Cristo*. Familia Grande Hogar de Cristo. Cáritas Argentina.
<https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/EIMetodoFGHC.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42865/924359124X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ovejas, P., Morelli, H., Moretti, M., de la Peña, B., Larrea, A., Eterovic, A. (2013). *La logoterapia en las Villas*. (1° ed.). Buenos Aires: San Pablo.
- Paz-Fonseca, A., Moneada-Landa, R., Sosa-Mendoza, C., Romero, M.G. Murcia, H. & Reyes-Ticas, A. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *Revista Médica UNAH*, Vol 4, N°1, 74-85.
- Pozzio, M. (2010). Empoderamiento: del punto de vista de los estudios de género al punto de vista del actor. *Question*, 1, 26.
- Quejia, J. (2020). Polarización y desigualdad en la estructura social y urbana de las ciudades de América Latina. El Caso del Municipio de San Isidro y el Barrio La Cava. *Revista Sociedad*, N° 41, 59-73.
- Rapoport, R. (1960). *Community as Doctor: New perspectives on a therapeutic community*. (1° ed). Nueva York: Routledge.
- Registro Nacional de Barrios Populares. (2022). *Resultados del Relevamiento Nacional de Barrios Populares*. Ministerio de Desarrollo Social, Secretaría de Integración Socio Urbana.
- Rodríguez Kuri, S. & Nute Méndez, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. *Revista de Psicología Iztacala*, 16, (1), 172-196.

- Rodríguez Kuri, S. y Fernández Cáceres, C. (2014). *Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 6, (2), pp. 57-78.
- Ruiz B, A., Brawerman, J., D' Alessandro, V. (2011). *Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR*. Observatorio Argentino de Drogas.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/oad_2011._estudio_evaluativo_de_los_tratamientos_subsidiados_por_sedronar.pdf
- Salvia, A., Bonfiglio, J. I. & Rodríguez Espínola, S. (2016). *Percepción de adicciones severas a sustancias psicoactivas en hogares urbanos de la Argentina: la situación de los jóvenes de barrios vulnerables*. Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8174>
- Sánchez, E., Cronick, K. & Wiesenfeld-Venezuela, E. (2005). La pobreza desde la perspectiva de la Psicología Social-Comunitaria. En N. Varas Díaz & I. Serrano-García (Eds.). *Psicología Comunitaria: Reflexiones, Implicaciones y Nuevos Rumbos*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.
- Sanz Arenal, A. & Campos Rodenás, R. (2016). *El fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría*. Trabajo fin de grado. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2019). *Modelo de Abordaje Integral Territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019._modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf
- Seidmann, S. & Muchnik, E. (1998). *Aislamiento y Soledad*. (1° ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Sluzki, C. (1998). *La Red Social: Frontera de la práctica sistémica*. (1° reimp.). Barcelona: Gedisa.

- Tamayo Alzate, A. (1999). Teoría general de sistemas. *Revista del Departamento de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia*, (8), 84-89.
- Toscana Aparicio, A. (2017). En busca de la justicia espacial. *Política y Cultura*, N° 48, 209-213.
- Universidad Católica Argentina. (2017). *Barómetro del narcotráfico y las adicciones en la Argentina. Adicciones y vulnerabilidad social. El consumo problemático de alcohol, factores de riesgo, grupos vulnerables y consecuencias sociales*. Serie Bicentenario 2010-2016 Informe N°IV. Editorial Observatorio de la Deuda Argentina.
https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=6b1cc6f6-5a40-0c8b-5024-7e20122e50c5&groupId=287460
- Vander Zanden, J. (1986). *Manual de Psicología Social*. (1° ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Van Olphen, J., Eliason, M., Freudenberg, N. & Barnes, M. (2009). Nowhere to go: how stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 4, 10.
- Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez Béliveau, V., Mendizábal, N., Fortunato Mallimaci, N., Neiman, G., Quaranta, G. & Soneira, A. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. (1° ed.). Barcelona: Gedisa.
- Verster, A. & Buning, E. (2000). *Manual de Metadona*. (1° ed.). Amsterdam: Euro Meth.

Anexo

Modelo de consentimiento informado

Mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el estudio académico llevado a cabo por la estudiante M. Victoria Bustamante, en el marco de su trabajo final de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Belgrano.

El mismo busca investigar acerca del proceso de reinserción comunal luego de una externación de la comunidad terapéutica por un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Para eso se llevan a cabo entrevistas presenciales a distintas personas habitantes del Barrio La Cava, Beccar, San Isidro, que han atravesado dicha experiencia; las entrevistas serán grabadas y luego transcritas.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria, y que mis respuestas a las preguntas y aportes serán confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucrados/as en la investigación.

Teniendo en cuenta lo anterior, luego de haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos de esta investigación, doy mi consentimiento para participar en esta entrevista bajo mi responsabilidad.

Firma del participante: _____

Aclaración: _____

N° DNI: _____

Fecha: _____

Firma del responsable: _____

Aclaración: _____

N° DNI: _____

Fecha: _____

Modelo de entrevista

Previo a la entrevista propiamente dicha se busca generar un clima de confianza y escucha mutua de modo que la persona se sienta cómoda y libre para expresar y compartir sus ideas y experiencias. Para comenzar, se le pregunta por la edad, personas con las cuales convive, situación laboral, internaciones vividas y se le pide una breve descripción del entorno donde vive.

1. ¿Cómo fue el proceso de tu primera internación?
2. ¿Me podés contar cómo fue la experiencia de estar en la comunidad terapéutica en los primeros momentos?
3. ¿En algún momento empezaste a vivir alguna situación incómoda en la CT que te haya generado la idea de irte? ¿Cómo fue ese momento?
4. ¿En algún momento del proceso de internación pensaste que ya había sido suficiente y podías volver a tu casa? ¿Cómo fue ese momento?
5. Estando en la comunidad ¿te diste cuenta de que algún vínculo o relación que tenías no te hacía bien? (vínculo anterior)
6. ¿Cómo viviste la vuelta al barrio?
7. Estando ya en el barrio, ¿encontraste dificultades u obstáculos para continuar con el tratamiento? ¿Cuál/es?
8. ¿Te encontraste con situaciones en el barrio, o entre vecinos, que te hayan generado la idea o las ganas de volver a consumir? ¿Cuál/es?
9. En relación a tu familia ¿algún momento familiar despertó la necesidad de volver a consumir? ¿Cuál/es?
10. ¿Por qué te parece que ocurrió así?
11. ¿Quiénes sentís que te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir o para el tratamiento?
12. Estando de vuelta en el barrio ¿sentiste en algún momento estar a la deriva, sin saber que hacer ahora, o pensar cómo sigue mi vida ahora? ¿Cómo viviste ese momento?
13. ¿Qué personas consideras son importantes en tu vida?
14. En relación a todo lo que me fuiste contando y en base a tu experiencia ¿qué le dirías a alguien que está por salir de la CT? ¿Cuál sería tu consejo? ¿Qué te parece importante transmitirle?

Entrevistas

CASO C

-Edad: 39 años

-Con quién vive: sus dos hijas, su mamá, papá y hermano.

-Situación laboral: trabaja, hace guardias en CT.

-Internaciones: “Es la primera vez que me interno, hice mi tratamiento, me interné hace dos años y medio, ya van a ser tres años en septiembre. Estuve internada un año.”

-Descripción del entorno: “Yo acá en el barrio vivo hace... tengo 39 y vine a los dos años, hace 37 años que vivo acá y la verdad que yo lo primero... yo amo el barrio, a mí me encanta, hoy por hoy verme de este lado, a pesar de que cuesta un montón la junta y el volver a poner límites al otro para no... ponerte el límite uno para no estar con exceso de confianza con el otro y después volver a recaer, cuesta viste pero bueno me pongo los límites yo, trato de buscar a alguien, de que me acompañen, le digo vamos hija a comprar, a mis hijas les digo para no... la tentación viste. A lo primero igual fue eso, ahora ya no, me manejo sola.

Yo inculco un montón a mis hijas a que ellas estudien y salgan de acá y me dice mi hija la más grande. (¿esto queda también grabado? Si vos quieres no lo pongo) Ah no no, porque yo le inculco a mis hijas a que estudien, que salgan del barrio y puedan... y ella me dice que va a comprar una casa y nos va a sacar de acá, y yo le digo no, comprate vos, viví vos, llevala si quieres a tu abuela, yo no me voy a ir de acá. Mi idea es seguir estando acá y poder ayudar al otro como me ayudaron a mí, acompañar a otras personas. Hay veces que tengo tiempo y me pongo acá afuera con chicos que están en consumo y los escucho, viste que otros discriminan, yo no, yo hago lo que me hicieron a mí.”

V: C, ¿cómo fue el proceso de tu primera internación?

C: Pasa que yo quise hacer ambulatorio en la Casita Azul y no pude sostener, fui creo que una vez y después me fui otra vez quince días, salí y no volví más, hasta que mi mamá me puso los puntos en decirme pensá en tus hijas, pensa en vos, en vos más que en tus hijas primero y es como que me hizo el click en la cabeza, y me dice yo no voy a estar toda la vida me dijo, fueron clicks que me estaban haciendo así “tack, tack”.

V: Iban cayendo las fichas.

C: Sí, entonces agarro y digo no, lamentablemente mami si quieres que yo haga algo me tengo que internar, no puedo sino. Le dije que no podía sostener y que necesitaba internarme y bueno gracias a Dios estuvo la Casita Azul, estuvieron acompañándome, buscándome lugar, me consiguieron lugar en la comunidad D que la verdad que estoy agradecida. Sigo en contacto y aparte trabajo ahí las guardias con ellos.

V: ¿Cómo fue tu experiencia de estar en la comunidad en los primeros momentos?

C: Ay no, super difícil. Al principio difícil porque uno se va a internar y la idea es: me interno por mi mamá y por mis hijas, nunca va a empezar por uno, siempre... a mí me preguntaban y yo decía no, yo estoy acá por mi mamá y por mis hijas, para recuperar el vínculo con ellos y listo, pero por dentro era hacer, como mentirle al otro, y en verdad pensar "la voy a hacer con carpa".

V: Voy a zafar...

C: Voy a zafar pero lo voy a seguir haciendo al consumo, viste eso las primeras semanas. El primer mes que salí las cuatro horas seguía con esa idea y no me dejaron ir al barrio, me tuvieron la salida cerca de la comunidad, por el centro. Así que bueno la pasé bien pero cuando salgo las ocho horas acá adentro de la villa, me agarró una adrenalina, de querer conseguir rápido por más que estaba en las ocho horas, pero después a la segunda salida era como que me estaba gustando esto de la confianza, con mi mamá, ya venía prendida a mi mamá, el miedo de no querer volver al consumo, que sí quería cambiar, allá al mes y medio, dos meses era yo, lo estaba haciendo por mí.

V: Por vos.

C: Claro, porque si yo no estoy bien no puedo estar bien para mis hijas ni para mi mamá. Así que bueno, pero me costó lo primero, querer aceptar que yo tenía una enfermedad y que yo lo estaba haciendo para el otro para que me dejen de joder. No fue fácil.

V: Estando en la comunidad, ¿en algún momento empezaste a vivir alguna situación incómoda que te haya generado la idea de irte?

C: Sí, claro. Sí, es que allá te ponen muchos límites, muchos permisos, tenes que pedir permiso para todo, vos no te podes mandar como en tu casa, entonces allá era permiso para ir al baño, permiso para revertir el vaso, para entrar a lavar tu vasito que tomas, permiso para entrar a la cocina, permiso para... era permiso para subir a la habitación, viste eran un montón de cosas que a uno le cuestan un montón, tenes que volver a pedir todas esas cosas, me costaba horrores. He llorado y pataleado en la habitación arriba cuando subía porque me enojaba, me ponía mal. Las terapias me costó un montón entender terapia con los psicólogos porque está bueno, que te digan cosas buenas uno es feliz pero cuando ya te empiezan a tocar cosas profundas y decirte tu personalidad te choca, y me

chocó y me dijo la psicóloga: si no te gustan las cosas acá agarra el picaporte y te abrimos la puerta. En un primer momento de la calentura sí, yo quería salir pero después pensé en frío y dije no, tengo que seguir sosteniendo, sé que va a ser toda la vida, que en el trabajo y los lugares hay que pedir permiso, son cosas que te van poniendo, esto del... el registro. El registro era que vos tenías que poner... tu nombre estaba escrito y tenías que poner habitación si te ibas a la habitación y mover el registro.

V: Ah, poner donde estabas en cada momento.

C: Claro, había una pizarra y tenías que poner lo que hacías, ibas moviendo el registro ¿por qué? porque eso afuera te ayuda un montón para decir me voy al almacén y vuelvo del almacén, estoy... ahí adentro era usar una pizarra y afuera me fui del trabajo y vengo derecho a mi casa, no me desvíó. Eso te ayuda un montón el registro, pero son cosas que te costaban allá. Y convivir con veintidós personas también fue muy difícil para mí. Yo soy única hija mujer, tengo hermanos varones, y compartir habitación con tres mujeres era, no no no, lloraba a la noche. Sí, me angustiaba, me quería ir y yo decía me tengo que aguantar, yo sé que voy a poder, yo sé que voy a terminar. Y aparte ver otras personas que vos... yo de los veintidós, cuando yo entré éramos veintidós y de los veintidos somos dos egresados, de ese trayecto de los dos años que va a ser, dos. Sufrí también que el otro deje. Pasa que te vas haciendo una familia ahí y que vayan dejando te pone... como que todos tenemos la idea de ir todos juntos. La verdad es que es feo porque son muy pocos los que salen recuperados. Pasa que ahí mucho es el vínculo de la familia que te acompaña y apoya, a mí gracias a Dios yo tuve un vínculo muy lindo, estuvo mi mamá, estuvo la Casita Azul...

V: Estabas acompañada.

C: Sí, y dos amigas que me apoyaron, dos amigas del jardín que nunca consumieron y no me dejaron de hablar y siguieron estando conmigo y seguimos. Somos compañeras del jardín, nunca me discriminaron, siempre estuvieron acompañándome, los fines de semana me esperaban cuando venía de la salida. Eso vale mucho y yo sé que hay otra gente que no tiene esa contención.

V: ¿En algún momento del proceso de internación pensaste que ya había sido suficiente y podías volver a tu casa...?

C: Yo a veces cuando venía a las salidas de veinticuatro horas, salía los sábados y volvía el domingo, tenía que volver el domingo y se me hacía pesado y no quería a veces volver, yo ya me sentía que ya está, ya me limpié, eran seis meses que ya no tenía más ganas de consumir, que ya no...pero había que cambiar un montón de actitudes, modos míos, todo eso que todavía faltaba limar un poco más las cosas y las que me dieron fuerza un montón fueron mis hijas. Ellas lloraban, se les ponían los ojitos de lágrimas pero me decían: dale mami estas bien, seguí yendo, te vemos bien, seguí yendo, eso me daba fuerza para seguir sosteniendo. Pero sí hubo momentos que yo sentía bueno ya está.

Pero bueno cuando, no sé si va a venir después, pero cuando a mí me quisieron dar el alta y... me temblaron las patitas, ya no quería que me suelten, como que quería seguir estando con ellos, el bastón de ellos, que me acompañen y que no me soltaran.

V: ¿Qué sentías?

C: Me dio miedo de ya no estar más ahí con ellos. Después cuando me volvieron a convocar a trabajar de guardia ahí dije bueno esto me va a fortalecer porque estaba como decayendo. El terminar el tratamiento, de alguna forma hay que seguir con algo parecido, porque sino te va cortando las enseñanzas que aprendiste allá, vas recayendo un poquito en actitud, cositas que después te van sumando y a la larga te encontras otra vez en una esquina. Esto me ayuda y me fortalece un montón estar trabajando ahí, acompañando a los otros, es como que: te lo digo, me lo digo.

V: Claro. Y estando allá en la CT, ¿te diste cuenta de que algún vínculo o relación que tenías no te hacía bien?

C: Sí, me costó un montón, dos años y medio el ...sí, dos años y medio porque el año pasado fue, en junio del año pasado cuando se me incendia la casa pude entender de que hay veces que hay que romper el vínculo cuando lastiman mucho. Porque yo tengo a mi papá que es una persona que me lastimaba siempre pero no sé porque yo siempre...lo amo, pero hoy me mantengo al margen, hoy hice distancia porque lamentablemente sino voy a estar siempre con esa mochila de angustia que me hace sufrir entonces hoy, no te digo que... pero no le hablo. Es lo que hoy me ayuda a mí a estar fuerte y... a veces papá y mamá discuten, me corro y me voy a la pieza, me entretengo con las nenas, me pongo a doblar ropa, no me involucro porque eso es lo que me llevaba al consumo y sigue pasando. Por ejemplo, uno cambia pero afuera no se cambian las actitudes del otro, entonces es muy difícil convivir con eso. Las nenas, el reproche, siempre te van a reprochar, está todo bien pero te van a reprochar "porque vos cuando me dejabas sola" "porque vos cuando..." y vos y vos. Pero bueno uno se lo tiene que bancar porque son las consecuencias, entonces yo me doy cuenta, no estoy poniéndome a la altura de ellas, no les digo "pero tenes que perdonarme" no, doy su tiempo de curación, que hagan sus procesos. Con otra persona con la que tuve que romper vínculo es con mi hermano M. Con mi hermano eramos muy pegados viste, porque consumíamos juntos, porque vendíamos juntos... el consumo. Entonces tuve que alejarme, compartimos mate acá en mi casa pero no me involucro, si tiene un problema no le pregunto, me mantengo al margen. Duele pero sabes que es lo mejor para uno, porque fue lo que a mí me hizo recaer después de diez años limpia, por no poner límites al otro.

Siendo mi hermano más chico. Me costó un montón ponerle límites, fui cediendo a sus... él pedía y yo cedía cedía, y hasta que cuando me di cuenta yo ya tenía mi casa... así que bueno hoy por hoy, ahí, ese es el límite que tengo que poner.

V: ¿Cómo fue esa vuelta? De la comunidad al barrio.

C: Me costó un montón porque fue distinta mi situación, yo todavía no estaba para externarme, pero como me operan.

V: Es verdad.

C: A mí me operan y no podía ir allá, porque tenía que subir escaleras, entonces me hicieron hacer el... ¿Cómo es? La recuperación acá. Y vos imaginate allá es controlarle que baje la euforia el otro, que no grite. Y venir acá... a los gritos. Yo quería escapar, lloraba que quería irme a la comunidad. Quería estar ahí, yo me sentía no aguantaba el barullo, el quilombo, el hablar fuerte, porque allá te controlan el tono de voz, y me molestaba todo me quería ir. Y cuando al mes y medio me dice el médico que ya tengo el alta entonces voy y les doy el alta y allá me dicen tenes el alta de acá también, tenés que hacer hospital de día y era como....

V: ¿No puedo volver?

C: Sí, quiero volver, todavía falta un poquito más les decía. “No, ya estás C” me decían y era como que muy difícil para mí volver acá. No era que no quería estar con mis hijas pero me sentía más cómoda allá, hasta que pude madurar.

V: Sí. Estando ya acá, se relaciona con todo esto que venimos hablando, ¿encontraste dificultades u obstáculos para seguir con el tratamiento?

C: Lo pude sostener, no te faltaba a los grupos, al hospital de día, pude sostener un tiempo.

V: Lo que vos dijiste antes, no cortar de una con...

C: Sí, seguir con la comunidad me ayudó un montón. Eso y me ponía a buscar... Me entretenía con los chicos con el fútbol, con el merendero, ah el tiempo que estuvimos con el merendero, eso me tenía ocupada la cabeza como para que llegue la noche y dormir.

V: ¿Te encontraste con situaciones en el barrio, o entre vecinos, que te hayan generado la idea o las ganas de volver a consumir? Algo que haya pasado, alguna situación...

C: Sí, es que si a mí vos me preguntas la sustancia, no la volvería, porque me llevó un montón de cosas, porque me hizo perder un montón de confianza que hoy por hoy la estoy recuperando con mis hijas, mi mamá, pero si te digo la verdad como paciente, te digo la verdad a mí me encanta pero sé que no lo puedo, es algo maligno que me va a hacer mal, pero viste que algunos te van a decir “no, yo a la droga no vuelvo más”, típico, y yo digo que es una gran mentira, que para mí me encanta, me encanta pero yo soy la que me pongo límite día a día porque sé que eso es lo que me llevó, me

hundió y...me llevó adonde... casi pierdo la vida. Entonces sí y hay veces que tenía ganas de consumir alcohol y decía porque si no voy a ir a la sustancia, puedo tomar una latita, puedo, y era como que no, y a veces me he mandado una escondida que después la tuve que contar en el grupo, viste, porque uno dice bueno es una latita pero minimizas, y a la larga va a seguir siendo igual, una latita, y el sábado que viene también y el otro va a ser igual, entonces hay que ponerse límites, todavía no, todavía no, me falta un montón, porque yo sé que si puedo algún día compartir una bebida alcohólica en algún momento que sea con alguien, que... en un evento algo, y que no haya consumo del otro, poder ir a comer a la casa de una amiga, mis amigas estas dos que tengo, que yo sé que ella no consumen y de ahí poder volver derecho a mi casa, y que en ese transcurso necesito convocar a alguien que me acompañe a mi casa, porque en el camino, uno está medio picoteado y bueno me quedo en el camino a tomar un poquito más.

V: **Sí.**

C: Lo que pasa es que las primeras salidas que yo, ya mi mamá no me iba a buscar, sí hubo gente que me quería... “¿C querés? Toma una y te regalo”, me decían, “después arreglamos” y era como la tentación, no no, ya está dejé yo. Y era muy duro porque no te regalaban, era para volver a hacerte caer y el negocio de ellos, era otra vez regalarte entonces costaba poner el límite al otro pero bueno me lo ponía porque yo sé que eso no lo puedo controlar. Si voy con una... no ni quiero entrar en eso. Cuando salía, yo me vengo por este lado (señala) porque por aquel lado era donde yo vivía todo... sí, el comprar, el todo, ¿para qué me voy a arriesgar un viernes a la tarde a venir por ese lado? Y una vez salí y le pedí a mi mamá que me vaya a buscar a la parada, tuve que pedir porque era sábado a la tarde, viste la música ya está en el barrio, empieza la movida de ellos y entonces trataba de... por eso hoy por hoy tomo el colectivo allá y si llego a venir por ahí, lo hago a la mañana....

V: **En horarios más tranquilos.**

C: Sí, hoy me voy cuidando.

V: **Bueno, y aunque ya me fuiste contando un poco, ¿hubo algún momento o situación familiar, en tu casa, que te haya despertado las ganas o la necesidad de volver a consumir?**

C: Y, a mí...recaí en consumo de alcohol en junio del año pasado cuando se me incendió la casa, discutí con mi papá, quise pegarle a mi papá, tomé alcohol y me di cuenta que el alcohol no te anestesia, el dolor seguía estando entonces pude entender que el alcohol no te ayuda en nada a solucionar los problemas, lo pude entender porque cada vez estaba más angustiada. Tomé dos ahí en mi vereda y lloraba por el incendio, porque yo imagínate... en proceso de mi tratamiento, en agosto ya tenía que ir a vivir a mi casa con mis hijas y en julio se me incendia la casa.

V: **¿Es por acá?**

C: Sí, acá a la vuelta, la callecita ancha. Fue un golpe, se me retrocedió todo y ahora todavía se me sigue retrocediendo, porque íbamos bien con la casa, tengo los materiales, pero no tengo la mano de obra, no tengo la gente que me lo pueda hacer, me cuesta un montón y soy sola y trabajo. Es a veces como decir. ya no puedo no sé como hacer, me quiero internar de última, lo dije el otro día, ya como que viste cuando decís está bien yo estoy acá, y agradezco a mi mamá pero... Ya quiero tener mi espacio yo con mis hijas y también darle el espacio a mi hermano y su lugar porque nosotros estamos invadiendo el lugar de mi hermano entonces me siento como que... molesto, no me siento conforme ya acá.

V: **Claro.**

C: Me cuesta un montón, trato de remarla pero se me está complicando. Trabajo en la comunidad y después estoy con el programa de Sedronar.

V: **¿El de acompañantes pares?**

C: Sí, pero la verdad que vine más triste, porque cobre cinco mil y pico y antes era casi diez mil y pico cobrábamos.

V: **O sea bajó el monto.**

C: Bajó a cinco mil quinientos y viste ya cuando...claro, vine cobrando tres meses bien, diez mil y pico, y uno cuenta con eso y encontrarte en el cajero con...

V: **¿Y preguntaste?**

C: No, debería... porque yo estoy yendo a las terapias, estoy yendo al grupo. Aparte que el programa Delta se está comunicando con el psicólogo de acá de la casita azul, están a la par, los dos para llevarme...

V: **C te hago otra pregunta ¿Sentís que hubo alguien que entorpeció tu tratamiento? Un poco ya me dijiste, la gente que te ofrecía con ese “te regalo”...**

C: Sí, y también aguantarte lo que dicen “Ah, ahora te haces la recatada, ahora, ahora...” viste el bolaceo y que te descansan, pero hoy por hoy...C la de antes se enganchaba, te peleaba, hoy por hoy lo entiendo y sigo caminando, no me le río tampoco porque sé que está en consumo pero no me afecta a mí eso. Pero antes me prendía, era como la leona, hoy no, hoy me pongo el límite yo, no me voy a poner a la par de...

V: ¿Y quiénes sí sentís que te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir? Ya me nombraste algunos, tu mamá....

C: Sí, mis hijas, mi mamá, mis amigas, la Casita Azul, Sí, sí porque se turnaban Fabi con Vero para venir acá a mi casa a verme, iba cada tanto a verla a Ana, a visitar, a contarle como me iba con el tratamiento, la verdad que fue una gran ayuda, el Padre Nacho. Eso me ayudó un montón.

V: Fueron personas importantes.

C: Claro, porque yo a veces cuando medio que chocaba con mi mamá, uno choca con los padres y bueno era desahogarme con mis amigas y poder estar con ellas, me soltaba un poco de mi mamá, porque sino era como que estábamos muy muy juntas y hoy por hoy yo estoy en pareja y me abrí de mi mamá. Y ahora hay indiferencia... molesta al otro que no tenés más el tiempo, mamá todo el día las 24 horas, y me tengo que hacer el tiempo para mí. Para mi trabajo, para mis hijas, para mi pareja, porque también uno quiere estar con la pareja viste y el tema del miedo de que me tengo que volver a operar y por todo este tema del rebrote que hay de nuevo, no sé si me van a operar otra vez.

V: Sí, son varias cosas.

C: Sí, varias cosas que se me están... sumando y ahora viste que ya estas bien y ya te están diciendo que tenes que ir a tu casa, que termines tu casa, y tienes que ir a vivir con tus hijas, y está el miedo otra vez. No miedo de... miedo de volver a las responsabilidades de mamá, eso me está...porque acá está mi mamá, y tengo una nena de 16 años que gracias a Dios cero problema, no es una nena de la cancha, no sale de acá, es del colegio a acá, ahora porque empezó el colegio. Y al único lado que se va es a la casa de mi hermano D pero la llevan y la traen en auto viste, es una nena muy sana, y me da miedo el que, están re bien acá y que yo me las lleve y se me...vayan. Pero viste es la ley de la vida y la voy a tener que...pasar pero no sé. Pero me da mucho miedo, no lo tenía.

V: ¿No pensabas que te iba a dar miedo y de golpe llega el momento y...

C: Claro, siempre me quise ir con mis hijas, que yo estaba bien, que me sentía mamá de mis hijas, que la responsabilidad, que esto que el otro, y este año... ahora en estos tiempos me da el cagaso y aparte que se me atrasa la casa y digo, por algo será. Es como que me manejo la cabeza, por algo será, será que no voy a poder ser buena mamá y digo buen, nadie nació con un libro en la mano. Tengo que dar ese... y digo: si hago algo bien, porque a los chicos les encanta que yo vaya a hacer las guardias, a los que están internados me dicen ellos que se sienten re bien conmigo "cuando volves", yo me estoy yendo y me dicen "y cuando volves?" y yo les digo, "mañana ya vuelvo chicos", están muy... y a mí eso me fortalece. Y digo bueno si hago algo bien acá y soy como mamá sargenta como dicen, para ponerle el límite a ellos, el ayudarlos a ordenar sus cosas en su cuarto, como me enseñaron a mí... sé que a veces molesta al otro y lo voy a tener que hacer con mis hijas.

V: ¿Te pasó en algún momento, estando ya de vuelta, egresada, aunque seguías participando, de sentirte a la deriva, o de no saber qué hacer...

C: Y... la idea es seguir... me anoté al curso para dar mis materias previas, ya me anoté en el Santo Domingo Savio, para dar las tres materias previas así que ya...debo tres y termino el secundario. Y la idea es seguir con esto de... porque yo me bajé de operadora, no por un tema de que no quería estudiar, es que no tenía lugar acá. Yo no tengo espacio para el Zoom ahora por ejemplo, yo ahora, ya vinieron las chicas y me tengo que encerrar en la pieza. Y tengo que hablar en el grupo terapéutico y no puedo hablar de mí entonces me cuesta un montón.

V: Sí, es un tema el espacio. Entonces estás con el proyecto de terminar la escuela.

C: Sí tengo varios, pero... la casa te bajonea y ahora cobrar y me encontré con esta plata, viste cuando decis... pero bueno eso no me tiene que hacer recaer, ponerle onda, ahora voy a cobrar lo de las guardias, sumaré eso, me limitaré con lo mio, igual la plata como que no alcanza, necesito más para trabajar pero no me dan los tiempos. Vengo de una guardia, salgo, ya hoy se me va a pasar el día y ya mañana tengo que ir a trabajar a las 4 de la tarde pero mañana ya tengo un día agitado. Tengo la cabeza ocupada y eso está bueno porque al que dejó de consumir está bueno que tenga la cabeza ocupada. Para no estar pensando en cosas viste, porque hay veces que como que decis estoy haciendo las cosas bien y me sale todo mal pero no, eso que no me lleve al consumo.

V: C, con todo esto que me fuiste contando de tu experiencia, imaginate una persona X que está por salir de la comunidad, y volver a su casa. ¿Qué le dirías, qué te parece importante transmitirle? Algún consejo o recomendación que te hubiese gustado que te digan a vos...

C: Que se busque gente sana, que busque actividad, que se acerque a la Casita Azul, que busque actividades sanas, como el tema del fútbol, colaborar en Exploradores... Eso te va a ayudar, cortar vínculos anteriores, saber que a tal horario te vas a dormir, respetar eso, esquivar un poco la gente hasta que vos te sientas seguro y bien firme de uno mismo porque... sí, que se busque relaciones, gente sana. No exponerse en lugares que no se tiene que exponer. Yo viste que trabajo en el centro de adicciones y son más gente, no están trabajando más con Sedronar entonces son toda gente de nivel alto, entonces vos decis bueno, no es que solamente en la villa hay consumo, en todos lados. Cuando estoy trabajando con los chicos ellos me dicen: "yo no sabía que vos vivías en una villa". Sí, yo vivo en la Villa La Cava, "pero no se nota" me dicen. Igual, mi modo de hablar hoy por hoy les digo... porque acá me ayudó, me ordenaron, a cómo hablar, cómo no hablar, les digo pero sí, soy del barrio. "No, pero no pareces, por tus formas y modos." Y yo les digo que hay un montón de gente que son laburantes en el barrio, hay gente que estudia y mucha que quiere avanzar. Me gusta cuando me dicen no pareces, digo que bueno que me haya podido modificar, en mis modos de hablar. Yo antes era "eehh", salía afuera "eh loro, gato" viste ese modo de negra. Hoy por hoy es "hola" y me dicen

“ahh C ya no saludas bien”. Con lo único que me acuerdo que me encantaba venirme cuando venía del centro era por los chicos, chicos de 13 para abajo, era como...yo me sentía que era no sé una actriz, venía con la mochila y me saludaban, “¡C!”, me daban la mano, me saludaban contentos, y me decían “¿adónde te vas?” “otra vez al centro donde estoy internada para no estar mal como antes, ¿se acuerdan? que yo estaba en la esquina antes”, y les contaba a los chicos entonces para no tapar, esconder, para que vean porque están creciendo y es feo y ellos me veían. Cuando hacía deporte o me ponía a jugar a la pelota, y les encantaba esa C, y me esperaban el fin de semana. El otro día me estaba llevando veinte chicos a la plaza, para distraerme, eso me ayuda y fortalece, me gusta eso, estar acompañado. Porque hay muchas madres que no les dan el tiempo, no pueden, no son capaces de llevarlos a la plaza, y me hacían caso. Me gustaba a los chicos poder contarle lo que me había pasado, como me ven ahora. Cuando recaí en el consumo de alcohol después me sentí como sucia, qué hice, porque típico lo hacemos y después nos lamentamos. Tengo que ponerme límites pero pasa que a veces sentís que se te viene todo abajo...

V: ¿Cómo piedras en el camino?

C: Sí, es así la vida pero tenemos que seguir y entender que, bueno que escalón por escalón y hay veces que el escalón es largo, lo estoy entendiendo ahora, que me va a costar y me va a llevar un proceso, y que soy sola y por eso se me va a hacer difícil el tema de mi casa. Gracias a Dios me consiguió las camas cucheta el Padre Nacho, el municipio me ayudó bastante con los materiales, y la mano de obra cuesta, y es difícil conseguir personas.

V: Sí. Bueno muchas gracias C, ¿algo más, algo que te hayas quedado con las ganas de decir?

C: No, creo que no.

V: Bueno, muchas gracias por tu tiempo y por contarme todo esto.

C: A vos Vicky.

CASO M

-Edad: 37 años

-Con quien vive: solo

-Situación laboral: No trabaja

-Internaciones: “De menor estuve como...habré estado en 30 CT de menor, porque me mandaban a una comunidad, me fugaba y así, salía y me mandaban a otra y así. Que me quedé en una comunidad fue en Cumelen hace varios años que hice un tratamiento que no lo terminé porque me dieron la libertad antes del juzgado. Eso fue cuando era menor. Llegué a hacer tratamiento con psicólogo, todo, en la comunidad y estaba bastante bueno porque tenía proyectos laborales, laburar con animales. Ahí hice tres años, de menor, de 17 para 18.”

-Descripción del entorno: “El barrio...muy cachivache, en el sentido de que te venden droga por todos lados, no confías en nadie, a veces se matan entre ellos, o sea...todo por la droga, mucho quilombo. Después vive gente buena, que sale adelante, que te quiere ayudar, laburar. Después bardean mucho a la gente que sale a trabajar, están amanecidos. Y yo en un momento lo hice pero ahora lo pienso y no me da. Si tengo que mandarme alguna o hacer alguna cosa no lo hago adentro del barrio.”

V: M, te voy a ir haciendo y la idea es que vayamos charlando. Sé que fue hace mucho tiempo, pero ¿te acordas cómo fue el proceso de tu primera internación?

M: No tenía ganas... es que del juzgado de menores me mandaba a máxima seguridad y cuando vos vas a La Plata al movimiento de menores te atiende una psicóloga y ella evalúa si estás para comunidad o movimiento. El juzgado me mandaba a máxima seguridad, que tenía que ir a un instituto de menores y cuando iba hablaba con la psicóloga y ella me daba mediana seguridad y siempre me iba, salvo la de Cumelen que si te ibas te salían todos los pibes a buscar. Y ahí es donde aguanté más, porque sabía que no me podía ir.

V: ¿Eso en la comunidad?

M: Sí, en la comunidad por consumo, hice tratamiento, había muchos psicólogos, en Olavarría era eso. No tenía ganas de hacer el tratamiento pero lo hice obligado, además sabía que ya tenía 18 años, que no era lo mismo. Si me mandaba alguna iba a ir a la cárcel, no era lo mismo.

V: Claro, entonces fue que te derivaron ahí.

M: Sí, fue por obligación más que nada.

V: ¿Cómo fue tu experiencia estando en la CT en los primeros momentos? Si quieres puedes tomar como referencia la comunidad de Cumelen.

M: No, en los primeros momentos fue re... feo. Porque la abstinencia, las ganas de irte, que te manden, que tenes que hacer esto. Y yo me quedaba sentado ahí hasta que me venían, me hablaban, me limaban la cabeza, hasta que vos no decías algo no te paraban de hablar, preguntas, todo y yo decía qué carajo hago acá yo me voy, y por allá no me dejaban ir, y me terminaba agarrando a las piñas con los operadores todo. Y nada después ya con el tiempo entendí, después vino mi vieja, me calmó y después ya me quedé, me quedé como tres años.

V: ¿Qué decía ella del tratamiento?

M: Me re apoyaba. Una vuelta no me olvido que mi viejo se fue en auto hasta allá y eso lo re valoré un montón, que te vayan a ver estando en la loma del orto. Yo decía "uh no va a venir nadie" pero allá cayeron en el auto y me re sorprendí, y eso yo me lo re acuerdo. Eso te re cambia, tener el apoyo de tu familia y que se vayan a verte. Aparte no tenía un re auto tenía un Dodge 505. Se fueron hasta allá y cayó mi vieja, pasamos re lindo. Yo estaba re... estaba en la última etapa ya yo cuando me llegó la libertad, estaba en pre admisión ya, ya me estaba por ir, estaba terminando el tratamiento, tenía que plantar el arbolito y ya irme. Y.. nada después me llegó la libertad, vine acá al juzgado y... como no me querían mandar para allá otra vez me preguntaron si tenía un número de teléfono y yo les dije que no, que llamen al 911, ¿911 era? que te daban los teléfonos ¿te acordas? que antes vos llamabas y te daban el teléfono. Llamé acá, mi viejo laburaba acá en el Hípico, y lo llamé y me fueron a buscar. Y ahí no volví más, nunca más terminé el tratamiento, estaba ahí nomás, si el juzgado me hubiese dejado hasta que lo termine capaz que lo terminaba.

V: En la comunidad, si es que te acordas, en algún momento, empezaste a vivir alguna situación incómoda? Se con un compañero, un...

M: Sí, sí, varias veces. Porque no quería escuchar, porque estaba cerrado, quería seguir, irme, me cerraba en eso y terminaba discutiendo o pegandole. Sí, tuve, con los pibes también, con un montón.

V: Querías irte..

M: Sí. Me parece que son cosas normales que pasa un adicto porque la abstinencia no es fácil y más sabiendo que vos estás lejos, que te querés ir, que vivías de gira todos los días.

V: ¿Lejos de...?

M: Mi familia... no porque en ese momento no tenía familia. Me fueron a ver pero nada más. Me quise ir un montón de veces pero no me dejaban.

V: ¿Cómo era que no te dejaban irte?

M: No, porque era el sistema, protocolo de ahí. Veían que te ibas, te corrían entre todos los pibes y te traían otra vez.

V: ¿Los pibes te referís a los mismos residentes?

M: Los pibes que estaban haciendo el tratamiento.

V: Que no querían que uno deje digamos.

M: Claro, que estaban en otra fase, porque arrancaba admisión, fase a, fase b, fase c, después estaba pre admisión y admisión para la calle algo así. Los mismos compañeros te salían a correr y te traían, te llegaban a la esquina, se te ponían a hablar ahí hasta que te hacían bajar y entrar de vuelta, entendes. Pero al hacer eso bajabas de admisión. Estabas en fase c y te querías fugar, bajabas a la a. Te ponían un límite.

V: M, estando allá en la CT, ¿te diste cuenta de que quizás algunos vínculos anteriores que tenías eran dañinos?

M: Sí, la junta que tenía. Esa gente es la que me llevó...no, nadie me llevó a nada a mí, yo lo hice porque yo quise y por la vida que tuve, y porque me re cagaban a palos cuando era chico.

V: Vos pensas que tiene que ver con eso...

M: Sí, yo tengo mucho rencor con mi viejo, mi viejo era una persona que... mi padrastro, no era mi viejo, que me agarraba con una fusta de caballo y hasta que no me dejaba mormoso no paraba y yo decía por qué, ¿entendes? y siempre me quedé con eso. Lo quise matar varias veces, empastillado.

V: Si tuvieras que decir algún vínculo que no te hacía bien...

M: Eran los pibes, los amigos.

V: Ya en el barrio, a la vuelta de la comunidad, ¿cómo fue esa vuelta?

M: No quería volver, si yo ya tenía tres años sin consumo, entendes, y volver a tu casa, volver a tus amigos, a todo esto y sabiendo que...que acá está todo, lo tenés a mano. La droga va a estar en todos lados pero acá la tenés más a mano todavía. Tenes tus amigos, tenés la gente que se crió de chica... y nada. No quería volver. No te ayuda. Es más, al que se está curando al pedo volver al barrio, a la casa donde salió, tiene que irse para otro lado. Porque volves, después te peleas con tu

mujer, está tu amigo en la esquina y te fuiste, te tomaste una birra, ya la birra te tomaste un faso y así seguiste.

V: ¿Irse a otro lado...?

M: Es verdad, igual no podés, no tenés otro lugar.

V: Ya me fuiste contando un poco, pero ¿encontraste dificultades u obstáculos para seguir con el tratamiento, ya estando acá? Vos me estabas diciendo recién que hay dificultades para mantener el tratamiento.

M: Sí, muchas, ya directamente si estás en un tratamiento no vengas acá. Lo que pasa es que la droga va a estar en todos lados, si vos no te sabes manejar, si no sabes decir que no te vas a seguir drogando, al pedo que hagas el tratamiento.

V: ¿Te acordas de haberte encontrado con alguna situación en el barrio que haya generado ganas de volver a consumir?

M: Yo de los 13 años que ando en la calle, más de 27 años de consumo. Intenté ponerme las pilas pero yo siempre lo hice por los demás, no por mí. Y ahora es más por mí que por los demás, ahora que estoy solo lo haría para mí, mostrarle a mucha gente que puedo pero no...Lo demás es todo excusa me parece, echarle la culpa al vecino, si vos te estás drogando, siempre va a haber situaciones que te van a hacer recaer. Los mismos problemas de tu casa, o si tienes pareja con tu pareja, entendes y vos sabiendo que sos un drogadicto, esas cosas te hacen recaer.

V: ¿Y tuviste alguna situación familiar, más allá del barrio, que te haya generado la idea de volver a consumir?

M: Sí, la manera de que... tenía con mi viejo, de que estaba muy dolido y cada vez que lo veía me acordaba todo eso y me iba y me drogaba y ya después me ponía en pedo y lo quería matar y así sucesivamente. La manera de criarte más que nada. El otro día tuve una situación que fue mi hijo a reclamarme muchas cosas, pero fue digitado por la madre. Tiene 16 y vino a hablarme mal, vino con el dedito acusador a quererme pegar, bajame la mano o te lleno de trompadas wacho, no le pegué igual, porque no, no... ya faltarle el respeto así me parece que no, no va a haber ningún respeto nunca, pero tampoco me puedo dejar basurear como me estaba basureando entendes. No me puede faltar el respeto si yo nunca le falté el respeto, dice que yo le falté el respeto, ¿cuando te falte yo el respeto? nunca te lo falté "siempre te intenté dar lo mejor y lo que pude". Me reclamó ella porque me dijo "a mi hijo lo llevaste a Moreno y..." cómo era que me dijo, y "lo re verduguearon". ¿Qué? le digo, ¿eso vos andas diciendo? Primero y principal que lo echaron a los dos porque yo me vine con él y segundo que empezó a hablar cosas que no tenía que hablar. Y así empezó, vino la madre y también

discutimos. No le levanté la mano pero de golpe tenía unas ganas de pegarle a mi hijo, me dice “eh pero vos no estuviste cuando me pusieron un fierro en la cabeza”, y yo que culpa tengo, que culpa tengo de que tu mamá vaya y haga puterio. Decile a tu mamá las cosas que a vos te pasaron porque yo no estaba, corte que quedó dolido porque yo no estaba cuando le pasó eso y quiere que yo haga algo. Yo ni sé, por qué me tengo que traer un problema a mí. Pero si él no me tiene respeto por qué yo lo tengo que respetar. Yo le tengo bastante respeto pero la madre lo está criando de una manera que no. “Yo voy a venir todos los meses” así de cheto, y mejor que me pases la plata me dijo. “Yo primero y principal no te voy a dar nada, porque a mí de malo no me vas a sacar nada, si quieres hablar bien, agarramos nos sentamos, nos tomamos unos mates”, pero...porque él me dice “yo me estoy criando re mal”. ¿Vos sabes como yo me crié? Él no sabe todas las cosas que yo pasé. La culpa es de la madre porque la madre le está enseñando lo malo y no lo bueno, entendes, y el pibe se va a golpear si no tiene respeto con nada, si no me tiene respeto a mí, menos le va a tener respeto a otra persona. O sea la madre lo está criando mal. Y me quedé re mal ese día.

V: Sí, me imagino.

M: “Hijo, cuando vos tengas ganas de hablar conmigo, cuando vos quieras hablarme bien yo vivo allá al fondo. Ahí vivo yo, anda golpeame la puerta que yo te voy a atender, pero vení y hablame bien, a mí de malas no me vas a sacar nada.”Y se fue llorando, la madre se lo llevó porque yo ya me estaba borrando, pasó un perro, lo agarré a patadas al perro y ya se me estaba borrando. Y agarró y se fue.

V: ¿Y vos que hiciste?

M: Yo me puse a dar vueltas, agarré, hice el baño, yo cuando estoy caliente me pongo a distraerme, igual sigo pensando, sigo pensando pero...son cosas que tienen que pasar pero no de esa manera y ahora no sabes como me duele, lo veo a mi hijo pasar y no lo saludo, directamente paso como que no es nadie. Lamentablemente lo tengo que ignorar, yo le digo “cuando vos tengas a tu familia lo vas a entender”. A ella le dije enseñale lo bueno porque se va a golpear. Lamentablemente me duele pero no puedo hacer mucho, si él quiere tratarme mal yo no me voy a dejar basurear por más que sea mi hijo. Vení sentate conmigo, vení, pasa. Algo totalmente diferente. Yo intenté acercarme un montón de veces con él pero como que nunca estuvo, no me tiene respeto, la respeta más a la madre que estuvo siempre pero a mí veo que no me tiene respeto. Y si no, lo va a educar la calle, tarde o temprano lo van a golpear.

V: Qué difícil. M, ¿quiénes sentís que en ese momento te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir?

M: Mi viejo, mis hermanos.

V: ¿Tu viejo, tu padrastro?

M: Sí, porque lo entiendo porque también la madre lo re cagó a palos, no es manera de criar a una persona. Igual era una persona que hacía mucha diferencia con los hijos de él y mi mamá. Porque mi hermano que nació después que yo, hijo de él, nunca le pegó. El chabón se descargaba con nosotros y la culpa también era de mi vieja porque ella no tenía que dejar que nos levanten la mano. Igual también la entiendo a mi vieja porque ella sufrió mucho con nosotros. A ella le cerró la puerta la mamá en la cara con tres pibes en la calle, y eso fue algo que ella nunca se lo perdonó a la madre, yo no podría dejar un hijo en la calle con hijos, no podría lamentablemente. Le abro la puerta, no se la cierro. Mi abuela lo hizo y mi vieja quedó re dolida. Pero es depende como te crían a veces, a veces te crían bien y a veces te crían mal.

V: Cómo te crían. Antes también dijiste que dependía de uno. ¿Son ambas cosas para vos?

M: Es fortaleza más que nada, es fortaleza y darle para adelante. Es un objetivo propio dejar de consumir, tenés ganas de dejar de consumir, por más que te interne tu mamá, tu papá, no lo estas haciendo por vos, lo estas haciendo por obligación porque te está mandando tu familia, entendés, pero es voluntad más que nada.

V: Voluntad.

M: Es lo que me dijo una psicóloga una vez, pero para qué estoy hablando con vos le digo yo, si vos no me vas a dar ninguna solución, si no vas a hacer que me deje de drogar. “Nada, si la solución la tenes vos, sos vos la persona, yo no puedo hacer nada, te puedo escuchar, aconsejar, pero más que eso no puedo hacer”. Ah, entonces para qué sigo hablando, me levanté y me fui. Si la solución era yo no era ella. Ellos lo que te dan es herramientas para que vos te sepas manejar, pero después la solución es tuya.

V: ¿Y qué rol ocupa el Centro Barrial?

M: Si no fuera por el CB yo ya estaría detenido. Yo cuando conocí ese lugar... yo venía de drogarme todos los días cinco gramos y era una persona muy adicta que vivía drogado y llorando porque me había separado. Y después caí ahí y como que me tranquilicé, me dieron una mano, otros lugares no hay para hacer esto. Yo vi otros pibes que necesitan ayuda también y no tienen donde ir a pedir una mano. Vos llegas a Moreno y en Moreno no hay todo esto, ni siquiera un paquete de fideos te dan y eso se valora un montón. Es un lugar donde caes, sino seguís agarrando la droga y pasaron los días y terminaste en un cajón muerto.

V: ¿Cómo llegaste al CB?

M: Por mi hermana, ella me dijo por qué no vas allá, porque ella me veía que andaba re mal y que en cualquier momento terminaba mal, y me acompañó mi vieja. Me quedé hablando con A que me dijo vení mañana, vení mañana y ahí me quedé. Yo vengo acá, me levantó y no me drogo. Si yo no vengo acá ya me estoy levantando con un porro en la boca. Me estoy drogando todo el día. Yo veo que ya es costumbre lo mio, no puedo vivir sin la droga, y no te hace nada, estas gastando plata al pedo porque después te arrepentís de todo lo que hacés.

V: Estando de vuelta en el barrio, ¿te pasó de sentir estar a la deriva, sin saber que hacer, o pensar cómo sigue mi vida ahora?

M: Si, sí me pasó. Qué carajo hago, no querés salir de tu casa, sí, como que tenés fobia de salir, no sabés qué hacer. Si haces un tratamiento tiene que ser con salida laboral para que vos no te quedés, porque si vos largas un pibe que no tiene nada ¿y qué va a hacer? va a agarrar un fierro, es lo mismo que salir de estar en cana, salir de estar en cana, no te drogaste, igual en cana te drogas pero no te drogas tanto como estando acá pero es lo mismo, ¿qué haces? sale un pibe de estar en cana y ¿qué hace? Lo primero que agarra es un fierro si sale de una cárcel. Tenés que salir a remarla, tenés que rescatar para la sube y no te gusta molestar siempre a las mismas personas y no tener te mata también.

V: Se hace difícil. ¿Qué personas consideras son importantes en tu vida hoy?

M: Yo.

V: Vos.

M: Sí, no tengo a nadie. Mi hija también pero vive lejos.

V: En relación a todo lo que me fuiste contando de tu experiencia ¿qué le dirías a alguien que está a punto de salir de la CT, cuál sería tu consejo o recomendación?

M: Que se puede, hay que ponerle ganas nada más, que no tenés que depender de nadie, que no dependa de nadie. Si tiene ganas va a salir y no golpeándote. Fortaleza, te ayuda las ganas que tengas de dejar. A veces estamos en un pozo tan depresivo que sí, cuesta mucho, por eso algunos se terminan matando, otros en cana, vos sabes como es esto. Se puede. Es difícil, vos no sabes lo que era esto el sábado a la noche, lleno de gente en pedo, drogándose. La policía no quiere entrar porque ya mataron a dos gendarmes...yo si me pongo bien recupero a mi familia, con mi mamá no me hablo, nos peleamos por mi hermana menor.

CASO E

-Edad: 25 años

-Con quien vive: su marido.

-Situación laboral: trabaja dos veces por semana cuidando a una persona mayor.

-Internaciones: “Dos veces estuve internada nomás, una dos meses y la segunda diez meses, que lo cumplí.”

-Descripción del entorno: Yo vivo en la Sanca pero más tranquilo, no vivo acá en la Cava pero hace poco me vine a vivir acá, con el papá de mi nene que vive acá y mi suegra también. Nada y estoy viviendo con ellos. No me gusta mucho vivir acá porque hay mucho consumo, y estar viviendo por estos lados es muy complicado también ¿no? Uno que no consume bueno, la vive pero uno que consume y ve todos los días que se drogan, no... vos no te drogas y pasa uno y se está drogando y... si quieres quieres y si no quieres no quieres pero bueno depende de como sea tu organismo porque si vos quieres drogarte o te dan ganas de drogarte... y si no quieres no, decis que no y te das media vuelta pero es muy difícil.

V: Ahora te voy a ir haciendo algunas preguntas y vamos charlando. ¿Cómo fue el proceso de tu primera internación?

E: ¿El proceso? ¿Cómo fue?

V: Sí, cómo fue, cómo llegaste a ese momento..

E: Quería internarme y me interné, después como no me gustó el lugar, me fui. Así que nada, depende como te sientas... si te sentís cómoda, incómoda no te sirve estar en un lugar porque lo estás haciendo por estar.

V: ¿Y la segunda internación, donde terminaste el tratamiento?

E: Sí, esa puse mucha voluntad y me costó bastante. Lloré, sufrí, extrañé. Muchas cosas pasas ahí, porque estas lejos de tu familia, de tus hijos.

V: ¿Recibiste apoyo?

E: Sí, los educadores. Siempre estuvieron los educadores, las compañeras de ahí, ellos te dicen si cada vez te ven bien o mejor. Yo antes no hablaba nada, igual no soy de hablar mucho pero no

hablaba nada, teníamos reuniones, terapias, así en grupo y yo no hablaba, me preguntaban qué estás haciendo E ¿estás bien? Estoy bien nomás les decía y listo, después me empecé a hallar, a hablar un poquito más y después me abrí en los grupos. Eso llegó hasta el final, llegué hasta el final, hasta que me dieron el alta.

V: ¿Y por fuera de la comunidad...?

E: El papá de mi nene, mi marido, mamá y mis hijos nomás, porque después los demás preguntan, preguntan pero nadie se acercaba.

V: Entonces al principio fue más difícil y después te fuiste....

E: adaptando.

V: Sí, y ¿cómo consideras la experiencia de estar en la comunidad?

E: Buena porque salís de muchas cosas, pensás. Yo antes cuando tenía problemas lo gritaba o peleaba y ahí en la comunidad me enseñaron a hablar, escuchar y no a pegar, porque yo era muy impulsiva. De ir a lo directo y ahí lo aprendí, me costaba mucho hablar, hasta ahora me cuesta hablar y ahí aprendí pero eso me costó bastante, hasta el día de ahora, pero muchas cosas aprendí.

V: Y estando en la comunidad, en la primera o la segunda, la que vos quieras, ¿en algún momento empezaste a vivir alguna situación incómoda que te haya generado la idea de irte?

E: Con compañeras chocaba mucho. Sí, muchas veces me decían “yo me voy, me voy” y cuando ellas me decían eso a mí me daban ganas de irme.

V: Era como... ¿contagioso?

E: Si, a mí me daban ganas de irme, a mis compañeras también y así seguía y seguía. Me decían “vayámonos, esta comunidad no sirve, esta comunidad es una mierda, no nos enseñan, no nos escuchan” y éramos nosotras las que no nos abríamos y no dábamos la confianza que teníamos que tener, éramos nosotras las que estábamos encerradas, las orgullosas que no queríamos salir o hablar con los educadores. Nos encerrábamos y decíamos eso pero después ...ya está.

V: ¿Te pasó que en algún momento del proceso de internación pensaste que ya había sido suficiente, que ya estabas, que ya podías volver a tu casa?

E: Sí, lo dije, cuando tenía seis meses de tratamiento pero yo dije no, yo digo que estoy bien pero me falta y preguntaba cuándo me voy a ir, re ansiosa, re ganas de irme a mi casa. Pero tenía que estar

realmente ahí para seguir mejorada y mejorando un poco, porque las ganas de consumir estaban siempre, pero ellos siempre te hablaban o vos te desahogabas, “porque te quieres ir a consumir, vos no extrañas” te decían, “vos querer ir a consumir.”

V: Claro. ¿Estando ahí en la comunidad te diste cuenta de que algún vínculo o relación que tenías no te hacía bien?

E: Sí, la calle, mis amigos, el consumo siempre va a estar. Pasa que nosotros siempre le echamos la culpa a los amigos, la familia, pero somos nosotros, nosotros somos el problema también, de que no abrimos los ojos, vos consumiste y ya está, lo probaste, te gustó, pero te cuesta, te cuesta.

V: Sí. Una vez que saliste de la comunidad ¿cómo lo viviste?

E: Me dio ganas de irme de vuelta a la CT, me dio ganas de estar ahí de vuelta. Porque salí y... no hay mucho problema, no había muchos problemas pero no podía estar con mis hijos, no sabía dónde estar, yo me había peleado con mi pareja pero después volvimos. Me costó mucho hallarme en la casa de mi mamá acá en la Cava.

V: Te costó encontrar tu lugar de vuelta.

E: Encontrar mi lugar de vuelta donde era mi consumo y yo era también la que quería consumir y nada, me quería ir un montón de veces para la comunidad pero bueno, todo en la vida se aprende.

V: Estando acá en el barrio, si bien vos me decías antes que depende de uno ¿te encontraste con dificultades para seguir el tratamiento?

E: Sí, yendo a la Casita Azul, a la psicóloga, a la psiquiatra...

V: Eso te ayudó.

E: Sí, vos decís que estás sola pero hay muchas cosas que te ayudan, pero hay que buscar.

V: ¿Cómo llegaste al CB?

E: Creo que fue cuando me sacaron los chicos. No, antes que me los...no, sí, quizás ahí, no me acuerdo bien porque estaba en mi mundo. No sé si cuando me los iban a sacar o ya me los habían sacado. Creo que a los días que yo fui a la casita azul, después pasaron una, dos, tres semanas y ahí me las sacaron. Yo iba más para recuperarme, porque yo tengo consumo hace veinte años, yo tengo 25, y me drogo de los 13 años, me drogaba pero bueno te cuesta..

V: Sí claro.

E: Muchos problemas, discusiones en casa con la familia, te dan ganas de tirar todo y volver a la mierda que era antes. Pero respiraba y me callaba y salía para afuera y bueno si estaba con mis hijos me iba con mis hijos pero tenía que cerrar los ojos y salir para afuera porque explotaba.

V: Contaste con gente que te apoyó en el tratamiento me decías, como la casita azul, tu familia...

E: Sí, mi mamá, mi papá, mis hijos, algunos de mis hermanos y mi tío nomas y mi abuelo. Después la parte que me apoyó mucho fue el papá de mi hijo que me ayudó a internarme, que estuvo ahí, que me llevó las cosas, me acompañaba, me hablaba por teléfono, a pesar de que yo hablaba con mi mamá y mis hijos pero era un empujón de tu pareja, de la persona que te está apoyando, de sentir que está apoyando, yo pensé que él me iba a dejar.

V: ¿Que no te iba a bancar?

E: Claro, pero bueno yo la iba a remar sola, en realidad la remé sola porque en ese momento vos no tenes nada, no tenes familia cuando te internas pero después te das cuenta que tenes todo al lado tuyo pero vos no te das cuenta de las personas que tenes al lado tuyo, las defraudas, les mentis o les engañas de vuelta como era antes. Cuando me interné mi familia me empezaron a llamar, a mandar mensajes o cómo estoy, cuando me podían venir a ver, mis hermanos que viven en Lomas de Zamora, ellos también.

V: Ya de vuelta en el barrio ¿te encontraste con situaciones, como por ejemplo, entre vecinos, en la calle, que te hayan dado la idea o las ganas de volver a consumir?

E: Sí, me encontré con mi amiga que me dijo “vení vamos a fumar”, y yo le dije que no, “¿qué no tomas mas?” me dijo, “no, no tomo más y no quiero tomar más.” No quiero recaer de vuelta, me está costando porque yo dejé de tomar, porque yo tomaba medicación que la psiquiatra me mandó y la dejé de tomar. Me cuesta mucho, hubo personas, líos, el consumo en la calle, ellos me llamaban y yo iba y les preguntaba que querían, “nada que te vemos re bien” esto que el otro, “¿no querés fumar una seca” y yo les decía que no. Después me cruzaba con dos pibas que me decían “estás más flaca”, “sí porque voy y vengo.” Yo de la Cava a la Sanca tengo que ir y volver caminando, son 7, u 8 cuadras ida y vuelta y todos los días hago ese recorrido, “porque camino todo el tiempo” le digo. “¿Qué estás tomando?” “no, ya no tomo más” le digo, pasa que no quiero agarrar porque yo sé que si agarro...

V: Ya sabes lo que pasa.

E: Sí, vuelves de vuelta, tu familia te cierra las puertas, amigos que quieren que vos consumas y te volvas re loca, perdes a tus hijos si tenes hijos.

V: Ya lo mencionaste hace un ratito pero ¿hubo también momentos familiares de discusión que decías bueno largo todo...

E: Con mi papá, mucho me reprocha por el tema de mis hijos, que yo los dejé solos, que yo salí de la comunidad y me voy con el papá de mis hijos, que no le paso mucha cabida a mis hijos. Eso me explota, viste, me da bronca que hablen de mis hijos, que yo no los quiera, que yo no los ame, sabiendo lo que yo también pase, la culpa está bien, tuvo mía pero bueno ellos decidieron sacarme a los chicos y hacerse cargo ellos. No sé si están cansados o que de estar con mis hijos y ahora ellos me dan mucho a los chicos viste porque dicen que soy la mamá todo y está bien, pero ellos me reprochan mucho, que comprale esto, comprale aquello y yo a veces no laburo, laburo dos veces a la semana y no gano mucho. Trabajé en una fábrica también y como pagaban poco no me servía, muy poco pagaban. Siempre tuvimos roce con mi papá, siempre me taladraba la cabeza con el tema de mis hijos.

V: ¿Te pasó cuando volviste de sentirte perdida, o de decir y ahora qué hago, para donde....?

E: Ay sí, no sabía para donde ir. Me parecía todo muy nuevo pero después al tiempo fue todo como era antes, las personas no cambian, son todas iguales siento, pero el barrio a veces se pone diferente y a veces creo que es el mismo pero sí me quedé shockeada en algún momento cuando llegué al barrio.

V: ¿Qué hago acá?

E: Sí, no sabía para donde ir cuando llegue aca a la Cava, donde arrancar, que hacer, qué no hacer. Lo primero que hice es me vine para la Casita Azul, sí porque no sabía para donde ir, y ahí me empecé a ir a todos lados, de la fundación a mi psicóloga, todo, a hacer cosas que...correctamente.

V: E, ¿qué personas son importantes para vos?

E: Mis hijos, siempre vivo pensando cuando estoy sola, porque yo vivo sola, a los hijos los tiene mi mamá y su abuela paterna, yo vivo con mi marido. Cuando estoy sola o en cualquier lado extraño estar con ellos, traerlos conmigo, siempre me los llevé por todos lados, me cuesta arrancar viste, a veces no quiero ni levantarme ni hacer nada pero despues me pongo a pensar para qué me voy a tirar a la cama si tengo cuatro hijos que cuidar, que salir adelante, tener fuerza para ellos, estar preparada, aunque ya estoy preparada, pero hay cosas que no sé bien porque no soy una excelente madre, no me sale todo bien. Bueno y eso.

V: En relación a todo lo que me fuiste contando, imagínate la situación de una chica que terminó su tratamiento en una comunidad y está por volver a su casa ¿qué le dirías? ¿Qué te hubiese gustado a vos que te digan?

E: Lo que yo le diría...si sale de estar internada lo más lindo es estar con la familia. Después la segunda parte, es que si hay consumo y esas cosas que ignore, que mire para otro lado, y nada que salga así como salió de estar internada y le dieron el alta, tuvo la posibilidad de llegar hasta el final como lo pude yo, podemos llegar más allá de lo que queramos hacer. Consumo hay siempre pero vos sabes a donde tenes que ir, lugares como la Casita Azul, la psicóloga, como estudiar, como hacer deporte.

V: Bueno E. ¿Algo más que quieras contar?

E: No, no.

V: Muchas gracias.

CASO D

-Edad: 34 años

-Con quien vive: su mamá.

-Situación laboral: no trabaja.

-Internaciones: “Estuve una sola vez internada, por seis meses. Me interné el año pasado en junio y salí en diciembre.”

-Descripción del entorno: “El entorno de acá del barrio no está bueno, mucho consumo, mucha droga, alcohol, mucho vicio.”

V: D, me podés contar cómo fue el proceso de tu internación.

D: Fue que yo estaba muy mal, estaba muy mal, me drogaba todos los días. No había sábado y domingo, era de lunes a lunes, era todo el día continuamente estar amanecida y drogándome así que dije basta.

V: Cómo decir “hasta acá llegué”?

D: Sí, sí, y me quise internar. Hablé con A.

V: ¿Cómo llegaste al Centro Barrial?

D: No lo conocía, mi mamá estaba buscando un lugar así para recuperación. Me sirvió pero a la vez cuando agarró la pandemia flaqueé, porque yo iba todos los días antes y cuando me agarró la pandemia flaqueé. A mí me gusta ir ahí, está bueno.

V: Claro. Y ¿cómo fue D estar en la comunidad terapéutica en los primeros momentos?

D: A lo primero no lo tomé como me voy a internar, voy a estar encerrada, lo tomé como bueno... voy a ver, probar, a ver qué va pasar. Pero la verdad que en el momento no fue bien, estaba muy angustiada, mucha abstinencia los primeros días, el cuerpo me pedía estar como estaba antes, así que me daban medicación para bajar la abstinencia, para dormir, para calmarme, para...la depresión. Estaba depresiva así que me daban toda clase de medicación. Eso no me parecía muy bueno, no me gustaba, es como dejar una droga y meterte en otra para mí, pero después en otra ocasión estaba bueno porque hacía ejercicio, me levantaba temprano, era como otro ritmo, era dejar una vida...

V: por una más sana.

D: Claro, estar más bien. Levantarte temprano, hacer ejercicio...merendaba, que yo antes no merendaba, no comía, no cenaba, no nada, ya me había olvidado de todo eso, ya me olvidaba lo que

era comer, estaba re flaca. Es hora de tomar algo, de comer. Está bueno, la verdad que fue una experiencia buena.

V: Entonces al principio costó pero después...

D: Me costó más porque perdí a mis hijas, no estaba con ellas. Me acordaba de todo lo que hice malo, porque hice muchas cosas que no estaban bien, y me acordaba de muchas cosas al estar lúcida, me iba acordando cosas que hacía o como estaba yo, que estaba deprimida, angustiada, todo el día llorando. Tenía que estar drogada para no acordarme de mis problemas, porque eso me pasaba y no sabía como.... no estaba acostumbrada a resolver los problemas de otra forma. Ahí tuve psicólogo, así que aprendí a cómo resolver el problema, ahora me está ayudando Ana, mucho. Aprendí a enfrentar los problemas, a no salir corriendo y agarrar una droga. Así que la verdad me fue bien. No te digo que después no me fue difícil salir.

V: No, seguro. ¿Te pasó en algún momento de empezar a vivir alguna situación incómoda en la CT que te haya generado la idea de irte?

D: Sí, había a veces situaciones que no... alguna era la abstinencia que decía yo me quiero ir, pero decía no, y pedía medicación para estar tranquila. Me había pellizcado todos los brazos de la abstinencia que tenía, pero problemas así con los compañeros no, no tuve problemas. Era mixto y no... y con los profesionales sí, una vuelta me agarré con uno porque no me quería medicar y estaba muy angustiada, me decía... me acuerdo que me dijo... porque yo no hablaba en las primeras reuniones, yo no hablaba no me gustaba, no me podía expresar, no me salía expresarme, y uno dice, "bueno veo que D tiene todo arreglado ya" y yo me agarré una angustia, entre que no hablaba, que estaba mal y todo, le digo "mirá si tuviera todo arreglado no estaría acá amigo ¿entendes?" porque no estaría ahí si tuviera mi vida arreglada, buen yo me voy de acá si no me van a ayudar dije. Me sentía como que no me estaban ayudando, eso fue lo primero, era mucho para mí.

V: Era mucho. ¿En algún momento de la internación pensaste que ya había sido suficiente y podías volver a tu casa? ¿Te pasó?

D: (Se ríe)

V: ¿Más de una vez?

D: Sí, yo digo ya está, ya no me va a agarrar más. pero decía... no, ya me quería venir. Ya a los cuatro, cinco meses ya renegaba para venirme pero después, después se viene la cosa, yo decía yo ya estoy.

V: Y ¿por qué?

D: Yo quería estar con mis hijas, quería estar afuera. Igual no sabía como afrontar las cosas. Era como quiero pero no. Pero me tuve que venir, eran nueve meses pero me tuve que venir porque me agarró una infección en el pie.

V: Cierto.

D: Me agarró una infección en el pie ahí porque hacíamos ejercicio en el pasto y no sé si me entró un bichito, un virus y se me infectó todo el pie y me tuve que venir porque no me llevaban al médico. Renegaba que no me llevaban al médico. Eso sí, era como muy... te dejaban mucho, no se preocupan por vos. Era como bueno ya va a pasar, y yo tenía que estar pidiendo que la llamen a mi mamá. Esas cosas no me gustó a mí. Una internación yo creo que uno tiene que fijarse más en las cosas, estar atento a la persona, si están enfermos, si tienen dolor, algo, yo qué sé, en ese sentido no me gustó, como que me dejaron mucho, casi más se me pudrió el pie a mí.

V: **Peligroso.**

D: Sí, no me querían llevar al hospital, pedí para que vaya un médico a verme, no me fue a ver. Eso sí me enojé mucho con eso. Y me vine, agarré mi bolso y me vine, tenía el pie todo infeccionado.

V: **Fuiste al hospital a atenderte, ¿y después?**

D: No volví porque estuve un mes y medio con el pie así, me habían sacado inyecciones de pus, un montón.

V: **Qué dolor.**

D: Sí, grité como loca. Una jeringa me metieron... así que en eso no estaba muy de acuerdo, y con la medicación tampoco estaba de acuerdo. No, yo no creo que uno necesite de... sé que va a haber la abstinencia y todo pero lo podemos manejar de otro modo, hablando... que se yo, porque yo salí de la internación queriendo también medicación.

V: **Claro.**

D: Las manos me temblaban porque yo sabía que a las ocho me daban medicación, a las cuatro me daban medicación, a las siete me daban medicación y a las nueve me daban medicación. Así que yo estaba re... le decía a mi mamá "dame la medicación, dame la medicación."

V: **Bueno, eso te iba a preguntar, cómo había sido la vuelta, el estar ya fuera de la comunidad, donde tenías un horario, una rutina...**

D: A mí lo que me agarró miedo es salir a la calle, pero no miedo a la gente, o a los chicos, no le tenía miedo a nada, yo soy muy frontal, no le tengo miedo pero sí a caer de vuelta. Es un problema que todavía lo sigo teniendo pero ahora estoy más fuerte para decir no, para esquivar las cosas, yo en vez de estar en el barrio me voy a la casa de mi mamá, estoy con mis nenas, me voy a la casa de mi mamá.

V: **¿Tu mamá no vive acá?**

D: Mi mamá vive en Los Caños.

V: **Claro, está un poco más lejos.**

D: Más afuera, en cambio yo tengo mi casa acá y acá es muy fácil agarrar la droga. Más que si ya estuviste, sos propenso a caer de vuelta. Es la elección de uno, digo yo.

V: ¿Decías que salir a la calle fue lo que más te costó?

D: Salir a la calle era como una presión y todavía me cuesta, me cuesta. Yo cada vez que vengo, vengo por todo afuera, no entro al barrio, desde que... ya hace un año que no entro al barrio, hace un año no entro. Yo sé que algún día tengo que enfrentar las cosas pero quiero sentirme más fuerte para hacerlo.

V: ¿Sentirte más preparada?

D: Claro, porque pasé muchas cosas y las cosas que pasé no me ayudan porque a veces me agarra mucha angustia, mucha cosa, y a lo que yo estaba acostumbrada era ir a la droga, no otra cosa.

V: Cuando estuviste en la CT, ¿te diste cuenta de que algún vínculo o relación que tenías no te hacía bien? Algún vínculo anterior.

D: Sí, estaba con un chico yo. Y amistades no me ayudaba ninguna porque las amistades mías eran "D vamos a tomar" "D vamos a fumar", era continuamente hacer algo para divertirnos, según nosotros. No tenía amistades sanas, ninguna me ayudaba, ellos a veces estaban peor que yo también así que no nos podíamos ayudar. Uno iba a buscar a otro, el otro al otro, para estar todo el día así...drogas. Y tenía una pareja que todos los días me llevaba droga así que tampoco me servía.

V: Y eso te diste cuenta estando allá.

D: Sí, allá me di cuenta. Difícil porque yo me acordaba todo lo que hacíamos y no se podía hablar de droga, alcohol, de nada se podía hablar y viste cuando uno está hablando y te acuerdas de algo y decís "uh que loco yo hice esto" y después te cae la ficha ¿Yo hice esto? ,nada que ver.

V: Cuando volviste, ¿cómo fue encontrarte con estas personas con las que antes te juntabas?

D: Sabes que no las saludo.

V: ¿Cortaste el vínculo?

D: Me da cosa yo paso viste y paso así "hola como estas" nomás porque antes... yo soy muy de "hola como estas" y me pongo a charlar y ahí ya no quiero porque yo ya me conozco, soy muy amiguera y sé lo que pasa después, entonces ahora paso y digo hola como andas, y paso de largo por miedo a que yo caiga, yo no quiero caer de vuelta, le estoy poniendo mi voluntad, tengo que ser fuerte para estas cosas.

V: ¿Encontraste otras dificultades u obstáculos para continuar con el tratamiento estando ya en tu casa?

D: Se me hizo difícil porque yo tengo acá un hermano que toma y fuma marihuana y ponele que yo salía un ratito afuera y él se ponía a fumar, se me cagaba de risa, se ponía a tomar entendes y a mí se me hace difícil estar al lado de él y él fumando entonces yo... A mí no te digo las ganas que me agarraba de fumarme un porro o un trago... me daba unas ganas y decía señor ayudame y me iba adentro, tenía que ser yo fuerte, más fuerte que lo me pasaba pero creo que a todos les cuesta.

V: **Sí.**

D: Les cuesta mucho. A todos nos cuesta.

V: **¿Te encontraste con situaciones en el barrio, o entre vecinos, que te hayan generado la idea o las ganas de volver a consumir? ¿Cuáles?**

D: Ver personas que están fumando, yo desde los 16 años fumo, fumaba. Para mí era despertarme a la mañana fumarme un porro y estar todo el día así, fumarme como diez, once que le contaba a Ana y ella me decía no puedes, yo le decía para mí es común, era muy común. Para mí entonces como que paso por el pasillo y el olor... es como que se me hace difícil pero no lo digo, me lo guardo porque es mi lucha.

V: **Es tu lucha. En relación a tu familia ¿algún momento familiar despertó la necesidad de volver a consumir? Ya me hablaste de tu hermano que consume...**

D: Sí, sí, peleas con mi mamá. Es muy autoritaria, ella quiere tener la razón en todo, yo de mi mamá... Yo a los 16 años me fui de mi casa y después por años no la veía. Ahora estoy viviendo con ella y se me hace difícil. El otro día tuve un problema con ella y "para qué mierda sigo esto", "para qué porque total..." y son cosas que me pasaban por la cabeza y después digo no por favor, me costó salir de eso, para volver es un segundo, para volver es... te cuesta horrores. Yo creo que los que quieren dejar siempre tienen miedo de volver. Yo casi me muero de sobredosis, así que no fue bueno para mí.

V: **D ¿quiénes sentís que te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir?**

D: Mi hermana la más grande que me ayudó mucho. Ella como que me veía y no se metía, no...aparte que yo la sacaba cagando, yo le decía "mira, no me jodas, andate, dejame en lo que yo hago, no te metas" y ella me decía "bueno está bien no me voy a meter pero tenes que internarte", "internate vos, dejame de hinchar", pero ella fue la que me ayudó mucho. Más ahora, está cuidando a mis hijas, ella tiene a mis hijas, porque me las sacaron a mí y se las dieron a mi ex suegra, y mi ex suegra las maltrataba a mis hijas entonces se las sacaron y se las dieron a mi hermana, así que ahora las puedo ver y todo. Sufrí mucho con eso, y más me drogaba. Creo que los problemas te llevan a mucho consumo también... más te hiere las cosas que te diga tu mamá que otra persona, Eso siempre digo porque a las demás personas les puedes decir "mira, te vas a la mierda y chau", a tu mamá no le puedes decir, yo a mi mamá no le puedo decir "mamá andate a la mierda" entendes, no le puedo decir, porque no, las cosas que más te lastiman creo yo, para mí. Yo no me quiero pelear con mi mamá o con mis hermanos porque ahí yo digo bueno para que mierda hago esto, no voy a hacer más nada, y me quedo en eso y después trato de pensar lo que pasé, lo que viví, lo que sufrí, lo que

tuve que hacer y como salir. Es mucho. Entonces pienso y digo “no, está bien, me voy a quedar tranquila.”

V: Claro. Entonces tu familia, tu hermana particularmente, fue un apoyo.

D: Sí, el Centro Barrial, Ana me ayudó un montón Ana. Ella fue la que me hizo internar todo, me ha ayudado mucho.

V: Sí, y estando acá de vuelta en el barrio, hubo momentos donde te sentiste a la deriva, sin saber que hacer, o pensar cómo sigue mi vida ahora, qué...

D: carajo hago.

V: ¿Te pasó?

D: Sí, muchas veces, me pasa todavía, me sigue pasando. Digo qué hago, no tengo trabajo, no sé como darle cosas a mis hijas, como darme de comer yo, porque soy grande, como hago para restaurar mi casa, son como muchos problemas todavía. A veces como que me siento perdida, yo a veces digo waw me afectó mucho la droga, le digo a mi mamá porque me quedó como...mi mamá me dice algo y yo quedo como... uh que hago, o no la escucho, me quedo pensando, de tantas cosas que tengo, que digo cómo hago para trabajar, y eso que yo antes trabajaba, las llevaba al colegio a mis hijas, estudiaba, todo y como que ahora digo, como hago todo eso de vuelta, es como que me cuesta más ahora. Pero de a poco estoy pudiendo salir adelante.

V: Sí, cómo voy a poder hacer con todo. D, ¿qué personas consideras son importantes en tu vida?

D: Mis hijas, por ellas dejé todo. Me costó mucho porque no sabía cómo hacer para dejar. Generalmente yo digo lo dejé por mí y por mis hijas pero realmente por mí porque me estaba matando y quería ver a mis hijas porque sino no las iba a poder ver más. Pasó un año que no las veía y eso me dolía... me hacía sentir... no podía estar lúcida ni un segundo porque me acordaba, golpeaba, rompía todo en mi casa, y me agarraba con cualquiera, estaba muy mal.

V: En relación a todo lo que me fuiste contando de tu experiencia, imaginate una chica que está en el proceso de salir de la CT y volver acá a su casa ¿qué le dirías, qué consejo le darías, qué te parecería importante transmitirle?

D: Que se fije en su futuro, que se preocupe por el futuro de ella, que trate de tener un trabajo, no agarrar las drogas que hace mal, que te hace perder años de tu vida y no te das cuenta y después cuando te das cuenta ya sos grande y no tenes nada. Que estudie, que se cuide, que se valore, que

se ame a ella misma, porque primero hay que amarse uno mismo para entender y amar a los demás. Eso entendí yo porque yo no me quería, yo llegó un momento que no quería sentir nada, no quería vivir más, por eso me drogaba todos los días, y creo que lo más valioso es amarse uno mismo primero y valorarse. La sufrí mucho yo. Cosas que pasé mal, triste, pero gracias a Dios estoy bien, y lo que hago es cuidarme del barrio.

V: **Muchas gracias D.**

CASO R

-Edad: 35 años

-Con quien vive: su mamá y hermanos.

-Situación laboral: no trabaja.

-Internaciones: “Dos veces estuve internado. la primera vez estuve una semana, que tenía 15, 16 años. La segunda vez estuve cuatro meses, tenía 27 años, en el 2014 fue.”

-Descripción del entorno: “Es una mierda el barrio, mucha droga por todos lados, es una mierda.”

V: R, ¿cómo fue el proceso de tu primera internación? O podemos tomar la segunda, si la tenes más presente, la que quieras.

R: Dale, estuve de acuerdo.

V: Estuviste de acuerdo y ¿recibiste el apoyo de alguien para internarte o fue...?

R: De mi familia, de mi mamá, de mis hermanos, de la mamá de mis hijos.

V: ¿Cómo fue la experiencia de estar en la comunidad?

R: Me gustó, en un principio me gustó pero como después vi que no me decían la verdad, que me daban vueltas con mi vieja que no podía ir, esto que aquello, me fui, cumplí cuatro meses y me fui.

V: ¿Cómo que no te decían la verdad?

R: Mi vieja había sufrido unos golpes que le habían dado unos pibes cuando mi hermano tuvo quilombo, le habían dado un pedrazo en el ojo.

V: ¿Y no te contaron eso?

R: No, me decían que se golpeó, que se dobló el tobillo, que esto que aquello y no me cabió nada y me fui y la encontré a mi vieja con el ojo todo así hinchado, el ojo todo roto, por eso me fui, sino me hubiese quedado.

V: Claro. ¿Y esos cuatro meses que estuviste...

R: Me gustó, estuvo bien, estuvo lindo, me gustó.

V: **¿Hubo alguna otra situación incómoda en la CT que te haya generado la idea de irte?**

R: Sí, con la psicóloga que estaba los lunes, Sole me parece que se llamaba y después con un compañero que se llamaba Eduardo también tuve problemas y me quería ir, no quería saber más nada.

V: **¿En algún momento del proceso de internación pensaste que ya había sido suficiente y podías volver a tu casa?**

R: No, no me pasó, me fui porque me agarró la locura, me querían llevar para otra comunidad.

V: **¿Por qué te querían llevar a otra comunidad?**

R: Porque me portaba mal, me mandaban por indomable y bueno, estaba todo el día sancionado y no... me fui. Firmé un papel como que voluntariamente me iba yo solo y me fui. Pero yo estaba bien, estuve bien. Fueron cuatro meses que estuve bien.

V: **R, me podés contar si estando allá en la comunidad te diste cuenta de que algún vínculo o relación que tenías no te hacía bien, algún vínculo anterior.**

R: Sí, las amistades no me hacían bien acá afuera, y parentesco, primos, sobrinos, no me hacían bien.

V: **Y una vez que volviste a tu casa, aunque no hayas terminado el tratamiento ¿cómo viviste esa vuelta de la comunidad al barrio?**

R: Me chocó. Muchas diferencias vi porque cuando llegué acá y vi lo que me había pasado con mi vieja... después me arrepentí de haberme ido de la comunidad y quería volver pero no se podía volver para atrás.

V: **Quisiste volver a la CT.**

R: Vi como era acá, cómo estaba y no me gustó, me quise volver pero ya no podía, ya me fui y... cuando llegué acá nomás, la vi a mi vieja y dije no, me quiero ir. Me arrepentí.

V: **Estando acá, ¿encontraste dificultades para seguir el tratamiento, para dejar el consumo?**

R: Sí, encontré, teniendo a mi tía vendiendo droga en frente de mi casa, mi primo, mi sobrino de enfrente, todos... tenía a un paso la droga, un paso, y a los días recaí, al otro día nomás recaí, no duré mucho, al otro día nomás recaí, con marihuana, lo tenía servido. Mi tía, mi primo, mi sobrino, todos vendiendo.

V: **Claro. ¿Encontraste otras situaciones en el barrio, entre vecinos que te hayan dado las ganas o idea de volver a consumir?**

R: Sí, en todos los vecinos, compañeros, parientes, bueno compañeros, vecinos, todos... la mayoría consumen y los veía consumiendo y recaí, recaí fácilmente.

V: **¿Situaciones en tu casa...?**

R: Sí, cuando estuve peleado con mi vieja, ahora no le paso mucha cabida pero cuando me peleaba con mi vieja me fumaba un porro, un par de pastillas y me olvidaba por un rato, me olvidaba.

V: **¿Quiénes sentís que te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir?**

R: Yo te digo la verdad, la Casita Azul, los operadores y los compañeros, esos son los que me hacen bien, después nadie más. Mi familia no, no puedo decir que mi familia porque en mi familia la mayoría son todos consumidores, así que no me ayudan en nada. La Casita Azul no más, y gente de la parroquia.

V: **¿Cómo llegaste al CB?**

R: Yo estuve, estoy desde...hace 20 años, primero fue la barca y después la Casita Azul.

V: **Estás desde los comienzos.**

R: Sí, desde el inicio, he visto compañeros que salieron adelante pero yo no, yo todavía no salí adelante.

V: **Estando también acá, ya una vez afuera de la comunidad ¿sentiste en algún momento que estabas a la deriva, de no saber qué hacer con tu vida, cómo seguir?**

R: Varias veces me pasó de no sé qué hacer, hasta me quise quitar la vida, vos sabes Vicky, estando drogado bajo los efectos de la droga tomé muchas pastillas y me quise quitar la vida para no sufrir más. Igual sigo sufriendo, sigo sufriendo igual, no es fácil pero bueno.

V: **Sí, no es fácil.**

R: Sí.

V: ¿Qué personas consideras son importantes hoy en tu vida?

R: Mis hijos, especialmente mi hijo el más chico, todos mis hijos, especialmente mi hijo más chico. Ellos me importan, ellos nomás.

V: En base a todo esto que me fuiste contando, imaginate un pibe que está terminando un proceso de internación en una CT y está por volver a su casa, ¿qué le dirías, algún consejo?

R: Que siga para adelante y que no le pase cabida a ningún pibe que esté bajo el consumo, amigos, que siga para adelante, que no les pase cabida, que sea ciego para ellos, que siga de largo. Que no le pase cabida a nadie, ya está, porque se arruina la vida solo .

CASO J

-Edad: 30 años

-Con quien vive: su mamá y hermanos.

-Situación laboral: no trabaja.

-Internaciones: “Estuve internado casi... vengo en tratamiento hace ya casi dos años, estuve primero en la Matanza a los 17 años, después acá en Tortuguitas ocho meses. Hace poco que estoy en la calle, hace seis meses.”

-Descripción del entorno: “Mi experiencia es que es un poco... depende de la amistad que tengas vos, es lo que vos elegís, con quien hablar y con quien no, ya ahí depende de vos.”

V: ¿Cómo fue el proceso de tu internación? Podes contarme de las dos o elegir una, como vos quieras.

J: Yo quise internarme en los dos, estaba re mal, me veía ya... es como que o sea estaban... no sé si lo hice por mí, pero estaría como... era más como una recuperación para recuperar a alguna de mis hijas, pero me fue mal, pero después había recaído, venía haciendo muy mal las cosas y me interné acá en Tortuguitas, eso fue por mi cuenta.

V: Por tu cuenta.

J: Sí, me ayudó mi pareja, mi mamá, acá, ustedes de la Casita Azul, de A, todo eso.

V: ¿Cómo fue tu experiencia en la comunidad?

J: Estaba con mucha angustia por el tema de volver de vuelta, me comí casi todo el tratamiento adentro por todo el tema de la cuarentena.

V: Claro, se complicó el tema de las salidas.

J: Tuve dos salidas y después ya no, cortaron las salidas por el tema de la cuarentena, por esto, por lo otro y yo estaba ahí viste.

V: Se te hizo difícil.

J: Fue difícil porque quería ver a mi familia, solo había llamadas que eran de cinco minutos pero no hablabas nunca viste, hola chau como te va y nada más.

V: Mirándolo hoy, ¿cómo consideras tus experiencias en las comunidades?

J: Aprendí un montón de cosas, de pensar todas las cosas que vengo haciendo, trato de no quedarme con lo que pasó, trato de vivir el presente que es lo que vengo peleando día a día. Aprendí mucho en las dos internaciones.

V: Estando internado ¿te pasó de empezar a vivir alguna situación incómoda en la comunidad que te haya generado la idea de irte?

J: Sí, me pasó varias veces de no estar de acuerdo con algo que yo decía, o me encerraba en mí, o era mí...como te puedo decir, mi soberbia que no me dejaba ver más allá viste, porque eso es lo que te juega mucho en contra, la soberbia y el tema de la humildad, eso es lo que más... hasta hoy en día me cuesta. Si había algo que yo no compartía, o que el otro no compartía y yo me quedaba con la mía.

V: Te costaba salir de lo que vos pensabas.

J: Sí.

V: ¿En algún momento, de los dos procesos de internación, pensaste bueno ya me puedo volver a casa, ya estoy bien, fue suficiente?

J: Sí, me pasaba eso cuando estaba... por el tema de la cuarentena viste, el tema era estar tres, cuatro meses y volver a casa, pero como me agarró el tema de la cuarentena, era irte y ya no podías estar más en la comunidad.

V: ¿Si venías acá ya no podías volver a la CT?

J: Claro, si me venía para...estaba medio heavy la cosa viste entonces.

V: O sea tu idea era ir un par de meses.

J: Un par de meses para trabajar mi recaída. Tuve un mes de recaída nada más, después me volví a internar rápidamente para que no vaya sumando el tema del gusto todo eso viste, la cocaína.

V: ¿Vos estuviste un tiempo, saliste y te volviste a internar?

J: Sí, eso fue cuando estuve en la internación allá en La Matanza, volví y no duré acá ni dos segundos. En el tratamiento es muy distinto porque era terapéutico, era hablar, encontrarte con uno mismo, fue todo muy difícil, mucho encontrarte, muy pesada la mochila, hoy en día también me está pasando, cosas que no puedo revertir y me pasa.

V: Estando allá J, ¿te diste cuenta que algún vínculo o relación que tenías era dañino o no te hacía bien?

J: Sí, era así, con un par de compañeros que no me sentía cómodo, con los que compartía y como ellos estaban más tiempo ya sabían viste y yo me quedaba con la mía... como te decía no, compartía cosas de ellos y yo no estaba de acuerdo.

V: Claro, eso con tus compañeros de la CT. Y vos estando allá internado, ¿te pasó de darte cuenta, o de caer en la cuenta de que algunos vínculos anteriores, que vos tenías no te hacían bien?

J: En realidad es como que no me fijaba mucho en eso, si me hacia bien o me hacía mal, si es que iba a transitar el tema este era yo, no me ponía en el tema de a ver me voy a fijar quien me va a hacer mal y quien no, porque en la comunidad te enseñan a que vos tenes que ponerte en primera persona. Soy yo y depende de lo que yo haga voy a estar, es así. Al estar adentro en la comunidad te enseñan eso, a que uno estando afuera en consumo nunca se puso en primer lugar. En lugar de pensar en uno mismo, a ver lo que me va a hacer a mí. Cuesta mucho ponerlo en práctica, ayer lo estaba escuchando a K que decía el tema de la paciencia viste, me quedó mucho eso de que trabajar la paciencia involucra muchas cosas... el quererlo todo ya, la ansiedad, esperar, la responsabilidad, todo eso me entró ayer.

V: Una vez que saliste de la CT, ¿cómo fue el cambio, el pasaje de estar en la comunidad al barrio? ¿Cómo viviste esa vuelta?

J: No, o sea yo sabía que la cosa iba a seguir igual, cuando uno sale a la calle después de estar internado las cosas siguen igual, no es porque vos estás internado van a cambiar, el barrio sigue igual. Mucha violencia, o sea si te quedas en tu casa no pasa nada, pero si salís a la calle te vas a encontrar con problemas, de todo, me entendes. "Eu vos qué me miras", esto que el otro y enseguida es una pelea o te pegan un tiro viste, es así, no es que... es muy jodido. Acá me sentía extraño, o sea en la comunidad es como que estaba adentro de una burbuja.

V: ¿Más resguardado?

J: Estás resguardado, no ves nada. Escuchas, hablas, aprendes, te lo forzas vos mismo pero venís acá afuera y ves todavía los que siguen, los que no siguen.

V: ¿Te dieron ganas de volver a la comunidad?

J: No, sabes que no, como que todo lo que fui hablando, todo lo que me fue pasando allá adentro... es como que no me pasó, no me sentí de esa manera de querer volverme de vuelta.

V: ¿Como fue encontrarte con antiguos compañías, vínculos de consumo?

J: Nada fue un... es como te decía, eso de ponerse en primer lugar, no sé como decirte pero es como que, depende de vos, si vos quieres seguir en la joda o quieres seguir estando, formar vínculos, tu familia, es como que no... no le doy mucha bola a los chabones que están consumiendo viste, nunca tuve junta, estando en consumo nunca tuve junta tampoco, consumía solo yo, hola y chau y hasta ahí nomás, no es que tengo trato con alguien. Después no se, no, no, tengo compañeros, si que íbamos al colegio, al apoyo pero no son... están en consumo sí pero o sea yo no permitía, me iba yo solo, no le pedía nada a nadie, era yo solo nada más. Pensaba en mí, era re egoísta de mi parte, no por el tema del consumo sino por el daño que yo me hacía a mí y a mi familia.

V: Estando acá en el barrio, ¿encontraste dificultades para seguir el tratamiento? ¿cuáles?

J: No, sé es como que no...todavía estando acá me cuesta seguir trabajando actitudes que todavía te quedan, me quedan actitudes de consumo, volver acá, no sé...

V: ¿Hubo situaciones en el barrio, o entre vecinos, que te hayan generado la idea o las ganas de volver a consumir?

J: No, nadie me está diciendo "vení vamos a consumir", es lo que uno elige. Igualmente no venía muy bien, hace como una semana tuve un pequeño tropezón, así que mi cabeza está pensando en mí, en estar tranquilo, buscar un espacio, pedir un poco de ayuda. Estuve hablando con Ana y mucho me está costando hablar de vuelta, que veo todo como de vuelta como un enfermo, "vos que sabes", "vos que esto", "vos que el otro", te ataca de vuelta la enfermedad.

V: Se te ocurre alguna situación familiar que hayas vivido que te haya hecho decir, largo todo...

J: Sí, me pasa mucho con el impulso, eso también, mucho no controlo los impulsos, no hacia una mujer sino que sé yo... Tuve problemas con uno de mis tíos, él vino me pegó y yo no me puedo quedar, el impulso me lleva... me genera a la violencia, y no para más y me pasó eso, no me da el tiempo ni a pensar viste, reacciono en seguida. Me pasa con él y me va a pasar con cualquiera, el tema del impulso, arrancar así, es una costumbre. Si bien te enseñan allá adentro a hablar y todo eso, andá a hacerle entender a los de acá, eso me pasa a mí viste, siempre muy chocante con ese

tema, yo sé que no me lleva a nada. No lo puedo controlar, me agarra mucha impotencia, de chico me pasa esto igual, pero no sé, qué sé yo.

V: No lo puedes controlar.

J: Sí, cuando me pasa esto me pasa, y no me da tiempo de pensar nada.

V: ¿Y por qué crees que ocurre así? Que esto te lleva a...

J: Lo que me pasa a mí en ese momento, esas voces que me dicen adentro de la cabeza para qué esto y para que esto, y la conch... disculpa, me agarran los nervios en la cabeza.

V: J, ¿Quiénes sentís que te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir?

J: Mi vieja, acá la Casa Azul, todo eso. También estuvo mucho tiempo mi pareja, la que me acompañó en todo el proceso también, mis hijos L y T que son los únicos dos que puedo ver, después las otras dos nenas no las puedo ver.

V: ¿Cómo llegaste al CB?

J: Mi mamá me llevó me acuerdo, mi mamá me había llegado, y como ya veía caras conocidas, C, K, gente del barrio, y las que no conocía, A, vos, la gente que viene de otro lado.

V: ¿Y qué encontraste en este lugar?

J: Me gustó, encontré gente con situaciones mías, gente con más experiencia, con operadores, psicólogos también, es como que está bueno porque descargas un poco de tu parte y encontras confianza de muchas cosas que no hablaste. Claro, participas, vas, salen cosas, tema de los frutos secos. Está bueno. Me gusta, me hace sentir bien.

V: Estando en el barrio, en algún momento sentiste estar a la deriva, o pensar qué hago con mi vida, para donde voy...¿te pasó de tener esa sensación?

J: Sí, me está pasando ahora, ahora me está pasando, cuando salí no, porque salí con toda la confianza, o sea yo estar bien, hacer las cosas bien, ocuparme de L, de mis cosas, de mi trabajo, de algo, ponerme objetivos siempre, pero ahora como que me está pasando, así como esta semana que estuve medio con quilombo. Me pasa eso, hoy en día, me hace una voz en la cabeza, corte que para donde disparo.

V: Sí, hacia dónde voy. Si bien ya me fuiste nombrando varias, ¿qué personas consideras son importantes en tu vida hoy?

J: No sé, es como que me importa más verlas a mis nenas que no las veo hace un montón, hace como cuatro años pero la cagada me la mandé yo y me la tengo que aguantar, tengo que ver cómo hago para volver a tener un vínculo con ellas. Sé que hay un montón de maneras, pero por un lado me da miedo y por otro lado va a haber mucho rechazo por el tema de la familia de ella, la mamá, un poco me condenan por todo lo que yo pasé con la mama de mis hijas, un poco no me da la cara.

V: Te hago una última pregunta, en relación a todo lo que me fuiste contando, ¿qué le dirías vos a un chico que está internado en una CT, terminó su tratamiento y está por volver a su casa? A alguien que está atravesando la situación en la que estuviste hace no tanto.

J: Que nada, que se ponga en primer lugar, que busque ayuda, que no trate de hablar y contestarse solo porque eso es lo que le pasa a un adicto. Pensar y lo que te dice tu cabeza, o sea estás hablando vos pero adentro tuyo es como que está el ángel y el diablo. Me pasa eso a mí, tenes que tratar de buscar ayuda cuando te pasa eso, te sentís ahogado, como me pasó a mí.

V: Bueno J, ¿algo más que te hayas quedado con ganas de decir?

J: No, no.

V: Muchas gracias.

CASO F

-Edad: 25 años

-Con quien vive: su pareja, mamá, hermanos, hija y sobrina.

-Situación laboral: Trabaja en una carbonería

-Internaciones: “Estuve internado ponele que tres veces, la primera vez a los veinte años me interné muy lejos, no me gustó como era el lugar, la forma en que trabajaban, porque te medicaban por más que vos no quieras y estuve tres días. Tomé la decisión de irme porque no me sentía cómodo en el lugar y sentía que no me iba a servir. Después pasó un año y decidí internarme de vuelta porque no podía más y veía a mi mamá sufrir y me interné de vuelta en Mercedes en una CT donde fue un lugar donde me sentí muy cómodo, me sentí identificado también. Ahí estuve internado un año y siete meses para poder terminar el tratamiento. Lo terminé igual, al terminarlo, antes de darme el alta, yo pedí una ayuda como diciendo, para ver si estaba preparado... como que no me soltaron la mano así de una, les dije que quería poder alquilar algo y ver como me va, seguir con el trabajo y ver como me va, a ver si estaba completamente preparado, porque no me sentía como muy seguro. Hasta que me dieron el alta, conocí a una chica que estuvo en mi alta también y me fui de alta, y estuve creo que cuatro meses, cuatro, seis meses no recuerdo, que estuve bien. Después bueno tuve una recaída después de mi pelea con la chica que estaba conmigo y me tiré abajo, recaí. Después de una semana decidí volver y estuve seis meses más en la misma comunidad hasta que me vine para acá de vuelta.”

-Descripción del entorno: “Yo me crié acá pero siento como que no es un lugar donde me gustaría seguir viviendo, digamos, no es bueno el barrio. Creo que igual es más voluntad propia, pero creo que a mí no me está sirviendo. No sé como describirlo pero no es bueno para vivir acá.”

V: Ya me contaste un poquito, pero ¿cómo fue el proceso de tu internación? La segunda o ambas, lo que me quieras contar.

F: La primera fue digamos como que...sentí que había tocado fondo y no tenía más lugar abajo como para...

V: ¿Seguir...?

F: Sí, tenía muchos problemas. A través del consumo he robado cosas a personas y bueno me dio problemas...por eso también me habían pegado un tiro y sentí que nada, que tenía que hacer algo para salir de esa situación. Tomar la decisión de seguir así y morir, o tomar la decisión de seguir y poder disfrutar de mi familia, de mi hija. Creo que a lo primero extrañaba mucho, fue difícil el proceso,

como que sentí que ya había tocado fondo y tenía que volver a salir. La segunda vez fue que yo quise también, buen también mi mamá necesitaba que me interne, me costó mucho también hasta que bueno, estuve pensando mucho y me di cuenta que sí, que tenía que volver a internarme.

V: Tu mamá necesitaba que te internes ¿ella te ayudó...?

F: Sí, o sea mi mamá no podía porque estaba con mi nena y mi vieja creo que fue una o dos veces nomás a visitarme y después antes de mi alta que tenía que tener una entrevista, una charla con la psicóloga, para ver como ella me veía, los miedos de ella y después la segunda fue en mi alta. La única vez que ella pudo estar. Yo sabía que tenía el apoyo de mi mamá, más allá de que no era como me hubiese gustado a mí, como ella podía, de la forma en que ella podía, sabía que me estaba ayudando con mi nena y eso era mucho para mí.

V: ¿Cómo fue la experiencia de estar en la comunidad? Ya me dijiste que al principio extrañabas mucho...

F: La primera internación allá en la que estuve tres días como que no la cuento porque no veo como que me haya servido. Pero la de Mercedes sí me sirvió más allá que bueno, que ahora estoy como en un momento ahí como complicado, pero sé que me sirvió porque me dio muchas herramientas y sentí como que estaba con mi familia, sentía que estaba con gente que todo el tiempo me quería ver bien, me apoyaba, me daba ese empujón cada vez que yo me caía estaban ahí, y nada... sentía como que estaba con mi familia.

V: ¿Quizás fue difícil adaptarte los primeros días?

F: Sí, los primeros días pero después como que... lo vi como que, no sé si decirte como un juego porque creo que tenía más que ver con salir adelante. Pero creo que fue donde me sentí identificado, en el lugar en que me sentí identificado por el grupo de personas, las que trabajaban ahí y el trato que había de ellos con nosotros, y ellos no era como que nos tenían ahí, ellos son adictos, no, ellos siempre estaban ahí.

V: Bueno de hecho, vos al día de hoy seguís en contacto con la psicóloga...

F: Sí, porque después la psicóloga se fue a trabajar a otro lado y yo tuve que elegir a otra psicóloga que fue algo que me costó mucho, por la confianza que había construido con G. Con C que era la que estaba cuando G no estaba, yo estaba mal y elegía siempre a C, que era algo parecida la forma de estar y trabajar a G.

V: ¿Te pasó, en algún momento en la comunidad, de empezar a vivir alguna situación que te haya generado la idea de irte?

F: Sí, hay dos puntos claros. Uno fue que, bueno mi mamá no podía llevarme a mi hija y yo extrañaba mucho. Fue un momento en que un operador vino y me vio que yo estaba llorando y no podía parar de llorar y me dijo “flaco tuviste mucho tiempo para poder ver a tu hija disfrutar y decidiste estar en el consumo y ahora que estás acá para estar bien y poder disfrutar más adelante, para vos poder empezar a salir e ir a tu casa a ver a tu hija” y ahí fue donde me hizo dar cuenta que tenía razón. Después otra, bueno en ese momento yo tenía ganas de irme, nunca llegué a armar el bolso pero sí, pensaba en irme. La segunda fue cuando bueno, ese operador que me dijo eso yo sentía como que muchas veces me buscaba la reacción o me quería hacer explotar, pero era una forma de trabajo de él para ver cómo nosotros seguíamos avanzando en lo terapéutico. Hasta que yo una vez no quería hablar ni nada y una vez mi psicóloga me dijo por qué no te sentas y hablas con él y le preguntas por qué motivo lo hace. Bueno, me llevó mucho tiempo pensarlo hasta que tomé la decisión de hablarlo con él y le pregunté y me contó que era la forma de trabajo de él, que quizás no era la mejor manera pero que sentía que nos servía a nosotros y que le sirvió con muchos chicos.

V: Claro

F: Pude hablar con él y me explicó y creo que me pude poner en el lugar de él, que por ahí tenía que ver con mis impulsos, con mis enojos, que tenía que ver a raíz del consumo. Yo era muy impulsivo o muy enojón que enseguida explotaba y él trataba de ver si yo había trabajado o hacerme trabajar esa parte o hacerme dar cuenta que yo no tenía muy trabajada esa parte del impulso, del enojo, me ayudó poder hablarlo con él.

V: ¿En algún momento del proceso de internación pensaste que ya había sido suficiente, ya estoy bien, ya puedo volver a casa?

F: Sí, me pasó en la anteúltima etapa de coordinador general, antes de llegar a asistente de staff.

V: Ibas pasando distintas etapas.

F: Cuando entras sos admisión que no podes hablar con toda la casa, solamente podes hablar de coordinador, coordinador general y asistente para arriba. Te ponen dos hermanos, un hermano menor y un hermano mayor. Me pasó cuando estaba en la anteúltima etapa yo ya me sentía preparado para que me den la etapa de asistente de staff. Llegó el anuncio que era todos los miércoles, nos sentamos todo un grupo y se da un anuncio a cada uno de como estuvo la semana y si ya estás preparado para la siguiente etapa, te marcaban cosas específicas que tenías que mejorar, ir cambiando, había veces que salías shockeado pero bueno, te servía. Y bueno llegué a esa etapa y yo pensaba que me tenían que dar la etapa de asistente, que ya llevaba cuatro meses en esa etapa de coordinador general y nada, me largué en llanto y en enojo, que me sentía que ya estuve mucho tiempo en esa etapa y me sentía preparado y lo hablé con el operador que estaba en ese momento.

Salí del anuncio, así como me levanté, todavía faltaba que el director diera algunos el anuncio, porque el director era el que daba los anuncios, le dije al director que me quería retirar y me dijo “bueno, andate.” Me fui y me puse a llorar que me quería ir porque sentía que yo ya estaba preparado para esa próxima etapa, pero bueno nunca llegué a armar el bolso, pero siempre estaba ese impulso.

V: Claro, hubo situaciones en que pensaste en irte aunque no lo hiciste. Estando allá en la comunidad, ¿te diste cuenta de que algún vínculo o relación que tenías no te hacía bien?

F: Sí, lo que me di cuenta es que, y que ahora cuando recaí volví a repetir la misma historia, el tema de los amigos y la junta de acá en el barrio, que bueno fue..., se volvió a repetir esto de sentirme y de volverme a exponer al consumo, de no poder decir que no, o no saber decir que no porque se me juegan un montón de cosas. Me había dado cuenta allá que verdaderamente nunca tuve amigos, que solamente eran amigos de consumo, o cuando tenía plata, o cuando te necesitaban, pero cuando estaba mal no estaban. Eso me di cuenta y me volvió a pasar lo mismo, mi familia me hablaba y yo no hacía caso, como que decía que no, que no, y estaba totalmente cerrado, y ahora me está pasando de vuelta lo mismo.

V: Y cuando te viniste para acá, ¿cómo fue ese cambio, ese pasar de vivir en la comunidad a tu casa? ¿Cómo lo viviste?

F: ¿Terminar y volver acá?

V: Claro.

F: Fue difícil para mí porque... esas son cosas que yo le contaba a mi psicóloga, me fue difícil porque yo sabía que me iba a encontrar con toda mi historia, todo el pasado que me duele un montón y que lo he trabajado mucho. Creo que yo me sentía preparado, pero me di cuenta que había cosas que no había trabajado bien. Era encontrarme con todas las cosas que en otro momento no pude, y nada creo que el primero estuve bien pero después como que me empecé a sentir solo, y yo por ahí ese primer tiempo no salía afuera viste, como que no quería ni salir a comprar por el miedo a cruzarme con alguien... Pero en un momento me empecé a sentir cerrado y empecé a salir, iba y venía, saludaba y pasaba de largo, y después ya en un momento me empecé a quedar. Fue difícil sí, fue difícil volver de allá a acá.

V: ¿Te pasó de querer volver a la comunidad?

F: Los primeros días me quería volver pero a la vez como que me costaba, no sé porque me costaba decir “mira, che me está pasando esto” si yo tenía terapia. Tenía terapia por videollamada y era incómodo para mí por videollamada después de tanto tiempo de tener una charla frente a frente. Fue totalmente difícil.

V: **No era lo mismo.**

F: No, claro.

V: **Estando ya en el barrio, ¿encontraste dificultades u obstáculos para continuar con el tratamiento? Ya un poco lo venimos conversando, esto de los amigos y la junta.**

F: Me lo repetís.

V: **¿Qué cosas pensás te hacían difícil seguir con el tratamiento acá en el barrio, en tu casa?**

F: Encontrarme con mis amigos. A lo primero podía decir que no, "che estoy apurado" y seguía pero después creo que, el ambiente de acá como que por momentos me sentía solo, no sentía apoyo. Y me empecé a quedar, por no sentir este apoyo me empecé a quedar y creo que ahí fue donde, donde se me volvieron a repetir actitudes, señal, como decía mi psicóloga, esas señales semáforo en rojo, amarillo o verde como que no le hice caso y no llegué y sigo con muchas dificultades.

V: **Y en relación a tu familia, ¿te pasó de vivir alguna situación familiar que te haya hecho decir o pensar, ya está largo todo y...?**

F: Sí, cuando hay cruce de palabras con mi mamá, me pasó que es más, me he... fui corriendo, como decía mi psicóloga, "no pegues ese portazo y te vayas a consumir" porque yo agarraba eso y me iba y me agarraba para no pensar en eso o no ponerme mal, en vez de angustiarme para después sentirme mejor, prefería no angustiarme, lo reprimía y me iba a consumir.

V: **¿Por qué pensas que ocurría así, quiero decir, tener estos cruces con tu mamá y querer...?**

F: Yo creo que más allá de todo, yo quizás venía con muchas ganas de consumir y agarraba esa excusa para ir a consumir y no poder sentarme a hablarlo con ella o hablarlo con la psicóloga, creo que fue como no sé si fácil pero más fácil ir por ese lado que hablarlo.

V: **¿Quiénes sentís que te ayudaron y fueron un apoyo para no volver a consumir, para tu bienestar?**

F: Más allá de las peleas con mi mamá siempre siento que está ahí en todo momento. La psicóloga, la directora que es mi madrina, y el director mi padrino, ellos siempre estuvieron y siempre van a estar.

V: **¿Seguís en contacto con ellos?**

F: Con la directora hace rato que no hablo, con el director tampoco porque bueno... se dieron cuenta de que yo en un momento estaba mintiendo y como que se enojaron y después yo igual hablé con la directora, le comenté que yo estaba yendo a la Casita Azul, que estaba hablando con Ana y me dio como un apoyo y me dijo que sabía que poder contar con ella y que cualquier cosa que la llamé y que puedo ir para allá, que yo tenía las puertas abiertas allá para cuando quiera volver. Y también mi familia, más allá de que hay cosas que me molestan sé que puedo contar con ella aunque me cuesta confiar y hablar porque siento que no tienen ese apoyo que yo... que me gustaría a mí quizás, que me apoyen de otra manera.

V: Estando de vuelta en el barrio, ya habiendo salido de la comunidad ¿sentiste en algún momento estar a la deriva, sin saber que hacer o...?

F: Sí, cuando llegué. Porque estaba acá, tenía la ayuda del plan pero no tenía trabajo entonces, yo había trabajado mucho con la directora, que la directora tiene como 30 años de psicología, sigue dando terapia pero es directora de la comunidad, y trabajó mucho esto de poder organizarme el día, la rutina de todos los días, de pensar “bueno hoy voy a hacer esto.”

D: ¿Qué personas consideras son importantes hoy en tu vida?

F: Yo creo que mi familia, pareja, su hija, mi hija, y N que ahora que viene en camino. Pero más que nada, como dije antes, yo primero tengo que ponerme bien por mí no por los demás, porque después los demás se pueden correr y yo quedo como... entonces primero, como decía en otro momento, yo crear una base sólida por mí.

V: Sí. Imaginate un pibe o piba, que está saliendo de la comunidad, de la que vos estuviste por ejemplo, ¿qué le dirías, algún consejo, recomendación, algo que te parece importante transmitirle?

F: Me diría a mí mismo en el momento que yo llegué acá que no deje de hablar con mi familia, que no deje de confiar en ellos, poder contar y decir “che me pasa esto, tengo ganas de consumir pero no quiero hacerlo”, hablar de lo que me pasa en todo momento y empezar a construir ese vínculo con mi familia que tenía con la psicóloga, de poder hablarlo con ella. “Che mamá me pasa esto, me molesta esto”, si llegara a enojarme decirlo enojado que fue lo que aprendí ahí. Nada, eso, que no se quede en ningún lado con amigos que nosotros decíamos amigos, también esto que me pasó a mí de decir “bueno voy al kiosco y vengo” y a lo primero solo pasaba, saludaba, después estaba un ratito...no exponerte al consumo, creo que te diría eso y que en todo momento pueda hablar con su familia antes de llegar al consumo y después hablarlo.

V: Muchas gracias F.

CASO N

-Edad: 28 años

-Con quien vive: Su mamá, su papá, su hijo de seis años y sus cuatro hermanos.

-Situación laboral: trabaja en limpieza de un consultorio médico.

-Internaciones: “Estuve una sola vez y estuve casi dos años, pero fueron cuando estuve así saliendo para mi casa, creo que fue al año y dos meses que empecé a salir sola, ir y venir. Esto fue hace dos años, yo ya el año pasado ya estaba afuera, todo el año, no me acuerdo pero es reciente.”

-Descripción del entorno: “Hay cosas buenas y hay cosas malas, como hay gente buena y gente mala, y tenes de todo un poco, así que no es ni bueno ni malo el barrio entendes, porque sino que son las personas más que nada. En todos lados creo que es lo mismo, tanto en un barrio privado como en una villa, lo veo de esa manera.”

V: ¿Cómo fue el proceso de tu internación?

N: En principio mi mamá como que me jodía mucho que me tenía que internar y yo siempre la esquivaba y le decía que no, que no y hasta que pasó una situación que me fui de mi casa dos días, o sea fueron varias veces que me fui a pegarme la gira en realidad, como dos días desaparecí o tres y lo dejaba a mi hijo solo, y una vez, fue para mi cumpleaños que no me dejaron entrar, mi hermano más chico no me dejó entrar y ahí es como que me cayó la ficha. Me fui a la casa de un amigo y le dije si me dejaba entrar a dormir y tuve una charla con él y le dije “sabes qué, me voy a internar.” Y así surgió y al otro día, bueno después fui a mi casa, y al otro día amanecí con bronquiolitis, bronquitis, algo así... no podía respirar, me dolía el pecho y me acompañó mi mamá al hospital, en ese entonces le dije que me quería internar y en ese momento ella hizo todo, en el hospital, creo que la llamó a Ana, así que... fue todo rápido igual. Fuimos un día y a los dos días me tenía que internar, y decí que me tocó acá en San Isidro. Igual iba con la mente que me iba a internar con mi hijo, con mi hijo, con mi hijo que tenía 3 porque iba al jardín, ese año empezaba y era como que iba y no iba por el consumo que tenía yo. Entonces se me cruzó por la mente en qué por qué lo iba a sacar de mi casa, por qué lo iba a traer conmigo, lejos de sus primos, de su familia, de su ambiente. Así que en ese momento decidí internarme y sola.

V: ¿Cómo fue la experiencia en la CT en los primeros momentos?

N: Sabes que fue como... al principio bueno, estaba contenta y orgullosa de mí, me acompañó mi mamá todo. Veía que había gente, era un lugar mixto. Estaban haciendo juegos en ese momento y a

mí me gusta hinchar y esas cosas y dije nada vamos a probar y si no me gusta que pase lo que tenga que pasar. Con el tiempo me fue gustando, y eran más mis ganas de seguir adelante, más mis ganas de disfrutar, y un montón de cosas. Sí extrañé muchas cosas pero bueno a veces hay que soltar. Me costó igual al principio, creo que fue una semana donde costó, es de un día para el otro que te vas con otra gente que no conocés, pero me hallé bastante rápido. Y después bueno, como estuve en dos comunidades, porque me cambiaron a Gral. Rodríguez.

V: ¿A otra sede?

N: Sí, a otra sede. Fue totalmente un shock, ahí sí que fue shock porque yo ya había ido de paseo a esa comunidad y ahí era como muy barrio, gente de barrio, era más la realidad que a lo que estaba acá en San Isidro que era como algo más correcto. Allá era como más real, a la realidad de lo que uno cuando sale afuera, pero con otras modalidades. Ahí sí como que me shockeó, estuve como un mes sin ver a mi familia y que me querían medicar y yo no quería viste. No, no, y no me medicaron. Así que después ya era como que a lo último no quería, no tenía ganas de ir, primero porque estaba trabajando y después tenía que ir, me mataba el viaje, ya me aburría, era como que escuchar otra gente y vos siempre decir lo mismo, porque de mi casa al trabajo y del trabajo a la comunidad y después a mi casa era como esa rutina y no hacía nada.

V: ¿Vos dormías en tu casa e ibas a los grupos?

N: Claro, iba a los grupos. Y ahora que me gradué, contenta, lo re valoré, estuve mucho tiempo sin consumir así que dentro de todo bien.

V: En algún momento estando allá en la CT, ¿empezaste a vivir alguna situación incómoda que te haya generado la idea de irte?

N: ¿Irme de la comunidad?

V: Sí.

N: No, no, no, en ningún momento se me cruzó de armar los bolsos y... no, en ningún momento. No, porque tenía mucha confianza con el director, justo recién estaba hablando con el director y aparte tenía también, ahora ya no me acuerdo como se llama, no me sale la palabra, hay otro que...

V: ¿Un referente o algo por el estilo?

N: Sí, con el que vos podías hablar si algo te pasaba y esas cosas y así que...

V: Fue importante

N: Sí, sí.

V: ¿Y sí te pasó de en algún momento decir bueno, ya estoy lista, fue suficiente, me parece que ya puedo volver a mi casa?

N: Sí, eso sí me pasó. Me pasó en uno de los últimos grupos creo que de reinserción, de que ya estaba re podrida y escuchaba siempre lo mismo y que los demás no estaban a mi altura, como que yo estaba bien y hacía las cosas bien, y los demás... o que recaían o hacían esto que no tenían que hacer y era como que me sentía como que yo ya estaba. Sí, eso sí, es totalmente distinto a querer irte a sentir que ya estabas preparada. Extrañaba un montón. A mi hijo, a mi abuela, vive al lado de mi casa. Esas dos personas son como muy importantes.

V: Estando allá, todavía en la comunidad, ¿te diste cuenta de que algún vínculo o relación anterior que tenías no te hacía bien?

N: Sí, sí, sí.

V: Vínculos que no eran sanos.

N: Sí, hasta hoy en día es un hola y chau con esa persona.

V: Tuviste que cortar.

N: Sí, pero de raíz directamente, sé que no puedo estar con esa persona y que si me la cruzo no me quedo a charlar porque primero no es una persona de confiar en decir "sí estoy bien" y que te siga esa conversación, sino creo que sería lo contrario, "vamos a tomar..."

V: Una vez que volviste de la comunidad al barrio, tu vuelta fue como más gradual ¿no? pero ¿cómo viviste ese pasaje de la comunidad al barrio?

N: Sí, porque primero que no me dejaron entrar a mi pieza, mi pieza era mi lugar de consumo y los primeros días no me dejaban entrar. Yo tampoco quería porque sabía que me iba a remover muchísimas cosas entonces sí, primero ya la vuelta al barrio, viste cuando uno te conoce y están todos "hola N" y vos tenes en la cabeza que no te tenes que saludar con tal persona, o con gente... entonces yo me ponía a llorar cuando llegaba a mi casa, me ponía a llorar porque qué culpa tienen ellos de que yo...sí fue bastante chocante, en mi casa sí. Me costó entrar a mi pieza y eso que ya estaba limpia, habían cambiado las cosas, me costó un montón.

V: Estando acá en el barrio ¿te costó seguir el tratamiento? ¿Encontraste dificultades para sostenerlo?

N: Sí, encontré dificultades pero duré mucho tiempo limpia. Es más, hace ponele cinco, seis meses que empecé a salir a consumir, o sea salir y consumir lo que es bebida apológica, lo otro no. O sea tuve mis recaídas pero estando adentro de la comunidad, entonces ahora no, no es que me costó, sino es que uno sale preparado con esa mentalidad de qué sé lo que tenes que hacer y lo que no tenes que hacer, te preparan.

V: Lo que tienes que hacer y lo que no.

N: Bueno igual que con el tiempo yo bueno, me fui metiendo con... o sea teniendo una conversación, por los años, varias veces me ofrecieron mis propios, o a los que digo que son mis amigos, me ofrecieron y nada, yo dije que no y fue como una falta de respeto. Ellos lo entendieron pero ahí es "dale N", y yo sé que no porque, o sea yo lo pasé estando dentro de la comunidad, tuve una vuelta al consumo de como una semana y eso fue feísimo para mí, entonces si yo lo hago afuera, que estoy fuera de la comunidad, yo sé que voy a estar peor. Acá en mi casa no sería lo mismo.

V: ¿Hubo algún momento familiar, o alguna situación en tu casa que te haya generado la idea o las ganas de querer volver al consumo?

N: No sé si tan así pero de querer probar sí, en mi casa tengo a mi hermano que consume, después tengo al lado de mi casa en la casa de mi abuela a mi primo que consume, y yo me la agarré con él. No de tirar todo a la mierda pero de la imaginación de querer probar, fumarme una seca o algo de eso sí. Pero creo que ya hace bastante, ahora es como que no.

V: ¿Quiénes sentís que te ayudaron y fueron un apoyo?

N: Mi familia, mi papá, mi mamá, mis hermanos, mi hijo también que es un apoyo porque es estar en el día a día, y es el estar con él. Tengo mis tías también, mi madrina, mi madrina antes de internarme me ayudó muchísimo, ella también tuvo iniciativa porque buscaba psicólogo, buscaba algo viste como para mí y teniendo... ella tiene al hijo que está en consumo.

V: ¿El Centro Barrial que lugar ocupó?

N: Cuando me veía que estaba tecleando o pisando el palito, la llamé a A. Ella me dio un espacio para que podamos hablar.

V: Ya estando acá ¿sentiste en algún momento estar a la deriva, sin saber que hacer, pensar ahora para dónde voy, cómo sigue mi vida...?

N: No, porque en realidad en esos momentos estaba mucho con mis primas, ahora como que estamos un poco más alejadas por el tema de la pandemia, una está allá, la otra está trabajando, yo estoy trabajando, pero estuve mucho tiempo con mi prima que íbamos a la plaza o íbamos de acá para allá, o sea no me sentía como a la deriva estando ahí, tenía cosas para hacer, la ayudaba a mi abuela, lo apoyaba a mi abuelo que estuvo enfermo, mientras tanto tenía trabajo.

V: Tenías un trabajo.

N: Claro yo ya estando en la comunidad ya había conseguido un trabajo. Es como que la comunidad te obliga, no es que te obliga, es un proyecto que uno se propone, uno se propone eso de buscar trabajo y uno lo hace.

V: Puede sonar repetitivo, pero quizás quieres nombrar a alguien más: ¿Qué personas consideras que son importantes en tu vida? Antes me dijiste tu hijo y tu abuela.

N: ¿Hoy importante? La mía, la mía en primer lugar. Sí. La mía, la de mi hijo, la de mi papá y mi mamá que los tengo vivos y la nombro siempre a mi abuela porque como que es viejita, la adoro y todo y sé que la vida no es para siempre y mientras tanto la aprovecho.

V: N, una última pregunta que te hago, en relación a todo lo que me fuiste contando, imagínate una chica que está por volver a su casa después de haber estado en una CT, ¿qué le dirías vos a esa chica, que te parece importante decirle? Un consejo, recomendación...

N: Que se apoye en su familia, que se ponga en primer lugar porque si ella no está bien los demás no están bien, van a estar mal por ella, que siga sus proyectos, que se proyecte e idee cosas y que siga su camino.

V: Muchas gracias, ¿algo más, algo que te hayas quedado con ganas de decir?

N: Creo que no.