

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Representaciones sociales sobre consumo problemático. Un estudio en torno a jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en el espacio hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos en la ciudad de Chajarí, durante el año 2024.

Autora: Magalí Pamela Dalmazzo

Dirección: Lic. Osvaldo José Luis Chiarlo – Psic. Flavia Kuxhaus

Paraná, 15 de Mayo de 2025



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



Licenciatura en Psicología

Representaciones sociales sobre consumo problemático. Un estudio en torno a jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en el espacio hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos en la ciudad de Chajarí, durante el año 2024.

Modalidad: Trabajo de campo

Dalmazzo, Magali Pamela

DNI: 37.079.859

Correo: magalidalmazzo@gmail.com

Tel: 3456- 15 459771

Equipo de dirección: Chiarlo, Osvaldo José Luis. Lic. en Psicología

Kuxhaus, Flavia. Psicólogo.

Paraná, 15 de mayo de 2025

LOS VACÍOS
NO SE LLENAN NI ESCONDEN
CON PERSONAS, NI TRABAJO,
NI PLACERES, NI COMIDAS,
NI SUSTANCIAS...
LOS VACÍOS SE RECONOCEN,
SE HABITAN, SE AFRONTAN.
PARA TRANSFORMARSE Y REVELAR
UN “PARA QUÉ”. UN PROPÓSITO.
UN SENTIDO.

Agradecimientos

A mi familia y amigos, por el apoyo incondicional todos estos años, por acompañarme y creer en mí.

A mi compañero en la vida, por alentarme a luchar por mis sueños.

A Osvaldo Chiarlo y Flavia Kuxhaus, mis directores de TIF, por acompañarme en el proceso de investigación.

A Victoria, por leerme y por su disposición a ayudarme.

Al equipo de profesionales del espacio hospitalario, por su buena predisposición a que realice la investigación allí.

Gracias a los protagonistas de esta investigación: Florencia, Gabriel, Raúl, Mateo y Mariano. Me permitieron compartir sus espacios y sus historias.

Por último, mi agradecimiento a la Universidad Pública por los años de formación que obtuve.

Índice de Contenido

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1: Estado del arte y marco conceptual.	10
1.1: Estado del arte	10
1.2: Marco conceptual	15
1.2.1: Representaciones sociales	15
1.2.2: Juventud (es)	18
1.2.3: Consumo problemático	21
Capítulo 2: Marco metodológico	26
2.1 Metodología	26
2.1.1: Diseño de la investigación	27
2.1.2: Unidad de estudio y unidad de análisis	27
2.1.3: Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
2.1.4: Análisis de datos	33
Capítulo 3: Presentación del espacio	35
3.1: El hospital Santa Rosa y el Espacio Hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos	35
3.2: Estrategias de intervención en el Espacio hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos	37
Capítulo 4:	40
4.1: Descripción de los entrevistados	40
4.2: Consumo problemático antes del tratamiento psicoterapéutico	42
4.2.1: Contexto de consumo	42
4.2.2: Vínculo con la sustancia	45
4.2.3: Factores de riesgo	47
4.3: Consumo problemático durante el tratamiento psicoterapéutico	50
4.3.1: Circunstancias de ingreso al tratamiento	50
4.3.2: Representaciones sociales sobre el consumo problemático durante el tratamiento	52
4.3.3: Experiencias en el tratamiento: grupo de jóvenes y profesionales	56
4.3.4: Factores de protección	62
Capítulo 5:	66
5.1: Rupturas en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático	66
5.1.1: Representaciones sociales sobre la droga: felicidad vs riesgo	66
5.1.2: Representaciones sociales sobre los vínculos: alejamiento vs arrepentimiento	67

5.1.3: Representaciones sociales sobre el tratamiento: prejuicio vs compromiso	68
5.1.4: Representaciones sociales sobre el consumidor: estigmatización vs acompañamiento	69
5.1.5: Representaciones sociales sobre la vida: presente vs futuro	69
5.2: Continuidades en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático	70
5.2.1: Representaciones sociales sobre la recaída: error y culpabilidad	70
5.2.2: Representaciones sociales sobre el trabajo: inestabilidad	71
Conclusiones	73
Referencias bibliográficas	76
Apéndices	78
Apéndice 1: Plano de la Ciudad de Chajarí, Entre Ríos.	78
Apéndice 2: Imágenes utilizadas en el Focus Group.	79
Apéndice 3: Guía de entrevista semiestructurada	87
Apéndice 4: Guía de preguntas a profesionales	89

Resumen

El Trabajo Integrador Final tuvo como objetivo general describir las representaciones sociales sobre consumo problemático en jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en un espacio de rehabilitación ambulatorio de la ciudad de Chajarí, durante el año 2024. En este espacio la modalidad de abordaje es desde el paradigma de reducción de daños, con el objetivo de disminuir los riesgos que pueden estar vinculados con el consumo. Mediante una metodología cualitativa y por medio de observación participante, entrevistas semiestructuradas a los profesionales y los jóvenes del espacio y un Focus Group, se propuso identificar las representaciones sociales sobre consumo problemático de los jóvenes antes y durante el tratamiento.

Como principales hallazgos, las representaciones sociales de los jóvenes antes del tratamiento estaban vinculadas a la curiosidad de querer probar, experimentar sensaciones nuevas y como herramienta para escapar y evitar el sufrimiento. El consumo inició en la adolescencia y en esos momentos no tenían conciencia del riesgo que el consumo generaba.

En el caso de las representaciones sociales sobre el consumo problemático durante el tratamiento, se observa una gran mutación comparativamente con las anteriores. Se observó que se desarrollaron factores de protección que constituyeron puntos de apoyo en el proceso de tratamiento, como el grupo terapéutico, el equipo de profesionales, la familia, el deporte, el trabajo y el grupo de amigos. Todos ellos iban fortaleciéndose en el espacio. En tratamiento, los jóvenes tenían una valoración negativa del consumo, reconociendo los riesgos y daños que trae aparejado el mismo. Además, surgieron representaciones nuevas como el miedo a las recaídas, miedo al futuro y a los proyectos de vida de cada uno.

Se logró concluir que hubo rupturas y continuidades en las representaciones sociales de los jóvenes luego de un tiempo de realizar tratamiento y a partir de la intervención de los profesionales en el espacio.

Palabras claves: consumo problemático - tratamiento psicoterapéutico - juventudes - paradigma de reducción de daños.

Introducción

Cuando se cuestiona acerca del consumo de sustancias psicoactivas no se puede dejar de analizar el contexto social, jurídico, político, económico e institucional que lo engloba.

El uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema por la sociedad. Antiguamente el consumo tenía fines religiosos, terapéuticos, productivos o lúdicos, en función de las diferentes culturas y religiones. Como mencionan Llovera y Scialla (2016), “en un momento histórico determinado y respondiendo a intereses específicos, la construcción de la droga como objeto (...) comienza a ser entendida como un problema que afecta a la sociedad y que debe ser abordado desde políticas estatales” (p.44).

En esta línea, la contemporaneidad se caracteriza, entre otros factores, en la imposibilidad de sostenimiento de lazos sociales, la diversidad en cuanto a expectativas sociales y la dificultad para alcanzarlas, como contextos sociales de desigualdad y desafiación. Además, la cultura consumista en la que estamos insertos, incita a consumir de manera gradual y repetitiva para alcanzar el bienestar inmediato. Esta realidad compleja, la cual describe una multiplicidad de factores de riesgo, predispone al consumo problemático de sustancias.

A partir de un trabajo de investigación realizado en la Universidad Católica Argentina (UCA) por Mitchell y Debortoli (2022), quienes analizan las últimas estadísticas sobre prevalencia del consumo, en el año 2017 en Argentina el 8,3% de la población de entre 12 y 65 años consumió alguna droga ilícita en los últimos 12 meses. La marihuana era la droga ilícita más consumida, con una prevalencia anual de 7,8 %, seguida por la cocaína (1,5%), los tranquilizantes sin prescripción médica (0,7%), los alucinógenos (0,6%), y el éxtasis (0,3%). Los otros tipos de droga ilícita (esteroides anabolizantes, estimulantes, solventes e inhalables y pasta base) tenían una prevalencia anual de consumo inferior al 0,1%. No obstante, el consumo de alcohol era más común que el consumo de drogas ilícitas, alcanzando el 43% de la población mundial. En cuanto al género, el consumo era significativamente mayor en hombres (11,5%) que en mujeres (5,4%). Asimismo, la encuesta permite afirmar que el consumo de alguna droga ilícita en Argentina era más prevalente en personas de 18 a 24 años (16,1%) y de 25 a 34 años (13,5%), bajando notoriamente para otros grupos etarios. En cambio, el consumo de alcohol se distribuía de manera más uniforme a través de las edades.

En relación al contexto, Camarotti y Guelman (2017) plantean que si bien la dependencia a sustancias “es un problema que afecta a todos los sectores socioeconómicos, los más vulnerables tienden a acceder a drogas más baratas y de peor calidad, lo cual aumenta el riesgo de dependencia y salud” (como se citó en Mitchell y Debortoli, 2022, p.28).

En cuanto al acceso al tratamiento, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (2020) plantea que depende de múltiples factores, incluyendo la oferta de servicios de

tratamientos públicos o privados, la forma en que estos servicios se vinculan con el sistema de salud pública, la divulgación de información que en la comunidad se brinde, la diversidad en cuanto a abordajes que se puedan ofrecer y las características, situación social y patrones de consumo de la persona en particular. A nivel mundial, la ONUDD (2020) estimó que solo una de cada ocho personas que sufría dependencia a sustancias psicoactivas en 2018, tuvo acceso a un tratamiento, dando cuenta de la baja cobertura que existe en todo el territorio.

En un momento histórico determinado, la droga comienza a ser considerada un problema que afecta a toda la sociedad y que debía ser abordado desde políticas estatales. De este modo, Llovera y Scialla (2016) plantean que “una vez consolidado el problema de la droga como cuestión social comienzan a gestarse dos paradigmas -muy diversos entre sí- en torno al modo de pensar, diseñar e implementar políticas en materia de drogas” (p. 5).

El paradigma abstencionista- prohibicionista, surgido en EE. UU en el siglo XX, se convirtió en un modelo para todos los demás países mediante la Convención Única de Estupefacientes (1961) y otros convenios internacionales, como la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971), y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988), tal como lo plantea Romaní (2008). El objetivo desde este paradigma es alcanzar un “mundo libre de drogas”, propiciando en quienes las consumen un proceso de rehabilitación que tiene como única opción el abandono total del consumo.

Este objetivo, pese a los años no se ha alcanzado y por tal motivo se comienza a pensar en un paradigma alternativo, llamado “de reducción de daños y riesgos”, que tiene como objetivo disminuir los efectos negativos del consumo. Desde esta lógica, Touzé (2006) plantea que “permite que se puedan mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen drogas, dando lugar a una afirmación de su calidad de ciudadanos, cuyos derechos deben ser asegurados” (p. 39).

Es importante trabajar en la construcción de nuevas representaciones sociales respecto de las personas que consumen, tener en cuenta de que las drogas no van a desaparecer del mundo y que, admitiendo que muchas personas no puedan dejar de consumir, el tratamiento debe basarse fundamentalmente en reducir los riesgos sanitarios y sociales que este provoca.

En esta línea, es posible pensar la problemática como un proceso multidimensional en el que intervienen: las personas (con su posición en relación a las sustancias), las sustancias (como elementos naturales), y el contexto en que este vínculo particular se produce.

En ese sentido, en esta investigación se buscó responder a la pregunta ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre consumo problemático en jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en el espacio hospitalario para el abordaje de los consumos problemáticos en la ciudad de Chajarí, durante el año 2024?

Esta investigación se llevó a cabo en un espacio dentro del hospital Santa Rosa de la ciudad de Chajarí, provincia de Entre Ríos. Dicho lugar se encuentra ubicado en la calle Doctor Planas 2285, entre Av. 1 de mayo y calle Corrientes. Dentro del área de Salud Mental, el espacio hospitalario para el abordaje de los consumos problemáticos, funciona desde septiembre del año 2017, brindando atención, contención y tratamiento ambulatorio a personas que padecen algún tipo de consumo problemático. En el momento de la investigación el tratamiento implicaba la asistencia a dos instancias, las entrevistas individuales que se daban una o dos veces a la semana, y un espacio de grupo psicoterapéutico a cargo de un psicólogo, los días jueves de cada semana.

Para poder responder a la pregunta de investigación, el objetivo general fue describir las representaciones sociales sobre consumo problemático en jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en el espacio hospitalario para el abordaje de los consumos problemáticos en la ciudad de Chajarí, durante el año 2024. Por su parte, los objetivos específicos son:

- Identificar las representaciones sociales sobre consumo problemático en los jóvenes antes de ingresar al tratamiento psicoterapéutico.
- Identificar las representaciones sociales sobre consumo problemático en los jóvenes durante el tratamiento psicoterapéutico.
- Describir rupturas y continuidades en las representaciones sociales sobre consumo problemático a partir de la intervención de los profesionales en el espacio psicoterapéutico.

El supuesto que atraviesa el presente TIF es que el tratamiento psicoterapéutico posibilita una toma de conciencia acerca de la problemática, permite el fortalecimiento de factores de protección como la familia, el ocio y la comunidad; y brinda herramientas para lograr un proyecto de vida, generando transformaciones en las representaciones sociales de jóvenes que se encuentran realizando un tratamiento sobre consumo problemático.

El propio interés sobre la temática se remonta al momento de cursado de la materia electiva “Prácticas Profesionales supervisadas: Psicología Jurídico Forense” de la carrera de Licenciatura en Psicología en UADER. En ella se ha realizado un recorrido por una institución “CENTRO HUELLA”, que brinda atención ambulatoria a personas con consumo problemático. A partir de esta experiencia se reflexionó acerca de los diversos estereotipos y prejuicios que giran en torno a la persona consumidora de sustancias (como delincuente, enfermo, adicto), los cuales suelen ser reforzados y amplificados selectivamente hoy en día por los medios masivos de comunicación. También en cuanto al modo de tratamiento, ya que en este espacio el tratamiento es ambulatorio y el foco de atención está puesto en la recuperación del sujeto en la comunidad, generando una red de contención no solo a nivel familiar, sino también social, laboral, entre otras.

En cuanto a la relevancia social y académica de esta investigación, se considera que la temática constituye una problemática que atraviesa a todos los estratos y niveles sociales y económicos y que ha

aumentado notablemente en todo el país. Esto se ha visto favorecido por la ausencia de políticas públicas dirigidas especialmente hacia la prevención, intervención, contención y tratamiento. Así mismo, se detecta una baja percepción acerca de los riesgos, naturalizando el consumo y dificultando las estrategias de prevención. Por lo tanto, se considera relevante conocer la situación problemática a partir de los propios testimonios de los jóvenes, con el objetivo de realizar un aporte teórico y del campo empírico no sólo a la disciplina de la Psicología, sino también a los sujetos y al espacio hospitalario en sí misma, debido a que en dicho lugar no se han realizado investigaciones respecto a esta temática.

En esta investigación, la modalidad elegida ha sido la de trabajo de campo porque permite observar los fenómenos en su contexto natural y así poder brindar una comprensión más profunda y precisa acerca de ello. Además, permite al investigador interactuar con las personas que están siendo estudiadas, validando o refutando las hipótesis planteadas, al mismo tiempo que generando nuevos modelos explicativos.

Por último, en cuanto a la organización del TIF, el escrito está organizado en cinco capítulos. En el primer capítulo, se desarrollaron los antecedentes sobre la temática elegida y el marco conceptual que sirven de guía para el análisis. En el segundo capítulo, se abordó la estrategia metodológica utilizada en esta investigación, focalizando en las técnicas de recolección de datos empleadas y la manera en que las mismas fueron utilizadas. En el tercer capítulo, se realizó una presentación del espacio elegido para el desarrollo del TIF y las estrategias de intervención utilizadas por el espacio para el trabajo de tratamiento. En el cuarto capítulo, se llevó a cabo una descripción de los entrevistados y se desarrollaron dos de los objetivos propuestos en la investigación que tiene que ver con aquellas representaciones sociales de los consumos problemáticos de los jóvenes antes y durante el tratamiento. En el quinto capítulo, se abordó el último objetivo teniendo en cuenta el desarrollo de los dos anteriores para articularlos en función de apuestas y similitudes. Por último, se expresaron las reflexiones finales que surgieron de este proceso investigativo.

Capítulo 1: Estado del arte y marco conceptual.

En el presente capítulo se exponen, en primer lugar, algunos antecedentes que resultan relevantes para evidenciar el estado del arte en torno al consumo problemático de sustancias. A su vez, se presentan las categorías teóricas que orientan el desarrollo de la investigación y el abordaje en el campo.

1.1: Estado del arte

A continuación, se describen diferentes investigaciones que abordan la problemática bajo estudio, específicamente de las representaciones sociales sobre consumo problemático de drogas. Estas investigaciones fueron realizadas a jóvenes y adultos, consumidores y no consumidores, contemplando en algunos casos el tratamiento psicoterapéutico y sus consecuencias en dicho consumo. A fin de elaborar el estado de la cuestión, los antecedentes serán expuestos desde el plano internacional al contexto local.

Una de las primeras investigaciones que es tomada como antecedente se titula “Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas”. En esta, los investigadores Sierra et al. (2005), tuvieron como objetivo explorar el consumo de drogas en los adolescentes y diseñar estrategias preventivas que permitan reemplazar las representaciones sociales sobre las drogas y sus usos. Este estudio combinó metodologías cuantitativas y cualitativas, realizando encuestas a 1492 estudiantes de Bogotá, hombres y mujeres entre los 13 y 22 años de edad. También se realizaron entrevistas semi-estructuradas, y mediante el diálogo y la observación se obtuvo información sobre ciertas dinámicas del consumo de sustancias psicoactivas. La muestra se dividió en tres grupos: no consumidores, consumidores de alcohol y consumidores de sustancias ilegales.

Este antecedente resulta un aporte a este TIF, ya que a partir de los resultados que se obtuvieron se llega a la conclusión de que hay diferencias importantes en las representaciones sociales que tienen los jóvenes que son consumidores de aquellos que no lo son. Mientras que los primeros tienen una baja percepción en cuanto a la peligrosidad de las sustancias que se consumen, muestran una mayor tolerancia y consideran que mediante el consumo evaden ciertas realidades y perciben sensaciones placenteras; aquellos jóvenes no consumidores tienen una actitud más cautelosa, teniendo más conciencia sobre los peligros a los que están expuestos si consumen y también no considerándolas un medio para lograr la diversión o alejarse de la realidad. La sustancia más habitual entre los jóvenes es el alcohol y suelen ser los familiares los que ofrecen desde temprana edad su consumo. En cuanto a la marihuana, es la droga ilegal más popular entre los jóvenes dado que, al ser “una planta”, da una

impresión de pureza y de que es inofensiva para la salud. Dentro de las drogas consideradas como las más peligrosas para los jóvenes consumidores, se encuentran la cocaína, el basuco y la heroína. Los no consumidores, por su parte, consideran que las drogas más peligrosas son la marihuana, el alcohol y el éxtasis. Dentro de las campañas y estrategias de prevención, los autores concluyen que debe contemplarse que los valores familiares están estrechamente vinculados con el riesgo de consumo en los jóvenes.

En segundo lugar, la investigación realizada en Venezuela por María Laura Perozo Fernández (2011), titulada “Representaciones sociales en consumidores de drogas”, a partir de una metodología cualitativa, se propuso analizar las representaciones sociales de los consumidores de drogas. Para su abordaje, se formaron dos grupos focales: uno constituido por siete personas que consumían alguna droga y que se encontraban en tratamiento, y el otro, por seis personas consumidoras que no asistían a tratamiento. Entre las personas que participaron, once fueron hombres y dos mujeres, en edades comprendidas entre los 21 y 49 años.

Dentro de los resultados obtenidos, y en ello está una de las contribuciones a la investigación, cabe destacar que mientras el grupo conformado por las personas que se encuentran realizando un tratamiento sostienen que, aunque en un primer momento el consumo estuvo asociado a curiosidad y ganas de experimentar, luego eso pasó a transformarse en dolor y en tristeza. Por otra parte, el grupo de personas sin ningún tratamiento, asocian el consumo con explorar lo novedoso, hallar la creatividad y como una salida a los problemas. Las personas del primer grupo se consideran como adictos, mientras que los del segundo grupo no se conciben a sí mismos de la misma manera, sino que afirman tener el control y la moderación del consumo.

En cuanto al tratamiento, los miembros del primer grupo afirman que la necesidad de ello surge cuando sus familiares se enteran de la problemática por la que están atravesando y el miedo de que otras áreas de su vida se vean afectadas; mientras que aquellos que no están atravesando un tratamiento consideran que nunca se vieron en la necesidad de alguna ayuda para abandonar el consumo de drogas.

La autora concluye que “el malestar familiar y la baja autoestima resultan catalizadores del consumo, así como el establecimiento de prioridades y metas son factores protectores para la detención y abstinencia” (Perozo Fernández, 2011, p. 1).

Echeverría (2004), realizó una investigación en Chile, llamada “Representaciones sociales de las drogas en jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica”, cuyo objetivo fue conocer y comprender cuales son las representaciones sociales de las drogas que jóvenes usuarios de un programa de rehabilitación por dependencia a drogas están construyendo respecto a las drogas y su consumo. Para tal fin, utilizó una metodología cualitativa, realizando entrevistas semiestructuradas a diez jóvenes entre 12 y 18 años, de una comunidad terapéutica llamada “Los Morros”, con al menos un mes de adherencia al proceso de rehabilitación.

Dentro de sus hallazgos, se concluye que los jóvenes sostienen que el consumo de drogas es una “práctica mayoritariamente grupal y marcadamente juvenil” (Echeverría, 2004, p. 183), con sus propios códigos y conocimientos. Los mismos jóvenes dicen que el consumo de drogas ilícitas tiene un carácter transitorio, pues es algo que desaparece cuando asumen los roles y responsabilidades que le son propias a la edad adulta. Con respecto al tratamiento, para los jóvenes el ingreso a la comunidad terapéutica se debe fundamentalmente a presiones familiares, escolares o judiciales. Estos espacios son transitados como espacios de control externo e invalidación de sus prácticas, pero también son considerados por ellos mismos como lugares que posibilitan el encuentro con otros jóvenes, donde se transforman en seres con historias, historias que en su vida cotidiana son silenciadas y que permiten la reconstrucción colectiva de los sujetos. En palabras del autor:

El espacio de tratamiento se constituye entonces en un espacio de palabras y acciones, donde se pueda verbalizar lo representado, y se puedan construir nuevas posibilidades de ser sobre la reflexión en torno a lo que se dice y se hace (p.197).

Otro trabajo utilizado como antecedente se titula “Representaciones sociales del consumo de drogas en jóvenes”. En ella, Jacob et al. (1999) se propusieron, a partir de 24 entrevistas individuales y 15 entrevistas grupales, a 121 jóvenes y 20 adultos, 56 hombres y 65 mujeres, consumidores y no consumidores, comprender el fenómeno de las drogas a partir de los significados percibidos y atribuidos por ellos.

Con respecto a los resultados, fueron muchos los tópicos que se han estudiado. Uno de ellos fue el inicio del consumo. Mientras que los consumidores manifestaron que fue a causa de la búsqueda de entretenimiento y la pertenencia al grupo de pares, el grupo de no consumidores hallaba como causa problemas individuales, familiares y sociales.

Otro de los aspectos esenciales fueron las variaciones en cuanto a la importancia de los efectos de las drogas. No suele ser esencial al comienzo del consumo, pero va adquiriendo importancia cuando el nivel de consumo aumenta y suele ser una de las razones por la que los consumidores cambian una droga suave por una que cause mayores efectos.

En relación a la detención del consumo, suelen ser sus consecuencias negativas el principal motivo, tales como problemas progresivos en el desempeño del estudio o trabajo, deterioro de la imagen social, conductas socialmente indeseables, conflictos y aislamiento con sus pares y familiares. En este sentido, los consumidores consideran que el “tocar fondo” es el requisito para modificar su voluntad y decidir detener el consumo.

Por último, las representaciones de los jóvenes en cuanto a las campañas y las acciones referidas al consumo de drogas suelen ser negativas, ya que las caracterizan como insuficientes en cuanto a su información, baja credibilidad, discriminación de los consumidores y, además, consideran que priorizan la prevención por sobre la rehabilitación, fundamental para ellos.

Otra investigación que se retoma como antecedente se titula “Percepciones sobre el uso problemático de sustancias en adolescentes” y fue realizada por Carlos Torrado Lois y Gabriela Di Landro (2017), en Uruguay. Metodológicamente, aplicaron test, dinámicas grupales y grupos focales a adolescentes de entre 11 y 17 años, con el objetivo de identificar sus percepciones sobre consumos problemáticos de sustancias. También, a partir de un cuestionario abierto, se indagó a familiares de estos adolescentes acerca de cómo ellos pensaban el uso problemático de sustancias.

Con respecto a los resultados, la percepción y valoración que los adolescentes tienen acerca del consumo de sustancias está atravesada por múltiples factores, entre ellas, el contexto, la personalidad, los factores de riesgo y los factores de protección. En relación al primero de ellos, el ambiente social es muy importante ya que facilita o no el consumo de sustancias, el consumo suele ser un elemento de identificación y/o de apoyo social. Consideran también que el uso de sustancias es parte de las características de la etapa de la adolescencia, una conducta habitual de este momento de la vida y no consideran tener la información suficiente sobre, por ejemplo, los riesgos a los que se exponen. En cuanto a los riesgos, sostienen que es un factor que no es percibido como en los adultos. La pasta base de cocaína suele ser considerada como la sustancia más perjudicial, mientras que el alcohol y el tabaco son percibidas como las de menor riesgo.

En cuanto a los cuestionarios hechos a los familiares, ellos consideran que si bien el diálogo y la comunicación suelen ser uno de los factores de protección más importantes para prevenir el consumo de sustancias, muchos de ellos no pueden lograrlo, no hay una comunicación que permita acercarlos a los adolescentes información y/o formar opiniones. Ellos asocian el consumo como una conducta habitual o normal en los adolescentes que tiene que ver con la búsqueda de experimentación, nuevas experiencias, descubrimiento o transgresión de aquello que está prohibido.

Retomando a Tavella (2016), en su investigación “Las representaciones sociales del objeto droga que tienen los jóvenes que concurren al Programa del Sol”, realizada en Córdoba (Argentina), se buscó conocer las representaciones que tienen los jóvenes de la droga antes y después de ingresar al tratamiento. La investigación fue exploratoria, de carácter cualitativo, siendo las técnicas de recolección de datos la observación participante y la entrevista en profundidad, a 10 jóvenes de 15 a 19 años que se encontraban bajo tratamiento.

Los resultados que se obtuvieron fueron que las representaciones sociales de las drogas que los jóvenes tenían antes de ingresar a un tratamiento cambiaban después de un tiempo. Las primeras representaciones de las drogas eran “es un enamoramiento que les permite un medio de socialización que les da una identidad frente a los problemas que tienen que afrontar y vivir, producto de su edad y de los problemas familiares” (Tavella, 2014, p.85). Después de cierto recorrido en el espacio, las representaciones sociales fueron “la droga es algo malo y feo, que permite tapar lo no dicho, con la que se pierde todo y es difícil de salir y olvidar” (p.86). Para finalizar, cabe destacar que los cambios en las

representaciones sociales de estos jóvenes se deben fundamentalmente a que en este programa se trabaja en fortalecer factores de protección como la familia, la escuela, los espacios de ocio, el rol de los terapeutas y la resignificación de los jóvenes sobre estos espacios.

Otro trabajo es el realizado por M. Soledad Llovera (2015), titulado “Lo más probable es que toque el pianito: adolescencias y consumos problemáticos de sustancias en un municipio del gran Rosario”. A partir de entrevistas a representantes de instituciones locales, funcionarios del municipio y a estudiantes de segundo y cuarto año de escuelas públicas en diferentes barrios de la ciudad, la autora reflexionó sobre las representaciones que se construyen en torno al consumo problemático y su relación con los jóvenes de la localidad de Pérez.

Los principales resultados de la investigación señalan que el consumo de sustancias es entendido como un problema que forma parte de la “cuestión social” en el contexto local y que afecta principalmente a los jóvenes de sectores populares, que viven en situaciones de violencia familiar, escasos recursos materiales, marginalidad, vulnerabilidad y un acceso limitado a los servicios públicos y redes de inclusión social.

En torno a las representaciones del consumo de sustancias y los jóvenes, la primera asociación que la mayoría de los entrevistados hace es el de una adicción. Además, la autora concluye que hay tres representaciones que resultan ser mayoritarias: en primer lugar, se caracteriza a los jóvenes como “NINI” (ni estudian, ni trabajan); en segundo lugar, la idea de que los jóvenes se encuentran perdidos; y finalmente, la idea de que los jóvenes son peligrosos, porque se observa la destrucción de espacios públicos, violencia y delincuencia.

Otro de los antecedentes se titula “Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina” y fue realizado por Abeldaño et al (2016). Su objetivo fue determinar el nivel de estigma que tienen internalizadas las personas que consumen sustancias psicoactivas y que se encuentran en tratamiento de rehabilitación. Fue un trabajo descriptivo, realizando entrevistas a 87 pacientes mayores de 18 años que se encontraban realizando un tratamiento en una institución pública. Plantean que los consumidores, además de padecer ciertas dificultades de integración debido a sus hábitos de consumo, padecen las consecuencias del desconocimiento social que existe en relación a la problemática.

Los resultados arrojaron que es frecuente el estigma internalizado en las personas con un consumo de sustancias psicoactivas, y que incluso es más elevado en aquellos que consumen solo alcohol, que en aquellas personas que consumen alcohol y/o otras sustancias. En este proceso de internalización del estigma influye mucho el sentirse diferentes a otros y fuera de lugar en la sociedad, reduciendo la autoestima y aumentando los síntomas depresivos en estas personas.

Estos investigadores consideran que una atención integral a las personas con problemáticas en su consumo, no solo debe brindar contención, apoyo e integración, sino también establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas que el estigma provoca sobre ellos. Esto sin duda

mejoraría los resultados de los tratamientos de rehabilitación y contribuiría a que se evite la aparición de otros trastornos como la depresión, por ejemplo.

A partir de los antecedentes antes mencionados, es posible considerar que hay innumerables investigaciones sobre la problemática del consumo de sustancias. Del recorrido realizado y a partir de aquellas que se han seleccionado para este TIF, se llega a la conclusión de que el consumo de sustancias es una práctica grupal y especialmente juvenil. Esta etapa de la vida que se relaciona con la búsqueda inmediata de placer, con experimentar lo nuevo, la curiosidad, la evasión de la realidad, lleva a que no tengan dimensión sobre la peligrosidad o riesgos que trae aparejado el consumo de drogas.

Las investigaciones además constataron que hay diferencias en las representaciones sociales entre aquellos que consumen drogas y aquellos que no, por ejemplo, aquellos que consumen tienen una baja percepción del riesgo que esta práctica conlleva, mientras que los que no consumen tienen conocimiento de los riesgos a los que se exponen si lo hacen; así como entre aquellos que consumen y hacen algún tipo de tratamiento respecto de los que no lo hacen. En este caso, en aquellos que hacen tratamiento, el consumo es problemático y han atravesado alguna situación límite que los ha llevado a iniciar el proceso de rehabilitación, en cambio, aquellos que no están en tratamiento consideran que tienen un control y una moderación de lo que consumen. Con respecto al tratamiento, es fundamental abordarlas desde una perspectiva integral donde se contemplen todas las áreas del sujeto, ya sea lo individual, lo social, lo laboral, y en donde se trabaje fundamentalmente el fortalecimiento de ciertos factores de cuidado.

A continuación, se abordarán los conceptos que se consideran fundamentales para la presente investigación, los cuales dan sentido al trabajo y posibilitan conocer en profundidad los significados de algunos términos.

1.2: Marco conceptual

En las siguientes páginas se presentan las categorías teóricas que estructuran el análisis de investigación. En primer lugar, se desarrolla la categoría de representaciones sociales (RS) debido a que estructurará los objetivos de esta tesina. Luego se tomará el concepto de juventud (es) ya que no es una construcción homogénea y que ha tenido diversas significaciones culturales a lo largo de la historia. Por último, se profundizará sobre los conceptos de consumo problemático y tratamiento psicoterapéutico, que son los que permiten un vínculo con el objeto de estudio.

1.2.1: Representaciones sociales

Las representaciones, en términos generales, hacen referencia a cómo algo es presentado, interpretado y/o percibido. En el ámbito de la psicología social, Moscovici (1979) fue quien propuso el concepto de representaciones sociales, definiéndola como:

Una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (como se citó en Araya Umaña, 2002, p.27).

En otras palabras, para Moscovici una condición inherente a las representaciones sociales, es poder pensarlas en función de los lazos intersubjetivos que un sujeto establece con otros para crear una realidad social común. Araya Umaña (2002), en relación a esto, considera que, “en la medida en que crean una visión compartida de la realidad y un marco referencial común, las RS posibilitan, entre otros muchos procesos sociales, el proceso de las conversaciones cotidianas” (p. 31).

Las representaciones sociales aluden a un proceso y a un contenido. “En tanto proceso las representaciones sociales refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos. Según Moscovici (1979, como se citó en Araya Umaña, 2002) las RS se deben comprender en sus tres dimensiones, las cuales se exponen a continuación:

- La actitud: es la reacción emocional, positiva o negativa de una representación social, dado que tiene por función normar la conducta de los individuos, otorgándole una regularidad a la acción por ellos ejecutada. Es importante tener en cuenta que las representaciones no son estáticas, sino que pueden ir cambiando a medida que los individuos interactúan y se comunican dentro de su grupo social. Es de los elementos más primitivos de la representación, y siempre está presente, aunque los demás puedan no estar.
- La información: tiene que ver con los conocimientos que un individuo o grupo puede tener sobre determinada situación u objeto, la cual puede variar en cantidad y calidad, y en la que se puede reconocer que muchas veces tiene un carácter estereotipado o prejuiciado de la realidad. Las RS están influenciadas por la cultura, la educación y las interacciones que un individuo establece con los otros. De ahí que los prejuicios y estereotipos que se formen, de alguna manera, determinan ciertos comportamientos y/o actitudes de los individuos.
- El campo de representación: refiere a la organización y jerarquía de los contenidos de una RS, así como alude a la manera en que estos elementos interactúan entre sí para formar una opinión acerca de un objeto o situación particular.

Se podría decir así que, si bien cada individuo tiene su propia opinión y concepto de realidad, esto no significa que sea un proceso puramente individual, sino que en su construcción participa también el medio cultural en el que se encuentra inmerso.

Denise Jodelet también ha sido una de las que ha contribuido en el concepto de representaciones sociales. En uno de sus textos refiere a las RS como:

La manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una *forma de conocimiento social*. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen (p. 473).

Al igual que Moscovici, Jodelet (1984) va a reconocer que este conocimiento es socialmente construido. Las RS se forman a partir de las experiencias individuales de cada uno, pero también está influenciado por lo que recibimos a partir de la tradición, la educación y la comunicación social. En palabras de la autora:

En la representación es posible cotejar dos elementos: por un lado, un contenido (informaciones, opiniones, imágenes, actitudes) que se relaciona con un objeto (un trabajo, un acontecimiento); por otro lado, un sujeto en relación con otro sujeto. En este sentido, “toda representación social es representación de algo y de alguien” (p. 475).

Por otra parte, Jean- Claude Abric (1994) plantea que la representación es siempre social y que no existe una realidad objetiva, sino que “toda la realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrado en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda” (p. 3). Las representaciones son utilizadas para actuar, para tomar posición, para dar un sentido a las conductas y comportamientos de los individuos o grupos.

Este autor va a plantear la importancia de las representaciones sociales en las relaciones sociales, y ello se debe porque responde a cuatro funciones específicas:

- Funciones de saber: las RS son imprescindibles para lograr la comunicación social, pero además para adquirir conocimientos y que estos estén dentro de su propio marco cognitivo y en línea con sus valores y creencias personales.
- Funciones identitarias: las RS permiten la elaboración de una identidad individual y/o grupal, con sus propias creencias, valores y comportamientos.
- Funciones de orientación: las RS van a determinar de alguna manera los comportamientos y las prácticas de un individuo y/o grupo frente a una tarea por realizar.
- Funciones justificadoras: tiene que ver con la justificación a posteriori de los comportamientos y las prácticas que se adoptaron. Es decir, es el poder explicar y justificar las conductas adoptadas frente a una situación particular.

Considerando lo desarrollado hasta el momento, el concepto de RS permite una aproximación a la visión de la realidad que los sujetos y los grupos construyen, funcionando al mismo tiempo como un molde para las prácticas y los pensamientos que los atraviesan. Es importante destacar también que las RS no son objetivas ni universales, ya que pueden variar según la época, la cultura y el contexto social

en que se desarrollan, y además estar influidas por la educación, la política, los medios de comunicación, entre otros.

1.2.2: Juventud (es)

Es importante considerar, en primer lugar, que la categoría de juventud no es homogénea, sino que su significación va cambiando a raíz de procesos políticos, económicos, culturales y religiosos, por lo que se encuentra matizada por el contexto y la sociedad en que se conceptualiza. En segundo lugar, existe una variedad de teorías y concepciones que pueden ser contradictorias entre sí en muchas ocasiones, a pesar de utilizar muchas veces la misma terminología, como por ejemplo adolescencia. Este apartado buscará dar cuenta de la polisemia de perspectivas para comprender la juventud, facilitando la reconstrucción de un concepto para referirse a la población bajo estudio en la presente tesis.

En el campo de la psicología del desarrollo, el concepto utilizado es el de adolescencia. Piaget (s/f) remarca la incidencia de lo evolutivo, asimilando el desarrollo a crecimiento y naturaleza. Asimismo, remarca dos procesos esenciales: el pensamiento con sus nuevas operaciones y la afectividad, que incluye el comportamiento social. En cuanto al pensamiento, se da el pasaje del pensamiento concreto al pensamiento formal, es decir, hipotético- deductivo. En cuanto a lo social, afirma que hay dos fases, una primera de repliegue donde el adolescente aparece totalmente asocial y una fase positiva totalmente contraria a la anterior, donde el joven se inserta al mundo de los adultos, mediante proyectos, planes de reformas sociales y/o políticas.

Carles Feixa (2020) en uno de sus artículos, expone la teoría de Erik Erikson sobre la juventud como “crisis normativa”. A partir de múltiples trabajos sobre la adolescencia y la psicología del desarrollo, Erikson (1980, como se citó en Carles Feixa, 2020) logró desarrollar su teoría sobre el ciclo vital, particularmente las fases iniciales de desarrollo, donde va a atribuir a la juventud una crisis de identidad normativa. Considerando del psicoanálisis la visión conflictiva del desarrollo humano, fundamentalmente aquellos “conflictos normativos” que todo niño debe atravesar y que sin duda dejarán huella en la personalidad del adulto, el autor plantea que la crisis normativa de la juventud “no se trata de un fenómeno patológico, sino de una crisis normativa, cuya resolución dependerá de los instrumentos que ofrezca la sociedad para superarla” (como se citó en Carles Feixa, 2020, p. 5). Utiliza el término “moratoria psicosocial” para referirse al periodo transitorio de la adolescencia, y considera que una moratoria excesivamente prolongada llevaría a una confusión de la identidad, que sería el riesgo principal a la que estarían expuestos los jóvenes.

Siguiendo en el campo de la psicología, pero basándonos fundamentalmente en autores que toman para su definición términos acordes a la perspectiva psicoanalítica, Rother Hornstein (2007) considera que la adolescencia es un proceso histórico singular y no una etapa predeterminada. En relación a ello, afirma que “los inevitables cambios corporales, los duelos y las exigencias socioculturales pueden producir efectos estructurantes o desestructurantes en el proyecto identificadorio” (p. 119). Desde esta

lógica, son fundamentales las marcas constitutivas que en la infancia se inscribieron en el psiquismo. Hay un rearmado identificador, donde los adolescentes se despojan de los padres y comienzan a vincularse con sus pares.

Desde esta perspectiva, la adolescencia que designa un momento de constitución subjetiva no es entendida desde una lógica evolutiva asociada a la periodización o a la clasificación etaria, sino más bien con un tiempo lógico, donde se pone en juego el pasado (la infancia con sus encuentros, sus miedos, sus prohibiciones, entre otras) para la construcción de un futuro.

Rascovan (2012), por su parte, considera que la juventud es una etapa de transición, ubicándola entre la adolescencia y la adultez. Ubica ciertos acontecimientos clave como terminar la escuela, comenzar a trabajar, dejar de vivir en la casa de origen e incluso formar una nueva familia. Sin embargo, las diferentes culturas, clases sociales y cierto contexto económico y político van configurando distintas juventudes. Donas Burak (2001), con respecto a esto, plantea que “la sociedad contemporánea ha ido desarrollando en las últimas décadas una visión negativa general de los adolescentes y los jóvenes (“son pandilleros”, “ladrones”, “son drogus”, “irrespetuosos”, “se embarazan irresponsablemente”, “nada bueno puede esperarse de ellos”)” (p. 31). Además, se tiende a adjudicar todas estas características al grupo en general, estigmatizándolos.

De aquí se deriva la relevancia de pensar en el modo en que nombramos a los jóvenes, ya que los términos que usamos para referenciarlos no son de ninguna manera ingenuos, sino que ponen de manifiesto los imaginarios que están presentes en nuestra sociedad.

Rascovan (2012), va a decir que “ser joven es tener una posición con relación al tiempo pasado y futuro” (p. 12). En cuanto al pasado, si bien los jóvenes pueden conocer y comprender lo sucedido en otros momentos históricos, no lo percibirán de la misma manera que aquellos que lo vivieron. En cuanto al futuro, se podría pensar que la juventud es un momento donde la muerte aparece como algo lejano, como algo que le va a ocurrir a otras personas primero. El autor hablará de un “excedente temporal”, de “un crédito”, de “un plus”, del que los jóvenes disponen a diferencia de, por ejemplo, el periodo de la vejez. Posteriormente, sobre este tiempo que se tiene de más, habrá diferencias culturales y sociales en el modo en que se transita la juventud, como también la condición de género que, sin dudas, resulta imprescindible tener en cuenta, ya que no es lo mismo ser un joven varón o joven mujer.

Souto Kustrín (2007), historiadora española, plantea que la juventud es “el periodo de la vida de una persona en el que la sociedad deja de verle como un niño, pero no le da un estatus y funciones completos de adulto” (p. 171). Por tanto, su definición estaría dada por lo que la sociedad considera de ella en tanto que se espera de ella, qué se le prohíbe hacer o qué se le permite. La autora va a plantear que, en función de los cambios en las sociedades, la edad cronológica no es importante a la hora de definir los límites de la juventud. Estos límites, que no solo son psicológicos, sino también de desarrollo social, de las posibilidades o no de independencia económica y política, o de la percepción

que la sociedad tiene sobre ella, se han ido extendiendo, de modo que la juventud es entendida, así como una etapa de transición.

Mario Margulis (2001) desde el campo de la sociología, va a plantear que la juventud, “convoca a un marco de significaciones superpuestas, elaboradas históricamente, que refleja en el proceso social de construcción de su sentido la complicada trama de situaciones sociales, actores y escenarios que dan cuenta de un sujeto difícil de aprehender” (p. 41).

De esta forma, la juventud debe ser entendida como un concepto susceptible a los cambios históricos, no pudiendo ser definido como algo acabado y definido totalmente. Debido a las múltiples diversidades en cuanto a lo social, económico y cultural, hay distintas maneras de ser joven. Continuando con el autor, la edad y el sexo no son suficientes para conceptualizarlos. En relación a esto va a decir que, “no hay juventud sino juventudes, se trata de una condición históricamente construida y determinada, cuya caracterización depende de diferentes variables, siendo las más notorias la diferenciación social, el género y la generación” (Margulis, 2001, p. 42). También, explica que es imposible tomar una única categoría para clasificar quién entraría dentro de la categoría juventud y quién no.

De esta forma, en la diferenciación social, encontramos el término de moratoria, la cual alude, en palabras de Margulis (2001), a:

un plazo concedido a cierta clase de jóvenes, que les permite gozar de una menor exigencia mientras completan su instrucción y alcanzan su madurez social y económica. Es un período de permisividad, una especie de estado de gracia, una etapa de relativa indulgencia, en que no les son aplicadas con todo su rigor las presiones y exigencias que pesan sobre las personas adultas (p.43).

La moratoria no es algo de lo que todos los jóvenes pueden disponer, sino solo aquellos que tienen los medios económicos que les permite poder acceder, por ejemplo, a ciertos estudios, quedando excluidos de ello amplios sectores sociales que deben tratar de obtener ingresos a temprana edad, que no prosiguen estudios y cuyo ingreso a la vida laboral y reproductiva es más temprana. Sin embargo, este aspecto no es el único que determina la condición de juventud, y Margulis (2001) al respecto dirá:

todas las clases sociales tienen jóvenes, que se diversifican en variados agrupamientos en tanto portadores de códigos culturales distintos expresados en su apariencia y comportamientos, y también en las posibilidades y condiciones de vida que emanan de su situación socioeconómica, lo que incide en sus consumos, sus expectativas, sus proyectos y sus esperanzas (p.45).

La crisis económica actual, el desempleo, asimilable al contexto que analizó el autor, hace que miles de jóvenes no tengan acceso al trabajo y tampoco puedan acceder a una carrera universitaria o algún otro estudio. Como menciona Margulis (2001), los jóvenes “Disponen de tiempo libre, pero no es el

tiempo libre que la sociedad legitima, avalado por el esfuerzo realizado, sino el tiempo desolado y sin objeto del desempleo y la falta de inserción” (p. 54).

Margulis (2001) plantea también el concepto de generación, como otra de las variables presentes en el concepto de juventud. La describe como:

las condiciones históricas, políticas, sociales, tecnológicas y culturales de la época en que una nueva cohorte se incorpora a la sociedad. Cada generación se socializa en la época en que le toca nacer y vivir: internaliza los códigos de su tiempo y da cuenta del momento social y cultural en que cada cohorte ingresa a un sector social determinado (p 46).

Por una naturalidad y multiplicidad de factores, cada generación tiene sus propios rasgos culturales, de ahí que la juventud vaya variando en relación a ello. Margulis (2001) en función de ello dirá:

Cada nueva generación habita en una cultura diferente y presenta diferencias, grandes o sutiles, con las precedentes. Tales diferencias se concentran estratégicamente en los instrumentos con los que se aprecia, percibe, conoce el mundo y construye la realidad. En consecuencia, cada nueva generación construye nuevas estructuras de sentido e integra con nuevas significaciones los códigos preexistentes (p.47).

La tercera y última variable para definir la juventud, se relaciona con el género de la persona, donde se evidenciaría diferencias entre hombre y mujer. En el caso de las mujeres, se observa que se encuentra influida por los tiempos de la maternidad. Podría afirmarse que “su reloj biológico -vinculado sobre todo con los ciclos relativos a la reproducción y procesados por condicionantes culturales y sociales- tiene ritmos y urgencias que la diferencian” (Margulis, 2001, p.48). Esto, sin dudas, va a ser diferente dependiendo de cada sector social, ya que en los sectores más populares la maternidad aparece como un mandato que deben cumplir para su realización personal. En cambio, en los sectores más altos, aparecen otras posibilidades como, por ejemplo, lo laboral, el tiempo de ocio, entre otros, que les ofrece la sociedad actual.

El campo de estudio sobre la juventud podría pensarse en un estado de discusión y confusión, ya que hay variedad de teorías y concepciones, muy diversas entre sí, pero no por ello una más correcta que la otra. Desde el campo de la psicología y con ayuda de la sociología, en esta investigación se habla de las juventudes, en plural, que implica múltiples enfoques, caracterizaciones, experiencias de vida y trayectorias. Es importante comprenderlas con relación a la diversidad de contextos por los que transitan y habitan las personas y en función de las experiencias que son vividas allí. Esto permite pensar que el territorio no es solo el espacio geográfico donde se comparten las vivencias cotidianas, sino también un espacio donde se generan lazos sociales con otros que permiten ir construyendo la identidad de los jóvenes. En relación a ello, es importante pensar en cómo los demás, nuestras relaciones, nuestras identificaciones, los cuidados que hemos recibido de los adultos, de alguna manera van a ser determinantes en nuestra constitución subjetiva y, tomando esto como punto de partida, que

cada construcción va a ser individual y propia. Por último, la edad no suele ser un criterio determinante a la hora de pensar las juventudes, sino que su relevancia radica en que se entrelaza con el momento histórico en que se vive.

1.2.3: Consumo problemático

En el presente apartado se define el término de sustancias psicoactivas, así como se abordan los modelos que han dado origen a concepciones diferentes acerca de la droga, de las personas y del vínculo entre ellas. Luego se desarrollan los modelos de intervención vigentes en Argentina en relación al tratamiento psicoterapéutico.

La Organización Panamericana de la Salud (s/f) entiende por “sustancias psicoactivas a los diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y comportamientos” (párr. 1).

Fernando Gállico (2007) va a plantear que “los términos *drug* (en inglés) y *drogue* (en francés) se utilizan indistintamente para definir fármacos de prescripción como sustancias psicoactivas sin utilidad terapéutica” (p. 2). De allí que:

la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología (p. 2).

Es fundamental tener en cuenta, además, que existen distintas relaciones que las personas establecen con las sustancias y que pueden clasificarse como uso, abuso o adicción. “El uso de drogas es aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia” (Gállico, 2007, p. 6). Este consumo, en general, es ocasional y no resulta problemático. El abuso de drogas implica un consumo que puede dañar o amenazar con dañar la salud física, mental o el bienestar social del sujeto. En ella se aumenta la frecuencia y la cantidad de aquello que se consume. La adicción, en cambio, es cuando el sujeto se vuelve dependiente de la sustancia. En relación a ello, Gállico (2007) plantea que “el individuo ha perdido el control sobre la sustancia y su consumo se convierte en la máxima prioridad en su vida, abandonando otros aspectos” (p. 5).

Otorgarle al consumo el aspecto de problemático ha sido una construcción que se ha dado con los años, lo que Touzé (2014) llamó “la construcción social del problema droga”. En relación a ello, se han desarrollado diferentes modelos que conceptualizan las sustancias de un modo particular, como así también a las personas y a su relación con las mismas. Muchos autores desarrollaron estos modelos, pero se retomará los expuestos por Edith Benedetti (2015) que desarrolla cuatro de ellos:

Modelo ético- jurídico: cronológicamente es el primer modelo que surge para tratar con la problemática de las drogas. El foco está puesto en las drogas, y todas aquellas acciones que se asocian

de manera directa con el consumo de sustancias “ilegales” es considerado delito o causa de delito. En este sentido, “las categorías epistémicas que dominaban y dominan este tipo de análisis suelen ser: flagelo, delincuencia, vicio, desviación, anormalidad” (p. 24).

Modelo médico- sanitario: es un modelo que surge a mediados del siglo XX y que considera a las adicciones como una enfermedad que posee el individuo. Desde esta perspectiva, la salud es considerada como la ausencia de enfermedad, por tanto, quien siga teniendo problemas con el consumo, será etiquetado como un enfermo. Aquí se considera que las sustancias tienen ciertas características psicoactivas que generan adicción.

Modelo psico- social: surge durante la década de los 80 y, a diferencia de los anteriores donde el foco de atención estaba puesto en la sustancia, en este modelo el eje es el vínculo que el sujeto establece con esa sustancia. A partir de esta modificación, Edith Benedetti (2015) argumenta que se establecen diferencias entre lo que sería un consumo problemático y un consumo no problemático, entre lo que es un uso y/o abuso, discusiones que en los dos modelos anteriores no eran posibles. En relación a ello, la autora afirma que un consumo problemático “no se explica como consecuencia del contacto del sujeto con la sustancia, sino como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social (familia, entorno, grupo de pertenencia, etc.)” (p. 27).

Modelo socio- cultural: también surge en la década de los 80, pero poniendo especial énfasis en lo macro- social. Desde esta mirada, “las estructuras sociales en el marco de tal o cual época y sus factores socio-culturales y socioeconómicos son los recursos, primeros y últimos, tenidos en consideración” (p.28). El contexto influye determinantemente en el consumo problemático de sustancias.

Si bien en la actualidad continúan vigentes las representaciones de los modelos anteriores, que entienden al consumo de drogas como una enfermedad, como una adicción, y a las personas consumidoras como portadoras de alguna enfermedad, delincuentes, desviados; han ganado posiciones aquellas perspectivas que consideran a la problemática como un proceso multidimensional y social, donde se deben tener en cuenta dimensiones como la persona, la sustancia y el ambiente, que deben pensarse interrelacionados. La sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, es un claro ejemplo de ello. En el artículo N° 4 del capítulo II refiere que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

En esa misma línea, en 2014, se crea el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOB), en el marco de la ley N° 26.934. Dicha ley, en el artículo 2, plantea que:

Los consumos problemáticos son 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.

Partiendo de este conjunto de modelos para reflexionar sobre adicciones, en esta investigación se ha optado por utilizar la categoría de consumos problemáticos, ya que implica un cambio de paradigma, donde se reconoce que es un proceso determinado por componentes históricos, culturales, económicos, biológicos y psicológicos.

Benedetti (2015) plantea que los modelos descritos anteriormente se enlazan con las estrategias de intervención en el campo de los consumos problemáticos. Actualmente se agrupan en dos grandes categorías: el paradigma abstencionista- prohibicionista y el paradigma de reducción de daños.

El paradigma abstencionista- prohibicionista surge como un intento de dar respuestas y poner fin a la gran expansión que las sustancias psicoactivas tuvieron alrededor del mundo durante el siglo XX. La autora plantea que, como el interés está puesto fundamentalmente en la sustancia, “la supresión del consumo es el punto de partida y el primer objetivo de un tratamiento abstencionista” (p. 29). Esto se vio reflejado en las comunidades terapéuticas que eran las instituciones encargadas de la atención.

Graciela Touzé (2010) caracteriza estas comunidades terapéuticas (CT) como espacios donde no hay contacto con las drogas, se mantiene una disciplina firme y en donde existen relaciones sociales jerárquicas. La responsabilidad personal y social son las dos instancias del tratamiento que deben cumplir los usuarios que participan en él.

De la misma manera, Benedetti (2015) afirma que en este tipo de tratamientos usualmente acontecen las recaídas. En palabras de la autora, en este paradigma “la recaída se homologa al concepto de “recidiva”, que designa la aparición de una enfermedad algún tiempo después de transcurrido el padecimiento y su cura” (p. 31). Es decir que, si la persona vuelve a consumir, vuelve a enfermarse.

El paradigma de reducción de daños, surge como alternativa al anterior debido al gran costo que implicaba en cuanto a lo social, a lo jurídico y a lo sanitario, como también el incremento del consumo, la marginalidad de las personas consumidoras, en su mayoría jóvenes, y las intoxicaciones a raíz de ello.

Desde esta perspectiva, el objetivo es reducir los riesgos que se encuentran asociados al consumo. Estos riesgos, según lo planteado por Benedetti (2015) son “de la salud, como la transmisión de enfermedades; sociales, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; y legales, como la penalización por la tenencia de estupefacientes” (p. 33).

Otra de las características relevantes, a diferencia del paradigma anterior donde el foco estaba puesto en la sustancia, es que la importancia está puesta en el sujeto, que es activo y responsable de sus prácticas. En este sentido, Romaní (2008) plantea que:

Las políticas de reducción de daños y riesgos, desde sus orígenes, han tenido como uno de sus características principales, la de la participación de los usuarios en la gestión de sus propios problemas (...) darle un lugar al usuario y sus familiares, visibilizarlo socialmente como sujeto activo (y no como mero apéndice de las instituciones profesionales, donde poco tenía que decidir) al lado de los profesionales, les ha permitido, a los sectores más marginalizados, más de “la calle” en relación a sus carreras toxicómanas, recuperar una cosa tan intangible, a veces, como básica en la vida de las personas, que es la dignidad (p. 307).

Por último, otra de las características es lo que se llama “umbral de baja exigencia o umbral de exigencia mínima”. Esto hace referencia a que para acceder a un tratamiento no es necesario la abstinencia obligatoria de sustancias, es decir, no es una condición, sino un objetivo a lograr, en tanto propicia que la persona que tenga algún consumo pueda acceder a los dispositivos terapéuticos.

En relación a esto, Llovera y Scialla (2016) consideran que es posible pensar que en nuestro país existe una coexistencia de ambos paradigmas, tanto el prohibicionista como el paradigma de reducción de daños. Esto puede evidenciarse, por ejemplo, en la ley de Tenencia y Tráfico de estupefacientes N°23.737, sancionada en 1989, donde el modelo de “guerra contra las drogas” estaba en auge. En su artículo 14 sostiene:

que será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, sugiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

Asimismo, en el artículo 18 establece que:

si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Superpuesta a esta ley, desde 2010 han entrado en vigencia nuevos marcos legales y programas de acción, como la ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que se basa fundamentalmente en la implementación de programas de reducción de daños. Además de considerar a las adicciones dentro del campo de la salud mental, en su artículo 9 expresa que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los

principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Con respecto a la atención, hay múltiples modalidades de abordaje, pero a continuación se retoman las de Mitchell y Debortoli (2023), quienes consideran que hay cuatro formas de tratamiento sobre el consumo problemático: el tratamiento residencial, el tratamiento ambulatorio, el tratamiento basado en la comunidad y los grupos de ayuda mutua.

Esta conceptualización permite ubicar el lugar donde se realiza la presente investigación dentro de la categoría de tratamiento ambulatorio, dado que en este espacio se combinan sesiones terapéuticas grupales y/o individuales. Estos tratamientos ambulatorios se caracterizan por realizarse en hospitales, centros de salud o programas de tratamiento diurnos, en días y horarios específicos.

Capítulo 2: Marco metodológico

2.1 Metodología

Se entiende que la investigación es “un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.4).

De este modo, la misma se desarrolló a través de una metodología cualitativa de alcance descriptiva, la cual “se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.358).

Así mismo, los autores Denzin & Lincoln (1994) afirman:

la investigación cualitativa incluye la recolección y el uso estudiado de una variedad de materiales empíricos -estudios de caso, experiencia personal, introspección, historia de vida, entrevistas, textos de observación, históricos, de interacción y visuales- que describen la rutina, los momentos problemáticos y los significados en la vida de los individuos (p.2).

En ese sentido, se consideró que dicho tipo de investigación resultó más pertinente teniendo en cuenta la pregunta de investigación y los objetivos planteados en la presente investigación. A su vez, la posibilidad de que el investigador esté inmerso en el contexto que desea investigar, como una de las características fundamentales de esta estrategia metodológica, permitió acceder al conjunto de significaciones de los actores a partir de diferentes herramientas de aproximación al objeto de estudio, que se describen más adelante. De allí fue posible describir, identificar e interpretar, desde las perspectivas de los jóvenes, las representaciones sociales respecto del consumo problemático, en un contexto específico como lo es el espacio del tratamiento.

De este modo, cuando se empezó a delinear la estrategia metodológica a finales del año 2023, se decidió realizar el TIF con los jóvenes que concurren al espacio hospitalario para el abordaje de consumos problemáticos en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Chajarí, Entre Ríos, debido a que la entrevistadora se encontraba viviendo en esa ciudad. La elección del mismo se efectuó debido a la predisposición de las referentes institucionales, con quienes se había establecido un contacto y habían brindado su apoyo para desarrollar la investigación. Así mismo, ellas reconocen que es un espacio muy estigmatizado, tanto por los profesionales de la institución, que tienen la creencia de que estos tipos de tratamientos de tiempo muy prolongado no sirve; como por la sociedad, que entiende al consumo de sustancias como una adicción o una enfermedad. Por este motivo, la investigadora consideró la importancia que para los integrantes del grupo podía llegar a significar la presencia de alguien ajeno a

la institución, por lo que su participación progresiva en su rehabilitación fue fundamental para entablar un vínculo de confianza con ellos.

2.1.1: Diseño de la investigación

En cuanto al diseño de la investigación, la misma fue de tipo fenomenológico. Siguiendo a Hernández Sampieri et al., 2014, “su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias” (p. 493). En este sentido, para conocer lo que los jóvenes en tratamiento psicoterapéutico se representaban sobre el consumo problemático antes y después de la rehabilitación, a partir de su propio relato, la investigación buscó describir sus RS a partir de la identificación de los puntos en común, de la experiencia que ellos vivenciaron y de qué forma lo hicieron.

2.1.2: Unidad de estudio y unidad de análisis

La unidad de estudio es el ámbito donde se realiza la investigación de campo. Tiene que ver con aquellos “sitios donde es posible observar en acción al mismo actor” (Guber, 2004, p. 24). En este sentido, para abordar a los jóvenes, la investigación se realizó en el Espacio Hospitalario para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, que se encuentra dentro del Hospital Santa Rosa de la ciudad de Chajarí, ubicado en calle Doctor Planas 2285, entre Av. 1 de mayo y Corrientes (Apéndice 1).

La elección del lugar fue pensada en cuanto a criterios de accesibilidad, pero también por preferencia de la entrevistadora en cuanto a realizarla en un espacio público. Este espacio es el único con la característica de lo público, que brinda en la ciudad tratamientos a personas con problemáticas de consumo. Al momento de tener el primer contacto con la referente del espacio, se mostró con predisposición para facilitar el acceso al campo, ofreciendo la posibilidad de que la investigadora pueda participar de algunas entrevistas de admisión, como también formar parte de los encuentros grupales que se realizaban una vez por semana. El acceso de la investigadora a los encuentros grupales inició el 18 de enero de 2024 en el horario de 11:00 hs a 12:00 hs.

Respecto a la unidad de análisis, refiere “al tipo de objeto acerca del cual se buscan informaciones en una investigación” (Marradi et al., 2007, p. 89). En este caso, la misma estuvo compuesta por aquellas personas que al momento de la investigación se encontraban haciendo tratamiento en el espacio.

En lo que concierne a la muestra, Hernández Sampieri et al. (2014) afirma que son “grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia” (p. 384).

Se seleccionaron a cinco jóvenes participantes de los encuentros grupales, cuatro del sexo masculino y una del sexo femenino.

Se realizó un muestreo por juicio (Mejía Navarrete, 2000) el cual consiste en que el investigador selecciona las unidades de acuerdo a ciertas variables definidas de manera teórica por el investigador. En este caso, los criterios de inclusión considerados para las entrevistas fueron, en primer lugar, que fueran jóvenes, en edades comprendidas entre 18 a 31 años. En segundo lugar, que hayan participado de los encuentros grupales que se hacían una vez a la semana, donde participaba como observadora la investigadora. Por último, que estén en tratamiento al momento de ser entrevistados. Por el contrario, se excluyeron de las entrevistas a aquellas personas que al momento de hacer las mismas no estaban realizando el programa de rehabilitación, pese a haber formado parte de la instancia de observación realizada con antelación en la institución.

Es importante remarcar que el número de personas en los grupos iba variando, debido al abandono del tratamiento. Algo que desde un primer momento manifestaron las profesionales es la dificultad de sostener el tratamiento por la complejidad de la problemática, las distintas personalidades y los altos niveles de recaídas. Es por ello que se realizaron cuatro entrevistas, mientras que en el Focus Group participaron las personas que ese día fueron a los encuentros grupales.

2.1.3: Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de información fue necesario poder lograr el acceso al campo, que supone la presencia de la investigadora en el lugar donde se encuentran los actores que se desean estudiar, con el objetivo de obtener los datos para responder a la pregunta de investigación.

De este modo, en un primer momento se contactó con la referente del espacio y se coordinó un encuentro el día 14 de diciembre de 2023, momento en el cual la investigadora pudo conocer el espacio, y dialogar con la referente y con otra profesional que formaba parte del equipo. En primer lugar, se explicó cuáles eran los objetivos de la investigación, porque se había elegido el lugar, cuanto tiempo aproximado se estaría en el campo, y a quienes se pretendía observar y entrevistar. En segundo lugar, las profesionales brindaron información sobre el surgimiento del espacio, la modalidad de atención en el espacio, los profesionales que formaban parte del equipo, la situación particular en la que se encontraba el hospital en ese momento, así como la cantidad de personas que en ese momento estaban asistiendo al tratamiento. Con respecto a los profesionales, la Psicól. Baloni trabaja desde el año 2003 en el hospital y es la referente del espacio desde su inicio, en 2017. La Psicól. Sassani trabaja en el espacio desde principios de este año. Por su parte, el Psicól. Social Berterame, forma parte del equipo desde sus inicios, pero después de un tiempo sin participar activamente, volvió en diciembre de 2023. Además de ellos, la enfermera y la agente sanitaria se encuentran diariamente allí. Más adelante se especificarán las tareas de cada uno de ellos en el espacio.

En tercer lugar, se presentó una nota para informar al comité de docencia e investigación del hospital sobre la realización de esta investigación. Como resultado de estas instancias, se comunicó a la investigadora que el día jueves 18 de enero de 2024 comenzaba con la observación del grupo en el horario de 11:00 a 12:00 hs.

De esta manera, el contacto con las personas que estaban en tratamiento fue por la presencia de la entrevistadora en los encuentros grupales que se realizaban semanalmente. El primero de ellos fue el 18 de enero de 2024 y se sostuvieron hasta el 2 de mayo de 2024. Fueron un total de 10 encuentros grupales. En el primero de ellos, la investigadora se presentó ante el profesional encargado de estos encuentros, el Psicól. Social Berterame, manifestando que el objetivo era realizar la observación en primer lugar, y luego una serie de entrevistas individuales a aquellos jóvenes que estuvieran participando en el espacio. Luego, se realizó una presentación de la investigadora al grupo, comunicando fundamentalmente, el tema de investigación, los objetivos de la misma, la confidencialidad de lo trabajado y charlado en ese espacio, como así también las técnicas de recolección de información a utilizar. Ese día, no solo iba a participar por primera vez la investigadora, sino también un joven que iba a comenzar los encuentros grupales. De este primer encuentro participaron Gabriel (joven que ingresó ese día), Agustín, Juan, Mateo, Mariano y Franco, cada uno con un tiempo particular en lo grupal, el Psicól. Social Berterame y la investigadora. Es fundamental aclarar que el número de los que conformaron el grupo fue muy variable, por lo que en los encuentros posteriores aparecieron Raúl y Florencia que junto a Mariano, Mateo y Gabriel fueron los que asistieron a todos los posteriores.

En estos encuentros “grupales” la técnica utilizada fue la observación participante, junto con el diario de campo. Tal como lo plantean Taylor y Bogdan (1987), la observación participante es aquella “investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes... y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (p. 31). Bajo esta modalidad se presenciaron un total de diez encuentros semanales con un tiempo de duración aproximado de una hora, todos los días jueves de 11:00 a 12:00 hs.

Como afirma Restrepo (2018), “para observar uno debe ser aceptado por las personas con las cuales se trabajaría, así como haber generado cierto grado de empatía” (p. 59). Al mismo tiempo agrega “para ser aceptado, puede ayudar que una persona de confianza para la gente introduzca al investigador en el lugar” (p. 59). En este sentido, el psicólogo social encargado del grupo facilitó el vínculo con los integrantes, ya que antes de empezar cada encuentro se mantenía conversaciones informales que permitían un acercamiento con ellos. Además, luego de unas semanas, también el psicólogo social permitía que la investigadora pudiera dar una opinión o pudiera agregar un comentario en caso de que quiera hacerlo.

El desarrollo de la observación participante permitió no solo la relación con los jóvenes, sino también el conocimiento de sus situaciones familiares, laborales y sociales. A su vez, el consumo problemático fue tema de conversación en reiteradas ocasiones, por lo que las observaciones se orientaron a localizar quiénes participaban de las mismas, qué manifestaban, como también identificar a quienes no decían nada al respecto.

Se elaboró una guía de observación para poder ordenar los datos obtenidos. La misma consta de:

Tabla 1:

Información de los encuentros grupales observados

Encuentro Grupal	Fecha	Cantidad de participantes	Temática trabajada	Palabras claves	Presencia de Profesionales	Duración
Uno	18/01	Seis	Presentación y tratamiento.	Recuperación Meta Logro Rehabilitación	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Dos	25/01	Cinco	Tratamiento y profesionales del hospital.	Incertidumbre Angustia No escucha Proceso largo	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Tres	01/02	Cuatro	Consecuencias del consumo	Pérdida de vínculos, grupo, emociones.	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Cuatro	15/02	Tres	Trabajo Recaídas Deporte	Angustia, consumo, culpa, miedo.	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Cinco	22/02	Cinco	Inicio del tratamiento	Excesos, abandono, medidas judiciales.	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Seis	29/02	Cinco	Futuro, proyectos de	Trabajo, estudios,	Psicól. Social	60 minutos

			vida	futuro incierto.	Berterame	
Siete	07/03	Cuatro	Proyectos de vida, trabajos actuales	Objetivos, deportes, contención, asistencia al trabajo.	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Ocho	04/04	Cinco	Espacio de grupo	Importancia del espacio y sostenimiento del mismo.	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Nueve	18/04	Tres	Contexto de consumo	Venta de droga, amigos, denuncias, prejuicios, miedos.	Psicól. Social Berterame	60 minutos
Diez	25/04	Cuatro	Cierre de la entrevistadora	Tiempo de tratamiento, recaídas, ganas de consumir.	Psicól. Social Berterame	60 minutos

Como se mencionó, estas dimensiones fueron plasmadas en el diario de campo, que complementó la observación participante. Las notas registradas en el diario de campo, según Restrepo (2018), “son aquellas notas que regularmente escribe el etnógrafo durante sus estadias en el terreno registrando la información y elaboraciones pertinentes para su investigación” (p. 64). Esta información resultó fundamental en la investigación en tanto permitieron, como se dijo anteriormente, conocer en profundidad cuestiones que en una sola entrevista no podrían ser recolectadas, sus creencias en relación a determinadas temáticas, como también el vínculo y/o relación que entre había entre ellos.

El registro se realizó de manera privada una vez terminado cada encuentro, para no generar alguna distracción o incomodidad a los jóvenes, dado que las vivencias, relatos, que allí describían muchas veces generaban cierta vergüenza en ellos y, sin duda, eran conversaciones posibilitadas por la “privacidad e intimidad” que ellos sentían que brindaba ese espacio.

Por otra parte, el Focus Group (grupos de enfoque) fue un método de recolección que fue utilizado el último encuentro que la entrevistadora estuvo presente, el día 02 de mayo de 2024. En ella, “se reúne a un grupo de personas para trabajar con los conceptos, las experiencias, emociones, creencias, categorías, sucesos o los temas que interesan en el planteamiento de la investigación” (Hernandez Sampieri et al., 2014, p. 409). Se pueden utilizar para ello dibujos, fotografías, recortes de periódicos, entre otros. Este método fue presentado a los profesionales para obtener la aprobación de ellos y, en un momento posterior, fue presentado al grupo, coordinado por la entrevistadora. La información se obtuvo mediante grabación de audio, para poder luego registrar cada palabra de los participantes sin ninguna apreciación subjetiva de la entrevistadora.

En este caso, la investigadora presentó imágenes, que fueron elegidas por ella de acuerdo a lo que se había ido trabajando en el grupo en los encuentros anteriores, los participantes fueron cuatro, y la consigna fue la siguiente: Se pide a los integrantes del grupo que formen un círculo alrededor de un conjunto de imágenes, colocadas de un modo arbitrario, de manera que todos ellos puedan observarlas. Se le da un tiempo para que cada uno elija 2 o 3 de las imágenes ahí dispuestas, imagen que los identifique, que les haga recordar algo, algo que quieren dejar en el pasado, algún sueño por realizar, etc. Después de que cada uno las haya elegido, se les va a pedir que uno a uno vaya explicando el motivo por el cual eligió esa imagen, que es lo simboliza, que siente con ella, qué emociones les despierta. Se dará lugar a que cada uno comparta lo que desea.

Fueron 22 imágenes elegidas, representando cada una un tema trabajado en el grupo como, por ejemplo, emociones, familia, amigos, grupo, consumo, soledad, frustración, autoestima, entre otras. Cabe aclarar, que los participantes pidieron que el psicólogo social y la entrevistadora, que estaban participando del encuentro, también elijan alguna imagen y puedan decir algo en relación a ello, a lo que ambos accedieron (Apéndice 2).

El objetivo es que la imagen funcione como disparador, que a través de ella se ponga en juego la palabra y que esto permita a su vez la interacción de todos los integrantes del grupo. Tal como lo plantean Morgan y Barbour (2008), “su objetivo es generar y analizar la interacción entre ellos y cómo se construyen grupalmente significados” (como se citó en Hernández Sampieri et al., 2014, p. 409).

Posteriormente, se realizaron cuatro entrevistas, las cuales según Guber (2019) consisten en “una situación en la cual una persona (el investigador- entrevistador) obtiene información sobre algo interrogando a otra persona (entrevistado, respondente, informante)” (p. 69). Se abordó a partir de entrevistas semiestructuradas que se caracterizan por basarse “en una guía de asuntos o preguntas y el investigador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 403). Esta guía puede contener solo algunos temas que si o si deben tratarse en la entrevista o tener más bien una secuencia de preguntas bien detalladas (Apéndice 3).

En ella, participaron aquellos jóvenes que hasta ese momento continuaban en el tratamiento, es decir, fueron particularmente cuatro jóvenes.

De este modo, para la concreción de las entrevistas, se consensuó previamente el lugar en el que se desarrollaron los encuentros grupales, al tiempo que fueron presenciadas por una de las profesionales del espacio. Es importante aclarar que los profesionales pidieron leer la guía de preguntas de las entrevistas antes de realizarlas e incluso pidieron omitir algunas y agregar otras. El que haya estado presente la profesional, puede que haya condicionado las respuestas de los entrevistados, pero fue un requisito de la institución para poder realizar las entrevistas.

Las entrevistas se llevaron a cabo individualmente en el periodo de julio y agosto de 2024. Específicamente, la primera entrevista se realizó a Mateo en el mes de julio. La segunda se realizó a Florencia. La tercera a Mariano y la cuarta a Raúl en el mes de agosto. Todas ellas se llevaron a cabo en el espacio donde se desarrollaban los encuentros grupales. Se aclaró al principio que las mismas iban a ser anónimas y que para la publicación de resultados se iban a utilizar seudónimos. Con el objetivo de disponer de un registro detallado del diálogo y la situación de la entrevista, se utilizaron la grabación de audio y el diario de campo para su posterior desgravación.

Además de las entrevistas a los jóvenes que participaban del tratamiento, se realizaron entrevistas abiertas a los tres profesionales que trabajaban en ese momento en el espacio (Apéndice 4). Ellas, “se basan en una guía general de contenidos y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 403). Dos de ellas fueron realizadas el primer día que la entrevistadora fue al espacio, con las dos psicólogas, una de ellas la referente del lugar y otra de ellas que es la que realizaba las entrevistas de admisión. La otra entrevista fue realizada al psicólogo social encargado de los encuentros grupales, el día 02 de mayo de 2024, ya al finalizar la observación participante de la entrevistadora en el espacio.

El objetivo de las dos primeras fue conocer más del espacio y de la metodología de trabajo, ya que la entrevistadora no tenía mucha información al respecto. Se indagó sobre el surgimiento del espacio, el contexto en el que se llevó a cabo, como era el funcionamiento en esos primeros años. Además, cuáles eran los objetivos del tratamiento, si se encontraban con dificultades a la hora de llevarlos a cabo, cuántas personas asistían en ese momento y como creían ellas que el hospital veía el espacio de Salud Mental. Mientras que la entrevista con el psicólogo social que dirigía el grupo tuvo otros objetivos, como ser la manera de trabajar en el grupo, cuáles son los objetivos del grupo y si considera que es necesario modificar algo del espacio.

Las entrevistas realizadas a los jóvenes fueron lo que dieron por terminado los encuentros con los integrantes del grupo. El mismo fue el día 15 de agosto de 2024. El cierre estuvo ligado a la desvinculación de la investigadora al campo y por haber cumplido con todas las herramientas de

recolección de datos informadas a la institución previamente. Así mismo, la información obtenida contribuyó a los objetivos de la investigación.

2.1.4: Análisis de datos

Para analizar los datos empíricos, siguiendo con la propuesta metodológica de la fenomenología, a partir de las entrevistas, la observación participante y el focus group, se realizó una operacionalización de las mismas, identificando como dimensiones de las representaciones sociales sobre consumo problemático a las siguientes: contexto de consumo, vínculo con la sustancia, factores de riesgo, circunstancias de ingreso al tratamiento, experiencias en el tratamiento con el grupo de jóvenes y profesionales y, por último, los factores de protección.

Para profundizar sobre estas dimensiones, se reconstruyeron como opuestos a las representaciones sociales durante el consumo problemático y durante el tratamiento, reconociendo en las voces de los jóvenes las siguientes categorías: representaciones de la droga: felicidad vs riesgo; representaciones sociales sobre los vínculos: alejamiento vs arrepentimiento; representaciones sociales sobre el tratamiento: prejuicio vs compromiso; representaciones sociales sobre el consumidor: estigmatización vs acompañamiento; y representaciones sociales sobre la vida: presente vs futuro. Como similitudes, se identificaron las siguientes dimensiones: representaciones sociales sobre la recaída: error y culpabilidad y representaciones sociales sobre el trabajo: inestabilidad.

Capítulo 3: Presentación del espacio

En este capítulo se realiza una presentación del Hospital Santa Rosa y del “Espacio Hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos” de dicho hospital, en el cual transitaron sus tratamientos los individuos que han sido indagados en el presente TIF.

3.1: El hospital Santa Rosa y el Espacio Hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos

El hospital Santa Rosa está ubicado en calle Doctor Planas 2285, entre Av. 1 de mayo y calle Corrientes de la ciudad de Chajarí, Entre Ríos. Nace como “dispensario” o “sala de primeros auxilios”, regentado por la Sociedad Damas de Beneficencia Pro-Hospital. Se inauguró oficialmente el 15 de julio de 1923. Actualmente su director es el Dr. Daniel Benítez.

Es un hospital de mediana complejidad, que cuenta con servicio de guardia, servicio de clínica médica y cirugía, y con especialidades como Traumatología, Urología, Cardiología, Fonoaudiología, Otorrinolaringología, Kinesiología, Nutrición, Odontología, Agentes Sanitarios, Trabajadores Sociales, Obstétricas y Salud Mental (Psiquiatría y Psicología).

De acuerdo a la entrevista realizada a la Psicól. Baloni, coordinadora del espacio, se obtuvo información específica del surgimiento del espacio. Dentro del área de Salud Mental, el Espacio Hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos, funciona desde septiembre del año 2017, brindando atención, contención y tratamiento ambulatorio a personas que padecen algún tipo de consumo problemático. Surge frente a la gran demanda de personas con problemas de consumo que llegaban a los consultorios externos del hospital. Antes de la sanción de la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657) en el año 2010, los problemas de consumos de sustancias no eran abordados por el hospital, porque se consideraba que no estaban dadas las condiciones para ello, según lo informado por la Psicól. Baloni. Luego de la sanción de la ley, en donde se expresa que las adicciones deben ser abordadas dentro de la Salud Mental y, al mismo tiempo, atendidas en hospitales generales, ya sea de manera ambulatoria o con internación, los casos de consumo de sustancias eran rechazados por el hospital. Después de un tiempo, al ser muchos los casos que se atendían en consultorios externos, se comienza a pensar en este espacio. En palabras de la referente del lugar, “no podíamos expulsar a los chicos con problemas de consumo, entonces decidimos generar este espacio” (Psicól. Baloni).

Cuando se presentó el proyecto del Espacio, una de las cosas que los profesionales tenían en claro era que el mismo no debía ser rígido, que debía adaptarse a la gente que asistía, pero además a las circunstancias que se iban dando, particularmente al contexto social que se desarrollaba en ese momento. En los comienzos, se respondía a la demanda y a los grupos con sus particularidades.

A partir del diálogo con la Psicól. Baloni, ella describió que desde el 2017 hasta el momento previo a la pandemia, además de ofrecerse un espacio puramente terapéutico, se brindaban talleres

recreativos como talleres de huerta, de circo social, de reciclado, de cocina. Todos ellos tenían como objetivo el desarrollo de un oficio, pero dependían de los recursos materiales y humanos con los que se contaba en ese momento. El taller de cocina fue uno de los que más funcionó porque les permitía a los chicos aprender a cocinar, y lo que cocinaban, lo vendían.

El objetivo del espacio es brindar desde la institución del hospital un abordaje para aquellas personas con un consumo problemático. Si bien al comienzo el espacio trabajaba con personas con un consumo problemático de drogas ilegales, con posterioridad se agregó la atención a personas con problemas de alcoholismo. Todas estas decisiones son tomadas por la coordinadora (Psicól. Baloni), porque considera que las problemáticas por consumo de tabaco, por juego o por trastornos alimenticios tienen perfiles muy distintos de tratamiento y no pueden compartir, por ejemplo, el espacio del grupo. Así mismo, ella considera que, en la actualidad, el consumo es solo una arista de la persona que se debe atender, pero que no es la única. En este sentido, es fundamental la situación familiar, social y/o económica por la que está atravesando y que sin duda influye de alguna manera en su consumo. La Psicól. Baloni en la entrevista afirma: “a veces nos ha tocado gente sin documento, gente que tiene problemas con la justicia y no tiene asesoramiento, entonces tratamos estas cuestiones también”. Según sostiene, “Es un tratamiento para que una persona deje de consumir, pero creemos que eso atraviesa todo lo otro. Cuando empezás a trabajar con estas cuestiones, el consumo se vuelve transversal” (Psicól. Baloni).

A nivel presupuestario, los gastos para los talleres y demás, dependen exclusivamente del hospital, así como también los salarios de los profesionales que cumplen determinadas horas en el espacio, ya que son empleados de la institución. Actualmente, el equipo se encuentra compuesto por dos psicólogas, un psicólogo social, una enfermera y una agente sanitaria. La Psicól. Baloni, está encargada de las cuestiones puramente administrativas y también realiza las entrevistas cada semana. La Psicól. Sassani, es la que realiza las entrevistas de admisión y también participa realizando las entrevistas individuales. Vale aclarar que, con anterioridad a las entrevistas, se designan cuáles son los casos que serán atendidos por cada una. Luego el Psicól. Social Berterame, que es el encargado de la coordinación del taller grupal y, por último, la enfermera y la agente sanitaria, que tienen como tarea hacer lo que ellos llaman “trabajo de campo”. Es decir, son las encargadas de hacer las visitas a los domicilios, si por alguna situación la persona no asiste al turno pautado, entre otras. En consonancia con esto, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 establece en su artículo 8 que la atención debe “estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”. A pesar de los beneficios de la ley, el espacio carece de los profesionales necesarios para trabajar interdisciplinariamente. Esto se puede detectar en el testimonio de la Psicól. Baloni, quien manifiesta que “la falta de profesionales se debe a la falta de valoración del espacio por parte de las autoridades”. En el mismo sentido, destaca que “a

pesar de que creamos el espacio, que está bajo los lineamientos de la Ley de Salud Mental, hemos hecho miles de presentaciones en el ministerio para que lo reconozcan, para poder acceder a más recursos, pero nunca lo hemos conseguido” (Psicól. Baloni).

De acuerdo a la infraestructura, el espacio se encuentra en el mismo predio del hospital, pero en un edificio distinto al edificio central. Ubicado detrás de la sala de vacunación, el Espacio para el Abordaje de los Consumos Problemáticos está dividido en dos espacios; en uno realizan las entrevistas de admisión y las entrevistas individuales; en el otro realizan los encuentros grupales. En este lugar hay un amplio tablón con quince sillas que, al momento de los encuentros, se disponen en círculo y un gran pizarrón.

3.2: Estrategias de intervención en el Espacio hospitalario para el abordaje de los Consumos Problemáticos

Tal como se expuso en el marco conceptual de este TIF, los modelos de tratamiento en relación a los consumos problemáticos suelen ser múltiples y son clasificados de diferentes maneras de acuerdo a los autores. Tal como lo plantean Mitchell y Debortoli (2023) en “los tratamientos ambulatorios el participante puede asistir a un hospital, centro de salud o programa de tratamiento diurno en días y horarios especificados (...) se combinan sesiones terapéuticas grupales y/o individuales con otros servicios sociales” (p. 36). En este sentido, el espacio hospitalario para el abordaje de los consumos problemáticos funciona de lunes a jueves de 8:00 a 12:00 hs brindando atención individual y un espacio de grupo psicoterapéutico.

En cuanto al funcionamiento, cuando la persona acude al espacio, ya sea ella misma o algún familiar, los profesionales escuchan cuál es el motivo de consulta. Luego, se le asigna un turno para la entrevista de admisión, en la cual se recaba información sobre: datos personales (nombre, apellido, DNI, fecha de nacimiento), grupo conviviente, historia de su consumo (que consume, edad de inicio, contexto de consumo, si hay conciencia de la problemática o no), que fue lo que lo llevó a realizar la consulta, si hubo tratamientos previos ya sea en relación al consumo u otro tipo de tratamiento, las actividades que realiza (estudio, trabajo, gustos, intereses, deportes), vínculos que tiene actualmente (pareja, amigos). A partir de allí, se acuerdan entrevistas individuales para ir evaluando la situación del paciente, así cómo se está sintiendo en ese momento. Después, está establecido que el tratamiento implica la asistencia a dos espacios, el individual con la psicóloga una o dos veces a la semana, según lo requiera, y la participación a un grupo psicoterapéutico, los días jueves de cada semana. Generalmente el ingreso al grupo es bastante rápido, aunque suele generar en los inicios bastante resistencia por parte de las personas que ingresan, según lo dicho por la Psicól. Baloni.

La Psicól. Sassani es la psicóloga encargada de las entrevistas de admisión y de las entrevistas individuales y en la entrevista afirma que, en base a su experiencia en el espacio, las personas con problemática de consumo tienen un lenguaje muy inespecífico, generalista y son personas a las que les

cuesta mucho hablar. En palabras de ella, “los dos espacios, ya sea el individual y el grupal son necesarios porque tal vez el grupo facilita que se vaya poniendo en palabras aquello que no se ha dicho hasta ese momento; hay cuestiones que empiezan a moverse en lo grupal y en lo individual se lo termina de trabajar, o viceversa” (Psicól. Sassani).

Las consultas pueden ser demandas espontáneas, que reciben este nombre porque las personas van por voluntad propia; o pueden ser demandas judicializadas, en el caso por ejemplo de tenencia, por probation e incluso involucrados en situaciones de violencia. En estos últimos casos, la fiscalía pide que estas personas cumplan con un tiempo estimado de tratamiento, que en algunos casos suelen ser de tres y/o seis meses. Ellos deben presentar un certificado que los profesionales del espacio deben completar donde quede constancia de que asisten al espacio y, al finalizar un informe de los mismos donde se explica la evolución y compromiso para con el tratamiento.

Desde el hospital, el objetivo es ofrecer un espacio donde se aborden los consumos problemáticos. En palabras de Psicól. Baloni, “desde la salud pública se piensa en el consumo problemático de sustancias, como una adicción y una enfermedad” (Psicól. Baloni). Esto condice con lo que Edith Benedetti (2015) plantea acerca de uno de los modelos de intervención clínica, donde “las adicciones son leídas en clave de enfermedad, y el consumidor de drogas, como enfermo” (p. 25). Como se abordó en el marco teórico, el modelo médico- sanitario considera que la salud requiere la ausencia de enfermedad, por lo tanto, sus estrategias se basan fundamentalmente en evitar el consumo de sustancias, es decir, en la abstinencia total. Por el contrario, desde este espacio el objetivo no es la abstinencia total, sino que el dejar de consumir es algo que se va elaborando, trabajando a medida que se hace el tratamiento. La Psicól. Baloni en la entrevista afirma: “en este espacio apuntamos a hablar con las personas que vienen y quieren hacer el tratamiento, que la mirada no está puesta en que desde el momento que cruzas la puerta tienen que dejar de consumir”. Además, agrega, “tenemos una mirada donde se piensa también en lo social, y a la persona no solo se la trata o se la entrevista desde el problema del consumo, sino también se ven otras aristas, por ejemplo, la situación que está viviendo” (Psicól. Baloni).

En consonancia con esto, la salud es leída en el espacio desde una concepción integral, dado que allí se tienen en cuenta “elementos circunstanciales relacionados con la vida, trabajo, educación, desarrollo, cultura, género, entre otras, que se articulan con la salud y explicitan su aspecto social y político” (Benedetti, 2015, p. 26). Esto último, se puede identificar en el siguiente relato de la Psicól. Baloni: “hemos trabajado con casos de gente sin documento, gente que tiene problemas con la justicia, chicos que han dejado la escuela, y se trata de atender a esas cuestiones en primer lugar, es decir, hacer los trámites para obtener el documento, hablar con la escuela y la familia, para ver qué posibilidades hay de que el chico vuelva a la escuela, entonces el consumo es transversal. Es un tratamiento para dejar de consumir, pero también creemos que lo familiar, social, atraviesa al sujeto, y muchas veces solucionando eso, el consumo desaparece” (Psicól. Baloni).

En este sentido, tal como lo plantea Benedetti (2015), “en la estrategia de reducción de riesgos y daños, dejar de consumir no es una condición de inicio de tratamiento” (p. 33). Desde este paradigma, el objetivo es lograr disminuir los riesgos que pueden estar vinculados con el consumo, a diferencia del paradigma abstencionista- prohibicionista, donde la condición de tratamiento es la abstinencia total del consumo. La Psicól. Baloni en su relato hace referencia a que en el espacio se trabaja desde la lógica de reducción de riesgos, aunque cuesta mucho que los familiares o la sociedad en general, entiendan esta perspectiva. “Se ha intentado hablar de reducción de daños y no se entiende. Todavía acá están atravesados por la cuestión médica. Encontramos la manera de hablar de reducción de daños, pero de una manera indirecta: por ejemplo, puestos de hidratación en los bailables, el mensaje de que si tomas alcohol no manejes, en ello si están de acuerdo. Pero en el caso del consumo de sustancias, si vos pones la palabra reducción de daños, es como que avalas que la persona consuma, en este caso” (Psicól. Baloni). La Psicól. Sassani, en relación a ello, afirma que desde este espacio el objetivo es que la persona se sienta mejor, que pueda encontrar un lugar donde vaya potenciando sus aptitudes, superando sus miedos y que, sin dudas, como consecuencia de ello va a producirse un cese en el consumo, sin necesariamente usar la prohibición como estrategia de tratamiento. En sus palabras, “Yo he visto que cuando vos vas sosteniendo el espacio terapéutico sin estar implementando esa prohibición, con el paso del tiempo la persona se va dando cuenta sola que eso no le está haciendo bien, y sola empieza a alejarse, pero depende totalmente del tiempo de la persona, no del tuyo como profesional”. (Psicól. Sassani).

Es fundamental, en este sentido, abrir espacios de escucha y de posibilidades para personas que están atravesando por alguna situación de consumo, sin separarlos del contexto. En el paradigma abstencionista- prohibicionista, las estrategias “se desarrollan en comunidades cerradas que cuentan con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una sanción” (Benedetti, p. 29). Es decir, supone un sujeto aislado del contexto, estigmatizado y vulnerado en sus derechos. En cambio, el paradigma de reducción de daños “garantiza el mantenimiento de lazos familiares, laborales, sociales y afectivos de las personas y propone la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos” (Llovera y Scialla, 2016, p. 17). Esto se puede identificar en los relatos de las profesionales del espacio, quienes remarcan la importancia de la flexibilidad del tratamiento. “Algún vínculo, algún espacio sano es fundamental en el sujeto, porque si no se tiene que evaluar una internación” (Psicól. Baloni). Ese vínculo puede ser con la pareja, con los padres, incluso cuando ese espacio es el trabajo las profesionales suelen ser flexibles y dar todas las opciones dentro de sus posibilidades para que no pierda el tratamiento ni mucho menos su trabajo. “Otras formas de tratamiento no son así, son todo lo contrario, pero yo creo que valorar y respetar esos espacios forma parte del tratamiento y lo que se puede lograr con esa persona”, afirma la Psicól. Baloni.

Capítulo 4:

En este capítulo se realiza una descripción de los entrevistados, como así también se abordan dos de los objetivos del presente TIF, que consiste en poder identificar las representaciones sociales sobre el consumo problemático en los jóvenes antes de ingresar al tratamiento psicoterapéutico e identificar las representaciones sociales sobre el consumo problemático en los jóvenes durante el tratamiento psicoterapéutico.

4.1: Descripción de los entrevistados

En el mes de enero del año 2024 la investigadora comienza a participar de los encuentros grupales, los cuales se desarrollan los días jueves de 12:00 hs a 13:00 hs y a los que asisten entre seis y ocho personas. Si bien, como se referencia en el apartado metodológico el número de los que asisten al grupo es variable, a continuación, se realiza una descripción de los jóvenes que participaron de la mayoría de los encuentros grupales, del Focus Group y de las entrevistas.

Mateo

Mateo tiene 27 años y actualmente vive con su mamá, su papá y un hermano. Ha alcanzado los estudios secundarios completos y había comenzado a estudiar una carrera universitaria Educación Tecnológica, pero ha abandonado.

Estuvo trabajando un tiempo en un galpón de empaque, pero por el consumo llegó a tener problemas con sus compañeros de trabajo y lo echaron. En estos momentos se encuentra en pareja y no se encuentra trabajando ni estudiando.

Comenzó el tratamiento en el espacio en enero del año 2024 por decisión propia. Asiste a las terapias individuales con la Psicól. Sassani y a los encuentros grupales que están a cargo de Psicól. Social Berterame.

Florencia

Florencia tiene 23 años y actualmente vive sola. Ha estudiado hasta el primer año de secundaria, no tiene pareja y tiene dos hijas.

Estuvo trabajando meses anteriores con su mamá en el rubro de comidas rápidas, pero en estos momentos se encuentra trabajando al cuidado de un niño, todos los días de 5:00 hs a 18:00 hs.

Comenzó el tratamiento en el espacio hace tres años, derivada por el Área de Mujer y Familia de la ciudad de Chajarí. Fue denunciada por los padrinos de su hija menor por motivo de su situación de consumo y por tener a sus hijas viviendo en ese contexto. Actualmente son ellos quienes tienen la tutela de sus dos hijas.

Al momento de realizar la entrevista, Florencia había cumplido con el tiempo estipulado judicialmente de tratamiento que era de dos años y medio, por ello solo se encontraba asistiendo al encuentro grupal a cargo de Psicól. Social Berterame. Ya no asiste a las terapias individuales.

Mariano

Mariano tiene 23 años y vive con su mamá. Tiene un hijo de 5 años, quien se encuentra viviendo con su progenitora, ex pareja de Mariano. Ha estudiado hasta tercer año de secundaria y en estos momentos se encuentra trabajando en el rubro de la pinturería. Hizo cursos de barbería, pero todavía no ha ejercido de ello.

Comenzó el tratamiento en enero de este año a partir de que la policía allanó su casa y encontraron unos gramos de marihuana. A partir de una condicional fue derivado a hacer tratamiento en el espacio por un tiempo de dos años. Hace ocho meses está en tratamiento. Mariano asiste tanto a las terapias individuales con la Psicól. Sassani, como así también a los encuentros grupales a cargo del Psicól. Social Berterame.

Raúl

Raúl tiene 25 años y vive solo, aunque en el mismo terreno viven su abuela, su mamá, la pareja de su mamá y sus tres hermanos menores. Ha estudiado hasta el primer año de secundaria y actualmente está trabajando en la Planta de Tratamiento de residuos de la ciudad. También se encuentra realizando un curso de peluquería y además un amigo le está enseñando a arreglar celulares.

Comenzó el tratamiento hace tres años y medio por una causa judicial, luego de sufrir un allanamiento en su casa, en el cual le encontraron unos gramos de marihuana. Estuvo varios días detenido y por una condicional fue derivado a hacer tratamiento por el tiempo de dos años y medio. Actualmente, el tiempo de tratamiento ya ha sido cumplido, pero él sigue asistiendo a los encuentros grupales.

Gabriel

Gabriel tiene 23 años, vivió en Paraná hasta hace un tiempo con su madre, sus hermanos y su padrastro. Por problemas de consumo y por su propia decisión, vino a la ciudad de Chajarí para realizar el tratamiento pertinente, donde vive con su padre, un hermano y la mujer de su padre.

Comenzó el tratamiento el día 18 de enero de 2024, momento en que la investigadora ingresó al grupo e inició con las observaciones. Participaba de las entrevistas individuales y los encuentros grupales. Cuando la investigadora inició las entrevistas, luego de culminada la participación en el espacio, Gabriel ya había abandonado el espacio, volviéndose a su ciudad por cuestiones familiares. A

pesar de no encontrarse actualmente bajo tratamiento, formó parte de las terapias grupales durante la observación, por lo que se retomarán sus relatos, en lo que se considere pertinente a la investigación.

4.2: Consumo problemático antes del tratamiento psicoterapéutico

Para identificar las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático antes de ingresar al tratamiento, se tuvieron en cuenta variables, como el contexto de consumo, vínculo con la sustancia y factores de riesgo, que permitieron conocer sus percepciones e interpretaciones acerca de ello.

4.2.1: Contexto de consumo

En función de esta variable, se busca describir el entorno y las circunstancias que rodean el consumo de sustancias y que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la misma.

En primer lugar, cuando a los entrevistados se les preguntó sobre cuáles fueron aquellas situaciones, experiencias o emociones que generaron su inmersión en el consumo, respondieron que el inicio se ha dado en los primeros años de su juventud. En cuanto a ello, Rascovan (2012) menciona que los jóvenes atraviesan un periodo de búsqueda incesante de maneras de ser, se podría decir, de búsqueda de identidad, y que en una sociedad como en la que vivimos, la juventud es considerada un sector de gran vulnerabilidad. En una sociedad que se organiza en función del consumo, no es errado pensar que los jóvenes sientan que pueden “resolver” sus problemas o mejorar sus experiencias a través del consumo. El consumir para atravesar un malestar, para sentirse mejor, para experimentar sensaciones nuevas, para sentir placer o para alcanzar un determinado objetivo es parte de lo que ofrece la sociedad para tramitar vivencias o emociones.

En consonancia con esto, los entrevistados afirman que en sus inicios el consumo estuvo asociado a querer experimentar sensaciones nuevas, divertirse y compartir con el grupo de pares. En palabras de Mateo, “recuerdo la curiosidad de querer probar, y al final terminas muy embarrado (...) lo hacía con amigos la mayoría de las veces, en salidas, dando vueltas, en la plaza” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento), mientras que Florencia sostiene que “lo hacía por diversión, veía que mis amigos fumaban y yo quería hacer lo mismo, me gustaba estar en la misma onda que ellos... siempre consumía cuando estaba con mis amigos, incluso dejaba a mis hijas a un costado, y nosotros fumábamos” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). Ambos refieren que preferían hacerlo con su grupo de amigos y/o en soledad. Es importante remarcar, como lo plantea Rascovan (2012), que “al abandonar progresivamente la infancia, el adolescente va utilizando diversos recursos para moldear su nueva forma de ser y estar en el mundo (p. 5). En la niñez, fueron los padres quienes constituían las figuras centrales en el proceso de crecimiento y desarrollo, pero en el proceso de la juventud los individuos van buscando otras figuras que sustituyan o reemplacen las anteriores y que le permitan ir construyendo su identidad, que preferentemente suelen ser los grupos de pares.

Sin embargo, en algunas situaciones el consumo estaba más bien asociado a carencias en cuanto a la figura paterna. Esto puede reconstruirse del relato de Raúl, quien sostiene que “siempre necesité de mi viejo, creo que el inicio de mi consumo fue por no conocerlo a él, nunca lo vi y nunca tuve un consejo de él” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento). También Lucas manifiesta semejanza a ello: “empecé a consumir porque jugaba al fútbol y los demás chicos iban con sus padres a la cancha, los acompañaban, y yo no tenía a nadie que me vaya a mirar o me acompañe... en muchas cosas necesitaba a mi viejo” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento). Ellos afirman sentirse en muchos momentos solos, sin ese “referente paterno” que ellos consideran fundamental, más allá que en ambos casos la figura materna está presente. En el apartado donde se desarrollan los factores de riesgo esto último va a ser retomado y explicado en mayor profundidad.

A medida que todos los entrevistados avanzaban en la frecuencia del consumo, el abandono de vínculos y/o actividades fue otra de las dimensiones presentes. Muchos de ellos consideran que, al tener el hábito de consumir, iban al mismo tiempo alejándose y aislándose de familiares y amigos que no sabían de su consumo o no estaban de acuerdo con ello. En este sentido, uno de ellos menciona “me fui alejando de mis amigos, me alejé mucho de mi familia” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento). Por el contrario, una de las entrevistadas afirma que, si bien el consumo llevó a que la relación con su familia, particularmente con su mamá, no sea fácil, la relación con sus amigos se sostuvo, lo que se refleja en la siguiente expresión: “deje de tener amigos cuando deje de consumir” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). Florencia enuncia que el vínculo más sólido en el momento en que ella consumía era el que tenía con su grupo de amigos, con quienes compartían salidas durante la noche y eso facilitaba el consumo, pero también durante el día se reunían en una casa y, estando ella al cuidado de sus niñas, “dejarlas a un costado de la reunión” y fumar con ellos. En cuanto a esto, es importante prestar atención, en primer lugar, a que a pesar de que había vínculos que se perdían con el consumo, ellos mantenían “vínculos” con aquellos que compartían la práctica diaria de consumir. Por otro lado, en cuanto a lo manifestado por Florencia, el dejar a sus hijas a un costado para fumar con sus amigos es una de las formas más extremas de mostrarnos lo problemático de su consumo y de considerarlo como algo “natural”, desplazando a sus hijas para seguir consumiendo sin importar las consecuencias. Incluso, ella hace referencia a que ese comportamiento muchas veces fue advertido por parte de amigos que estaban por fuera del ámbito del consumo, y que se convirtieron luego en los denunciantes de la situación a la que exponía a sus hijas.

Sin embargo, en función de todo lo dicho anteriormente, es necesario comprender que el pasaje del consumo al consumo problemático no tiene normalmente una explicación mono causal, sino que es un proceso multidimensional en el que interviene el contexto, la persona y la sustancia. En este sentido, si bien los entrevistados logran focalizar el origen en alguna causa específica, esto no quiere decir que no

existan otros motivos que los hayan motivado al consumo, a pesar de que todavía no puedan ser conscientes de esto.

En tercer y último lugar, dentro de la variable del contexto del consumo se ubican las consecuencias que el mismo tuvo en sus vidas. En tres de los cuatro jóvenes entrevistados, el ingreso al tratamiento estuvo directamente vinculado con las consecuencias que originó el consumo. Raúl está en tratamiento desde hace ya 3 años y medio, pero tuvo que cumplir con una medida condicional de 2 años y medio por parte de la justicia, por encontrar 17 gramos de marihuana en su vivienda. Además, afirma haber tenido muchos problemas con su mamá, ya que la misma se encontraba muy enojada por la situación, incluso en su entrevista enuncia “mi vieja se enojó mucho, me estaba por poner en un hogar de menores” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento).

Florencia, por su parte, como se anticipó párrafos anteriores, fue denunciada por los padrinos de su hija menor por su consumo y por exponer a sus hijas a esa situación. Desde la Área de Mujer y Familia local solicitaron que cumpla con el tratamiento en el espacio para así evaluar su condición a fin de que pueda recuperar a sus hijas, quienes desde ese momento están bajo la tutela de aquellos que la han denunciado. Ella refiere “desde hace un tiempo mis hijas no están conmigo, y me duele mucho porque en uno de los encuentros que tuvimos ellas me dijeron que yo no era su mamá” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento).

Mariano fue allanado en su casa y, como consecuencia de ello, al igual que Raúl, está cumpliendo una condicional de dos años de tratamiento. Él expresa “empecé a darme cuenta de que estaba mal y estaba teniendo consecuencias cuando le robaba plata a mi mamá, le sacaba el auto a mi padrastro sin permiso, y les estaba haciendo daño con esas actitudes” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento).

Mateo es uno de los entrevistados que, junto con Gabriel, están en tratamiento por su propia voluntad. Ambos expresan que el consumo afectó principalmente a su círculo más íntimo, ya sea familia y/o amigos, así como también el ámbito laboral. A modo de ejemplo, uno de ellos manifiesta: “Llegas a perder todo, te alejas de la familia, de los amigos... deje de trabajar y desde ese momento no conseguí otro trabajo” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento). De igual manera, Gabriel expresa que “el consumo llevó a que me aleje de mis amigos y de mi familia” (Gabriel, 23 años, 1 mes de tratamiento).

Teniendo en cuenta lo dicho, a pesar de la diversidad de los contextos de los entrevistados, todos coinciden en que la pérdida de los vínculos con amigos y con la familia se ha dado por diversas causas. En primer lugar, aparecen como causales ciertos comportamientos por parte de ellos, por ejemplo, “consumía y me iba encerrando cada vez más por vergüenza a que me vean así” (Gabriel, 23 años, 1 mes de tratamiento). En segundo lugar, puede identificarse el incumplimiento de responsabilidades, por ejemplo, en el caso de Florencia, exponiendo a sus hijas a un contexto de riesgo para el desarrollo de su crianza. También, por falta de comunicación fundamentalmente con la familia, lo que se observa

cuando Raúl manifiesta que “mi mamá se enojó mucho, no me hablaba ni yo tampoco quería hablar con ella, no iba a entender que era lo que estaba pasando” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento). Por último, otras de las causas ha sido la pérdida de confianza de sus familiares hacia ellos, fundamentalmente arraigado en secretos, ocultamientos o incluso “robos” que sufrieron por parte de quienes tienen un consumo problemático. En cuanto a esto, Mariano manifiesta “llegue al punto de robarle plata a mi mamá, a robarle el auto a mi padrastro...” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento).

4.2.2: *Vínculo con la sustancia*

De acuerdo al vínculo con la sustancia, las dimensiones que lograron identificarse a partir de las entrevistas refieren a la frecuencia del consumo, el tipo de sustancias, la percepción de daño o amenaza de daño a la salud física, psíquica y social de la persona, la concepción de la droga antes de comenzar el tratamiento y los prejuicios o estereotipos externos.

Graciela Touzé et al. (2023) plantean que hay diferentes formas de relacionarse con las sustancias, pero que no todas son problemáticas. Incluso, esos vínculos pueden cambiar a lo largo de la vida de las personas y esto es lo que permite pensar que no hay conductas deterministas. Estos modos de relación con las sustancias que proponen son: consumos experimentales, aquellos primeros contactos con la sustancia donde la persona explora o prueba para saber de qué se trata; consumos ocasionales, aquellos que se dan sólo bajo determinadas circunstancias de tiempo, compañía, espacios; consumos habituales, aquellos donde el consumo es regular y frecuente pero sin ser un riesgo en la vida cotidiana de la persona; y los consumos dependientes, son aquellos consumos en la que la persona no puede prescindir de la sustancia, afectando la vida psíquica, física y social del mismo como de las personas que lo rodean.

Con respecto al tipo de sustancias y a la frecuencia del consumo, todos los entrevistados coinciden, como ya se ha dicho anteriormente, en haber comenzado a consumir en edades muy tempranas, alrededor de los 13 a 14 años, iniciando preferentemente con la marihuana y, en menor medida, la cocaína. Todos refieren que el consumo en aquellos momentos y por muchos años se sostuvo diariamente, incluso por algunos era considerado “una rutina”.

Al interrogar sobre la percepción de daño o amenaza de daño a la salud física, psíquica y social, ninguno de ellos consideraba que el consumo implicaba un peligro o un daño para ellos en el momento en que consumían. Esto se puede identificar en sus relatos: “en ese momento para mí no estaba mal consumir, sentía que estaba bien” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento); “en el momento en que consumía no pensaba en las consecuencias que estaba teniendo en mí ese consumo, no me importaba nada” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento). Con respecto a esto, y tomando lo planteado por Touzé et al. (2023) un consumo es considerado problemático no sólo por la cantidad y frecuencia de ello, sino también por la percepción que la persona tiene acerca de ese consumo, es decir, la persona

teniendo conocimiento del daño que le está generando a sí mismo. En estos casos en particular, en momentos de consumo ninguno de los entrevistados llegaba a considerarlo como un problema.

En consonancia con lo anterior, la concepción que los entrevistados tenían sobre la droga antes del tratamiento estaba vinculada a sensaciones de placer, felicidad, pero también reconociendo que en los momentos donde los efectos de la droga pasaban, se sentían tristes, desganados y con ganas de volver a consumir. Esto se puede identificar en los siguientes fragmentos de las entrevistas: “consumía por diversión, o para sentirme alegre, cuando el efecto del consumo pasaba, me sentía triste” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento) o también “Te pone feliz” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento). También lo vinculan a una manera de evadir los problemas, emocionales o situaciones difíciles, como también una herramienta de escape frente a situaciones que generan ansiedad, presión o estrés. En el caso de Mariano, él manifestaba: “fumaba para olvidarme de los problemas por un rato” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento).

En cuanto a los prejuicios y/o estereotipos externos acerca de los consumidores, es una de las dimensiones que ha surgido en muchos de los encuentros grupales, como así también en las entrevistas. Según lo planteado por Llovera y Scialla (2016) “la forma en que se conceptualiza a las sustancias conlleva implícito también un modo de pensar a las personas que las usan y a su relación con las mismas” (p. 2). De esta forma se instauran diferentes prácticas y respuestas institucionales que generan diversas representaciones sobre aquella persona que consume. Cabe destacar que estas representaciones están influenciadas por el contexto histórico, político y económico, por la educación y por los sujetos que se encuentran involucrados. Edith Benedetti (2015) plantea diversos modelos con una concepción particular de la persona consumidora. Uno de ellos, el modelo ético-jurídico, considera que aquella persona consumidora de drogas es alguien que viola la ley y se convierte en un transgresor. De ahí las etiquetas de delincuente, desviación, anormalidad y vicio. En cambio, desde el modelo médico- sanitario las adicciones son consideradas una enfermedad y aquella persona que consume un enfermo que debe someterse a instancias de control y disciplinamiento social. Estas representaciones pueden observarse en el relato de los entrevistados, donde Raúl afirma que “las personas no dejan de verte como el que vende, el que se droga, piensan que sos un ladrón, y que los que se drogan somos todos iguales” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento). También se visualiza esto en Florencia, cuando plantea que “los demás lo ven como una enfermedad, que la gente se droga porque quiere” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). En relación a lo que plantea Florencia acerca de “se droga porque quiere”, todos coinciden en que la mayoría de las personas no saben qué es lo que están transitando aquellos que tienen algún problema de consumo, que es lo que sienten o qué es lo que les pasa, y que ellos perciben cada día esos prejuicios, principalmente en el entorno social, donde tienden a juzgarlos y a etiquetarlos de enfermos, de viciosos, de delincuentes, entre otros.

Es importante aclarar que, si bien estos modelos continúan vigentes en la actualidad, es a partir de la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657) que se inicia un proceso de cambios en cuanto a los derechos humanos, también en cuanto a lo político, económico, social que habilita cambios en las representaciones sociales acerca de los consumidores. En este sentido, tal como lo expresa dicha ley, las personas con un uso problemático de drogas son considerados sujetos de derecho y el eje debe estar puesto en la persona, en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca. En este sentido, se contempla la heterogeneidad, tal como lo plantea Barrenengoa (2014), ampliando la mirada no solo a la sustancia, sino también al contexto y la persona. Esto implica dejar de identificar la problemática a estereotipos, para comenzar a mirar a las personas y sus historias de vida, los contextos que habitan, en que momento de sus vidas eligen hacerlo y por qué. Al mismo tiempo que dejamos de buscar una causa única del consumo, dejamos de mirar el consumo a partir de estereotipos de consumidores.

4.2.3: Factores de riesgo

En el presente apartado se busca retomar una dimensión emergente de los propios relatos de los entrevistados, que refieren a aquellos factores de riesgo que asocian al consumo problemático. En este sentido, se hace referencia a aquellas características internas y/o externas de la persona cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno, en este caso, un consumo problemático.

Es necesario aclarar que, para proferir los distintos factores de riesgo, se retoma la investigación realizada por M. Laespada, M. Castillo y E. Santamaria (2004), quienes realizan una revisión de las aportaciones de diversos investigadores para abordar el consumo de drogas en adolescentes. Ellos agrupan los factores de riesgo en tres grandes grupos: los individuales, los relacionales y los sociales, los cuales se retoman en la presente tesis, tomando en consideración tanto los encuentros grupales como las entrevistas.

Con respecto a los factores de riesgo individuales y teniendo en cuenta que el consumo de todos los entrevistados inició a partir de los 13 a 14 años de edad, los que aparecen en sus relatos son aquellos relacionados al autoconcepto y autoestima, autocontrol y experimentación. Los dos primeros, autoconcepto y autoestima, ambos íntimamente relacionados, se vinculan con la percepción que uno tiene de sí mismo y la imagen que le gustaría para sí en términos de ideal. Autores como Kaplan (1996) y Simons et al. (1988) sostienen que “un bajo nivel de autoestima hace sentirse al sujeto incompetente para resolver situaciones o problemas y esto provoca frustración” (como se citó en Laespada et al., 2004, p. 20). Al respecto, Mateo en uno de los encuentros comenta que desde muy chico tiene una incapacidad en su brazo, y específicamente al momento de realizar el Focus Group elige una de las imágenes (apéndice 2, imagen 17) que le permite referirse específicamente a ello: “siempre me sentí así desde chiquito, siempre me señalaron por mi brazo y siempre me sentí muy mal. Hasta el día de hoy me siento inseguro, o me siento frustrado cuando no puedo hacer algo” (Mateo, 27 años, 7 meses de

tratamiento). Esta incapacidad hizo que muchas veces Mateo incluso no pueda conseguir trabajos, generando en él sentimientos de tristeza y frustración. Estas situaciones de gran vulnerabilidad generan en él momentos oportunos para consumir con el objetivo de aliviar el malestar que, incluso actualmente en tratamiento, está transitando.

El autocontrol es otro de los factores de riesgo identificados. Laespada et al. (2004) refieren que “un buen autocontrol permitirá al sujeto rechazar comportamientos que a pesar de permitirle obtener consecuencias positivas inmediatas repercuten negativamente a largo plazo” (p. 20) Lo contrario a ello es la impulsividad, es decir, no considerar las consecuencias que la realización de un acto puede tener, al mismo tiempo que se busca obtener una gratificación inmediata. Como se mencionó anteriormente, los jóvenes en las entrevistas coinciden en que al inicio de sus consumos no pensaban en las consecuencias que ello iba a tener en sus vidas, como tampoco dimensionaban el daño que les estaba generando. En ese momento pensaban en “consumir por diversión” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento), “consumir porque todos mis amigos lo hacían (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento) o “para no sentirme mal” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento).

Por último, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas es otro de los factores de riesgo individuales. Autores como Elzo y Vielva (1998) consideran que la conducta de los jóvenes se basa fundamentalmente en el querer probar, en querer experimentar sensaciones nuevas, se caracterizan por ser susceptibles al aburrimiento y por buscar herramientas que le permitan desinhibirse. El consumo de drogas puede ser esa herramienta y en los relatos de los sujetos entrevistados puede afirmarse. Por ejemplo, Florencia menciona que “Veía que mis amigos fumaban y yo quería hacer lo mismo, quería saber que se sentía” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento), mientras que Mateo cree que “la curiosidad de querer probar me llevó a consumir, y al final terminas muy embarrado” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento).

En cuanto a los factores de riesgo relacionales, la familia es considerada el primer contexto social donde se desarrolla el sujeto. Según los autores Laespada et al. (2004), “la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia” (p. 24). Con respecto a esto, es importante mencionar lo planteado por Duschatzky y Corea (2002), quienes sostienen que la familia tradicional que brinda equilibrio, sostén social y retribución económica, hoy ya no existe. Incluso retoman del psicoanálisis la idea de que no hay sujeto desde el inicio, sino que el encuentro con el otro es la condición y posibilidad de subjetivación. En palabras de las autoras, “ese primer otro es la madre que nutre, cuida, brinda afecto, toca, habla” (p.70), pero también el padre tiene la función de “romper la simbiosis entre madre e hijo y él que reparará esa “pérdida” con la puesta a disposición de objetos sustitutos (símbolos, ideas, instituciones, ritos) que facilitaran la exogamia” (p.70). Continuando con las autoras, la globalización y sus efectos, entre los cuales destacan el aumento de incertidumbre en cuanto

al futuro, la pérdida de estabilidad laboral, la no existencia de fronteras generacionales, contribuyen a la conformación de nuevos tipos de familia (familias ensambladas, monoparentales, ampliadas), las cuales ponen en debate la eficacia de las figuras portadoras de autoridad simbólica. Esto sucede porque “la caída de un patrón referencial en la estructuración familiar nos hace pensar que la familia es hoy un significativo vacío, es decir, un lugar sin referencia estable de significación” (Duschatzky y Corea, 2002, p. 72).

En la misma línea, autores como Muñoz y Graña (2001) consideran que “la ausencia de uno de los padres y de la figura de autoridad representan un gran riesgo para el adolescente” (como se citó en Barbosa Florez y Ruiz Bohórquez, 2019, p. 16), como también la existencia de un clima familiar negativo donde haya actitudes de rechazo, hostilidad, actitudes desmedidamente protectoras y una falta de comunicación adecuada. De esta forma, la ausencia de la figura de autoridad y norma dentro del hogar, en muchas ocasiones suele ser causa de que no se promuevan en el joven conductas adecuadas de afrontamiento. En cuanto a esto, como se describió anteriormente, dos de los entrevistados hacen referencia a que la ausencia de la figura paterna provocó en ellos sentimientos de soledad, de abandono, de falta de apoyo y ellos mismos consideran que fue una de las causas del inicio de sus consumos. Uno de ellos afirma “cuando yo era chico e iba a la cancha veía que todos mis compañeros iban con sus papás, y yo no tenía a mi papá para que me acompañe, siempre necesité de él y nunca estuvo” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento). Cuando se le pregunta a Raúl sobre cuáles creía que habían sido aquellas situaciones que lo llevaron a consumir, contesta “fue el no conocerlo a mi viejo, nunca lo vi y nunca tuve un consejo de él, siempre necesité de él” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento). En estos jóvenes en particular, se evidencia que, a pesar de contar con el apoyo emocional, la guía y el acompañamiento de sus madres durante su infancia y también en este proceso de tratamiento, en sus discursos sostienen la falla de poder seguir un modelo, un referente paterno. Es importante aclarar que tanto la función materna como paterna es simbólica, es decir, no importa quién la ejerza, sino que lo importante es que sea inscripta significativamente, algo que no sucede en el caso de Raúl y Lucas, quienes hacen referencia a la falta de un referente masculino.

Sin embargo, la familia no es el único factor de riesgo relacional que describe Laespada et al. (2004), sino que además el grupo de referencia del sujeto es considerado determinante en ello, ya que, como dijimos anteriormente, son los amigos los que generalmente proporcionan sensación de pertenencia, comprensión, reconocimiento constituyendo un espacio de grandes influencias. En algunas ocasiones, para querer pertenecer a un grupo, los jóvenes deben acceder o adoptar las propias normas del grupo para ser valorado, en este caso en particular, acceder a el consumo de ciertas sustancias. En estos grupos sucede, como se ha nombrado muchas veces en los encuentros grupales, que uno cumple un rol determinado. Los entrevistados sostienen que estos roles tienen que ver con “el que tiene plata”, “el que se divierte más”, “el que la consigue más rápido”, “el que consigue más cantidad”, y así

mismo, cuando ese rol no está más, puede suceder que se deje de formar parte de ese grupo. Esto último, le sucedió a Florencia, quien afirmaba “deje de tener amigos, cuando deje de consumir”. En función de ello, el Psicól. Social Berterame remarcaba que muchas veces esos vínculos no se basan en la amistad o el cariño, sino por el lugar que cada uno ocupa en él.

Los entrevistados coinciden en que, el contexto en el que consumen son con grupos de pares, pero también muchos de ellos afirman que una vez en tratamiento, tuvieron que abandonar esos vínculos porque el compartir con ellos un espacio lleva directamente al consumo. Incluso en sus relatos aseguran que en los tiempos iniciales del tratamiento sintieron vergüenza de haberlo comentado con ellos, porque hacían referencia a que “el tratamiento era para los limados, ¿para qué vas? si eso no sirve” (Gabriel, 23 años, 1 mes de tratamiento), alentándolos a no seguir con ello, motivo por el cual decidieron distanciarse de ese contexto.

En los factores de riesgo sociales, la disponibilidad de la sustancia y la influencia de los medios de comunicación en ello, suele ser aquellos que determinan el riesgo al consumo. En cuanto a la disponibilidad, los entrevistados manifiestan que el acceso a ellas es muy fácil, incluso Raúl y Mariano no solo consumían, sino que también disponían de ellas para la venta. Florencia relata en cuanto a ello que en cada barrio de la ciudad cada uno ya sabe quien vende y donde podés conseguirla. Por otro lado, los medios de comunicación facilitan información errónea acerca de las sustancias, minimizando los riesgos y las consecuencias del consumo, asociándose al logro de efectos gratificantes inmediatos y el alivio de malestares. Muchos de los jóvenes que han sido entrevistados conocen cuales son los riesgos físicos y psíquicos que las sustancias tienen en ellos, incluso, las consecuencias que un consumo puede llegar a tener en el ámbito familiar y social donde se desenvuelven, aunque reconocen que, en momentos anteriores al tratamiento, cuando consumían diariamente, no les importaba o desestimaban las consecuencias.

Es importante tener en cuenta que para que se desarrolle un consumo problemático no es necesario que estén presentes todos los factores de riesgo, como así también la presencia de uno de ellos no determina la ocurrencia del mismo. Al mismo tiempo, son condicionantes las circunstancias personales y sociales de cada persona. Por esto, el consumo de sustancias es considerado un fenómeno multicausal y multidimensional.

4.3: Consumo problemático durante el tratamiento psicoterapéutico

Para identificar las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático durante el tratamiento psicoterapéutico, se tuvieron en cuenta dimensiones de análisis como las circunstancias de ingreso al tratamiento, aquellas experiencias durante el tratamiento entre los jóvenes que conforman el grupo y/o con los profesionales, además de los factores de protección.

4.3.1: Circunstancias de ingreso al tratamiento

En este apartado se desarrollan aquellas situaciones que han llevado a que cada uno de los entrevistados ingrese al tratamiento psicoterapéutico que se lleva a cabo en el espacio ambulatorio ubicado en el predio del Hospital Santa Rosa de la ciudad de Chajarí, Entre Ríos.

Aunque las circunstancias por las que una persona puede comenzar un tratamiento son diversas, en los jóvenes entrevistados podrían circunscribirse fundamentalmente a dos. Dentro del primer grupo, se identificaron tres casos que ingresaron al tratamiento porque debían cumplir con medidas judiciales. En el segundo grupo, los restantes entrevistados ingresaron por voluntad propia. Se desarrolla en los siguientes párrafos una descripción más detallada de ello.

Teniendo en cuenta lo desarrollado en el marco teórico de esta tesis, es fundamental tomar en consideración las legislaciones sobre las drogas que se encuentran vigentes en Argentina. Touzé et al. (2008) plantean que Argentina es uno de los países de América Latina que considera la posesión de drogas para consumo personal como un delito. Esto no fue siempre así, pero en la actualidad la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737 lo sanciona penalmente:

la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga la droga. En caso de que los estupefacientes estén destinados al consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad “curativas” o “educativas”, dependiendo de que se trate de un “drogadependiente” o de un “principiante” o “experimentador” (Touzé et al., 2008, p. 7).

Sin embargo, a lo largo del 2010 se han ido presentando proyectos tendientes a despenalizar la tenencia de drogas y a quitar los tratamientos de la esfera penal. En relación a esto último, ese mismo año se promulgó y sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que incluye a las adicciones dentro de las políticas de Salud Mental. También en 2014 se sancionó la Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOB) N°26.934. Ambas leyes coinciden en que el tratamiento debe basarse en la medida terapéutica que se considere más pertinente y que menos restrinja sus derechos y libertades, al mismo tiempo que se promueva la integración familiar, laboral y comunitaria.

En relación a ello, Raúl y Mariano están cumpliendo una medida judicial por la tenencia de estupefacientes. Aunque ambos manifiestan que se dedicaban a la comercialización, al momento de los allanamientos realizados por la policía, solo tenían en su poder aquello que utilizaban para su consumo diario. La medida judicial consiste en realizar el tratamiento en este espacio, por un tiempo determinado. En el caso de Raúl el plazo es de 2 años y medio, que ya los ha cumplido; y en el caso de Mariano, de 2 años, que se encuentra cursándolos. Así mismo, los profesionales del espacio deben presentar, cuando la autoridad judicial lo requiera, un informe donde se detalle la regularidad de sus asistencias al espacio, si están o no cumpliendo con el tratamiento y cómo es su curso por el mismo. En diálogo con Raúl, él manifiesta que además de lo mencionado anteriormente, las pautas a cumplir son

las siguientes: “no debes irte de la ciudad, debes presentarte de vez en cuando en la fiscalía, no podés ir a los bailes, no podés tomar en lugares públicos, no podés consumir, y si te encuentran con uno o dos cigarrillos te llevan” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento).

Cómo se desarrolló anteriormente, Florencia, al ser denunciada por los padrinos de su hija menor, ingresó al tratamiento desde la intervención realizada por el Área de Mujer y Familia de la ciudad de Chajarí. Florencia hace 3 años está transitando el proceso del tratamiento, sólo ve a sus hijas una vez cada 15 días y debe ser evaluada por los profesionales que se encuentran en el espacio, como así también por los profesionales del Área de Mujer y Familia. En diálogo con la Psicól. Baloni, ella refiere que la situación de la joven es muy difícil, porque desde el Área de Mujer y Familia han hecho informes socio-económicos y habitacionales y consideran que las condiciones de su vivienda no son las adecuadas para sus hijas, pese a los esfuerzos de Florencia por trabajar y mejorar su hogar. También, según su opinión, el periodo de tutela de sus hijas por parte de los padrinos, si tiende a ser muy extenso, puede llegar a transformarse, en definitiva. En diciembre del año 2024, la jueza, a partir de todos los informes que han sido presentados, va a definir si sus hijas vuelven con ella.

Por otro lado, Gabriel y Mateo son los jóvenes que están en tratamiento por su propia voluntad. Su primer encuentro grupal fue el 18 de enero, y en él Gabriel comentó que es un joven que vive en la ciudad de Paraná, pero que hace una semana está en Chajarí con el único objetivo de iniciar el tratamiento. Refiere que ha llegado a una situación límite de consumo poniendo en riesgo su vida, reconociendo la gravedad de la situación y de la ayuda que necesita para poder afrontar la misma. Del mismo modo, Mateo cuenta que llegó a sentirse muy mal en algunos momentos, que debía parar con el consumo y tener la posibilidad de ver la vida de otra manera, lo cual podría ser posible solo si buscaba ayuda por parte de profesionales.

A partir de lo dicho, y retomando lo que se ha desarrollado en párrafos anteriores, a pesar de que en los momentos de inicio del consumo y mientras se encontraban fuera del tratamiento terapéutico no había una conciencia del riesgo que eso estaba causando en cada uno de ellos y de las consecuencias que podría traer aparejado, las situaciones límites que cada uno de estos jóvenes ha vivenciado ha generado que algunos puedan reconocer y otros puedan ir construyendo en tratamiento, lo que estaba generando el consumo en sus vidas y permitirse pensarse como protagonistas en este proceso de recuperación que están atravesando.

4.3.2: Representaciones sociales sobre el consumo problemático durante el tratamiento

En cuanto a las representaciones del consumo problemático durante el tratamiento, aparece en los jóvenes una valoración negativa del consumo. Esto se puede visualizar durante los encuentros y en las entrevistas, donde aparece una percepción sobre el riesgo o el daño que el consumo está generando en sus vidas, además de que entran en juego representaciones que se encuentran vinculadas a los miedos a sufrir una recaída, así como miedo frente al futuro y proyecto de vida.

Con respecto a la concepción que los entrevistados tienen sobre la droga, todos coinciden en que es algo que les hace mal a su salud física y psíquica. Algunos refieren su consumo como una adicción o como un problema que tiene graves consecuencias. En palabras de Mateo “pienso que cualquier adicción está mal, sea lo que sea, alcohol, pastillas o tabaco”; “desde que estoy acá pienso en las consecuencias antes de querer fumar” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento). O Raúl, quien manifiesta que “vivir con adicción es feo, no podés tener nada, porque la plata que tenés la gastas en eso” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento). Florencia, en cambio, considera que depende de cada uno, si puede o no tener consecuencias negativas, “muchos piensan que es una enfermedad, pero yo creo que depende de la persona, que tan mal está” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). Otro de los jóvenes hace referencia a la cantidad que se consume y afirma “cualquier cosa que consumas en exceso te afecta, sea lo que sea” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento). El también señala que en contextos de consumo prefiere mantener cierta distancia para “no volver a caer en eso que tan mal me hizo” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento).

A la vez, hay conciencia en cuanto al daño a la salud física, psíquica o social que el consumo problemático genera en ellos. Uno de los jóvenes refiere que una situación límite llevó a que tome conciencia de que el abuso con la sustancia genera graves daños a su salud. Gabriel relata sobre una situación particular vivida en Paraná, donde según sus palabras “al perderme totalmente por el consumo de drogas en una fiesta, casi paso para el otro lado” (Gabriel, 23 años, 1 mes de tratamiento). Él estuvo internado por una sobredosis durante muchas semanas en un hospital de Paraná. Sin dudas, para él esta situación fue determinante para dimensionar el riesgo y para comenzar el tratamiento.

A su vez, el reconocimiento de lo que el consumo estaba originando en cuanto a pérdidas y rupturas con sus familias y amigos se ha dado durante el proceso de tratamiento en todos ellos, incluso llegando a reconocer en las entrevistas que el proceso de estar en el espacio y entre pares que están pasando por la misma situación, les facilita la toma de conciencia de lo que han perdido y de lo que hay que trabajar en uno mismo para poder reestablecer el vínculo con sus familiares y amigos. Florencia, en su relato, da cuenta de ello: “mi meta en este momento es poder estar bien, recuperar a mis hijas y tenerlas conmigo nuevamente, pero sé que para eso tengo que estar bien y cumplir con lo que debo hacer” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento).

En cuanto a lo social, existe en los entrevistados una representación del consumo asociada a la pérdida del trabajo. Teniendo en cuenta que el trabajo tiene un impacto significativo en el bienestar de una persona, ya sea emocional, físico y económico, muchos de los jóvenes declaran que han perdido puestos de trabajo por el consumo de sustancias. El caso de Mateo es uno de ellos, quien en su entrevista plantea “en aquellos momentos trabajaba mal porque tenía muchos problemas con mis compañeros de trabajo, y me echaron” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento).

A partir de lo desarrollado, se puede concluir que las representaciones sociales del consumo en los entrevistados durante el tratamiento coinciden en señalar que el consumo es perjudicial y que genera daños a nivel de su salud, ya sea física y psíquica. También lo asocian a pérdidas en cuanto a vínculos familiares o con amigos y también en contextos como el trabajo.

Como se hizo mención al principio del apartado, se han puesto en juego durante el tratamiento dimensiones que hacen referencia a la concepción de recaída, los miedos frente al futuro y proyecto de vida que expresan los jóvenes.

En cuanto a las recaídas, es fundamental primeramente desarrollar desde qué paradigma de intervención es abordada por los profesionales del espacio, para luego poder desarrollar cómo la conciben los jóvenes y como la describen dentro del grupo terapéutico. Como se mencionó anteriormente, el paradigma desde el que se posiciona el espacio es el de reducción de daños. Como su nombre lo indica, “una de las características más importantes es la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados con el consumo” (Benedetti, 2015, p. 33). En este sentido, dejar de consumir no es una condición de inicio de tratamiento. Al respecto, los profesionales del espacio son muy claros en cuanto a esta condición, en tanto el dejar de consumir es algo que se va elaborando y trabajando a medida que transitan el espacio. Asimismo, en cuanto a las recaídas, una de las cuestiones que más se trabajan en el grupo, es pensarla no como una situación que tiene que generar tristeza y sentimientos de frustración, sino en la posibilidad de “poder reconocer en qué circunstancias sucede el consumo” (Psicól. Social Berterame) y, fundamentalmente, “no volverse un policía de nosotros mismos y controlarnos” (Psicól. Social Berterame). En contraposición, desde el paradigma abstencionista la estrategia fundamental es la eliminación de la sustancia como manera de controlar al sujeto. Por ende, si hay consumo durante el tratamiento hay recaída, es decir, según la lógica que considera al consumo como enfermedad, el sujeto en proceso de recuperación, vuelve a enfermar. Como afirma Benedetti (2015), desde esta lógica la persona tiene un lugar pasivo, totalmente manejado por la droga y sus consecuencias, en cambio, desde la lógica de la reducción de daños, se habla de un sujeto activo, totalmente participe y responsable de su tratamiento.

En los jóvenes se reconocen representaciones ligadas al paradigma del abstencionismo, en tanto suelen reconocer la recaída como un error y un volver a empezar, imposibilitados de reconocer en el proceso las circunstancias que llevaron a que se consuma y poder trabajar en ello para poder transitarlo de la mejor manera. En uno de los encuentros (encuentro 4, 15 de febrero) Mateo refiere que días anteriores al encuentro grupal se sentía mal por no conseguir trabajo, por tener peleas con su pareja y que esas situaciones llevaron a que consuma (cigarrillo de marihuana). Es importante señalar que Mateo, en el encuentro grupal, no solo estaba triste por su situación con el trabajo, sino además sintiéndose culpable por haber consumido. Esto sirvió para poder trabajar durante todo el encuentro las diferentes concepciones que se tienen sobre el volver a consumir estando en proceso de recuperación.

En el mismo, el Psicól. Social Berterame hizo hincapié en que la recaída no solo tiene que ver con el fumar o consumir algo, sino en las consecuencias que puede provocar en cada uno, así como en su entorno social, familiar, laboral, etc. También especificó que es necesario pensar en las circunstancias que cada uno está transitando, que tal vez no son fáciles y que generan en ellos cierta inestabilidad o duda, llevándolos a elegir nuevamente el consumo. Remarca en ellos también, la importancia de que, a pesar de las recaídas que pueden tener, el elegir seguir transitando el tratamiento es lo más valioso.

Raúl fue uno de los jóvenes que en el Focus Group realizado el 02 de mayo, eligió una imagen que le permitió hacer referencia a su proceso y lo que él considera como recaída. Elige una imagen (apéndice 2, imagen 13) y manifiesta sentirse identificado con la imagen donde se muestra a una persona levantándose del piso 3 veces. En palabras de Raúl “esta imagen me representa, representa mis dos recaídas, cuando estuve preso caí dos veces en consumir, y me volví a levantar”. Afirma que sin dudas hay días donde se siente triste y tiene ganas de consumir, pero que elige no hacerlo por el esfuerzo que está haciendo todos los días.

A partir de lo mencionado, se concluye que las representaciones que los jóvenes tienen en cuanto a la recaída es de algo totalmente perjudicial que les provoca sentimientos de vergüenza y de sentirse merecidos de cualquier sanción. Desde el espacio la recaída no es vista como algo negativo o una conducta que deba sancionarse, sino más bien como una posibilidad donde, a partir de los espacios de escucha e intercambio, se enfoque en aquello que la persona está transitando, en aquello que le está pasando, en aquello que está sintiendo. Se relega la abstinencia y se proponen objetivos alcanzables a corto y a mediano plazo, que tienen que ver principalmente con su vida cotidiana y con las problemáticas con las que los jóvenes van al espacio.

En función de los miedos al futuro y proyecto de vida, es fundamental retomar autores que se han desarrollado en el marco teórico, que refieren a la adolescencia o juventud como aquel momento de constitución subjetiva donde se pone en juego aquello transitado en la infancia, para la constitución de un futuro. De ahí que en estos momentos surjan las dudas, las incertidumbres y los interrogantes que según Hornstein (2007) cuestionan la identidad y el devenir del joven.

Tomando en consideración lo anterior, en las entrevistas y en los encuentros grupales los jóvenes en general manifiestan sentir incertidumbre, inseguridad, miedos, dudas y temores frente al futuro. En uno de los encuentros grupales (encuentro 5, 22 de febrero), Gabriel expresa sus ganas de volver a Paraná para poder estar con su mamá, pero también manifiesta tener miedo de volver y consumir. Considera que, aunque en el tratamiento se siente bien, tiene miedo de lo que pueda pasar en el futuro, en relación a su consumo y también a su vida en Paraná. En función de esto, cuando los jóvenes se muestran desorientados en cuanto a su futuro y cuestionan sus ideas a futuro, lo que les genera más dudas se vincula principalmente con el trabajo.

Tal como lo plantea Burak (2001), en contextos donde prima la mayor productividad, los nuevos conocimientos, el triunfo de los valores individuales, avanza el desempleo, el trabajo inestable, los jóvenes suelen ser los más afectados en ello. Como plantea el autor, “disponen de tiempo libre, pero no es el tiempo libre que la sociedad legitima, avalado por el esfuerzo realizado, sino el tiempo desolado y sin objeto del desempleo y la falta de inserción” (p. 54). En sus discursos es predominante la angustia por no tener un trabajo estable que les permita pensarse más allá del hoy. Al momento de responder sobre aquello que les gustaría hacer o ser en un futuro, ellos contestan que estudiarían tal carrera o trabajarían en tal profesión, pero también consideran lo difícil de proyectar por las restricciones o desigualdades económicas. Además, su situación como “personas que están en proceso de recuperación” los hace sentir excluidos de cualquier proyecto a futuro que puedan construir por los mismos prejuicios que dicen sentir de la sociedad, por ejemplo “el que se droga es un ladrón”. En función de esto, el coordinador siempre remarca la importancia de los proyectos que cada uno pueda construirse, “que sean alcanzables, que sean a corto, mediano y largo plazo... que puedan pensarse más allá de un tiempo, más allá del momento que están transitando ahora, más allá de la justicia en el caso de Raúl, más allá de los problemas con el área de familia en el caso de Florencia, así cada uno de ustedes” (Psicól. Social Berterame).

A partir de lo mencionado, es importante remarcar que las representaciones que los jóvenes tienen acerca del futuro se vinculan con la incertidumbre y los miedos. A pesar de que en los encuentros grupales se ha hecho foco en las ideas y proyectos que ellos puedan generar en un futuro, les resulta muy difícil salir del lugar de “persona con problemas de consumo” o “persona en tratamiento”. Sin embargo, esta dimensión de futuro es algo que aparece en el tratamiento y que no estaba presente antes, y es así que cobra entonces importancia el trabajo que los profesionales hacen en tanto ellos tomen conciencia de que el consumo no es una condición determinante en sus vidas y que pueden pensarse más allá de ello. Y que en ese camino es fundamental no solo el fortalecimiento individual de cada uno, sino también el fortalecimiento de lazos sociales que comprendan el proceso por el que están transitando.

4.3.3: Experiencias en el tratamiento: grupo de jóvenes y profesionales

En lo que concierne a esta dimensión, se destaca principalmente la información obtenida en la entrevista con el Psicól. Social Berterame, coordinador del grupo terapéutico, así como con los jóvenes que participan semanalmente de los encuentros en los cuales la investigadora participó.

4.3.3.1: Grupo terapéutico.

Si bien el tratamiento implica que la persona consumidora cumpla con las dos instancias, es decir, con las terapias individuales y los encuentros grupales, el Psicól. Social Berterame afirma que, desde la pandemia, la instancia grupal pasó a ser la gran protagonista del tratamiento. Ello se debe a que “es la única instancia en la cual los participantes se ven cara a cara con otras personas, sienten que están en la

misma situación y permite estar más adecuado a lo que significa estar en un tratamiento” (Psicól. Social Berterame).

Los objetivos del grupo terapéutico han ido variando desde sus inicios. En un principio, formaba parte de una serie de talleres que comprendían toda la semana. Esto permitía programar los encuadres y las técnicas de trabajo con los participantes de una determinada forma. Actualmente, la falta de recursos desde la salud pública imposibilita que estos talleres puedan realizarse, pero, en cuanto al grupo terapéutico, el objetivo fue el de ser siempre un espacio de interacción, como un lugar de pertenencia, donde “se puedan trabajar cuestiones que en la terapia individual no aparecen inmediatamente y poder compartir experiencias de vida” (Psicól. Social Berterame).

A partir de su formación desde la psicología social, el Psicól. Social Berterame utiliza la denominación de grupo operativo para referirse a este espacio grupal. Desde esta perspectiva, Gómez (2018) plantea que en él:

lo grupal, se construye en el entrecruzamiento entre el equipo terapéutico (que sostiene el encuadre y la función interpretante), la organización grupal (constituida por la interacción y vinculación entre los integrantes) y la tarea terapéutica (objetivo común por el que se reúne el grupo, y que es la elaboración conjunta de la problemática intra, intersubjetiva y grupal). Es una realidad psíquica compleja construida por los pensamientos/afectos/acciones de los integrantes, que a su vez es atravesada por la realidad social (p.20)

En relación a ello, el Psicól. Social Berterame da cierto encuadre al grupo brindando al comienzo de cada encuentro puntos de fuga o disparadores en relación a determinados temas, los cuales pueden sostenerse durante varias semanas o incluso dar lugar a otros emergentes. Además, en tanto los jóvenes comunican lo que sienten o les pasa, la tarea es encontrar el momento adecuado para poder ingresar de cierta manera a la individualidad de cada sujeto y trabajar con ello. Al mismo tiempo, el encuentro entre las diferentes subjetividades da lugar a la identificación otorgando la posibilidad de que se cree cierta cohesión grupal.

Por otra parte, en muchos casos, sucede que “la gente viene confundida pensando que este es un espacio donde va a ser constante la marcación de los errores, los retos, la prohibición de cosas” (Psicól. Social Berterame). En contraposición, se encuentran con un lugar donde se trabaja fundamentalmente con lograr una mejor calidad de vida a través de la realidad inmediata de cada una de las personas, entendiendo que no es algo que se logra cambiar de un día a otro, sino que requiere de esfuerzo, dedicación y constancia por parte de cada uno.

Aunque en muchas ocasiones los profesionales del espacio manifestaron que uno de los obstáculos en estos tipos de tratamientos, donde no hay una obligatoriedad, es la inconsistencia en cuanto a la asistencia de los participantes, durante el trabajo de campo la asistencia de cada uno de los jóvenes fue regular, participando activamente e incluso mostrándose predispuestos a las intervenciones realizadas

por la entrevistadora, por ejemplo, en el Focus Group. En relación a ello, en el último encuentro observado (encuentro 10- 25 de abril), el Psicól. Social Berterame destacó el compromiso y la buena asistencia por parte de ellos a los encuentros e hizo referencia a lo que la investigadora provocó, según su experiencia, en el grupo

“yo durante todo este tiempo le di mucha importancia a todo lo que Magali generaba en el grupo, porque me doy cuenta que no alcanza solo conmigo, solo un coordinador no es suficiente para ser oído a todo, hombro de tantas personas... y al sentir que estaba ella al lado, me dio la tranquilidad de que había otra persona en la cual ustedes podían apoyarse, si yo no escuchaba algo, estaba ella haciéndolo” (Psicól. Social Berterame).

Luego de lo descrito anteriormente, se concluye que el grupo terapéutico es positivo para los jóvenes que forman parte, en tanto es un espacio de simbolización que posibilita la expresión de pensamientos, miedos, deseos, como así también el poder poner en palabras aquello que les produce angustia y sufrimiento. Permite pensar a los jóvenes que aquello que creían singular es común a los otros, que aquello que les pasa, les sucede también a otros, y es ello lo que posibilita la identificación en ellos. Sin embargo, se destaca que cada proceso de recuperación es individual y que depende exclusivamente de las decisiones que cada uno de ellos realiza. Sin duda, el coordinador, aunque interviene sobre la grupalidad, sostiene el pensamiento y el discurso de cada uno de los jóvenes para que ellos puedan interrogarse sobre aquello que les sucede y que puedan internalizar, en tanto comprende que “no solo es un espacio para dejar las drogas sino también para elaborar cuestiones que tienen que ver con la vida diaria de cada uno” (Psicól. Social Berterame).

4.3.3.2: Jóvenes y profesionales de la salud.

En muchos de los encuentros grupales se ha hecho presente cierta confusión entre lo que los jóvenes perciben del tratamiento, por su propia experiencia, y lo que profesionales del hospital que no forman parte del espacio psicoterapéutico les transmitían en ciertas oportunidades de encuentro con ellos.

Es importante aclarar que los encuentros con los profesionales del hospital suelen darse en el marco de la derivación por parte de los profesionales del espacio psicoterapéutico. Por ejemplo, en casos donde los jóvenes necesitan atención por parte de un médico psiquiatra, odontólogo, cardiólogo, la derivación a los profesionales que trabajan en el hospital es inmediata.

En uno de los encuentros grupales (encuentro 2- 25 de enero), Mateo manifestó cómo se había sentido durante la semana, expresando no haber estado muy bien, y que la causa de ese malestar tenía que ver con una situación que había sucedido con uno de los psiquiatras del hospital. Según Mateo, el psiquiatra refería que el espacio psicoterapéutico no funciona y que debía buscarse un tratamiento que implicase reglas más rigurosas para que pueda sentirse mejor. Mateo no se sintió escuchado en ningún momento por el profesional, llegando incluso a replantearse la idea de si convenía seguir en el espacio o

no, ya que se sentía con mucha angustia, con mucha frustración e incluso con confusiones respecto a lo dicho por el psiquiatra.

En consonancia, Florencia dice sentir lo mismo, dado que ha vivido una experiencia similar con una psicóloga del hospital. Ella hace hincapié en la no escucha y el no sostenimiento de la mirada por parte de los profesionales.

En ese mismo encuentro, los demás jóvenes tomaron la palabra y cada uno había vivido una situación similar en algún momento, ya sea con profesionales de ese mismo lugar o en otros tratamientos, afirmando que muchos profesionales brindan una atención de baja calidad en cuanto al tiempo muy reducido y en cuanto a las herramientas que pueden llegar a ofrecer.

El Psicól. Social Berterame, en respuesta, plantea al grupo las incongruencias en la atención pública, destacando que tienen que ver con la falta de interdisciplinariedad e intersectorialidad, ya que no existe comunicación entre los profesionales que forman parte de un mismo equipo en el tratamiento de una persona. Algo que sin duda no debería pasar porque, “en un tratamiento todas las patas deben engranar” (Psicól. Social Berterame).

Partiendo de los relatos de los entrevistados, de la propia experiencia de la investigadora en el campo y de lo que se ha dialogado con los profesionales, podría afirmarse que el hospital no funciona de acuerdo a lo que establece la Ley De Salud Mental N°26.657, que en su artículo N° 9 plantea que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basados en los principios de la atención primaria de la salud”. Esto no sucede, por más esfuerzos que el espacio de atención ambulatoria intente, y es debido a la tensión en cuanto a los paradigmas de atención. Los profesionales encargados del espacio sostienen que en el hospital no se entiende la idea de un tratamiento prolongado. Enfocándose en el paradigma de reducción de daños, puede inferirse que en el hospital está muy arraigada la mirada prohibicionista, es decir, que el foco está puesto en la sustancia, en la prohibición, en el encierro y en aislarlo de aquel contexto que ha llevado al consumo. Pese a esto, en el espacio se apunta a un abordaje del consumo problemático desde la reducción de daños, entendiendo que “la mirada no está puesta en que desde el momento en que cruzas esa puerta debes que dejar de consumir, es algo que se va elaborando, trabajando a medida que se tratan otras cuestiones que afectan la vida del sujeto” (Psicól. Sassani).

En cuanto a los profesionales que forman parte del espacio ambulatorio, los jóvenes destacan en general el acompañamiento, la escucha, el valor que ellos le dan a sus palabras y, fundamentalmente, el sostenimiento en aquellos momentos donde pareciera que el tratamiento no está funcionando. Los profesionales del espacio, a lo largo del trabajo de campo, han implementado trabajar en los grupos con herramientas como frases, cuentos, escribir relatos autobiográficos que, sin duda, han despertado el interés por parte de los jóvenes, el poner en palabras aquello que les pasa, implicando mayor participación e incluso potenciando el intercambio entre ellos. Ellos los consideran como personas

referentes o como punto de apoyo fundamental en el proceso que están transitando, motivo por el cual se retomará con más profundidad el vínculo con los profesionales en el apartado factores de protección.

En conclusión, los jóvenes tienen opiniones contrarias respecto a los grupos de profesionales. Por un lado, no encuentran apoyo y contención por parte de los profesionales de la salud que se encuentran trabajando en el hospital y, por otro lado, los profesionales del espacio psicoterapéutico que priorizan a cada uno de los jóvenes como partícipes fundamentales del proceso de tratamiento. Sin embargo, en las afirmaciones de los entrevistados estas tensiones entre profesionales genera en ellos incertidumbre, dudas sobre el tratamiento, frustración y enojo, por más que en el grupo se retomen estas cuestiones y se les comunique de estas “fallas”, como las nombra el Psicól. Social Berterame.

4.3.3.3: Jóvenes y tratamiento.

Para comprender sus representaciones sobre el tratamiento, resulta relevante dar cuenta de lo que ellos consideran que es un tratamiento, así como las palabras con las cuales lo relacionan. Esto se aborda a continuación, en tanto aparecen allí diversos significados.

Mateo es uno de los jóvenes que, según lo expuesto por los profesionales, podría estar sufriendo un cuadro de depresión por los problemas familiares que está transitando. Pese a esto, se muestra muy comprometido con el tratamiento por su asistencia al mismo. Él manifiesta que el tratamiento lo está ayudando mucho en cambiar actitudes, por ejemplo, no sentir ansiedad o tristeza al no conseguir un trabajo, pero dice sentirse en ocasiones mal por ello y eso lo lleva a pensar que nada lo estaría ayudando. También se culpa por no haberlo comenzado antes, considerando que ha perdido mucho tiempo para iniciar su recuperación.

A partir de su relato y de lo observado por la entrevistadora, es posible pensar que la culpa es uno de los sentimientos presentes en Mateo, que la expresa como culpa por haber iniciado el consumo y haberlo vuelto rutina. El comenzar el tratamiento por decisión propia da cuenta de cierto compromiso sobre todo con él mismo, a pesar de que en varias ocasiones los profesionales se muestran preocupados por su continuidad en el grupo debido a que es uno de los integrantes que más le cuesta hablar o poner en palabras aquello que le pasa. Mateo expresa que en el tratamiento puede compartir sus pensamientos, sentimientos y experiencias, algo que no sucede en otros ámbitos, por ejemplo, con su familia o su pareja, porque considera que no lo comprenden.

Florencia también considera que el tratamiento la está ayudando a cambiar actitudes o comportamientos. En primer lugar, a no consumir. En segundo lugar, a regular emociones como el enojo, la ansiedad y la frustración. Manifiesta también el sentir que muchas personas externas al espacio no entienden el proceso del tratamiento, ni el esfuerzo, la voluntad, el compromiso y el gran trabajo en la frustración que hay que desarrollar. En ciertos encuentros expresó enojo a los profesionales, fundamentado en que “desde todo el tiempo que estoy acá, nunca recibí por parte de los

profesionales una devolución acerca de cómo iba en el tratamiento” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento).

A través de lo observado y dialogado con Florencia, es a través del tratamiento que ella está logrando trabajar los sentimientos de culpa por haber expuesto a sus hijas a situaciones donde ella consumía, reconociendo el peligro que implica para ellas esa situación, además del enojo que ella manifiesta sobre todo a los que la denunciaron y a los profesionales del área de familia que no hacen una valoración positiva de todo su esfuerzo por volver a tener a sus hijas. Este enojo también es depositado, como se expresó anteriormente, a los profesionales del espacio, quienes según su percepción no le dan una respuesta específica de su proceso de recuperación.

Mariano, por su parte, plantea que ha hecho tratamientos anteriores, pero que le fue muy difícil sostenerlo por el costo económico que implicaba. En este espacio refiere sentirse muy bien y considera que el tratamiento es una herramienta que le permite trabajar sobre cuestiones propias, que uno no desarrolla en otros ámbitos, como, por ejemplo, aquello que lo enoja, aquello que le importa, entre otras.

Sin embargo, en una ocasión, él ha hecho referencias a la duración del tratamiento, afirmando que desde el ámbito judicial le habían asegurado que debía ser de 2 años, situación que le preocupaba porque refería que era mucho tiempo el que debía pasar asistiendo. Con respecto a esto, el Psicól. Social Berterame menciona que en cuestión de tiempo de tratamiento no se sabe con exactitud cuándo culmina, ya que cada tiempo es particular. Entiende que, en ciertos ámbitos como la justicia, los tiempos se determinan con exactitud, pero asegura que en ámbitos como en la salud mental y más específicamente en problemas con consumos, no hay con exactitud un tiempo estipulado para la recuperación.

Gabriel, al igual que Mariano, ha hecho tratamiento antes de ingresar al espacio, pero en su caso fue en Paraná. En relación a ello, comenta: “en ese momento, no tenía conciencia del problema que estaba teniendo” (Gabriel, 23 años, un mes de tratamiento). Además, recibía por parte de sus amigos comentarios como “¿para qué vas si eso no sirve?” y eso implicaba que él se tuviera que esconder para dirigirse al lugar donde realizaba el tratamiento. Al mismo tiempo, relata que hoy en día ha cambiado su compromiso con el proceso, ya que “el estar al borde de la muerte” hizo que sienta miedo por su vida y tomar conciencia de la problemática que está teniendo. Considera que el tratamiento para él es una meta o logro que desea alcanzar. Es necesario aclarar que, al momento de realizar las entrevistas, que fue un tiempo después de que la investigadora haya culminado en los encuentros grupales, Gabriel ya no se encontraba asistiendo al espacio. Los profesionales comentaron que por cuestiones familiares tuvo que volver a Paraná y abandonó el tratamiento.

Raúl es el joven con más tiempo en el tratamiento. Más allá de que haya ingresado por una medida judicial, en estos momentos la medida ya ha sido cumplida y él sigue asistiendo voluntariamente. Cuando se le preguntó acerca del tratamiento, él considera que lo más valioso del tratamiento es no

sentirse juzgado por los profesionales del lugar, como también por los jóvenes con los que comparte todas las semanas en el espacio. Remarca que lo ayuda a no consumir, a pensar más en su futuro y, fundamentalmente, a manejar cómo se siente. Manifiesta en uno de los encuentros cierto cansancio generado por la duración del tratamiento, “se vuelve un proceso largo, pensé que viniendo una vez iba a salir por esa puerta diciendo estoy bien” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento).

En síntesis, los entrevistados tienen una representación positiva del tratamiento, a pesar de que en su totalidad expresaron no conocer sobre su existencia como espacio de abordaje del consumo problemático hasta que iniciaron el tratamiento. Además de traer consigo muchos prejuicios sobre el tratamiento basados en creencias que se reiteran en la sociedad, como aquellas que tienen que ver con “el tratamiento no sirve”, “está así porque quiere”, “a ese lugar van los limados”, desde el espacio se trabaja fundamentalmente en retirar de los jóvenes el peso de la estigmatización e implicarse activamente en sus procesos de recuperación, como sujetos de derecho.

Resulta necesario deconstruir, como dice Edith Benedetti (2015), aquellas representaciones en torno a los consumidores y el tratamiento, más aún en el marco de la legislación nacional actual sobre salud mental sancionada en 2010, donde el eje del análisis no es la sustancia, sino el sujeto y el vínculo problemático que ese sujeto tiene con esa sustancia.

Se puede destacar también que todos los jóvenes entrevistados asocian la participación en el tratamiento con palabras como “logro”, como un proceso que ayuda en el reconocimiento, manejo y gestión de emociones como el enojo, la frustración, la angustia y donde el foco no está puesto en la sustancia, sino en las múltiples dimensiones (bio-psico-social) que forman al sujeto. También lo asocian como un espacio donde pueden ser escuchados sin ser criticados, característica fundamental de aquellos espacios que trabajan desde el paradigma de reducción de daños, donde el sujeto debe tener su propia participación en el tratamiento y son fundamentales en su proceso de recuperación.

4.3.4: Factores de protección

En cuanto a la categoría factores de protección, la misma refiere a aquellas características internas y/o externas de la persona que disminuyen las posibilidades de consumo o de “recaídas”. Retomando a Laespada et al. (2004), estos factores serían aquellas características contrarias a los factores de riesgo que han sido mencionados en los apartados anteriores. Entre los factores de protección se encuentran aquellos que refieren a “un buen nivel de autoestima, un adecuado autocontrol emocional, la cohesión y comunicación familiar, el apego a un grupo de referencia positivo” (Laespada et al., 2004, p. 27). Los autores también consideran que la percepción que la persona tiene acerca de los riesgos y los daños que provocan los consumos, es una variable de protección.

En el diálogo con los entrevistados, ellos refieren que es fundamental en el proceso de tratamiento ciertos apoyos o personas que ayuden en ese proceso. A partir de las entrevistas a los jóvenes, es

posible reconstruir que estos apoyos son fundamentalmente el grupo terapéutico y el equipo de profesionales, la familia, el deporte, el trabajo y el grupo de amigos.

En cuanto al grupo terapéutico, todos los entrevistados coinciden en que es un gran punto de apoyo, porque todos están atravesando un proceso similar y eso posibilita la escucha atenta y el sentirse identificado en los relatos. Al mismo tiempo, han creado un vínculo que les permite tener confianza y no sentirse juzgados, poder expresar sus miedos en un entorno seguro y aprender de las experiencias de los demás. Como se ha desarrollado en párrafos anteriores, el tratamiento implica dos instancias, la individual y la grupal, pero la Psicól. Baloni muchas veces ha manifestado que la mayor resistencia es ingresar al grupo. Sin embargo, una vez que esto sucede, después todos quieren asistir a los encuentros grupales, ya que, según sus palabras, existe allí un “sentimiento de pertenencia e identificación que posibilita el estar en el grupo” (Psicól. Baloni). En consonancia, Ana María Fernández (1999) plantea como instancia necesaria y primordial en los jóvenes, espacios de referencia mutua y de pertenencia a un grupo. En este sentido, es fundamental para la autora brindar espacios que posibiliten la construcción de subjetividades y en donde vivencien que transitan una época donde tienen lugar y no están solos.

Por su parte, la observación participante en los encuentros grupales permite dar cuenta que este espacio permite en ellos mantener la motivación y el compromiso en la recuperación, fundamentalmente por el lugar de sentido que le es conferido a este espacio. Incluso, en las entrevistas admitieron que les gustaría que más jóvenes vayan al espacio, porque es un espacio que muchos no saben que aborda la temática de los consumos problemáticos y a la cual pueden acceder personas que no disponen del dinero suficiente para un espacio privado.

En uno de los encuentros (encuentro 3- 01 de febrero), el Psicól. Social Berterame llevó un libro llamado “Hasta que puedas quererte solo” de Pablo Ramos. En uno de sus capítulos, el autor cuenta la historia de un hombre que ha llegado por primera vez a un grupo de “narcóticos anónimos”. En él comenta que ha perdido mucho a causa de su consumo, amigos, familia, matrimonio; habla de recaídas, que el consumo lo ha arrastrado a lugares como hospitales hasta la cárcel. Pero algo que repercute en el grupo y que luego se abordó a lo largo de ese encuentro es la palabra de confraternidad, mencionada en el relato. Para ellos, el grupo significa establecer vínculos con personas que están atravesando las mismas circunstancias, que saben de las pérdidas, que entienden del dolor que se siente el tropezar otra vez con la misma piedra y que comprenden de qué se trata la frase “un día a la vez”, expresión mencionada en reiteradas oportunidades por varios de los jóvenes en los encuentros grupales.

El sentir que no están solos en este proceso de recuperación es algo que, según los jóvenes entrevistados, no solo se logra con la constitución de un grupo, sino también con los profesionales que lo llevan a cabo. Mateo, quien consume desde tiempos muy tempranos de su adolescencia, manifiesta que tantos años de consumo hacen muy difícil el poder dejar de hacerlo de un día a otro. Sin embargo, en este

proceso dice no sentirse solo, y que el acompañamiento de Psicól. Sassani y Psicól. Social Berterame son fundamentales. El que le pregunten ¿cómo te sentís hoy? es algo que no lo encuentra en otra persona, ni siquiera con su pareja o su familia, y eso para él en este momento es muy importante.

En relación a la familia, como se mencionó anteriormente, la misma tiene una importancia significativa en la conformación de un sujeto, brindando las actitudes, habilidades y valores para afrontar todas las adversidades que se le presenten. También se han destacado el caso de dos entrevistados a los que la falta de una figura paterna ha sido asociada por ellos mismos a sentimientos de soledad, de abandono, de falta de apoyo e incluso lo han relacionado con la causa directa de sus problemas de consumo. Sin embargo, tanto ellos como los demás jóvenes, consideran que la familia -ya sea, mamá, hermanos u otros miembros de la familia-, es un pilar fundamental en el proceso de recuperación. Esto se puede identificar en el relato de Raúl, quien expresa que “las personas que me apoyan son mi mamá, mi abuela y la pareja de mi mamá, con ellos hablo un montón” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento), o en los dichos de Mariano, cuando menciona que “con mi mamá sé que puedo contar, me apoya, me manda mensajes para que no me olvide de venir acá” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento).

En esta línea, es importante señalar lo que plantea Raggi (2016) como uno de los ejes fundamentales del proceso terapéutico. La autora plantea que no solo se trata de acompañar sino también de “saberse parte de un proceso terapéutico conjuntamente con sus hijos” (Raggi, 2016, p. 8). No solo aquella persona con una problemática de consumo necesita del tratamiento, sino los demás miembros de la familia necesitan involucrarse en él, para poder replantear y cuestionar los acontecimientos que posibilitaron el desarrollo del consumo. Con respecto a esto, la Psicól. Baloni comenta que actualmente el trabajar con las familias en el espacio es muy complicado. En palabras de ella “tal vez fallamos un poco nosotros, se intenta poco. Nunca encontramos un tiempo para citar a las familias” (Psicól. Baloni). Esto se debe, según sus relatos, a la falta de profesionales y de recursos. La estrategia que están utilizando en estos momentos es que cada joven en el momento de ingresar al tratamiento asista con una persona referente para él, a la cual se dirigirán cada vez que el joven deje de asistir al espacio, o en momentos donde lo consideren pertinente. En estos casos, estas personas suelen ser en su mayoría las familias y según los jóvenes, ello permite que el vínculo con ellos se reconstruya, ya que, en muchos de los relatos comentan que en el momento en que estos últimos se enteraron de sus consumos, se han enojado o se han distanciado. En relación a esto último, tomando lo planteado por Raggi (2016), es fundamental que las familias entiendan que en este proceso deben estar involucrados e implicados todos los miembros de la misma, ya que son la red de contención más importante para estos jóvenes cuando están fuera del espacio terapéutico.

Continuando con los factores de protección, se ha identificado que el deporte suele ser uno de los más importantes a la hora de referirse a los tiempos de ocio y recreación de los jóvenes. Mariano y

Gabriel son los jóvenes del grupo que en las entrevistas refieren que jugar al fútbol es un gran distractor para ellos. Ambos juegan en equipos de fútbol de la ciudad y pasan la mayor parte de su tiempo libre en las canchas con distintos grupos de jóvenes. En el momento del Focus Group, Mariano eligió una imagen (ver apéndice B, imagen 14) y al expresar por qué la había seleccionado, comentó “muchas veces suelo sentirme así, atormentado” y, según expresa, el fútbol es aquello que le permite liberar esas ansiedades y angustias. Gabriel, por su parte, es un joven que reside en la ciudad hace muy poco tiempo, entonces el fútbol es una herramienta de gran utilidad porque le está permitiendo conocer personas y evitar situaciones de soledad y aislamiento. En sus palabras, expresa “no es lindo estar en tu casa tanto tiempo solo, entonces el fútbol para mí es un gran apoyo y distractor” (Gabriel, 23 años, mes de tratamiento).

Por otra parte, la cuestión del trabajo ha sido una de las dimensiones más trabajadas en el grupo, ya que brinda un propósito y un compromiso al que lo realiza. Muchos de los entrevistados mencionan que la cuestión reside en el difícil sostenimiento del espacio junto con el trabajo, en tiempos donde la plata es necesaria. Si bien desde el espacio se ofrece un certificado donde se consta de su participación en el mismo, ellos consideran que es muy difícil que las personas externas entiendan sobre ello, “se hacen los desentendidos, o se olvidan” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento), o “muy pocas personas tienen la calidad humana de entender y acompañar el proceso” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). En las entrevistas con los profesionales, todos ellos comparten la idea de mantener los espacios sanos que la persona consumidora tiene, llegando incluso a considerarse como uno de los requisitos. Si ese “espacio sano” es el trabajo, se hace todo lo necesario para que pueda cumplir con ambos, siendo el certificado una de las maneras que tienen los jóvenes de justificar las inasistencias, sin necesidad de dejar el trabajo.

En relación a ello, lo planteado por Margulis (2001) en cuanto al término de moratoria, estado “de gracia” en donde, según el autor, no son aplicadas las presiones o exigencias que sí pesan sobre los adultos, no es asimilable al contexto donde se desarrollan los entrevistados. En casos como los de estos jóvenes, es inviable ya que se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad de no ser por la posibilidad que tienen de permanecer en un trabajo.

Por último, el grupo de amigos o de pares ha sido elegido por algunos de los entrevistados como factor de protección. Como se ha señalado anteriormente, los amigos suelen ser, durante la etapa de la adolescencia/juventud, el espacio de referencia más importante luego de la familia. Incluso algunos autores, como Laespada et al. (2004), sostienen que pasan a ser necesidad prioritaria de todo joven, brindando sensación de pertenencia, reconocimiento y comprensión, entre otras. En función de esto, a partir del diálogo con los entrevistados, se puede identificar que, la mayoría de ellos se han alejado de amigos cuyos vínculos se sostienen por el consumo ya que el seguir frecuentándolos implicaría un riesgo para sostener el tratamiento. Afirman frecuentar con amigos que les brindan apoyo y sostén en el proceso

de recuperación. Mariano expresa “una de mis amigas es un gran apoyo en este proceso para mí, puedo contarle todo lo que me pasa” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento). Florencia es la única que conserva se grupo de amigas de aquellos tiempos. En este sentido afirma, “mis compañeras son de gran confianza para mí, sé que puedo contar con ellas, y que me quieren ver bien” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento).

Capítulo 5:

En este capítulo se desarrolla el último objetivo específico del TIF, en el cual se busca identificar las rupturas y continuidades en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático a partir de la intervención de los profesionales en el espacio psicoterapéutico. En este sentido, a partir de la información recolectada, se pueden describir aquellas representaciones que se han modificado y aquellas que aún se sostienen a partir de la experiencia de los jóvenes en el espacio.

5.1: Rupturas en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático

En cuanto a las rupturas en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático, es importante señalar que ello se encuentra anclado a lo que se trabaja en el tratamiento. Dentro del paradigma de reducción de daños, como se ha mencionado anteriormente, se proponen como objetivos la modificación de actitudes, comportamientos, como también aquellas representaciones que se consideran un riesgo para la persona que está atravesando una problemática de consumo. En este sentido, se desarrollan a continuación algunas representaciones que se han abordado en el tratamiento.

5.1.1: Representaciones sociales sobre la droga: felicidad vs riesgo

Antes de iniciar el tratamiento los jóvenes tenían una apreciación positiva acerca de la droga y del consumo. En sus testimonios asocian el consumo como forma de experimentar sensaciones nuevas, como manera de sentir felicidad, como posibilidad de entablar vínculos con sus grupos de pares y como herramienta para resolver cualquier malestar que se encontraban transitando. El fin de sus consumos era el mismo en todos los casos: por medio de la droga se buscaba el logro de emociones como la “alegría” y se evitaban otras como la “tristeza”. En función de ello, la percepción de riesgo o daño no se encuentra presente en estas representaciones sociales, dado que no tenían conciencia de las consecuencias que un consumo diario implicaba en ellos mismos, ni en sus contextos más cercanos como familia, amigos y trabajo.

En contraposición, durante el tratamiento estas representaciones se modificaron. La droga ya no está vinculada a sensaciones de placer y felicidad, sino que sus representaciones se asocian a que la droga es algo que les hace mal a su salud, tanto física como psíquica. Además, reconocen los riesgos físicos, psíquicos y sociales a los que se expusieron durante el consumo problemático. Siguiendo esta línea, desde el espacio se hace hincapié en que puedan ser conscientes de la relación que cada uno establece con las sustancias. Ellos consideran que esta es una relación totalmente problemática, donde hay una total dependencia de ella y abandono de cualquier otro aspecto que forma parte de sus vidas, como, por ejemplo, sus vínculos afectivos. Otorgarle al consumo el aspecto problemático es una construcción que se trabaja diariamente con los profesionales del espacio.

Sin embargo, Florencia difiere con los demás, en tanto para ella el consumo no está ligado según sus palabras a “algo que está mal”, sino que depende específicamente de la persona, considerando la posibilidad de que cada uno pueda controlar su consumo sin ningún tipo de riesgo. Teniendo en cuenta lo dicho por la joven, se podría pensar que ella no tendría una conciencia de lo problemático de su consumo, a pesar de reconocer las consecuencias que él mismo ha provocado en su vida.

5.1.2: Representaciones sociales sobre los vínculos: alejamiento vs arrepentimiento

En el caso de los vínculos, los jóvenes en las entrevistas manifiestan que antes de comenzar el tratamiento, mantenían relaciones con aquellas personas con las que compartían la práctica de consumo, en general con amigos o grupos de pares; mientras que aquellos familiares y amigos que no sabían de sus consumos o no estaban de acuerdo con ello, eran aquellos de los que se iban alejando o aislando. En este sentido, aquellos contextos que facilitan las prácticas de consumo son generalmente la interacción grupal, grupos de amigos y contextos de interacción como fiestas, bailes o juntadas en la plaza/parque del barrio.

Como se hizo mención en apartados anteriores, los consumos de los entrevistados han comenzado en edades muy tempranas de su juventud, por ende los jóvenes refieren que en esos momentos han atravesado muchas peleas y desencuentros fundamentalmente con sus padres al enterarse de sus consumos, situación agravada por la etapa de crecimiento en la que se encontraban, donde los jóvenes suelen diferenciarse de sus padres, en cuanto a valores o creencias, por sentimientos de rechazo, por desobediencias o rebeldía, por la búsqueda de independencia, identificándose más con sus grupos de pares.

En cambio, estas representaciones de abandono y alejamiento de los vínculos fueron modificándose durante el tratamiento. A partir de lo dialogado con los jóvenes, el espacio terapéutico permite que ellos puedan ir trabajando con el arrepentimiento de la ruptura de aquellos vínculos que se han perdido durante el consumo y en el restablecimiento de los mismos. Reconocen la importancia de referentes adultos a los que ellos pueden acudir en momentos de angustia, soledad y como apoyo en el proceso por el que están transitando. Refieren también sentir arrepentimiento por su pasado, incluso uno de los jóvenes en su entrevista dice: “fueron más los momentos feos que viví dentro del consumo, que los momentos lindos” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento), haciendo mención particularmente a la angustia que siente por haberse alejado de su familia y reconstruyendo en su discurso esos momentos como dañinos para él. La familia es considerada en el presente TIF como un factor de protección en tanto pilar fundamental en el proceso de recuperación de los jóvenes.

Por otro lado, también reconocen que en momentos de consumo la cantidad de personas que se encontraban a su alrededor era muy grande, la mayoría jóvenes en la misma situación, pero que, al dejar de consumir, ese número de personas disminuyó notablemente. En la mayoría de los casos, fue decisión de los propios jóvenes que consideran que de mantener esos vínculos se exponen a situaciones

nuevas de consumo y tienen conciencia de que necesitan romper esos vínculos del pasado para dejar de consumir. Es relevante señalar que han sido capaces de comprender que esos vínculos no son saludables y solo generan en ellos situaciones de vulnerabilidad. En el caso de Florencia sucede lo contrario, dado que ella sostiene que ha perdido amigos cuando dejó de consumir y dice sostener muchos de los vínculos de aquellos momentos, incluso con personas que siguen consumiendo, dado que para ella no representan un riesgo, sino que en palabras de ella “siento que puedo contar con ellas, y que me quieren ver bien” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento).

5.1.3: Representaciones sociales sobre el tratamiento: prejuicio vs compromiso

Para comenzar, es preciso remarcar que hay diferencias en cuanto a las representaciones del tratamiento de aquellos jóvenes que tomaron la decisión de comenzar por su voluntad, de aquellos que han ingresado por una medida judicial. Se puede pensar, a partir de las entrevistas, que aquellos que decidieron arrancar el tratamiento lo han hecho con compromiso y una predisposición diferente a aquellos que iniciaron en el espacio desde una intervención judicial. Estos últimos comentan haber comenzado el tratamiento con enojo y con ciertas resistencias, que con el paso del tiempo fueron modificándose.

En cuanto a las representaciones sociales del tratamiento propiamente dicho, los entrevistados ingresaron al espacio con prejuicios que consideran ser comunes en la sociedad y que tienen que ver con ideas referidas a que “el tratamiento no sirve”, “al tratamiento van los limados”, como un espacio basado en el encierro, en la prohibición de la sustancia y considerando al consumo de sustancias como una adicción sin solución.

En cambio, durante el tratamiento estas representaciones se fueron modificando y los prejuicios han sido dejados de lado, dejando lugar a una representación social anclada en el compromiso con el mismo. Desde el espacio se trabaja constantemente en deconstruir estas representaciones, en tanto no se considera como requisito la abstinencia del consumo para ingresar al tratamiento y condición para su sostenimiento, sino que se trabaja fundamentalmente en lograr una mejor calidad de vida en cada uno de los jóvenes, fortaleciendo aquellos vínculos, espacios y actividades que permitan el mayor bienestar de los sujetos.

A partir de lo observado por la investigadora y de los relatos de los jóvenes, se observa un compromiso de parte de ellos por el tratamiento, que se puede observar por la asistencia de cada uno de ellos en los encuentros grupales, en las terapias individuales, por sus participaciones en el grupo y por la predisposición que han mostrado de participar en la presente investigación. Sin embargo, en muchas oportunidades se hizo evidente en sus discursos la preocupación por el tiempo de duración del tratamiento, expresando que no tiene que ver con el no querer ir más al espacio sino con el obtener el alta del tratamiento por parte de los profesionales, el obtener de ellos la seguridad de que “no van a consumir más” y de están “recuperados”.

Por último, es importante señalar que las tensiones existentes entre los profesionales del hospital que no forman parte del espacio y los profesionales del hospital que si forman parte de él, genera en los jóvenes incertidumbres que suelen exteriorizarse en el grupo y con las cuales deben trabajar para poder lograr en ellos que continúen comprometidos con el tratamiento que están realizando, que sientan confianza en sí mismos y que no crean que los prejuicios antes nombrados, que tienen que ver con aquellos que la sociedad sostiene, son en todos los casos verdades absolutas.

5.1.4: Representaciones sociales sobre el consumidor: estigmatización vs acompañamiento

En función de las representaciones sociales sobre los consumidores, cuando la investigadora les plantea a los jóvenes del grupo ciertas frases que habitualmente provienen de lo social, como por ejemplo “los que consumen son todos ladrones”, ellos admiten que a pesar de estar en tratamiento la gente no deja de verlos “como el que vende”, “el ladrón” o “se droga porque quiere”. Ellos manifiestan que todos estos dichos antes de iniciar el tratamiento estaban presentes, pero que no tenían en ellos ningún efecto.

Si bien estos prejuicios y estereotipos sociales siguen vigentes, los jóvenes a lo largo de su proceso de tratamiento han modificado sus propias representaciones sociales en tanto hoy pueden problematizar esos dichos y reconocer que tienen un peso muy fuerte en ellos. Sin embargo, se puede pensar que la manera de reaccionar frente a estos prejuicios que provienen de afuera van cambiando gracias al tratamiento. En primer lugar, ellos no se consideran “ni enfermos, ni ladrones”, sino “ personas que necesitan ayuda” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento) o que “no se drogan porque quieren” sino porque “algo les pasó” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento). Además, reconocen que en este “no se drogan porque quieren” hay implícitos problemas del ámbito familiar, vincular, laboral que son afrontados desde el consumo, sin que exista una conciencia del daño que uno se está produciendo a sí mismo, y que no se relacionan con “el querer consumir”. Esto es posibilitado por el acompañamiento que reciben de su entorno familiar, de parte de los profesionales y, como se mencionó en párrafos anteriores, la importancia de encontrarse con personas que están transitando la misma situación y que posibilita la identificación entre ellos. Aparece entonces la referencia mutua y la pertenencia al grupo de pares como instancia necesaria y primordial para no estar en soledad.

Desde las palabras de los profesionales, el tratamiento no solo tiene que ver con “dejar las drogas”, sino también con un proceso donde se puedan elaborar cuestiones que tienen que ver con la vida diaria, siendo la estigmatización una de ellas.

5.1.5: Representaciones sociales sobre la vida: presente vs futuro

Al dialogar con los jóvenes sobre las representaciones sociales sobre la vida, en aquellos momentos de consumo, ellos refieren que vivían el día a día, pensando solo el “aquí-ahora”, teniendo como práctica habitual el consumir, en algunos casos el ir a trabajar, en otros no haciendo nada más que

compartir con su grupo de pares este hábito, pero no teniendo ninguna perspectiva sobre su futuro. En las entrevistas afirman incluso que la palabra futuro ni siquiera aparecía en sus diálogos con otras personas, solo describen “consumía todo el tiempo” (Mateo, 27 años, 7 meses de tratamiento), “no me quería levantar, estaba todo el día falopeada” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento) o “no me importaba nada” (Mariano, 23 años, 8 meses de tratamiento).

La representación social del futuro aparece durante el tratamiento. Si bien cuando se indaga sobre sus proyectos a futuro hay en los jóvenes entrevistados muchas dudas e incertidumbres, en el espacio terapéutico ha habido innumerables charlas donde se trabajó sobre esta cuestión, principalmente en los trabajos, especializaciones o estudios que cada uno de ellos puede comenzar si tienen el deseo de hacerlo. Es fundamental ofrecer espacios de desarrollo para cuidar y acompañar la construcción de subjetividades, de deseos y proyectos de vida donde las juventudes sientan y vivencien que transitan una época en que, a pesar de las desigualdades económicas, tienen lugar y no están solos. Desde el espacio terapéutico, el objetivo es pensar un proyecto de vida como un plan fundamental para existir, para que la vida de cada uno de estos jóvenes tenga un sentido. También el espacio tiene como objetivo trabajar en la construcción de un proyecto de vida como factor de protección para que eviten sentirse frustrados y que sea un riesgo para volver a consumir. Gracias a ello, hoy los jóvenes están en construcción de pensarse en un trabajo, en un oficio e incluso están retomando actividades que habían abandonado como, por ejemplo, el caso de Gabriel y Mariano que se encuentran realizando deportes, o sosteniendo otros y pudiendo cumplirlos, como en el caso de Raúl que afirma “hoy en día voy todos los días a trabajar, y tengo ganas de hacerlo por mi futuro” (Raúl, 25 años, 3 años y medio de tratamiento).

5.2: Continuidades en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático

En cuanto a las continuidades en las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo problemático, merece la atención señalar que las mismas tienen que ver con la persistencia o continuidad de actitudes, comportamientos y estereotipos. Cabe preguntarse si de persistir estas representaciones sociales supondría un riesgo en cuanto a volver a consumir para los jóvenes o, en algunos casos, el abandono del tratamiento.

5.2.1: Representaciones sociales sobre la recaída: error y culpabilidad

En muchos encuentros grupales se ha trabajado sobre la representación que los jóvenes tienen acerca de la recaída. Es importante mencionar que, aunque en algunos casos en estos últimos meses de tratamiento no consumieron, en algunos otros sí, siendo motivo para poder dialogar con los demás y con los profesionales acerca de qué significa para ellos, que es lo que sienten y cómo lo transitan.

Los jóvenes mencionan en el espacio que para ellos el volver a consumir está asociado a un error, a tener que comenzar nuevamente con el proceso y al surgimiento de una emoción tan fuerte como lo es la culpa. Se sienten totalmente responsables de sus actos y tienden a martirizarse por ello. De allí que

tengan lugar las creencias: “siempre recaigo”, “no puedo hacerlo”, frases que han sido expresadas por los jóvenes con angustia y preocupación. Teniendo en cuenta esto, en los apartados anteriores se hizo hincapié en que este tipo de discurso corresponde a una lógica abstencionista, donde la sustancia es la protagonista del proceso y donde la persona debe adoptar conductas evitativas y no exponerse a situaciones que implican un riesgo para el consumo. De ahí, el éxito o fracaso del tratamiento.

En cambio, el tratamiento en el espacio terapéutico aborda la problemática del consumo desde una lógica totalmente diferente donde, en vez de poner el foco en la sustancia, el interés es puesto en facilitar los medios y las condiciones para minimizar los riesgos y daños, no negando como tampoco sancionando las recaídas que pueden suceder durante el tratamiento. En el encuentro que Mateo hace referencia a su recaída, no solo muestra su tristeza y culpabilidad, sino también se podía percibir en él cierto temor por lo que había hecho. Sin dudas, desde el espacio y fundamentalmente el coordinador mostró la contención y el alojamiento necesario frente a la situación, pero también facilitó las posibilidades de que cada uno pueda pensarse en esas situaciones, a lo que manifiestan en muchos casos como algo incontrolable que se les impone cada vez que se enfrentan a una situación a la que no pueden encontrar otra manera de reaccionar.

Si bien desde el espacio el foco de atención no está puesto en cuántas veces una persona ha vuelto a consumir, sino en reconocer aquellas situaciones o estados emocionales que son vulnerables para que se desarrolle una situación de consumo, los jóvenes todavía sostienen un discurso moralizante respecto a ello, focalizándose en el número de veces, en el sentirse culpables y aislándose del contexto.

5.2.2: Representaciones sociales sobre el trabajo: inestabilidad

Las representaciones sociales sobre el trabajo en los jóvenes refieren a la inestabilidad, tanto durante el consumo problemático como en el tratamiento. Si bien antes del tratamiento algunos de ellos habían perdido trabajos por el consumo y otros lo sostenían, pero siendo muy inestables, hoy, en tratamiento, las percepciones son similares, más allá de los esfuerzos de los profesionales por mantener esos espacios sanos o brindar la posibilidad de pensarse en proyectos a futuro.

Según lo relatado por los jóvenes, esta inestabilidad se debe en parte a los prejuicios provenientes de la sociedad, en tanto consideran que ellos no tienen las capacidades necesarias para cumplir con las responsabilidades laborales, puede darse la posibilidad de que haya conflictos con colegas y también consideran el estar en tratamiento como un obstáculo. En el caso de Mariano y Raúl, muchas veces desde su lugar de trabajo no los dejaban salir al mediodía para ir a cumplir con los encuentros grupales, a pesar de que el espacio otorga certificados para que ellos puedan presentar en su trabajo. Esto da cuenta sin dudas del no entendimiento por parte de los espacios laborales que provoca en los jóvenes cierta tensión entre conservar el trabajo o realizar el tratamiento, apareciendo en algunos casos como opuestos difícilmente conciliables.

Por otra parte, desde el espacio, los profesionales abordan el vínculo con el trabajo como fundamental, porque consideran que los jóvenes deben tener una visión acerca de lo que van a hacer luego de haber recibido el alta del tratamiento. Pese a este esfuerzo, esto algunas veces no es internalizado por los jóvenes, quienes tienen dificultad para pensarse capaces de terminar el tratamiento y capaces de habitar otros espacios que no sean el tratamiento.

Dentro del grupo de jóvenes, merece una atención aparte Florencia quien, según sus dichos, expresa pensamientos que difieren del de la mayoría de sus compañeros. Algunas de ellas han sido desarrolladas en párrafos anteriores como, por ejemplo, la concepción no problemática que ella tiene sobre el consumo, o también en función de sus relaciones, dado que sostiene sus vínculos con amigos con quienes compartía el consumir sustancias, no ampliando su círculo social a personas ajenas a ello. Cabe preguntarse si sostener solamente este vínculo no la estaría alertando del peligro que eso implica, siendo que el “solo relacionarse con estas personas” podría ser considerada una situación de vulnerabilidad para ella, conduciéndola nuevamente al consumo, no teniendo el sostén de otros vínculos que podrían advertir sobre esos riesgos y funcionar como factor de protección. Si bien ella responde muy bien en cuanto a la asistencia al tratamiento y ha cumplido con el tiempo estipulado judicialmente, su actitud durante los encuentros y las entrevistas es de enojo, hacia aquellos que la han denunciado, hacia los profesionales del hospital que no forman parte del espacio terapéutico e incluso con los profesionales del espacio que, según sus palabras, “de todo el tiempo que estamos acá, nunca escuche lo que quería escuchar” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). Incluso en uno de los encuentros (encuentro 4, 15 de febrero), ella expresa que en sus sesiones individuales “es siempre lo mismo, no hay ninguna novedad” (Florencia, 23 años, 3 años de tratamiento). En respuesta a esto, Rodrigo plantea el tema de la comodidad en tratamiento y que muchas veces el sentirse cómodo en situaciones como la terapia, da cuenta de que hay algo que no está funcionando y anima a Florencia a que trabaje sobre algunas cuestiones que la hagan sentir incomoda como, por ejemplo, la problemática con sus hijas. Cabe preguntarse si este enojo por parte de Florencia, es una expresión de la situación que está atravesando en cuanto a sus hijas, y de la que tal vez, por más de que ella en su discurso sostiene la culpa y la conciencia de lo que ha pasado, todavía no puede construir una representación que sea reparadora para ella. La representación exteriorizada por ella es el enojo, enojo puesta al exterior, la culpa es del afuera, es de aquellas personas que le sacaron a sus hijas, son de aquellos profesionales que no la escuchan, son de los profesionales que no le dicen lo que quiere escuchar, por lo que pareciera que todos los demás están equivocados y su actitud es indiferente a ello. Sin embargo, concuerda con los demás en cuanto que el espacio ha facilitado el encuentro con otras personas en situaciones similares y que ello permitió que se identifique con muchas de las vivencias de los demás, siendo fundamental el tomarlo como factor de protección, en tanto en su caso es el único vínculo que podría brindar herramientas para no volver a consumir.

Conclusiones

Tomando en consideración el objetivo general del presente TIF, que fue describir las representaciones sociales sobre consumo problemático en jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en el espacio hospitalario para el abordaje de los consumos problemáticos en la ciudad de Chajará, durante el año 2024, se realizó un abordaje con un enfoque cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas, observación participante, así como de un focus group. Este espacio funciona desde el año 2017, dentro del Hospital Santa Rosa de la ciudad de Chajará, brindando atención, contención y tratamiento a personas que padecen algún tipo de consumo problemático.

A continuación, se exponen los principales hallazgos que pudieron identificarse a lo largo del proceso de esta investigación. A los fines expositivos, las conclusiones se ordenarán en función de los resultados obtenidos en el abordaje de cada objetivo específico.

En primer lugar, a partir del primer objetivo específico, que fue identificar las representaciones sociales sobre consumo problemático en los jóvenes antes de ingresar al tratamiento psicoterapéutico, se concluyó que las representaciones de los jóvenes sobre el consumo, estaban vinculadas a la curiosidad de querer probar y experimentar sensaciones nuevas, a un consumo que se hacía presente y recurrente frente a situaciones de vulnerabilidad, como el caso de inseguridades propias de los jóvenes o en casos donde había una ausencia de alguna figura de autoridad dentro del ámbito familiar, situaciones que provocaban en ellos angustia y ansiedad y donde la sustancia aparecía como una herramienta para escapar y evitar el sufrimiento. El consumo en esos momentos no se consideraba como un riesgo a la salud física, psíquica y social, aunque sus consecuencias fueron el alejamiento y aislamiento de familiares y amigos que no estaban de acuerdo con ese consumo. Además, no era posible tampoco el sostenimiento de espacios como el trabajo y/o estudio, aunque esto provocaba en ellos la sensación de inestabilidad, no se percibían como problemáticas. Para finalizar este primer objetivo, surgió como emergente en los relatos de los jóvenes los factores de riesgo, aquellas características que posibilitan las probabilidades de inicio de consumo en los sujetos. Las mismas se agruparon en factores de riesgo individuales, relacionales y sociales como, por ejemplo, la experimentación de sensaciones nuevas, la baja autoestima, el grupo de referencia del sujeto, la disponibilidad de la sustancia, entre otros.

El segundo objetivo específico buscó identificar las representaciones sociales sobre consumo problemático en los jóvenes durante el tratamiento psicoterapéutico. En este caso, los resultados indican que las representaciones han mutado durante el tratamiento. Existe en los jóvenes una apreciación negativa del consumo, pudiendo reconocer cuáles son los riesgos y los daños que un consumo excesivo y sostenido en el tiempo tiene. Además, surgieron nuevas representaciones ligadas al miedo a las recaídas, miedos frente al futuro y el proyecto de vida, las cuales son abordadas en el

grupo terapéutico, tomando relevancia el trabajo que realizan los profesionales del espacio, en tanto tienen como objetivo no solo el fortalecimiento individual sino, además, el fortalecimiento de lazos sociales que brinden la contención que estos jóvenes necesitan. En este segundo objetivo, aparecen durante el tratamiento y a partir del trabajo de los jóvenes con los profesionales, el fortalecimiento de los factores de protección, como el restablecimiento de vínculos como la familia, los amigos, el trabajo, el deporte y la participación de cada uno de ellos en el tratamiento, en tanto en él se construyen nuevas posibilidades de ser, teniendo las posibilidades de que el consumo no sea algo que determine sus vidas.

En tercer lugar, el último objetivo específico fue describir rupturas y continuidades en las representaciones sociales sobre consumo problemático a partir de la intervención de los profesionales en el espacio psicoterapéutico. Para su abordaje, se tuvieron en cuenta los resultados de los primeros dos objetivos específicos y se buscó articularlos en función de opuestos y similitudes, a los fines de dar cuenta de aquellas representaciones que se han modificado y aquellas que aún se sostienen en los jóvenes. En cuanto a las rupturas, lo que antes del tratamiento se consideraba como forma de experimentar, como manera de atravesar algún malestar o como manera de relacionarse con otros, en tratamiento pasa a considerarse una problemática y una situación de gran riesgo. Vínculos que antes del tratamiento se han abandonado por decisión de los propios consumidores, en tratamiento se encuentran en proceso de recuperación a partir de una toma de conciencia y arrepentimiento de ellos mismos. Se han modificado además aquellas representaciones ligadas al tratamiento, en tanto en un primer momento eran vinculadas a prejuicios e ideas de que el mismo no funcionaba o no daba resultado, mientras que durante el tratamiento ha surgido en su lugar el compromiso de los jóvenes a participar activamente de la propuesta del espacio. Asimismo, las representaciones sobre el consumidor también significaron una ruptura, en tanto las denominaciones “los que consumen son todos ladrones” o “se drogan porque quieren” han sido reemplazadas por representaciones donde los consumidores son consideradas personas con problemas, que necesitan de la ayuda y acompañamiento de familia, amigos y profesionales. Por último, aquellas representaciones que fueron modificadas son aquellas que se vinculan con la vida. Antes del tratamiento, no había una percepción ni una construcción del futuro de los jóvenes, sino que es una construcción dada desde el espacio, que a su vez causa en ellos miedos e incertidumbres. En cuanto a las continuidades, es preciso remarcar aquellas representaciones que tienen que ver con la recaída y el trabajo. Las recaídas son consideradas por los jóvenes como un error y una situación que genera en ellos mucha culpa; mientras que el trabajo representa para ellos inestabilidad. Ambas son abordadas en el espacio terapéutico, entendiendo que, de persistir esta representación social, podría implicar en ellos un riesgo a volver a consumir.

Frente a esto y retomando la pregunta de investigación ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre consumo problemático en jóvenes que hacen tratamiento psicoterapéutico en un espacio de rehabilitación ambulatoria de la ciudad de Chajarí?, es fundamental destacar la importancia de dicho

espacio en tanto opera como transformador de esas representaciones sociales, en tanto refuerza los factores de protección, problematiza los consumos, genera conciencia del riesgo que el mismo implica, pero también de las nuevas posibilidades de pensarse más allá del aquí-ahora.

A partir de lo indagado, se podría pensar en nuevas propuestas de intervención que impliquen el abordaje de la temática proyecto de vida, que ha sido un emergente en esta investigación. Poder involucrarnos como sociedad, ofreciendo espacios de participación donde los jóvenes puedan expresar, manifestar lo que sienten, lo que les sucede y que reciban el protagonismo necesario para poder pensarse en un proyecto en base a lo que desean y necesitan.

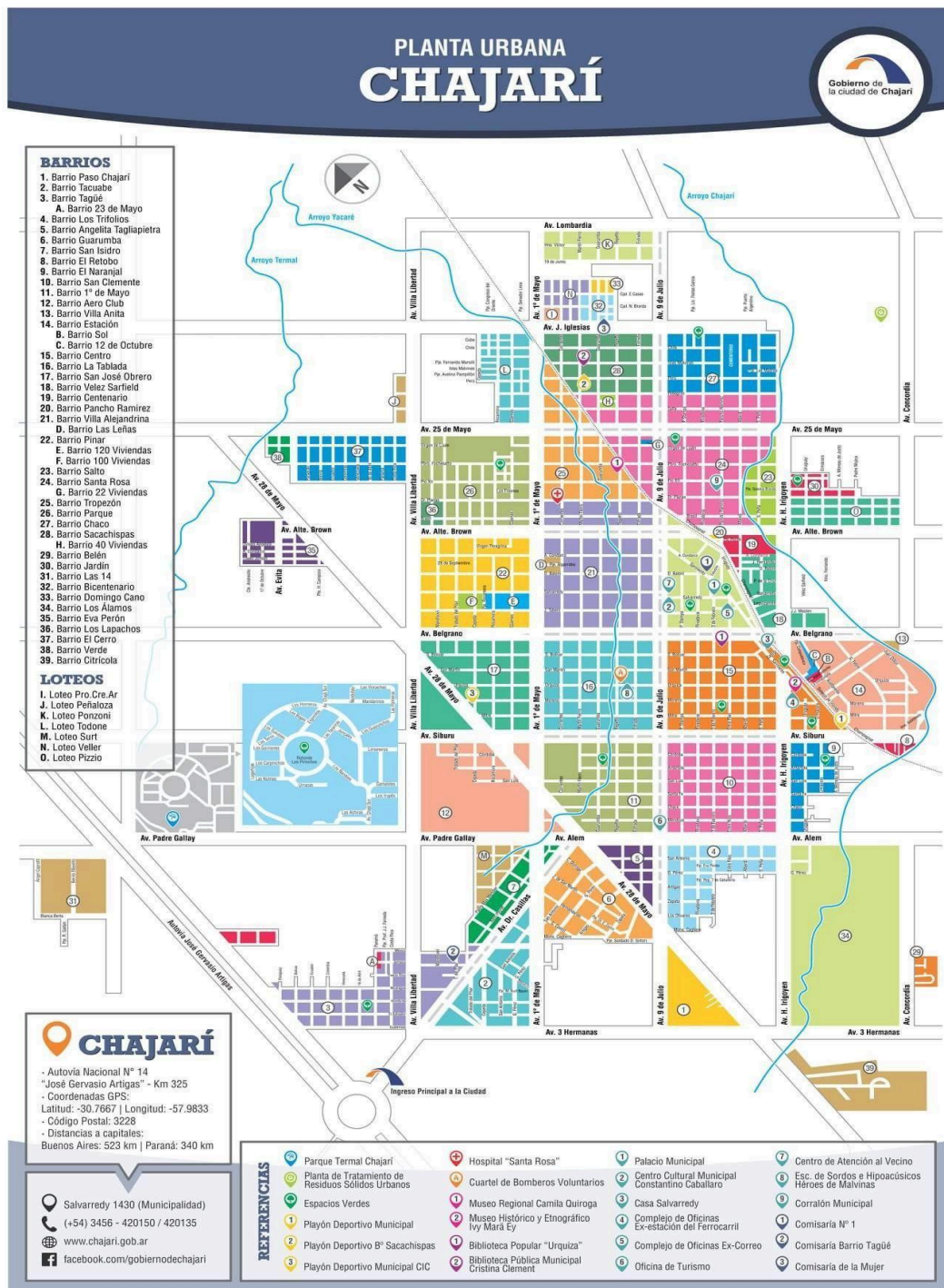
Referencias bibliográficas

- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Barbosa Florez, J. A., & Ruiz Bohórquez, V. C. (2019). Factores de riesgo familiares asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) legales e ilegales en adolescentes.
- Barrenengoa, P. D. (2014). Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública. In *IV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y III Encuentro de Becarios de Investigación*.
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Buenos Aires: Ediciones Laura Bonaparte. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/03/hacia_un_pensamiento_web.pdf.
- Corbelle, F. (2019). La construcción social del “problema de la droga” en Argentina, 1919-2018. *Revista Ingesta, 1(1)*, pp. 14-40.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Introducción: ingresando al campo de la investigación cualitativa*. Denzin, NK, Lincoln, Y., S.(eds). *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications.
- Donas Burak, S. (2001). Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. *Adolescencia y juventud en América Latina*, pp. 23-74.
- Duschatzky, S., & Corea, C. (2002). *Chicos en banda*. Paidós.
- Feixa, C. (2020). Identidad, juventud y crisis: el concepto de crisis en las teorías sobre la juventud. *RES: Revista española de sociología, 29 (3)*: pp. 11-26.
- Fernández, A. M. (1999). *Instituciones estalladas*. Eudeba.
- Gállico, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Barc Sn.
- Gomez Esteban, R. (2018). El “discurso grupal”, factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*, 10.
- Guber, R. (2004). *Salvaje metropolitano*. Paidós Iberica, Ediciones S. A.
- Guber, R. (2019). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI editores.
- Hernandez Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación 6ta edición*. CF Roberto Hernandez Sampieri, Metodologia De La Investigacion. McGRAW-HILL.
- Jodelet, D (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Paidós.
- Laespada, M. T., Castillo, I. I., & Santamaría, E. A. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Bilbao: IDD.
- Ley 23.737. (1989). *Tenencia y Tráfico de Estupeficientes*.
- Ley 26.657. (2010) *Ley Nacional de Salud Mental*.
- Ley 26.934. (2014). *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP)*.

- Llovera, M. S., & Scialla, M. (2016). La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas?
- Margulis, M. (2001). Juventud: una aproximación conceptual. *Adolescencia y juventud en América Latina*. Pp. 41-56.
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2010). Metodología de las ciencias sociales.
- Mitchell, A., & Debortoli, I. (2023). Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 21(21), pp. 27-43.
- Navarrete, J. M. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*. 4 (5) pp.165-180.
- Organización Panamericana de la Salud. Abuso de sustancias.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Raggi, M. A. (2016). Grupos y efectos de red en los tratamientos por la problemática de consumo de sustancias. In IX Jornadas de Sociología de la UNLP.
- Rascovan, S. (2012). Los jóvenes y el futuro. Programa de orientación para la transición al mundo adulto. Novedades Educativas.
- Restrepo, E. (2018). Etnografía: alcances, técnicas y éticas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rother Hornstein, M C. (2007). Entre desencantos, apremios e ilusiones. “Adolescencias: Trayectorias turbulentas”. Paidós
- Souto Kustrín, S. (2007). Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). La observación participante. Preparación del trabajo de campo. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. la búsqueda de significados.
- Tommasi, M., Edo, M., & Thailinger, A. (2023). Familia y desarrollo humano en el siglo XXI Revisión de la literatura internacional y apuntes para el caso argentino. *Desarrollo económico*, 62(238), pp. 84-112.
- Touzé, G. (2006). Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína. Intercambios Asociación Civil.
- Touzé, G., Pawlowicz, M., Montes Paez, F., Carrizo, P., Imperiali, P., Lozano, J y Parajón, A. (2023). Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Touzé, G., Pawlowicz, M. P., Rossi, D., Goltzman, P., & Cymerman, P. (2008). Consumo de drogas en Argentina. En *Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Santiago de Chile*. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.
- Umaña, S. A. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Flacso.

Apéndices

Apéndice 1: Plano de la Ciudad de Chajarí, Entre Ríos.



Fuente: Facebook Gobierno de la Ciudad de Chajarí. Fecha de consulta.

Apéndice 2: Imágenes utilizadas en el Focus Group.

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5

EN CONSTRUCCIÓN



Imagen 6



Imagen 7



Imagen 8

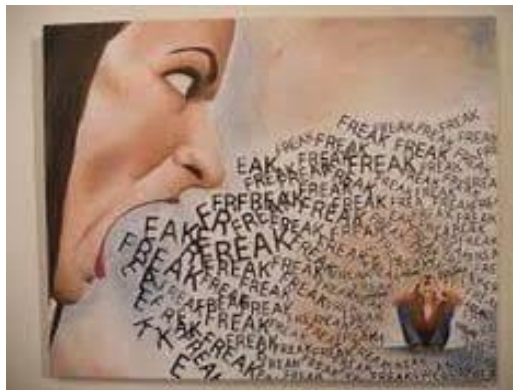
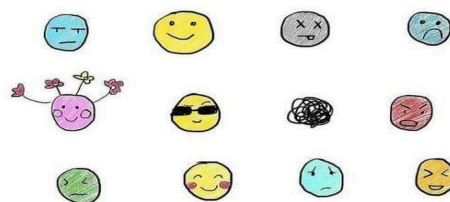


Imagen 9

TODAS SOY YO
Y TODAS ESTÁN BIEN



Gratias Tuerles

Imagen 10



Imagen 11



Imagen 12



Imagen 13



Imagen 14

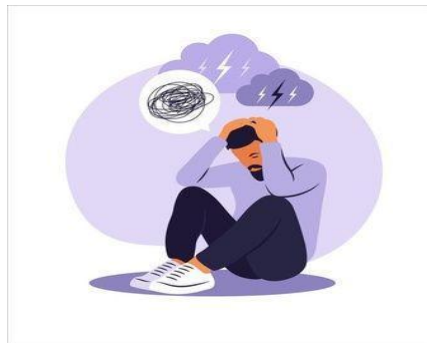


Imagen 15

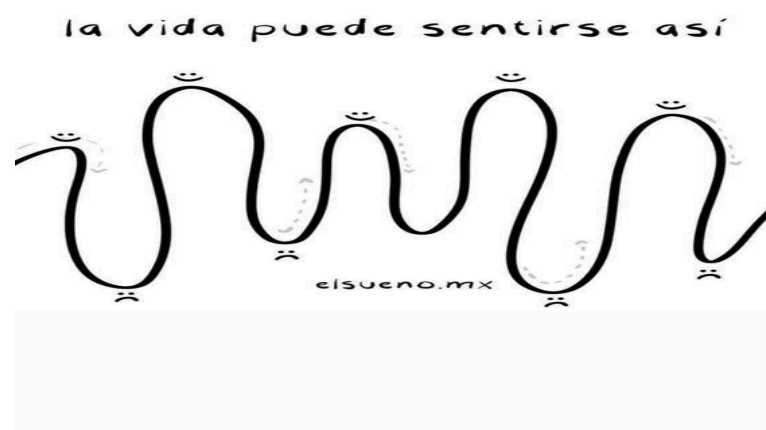


Imagen 16



Imagen 17



Imagen 18

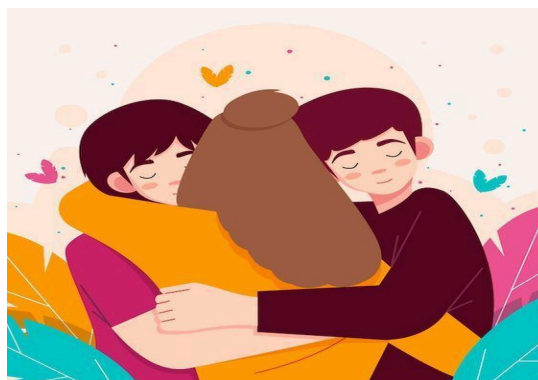


Imagen 19



Imagen 20

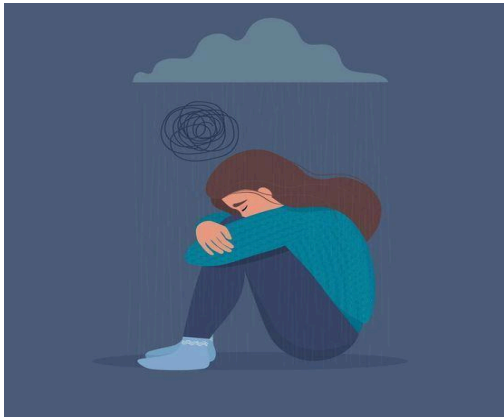


Imagen 21



Imagen 22



Apéndice 3: Guía de entrevista semiestructurada

Biografía individual

-Nombre

-¿Qué edad tienes?

-¿Qué nivel de estudios has alcanzado?

-¿Estás en pareja? ¿Tienes hijos?

-¿Con quienes vivís actualmente?

-¿Trabajas actualmente? ¿Cuántas horas al día? ¿Todos los días?

-¿Estudias actualmente?

-Alguna de estas actividades, ya sea trabajar o estudiar, ¿las comenzaste a partir del tratamiento?

-¿Qué haces en tu tiempo libre?

-En el día a día ¿Como es un día típico tuyo?

-¿Cómo es la relación con tu familia?

-¿Compartes momentos con grupos de pares? ¿Cómo es la relación con ellos? ¿Qué espacios o actividades comparten?

Desarrollo

-¿Qué piensas sobre la adicción? ¿Cómo la describirías?

¿Qué crees que piensa la sociedad de las personas con problemas en el consumo?

-¿Piensas lo mismo? ¿Por qué?

-¿Cuándo empezaste a consumir? ¿Qué sustancias? ¿En qué circunstancias?

-¿Qué recordás de esos momentos? ¿Recuerdas las emociones o sensaciones vividas en ese momento?

-¿Qué situaciones crees que te llevaron a comenzar el consumo?

-¿Cómo era la relación con tu familia en ese momento?

-¿Cuál crees que fue el ámbito que más se vio afectado en tu vida por el consumo?

-¿Cómo ingresaste al tratamiento?

-¿Desde hace cuánto tiempo estás en el espacio?

-¿Has hecho algún tratamiento antes? ¿Cuánto tiempo?

-¿Qué sentís que te brinda este espacio? ¿El tratamiento?

- ¿Qué aspectos destacas como positivo del espacio? ¿Consideras algo negativo?
- ¿Qué reflexión puedes hacer de la terapia grupal? ¿Cómo te sientes con tus compañeros?
- ¿Podrías describir con tus palabras si sentís que hay pro y contra de estar en tratamiento?
- ¿Cambiarías algo del espacio?
- ¿Cuáles consideras que son hoy tus puntos de apoyo/personas de referencia? ¿En qué espacios/lugares encuentras contención?
- ¿Sentís que lo que antes pensabas de la adicción ha cambiado con tu participación en el tratamiento? ¿Por qué?
- Si piensas en el pasado, y piensas en el niño que fuiste, ¿Cómo te imaginabas en este momento de tu vida? ¿Qué deseabas en ese momento con ser/hacer hoy?
- ¿Qué sientes/piensas que pasó que no pudiste cumplir con eso que deseabas?
- ¿Qué le dirías hoy a ese niño?
- ¿Qué imaginas para tu futuro?

Cierre

La entrevistadora plantea ciertos prejuicios o creencias que comúnmente se escuchan en la sociedad respecto a las personas con consumo de sustancias, respecto a las drogas y respecto al tratamiento. El objetivo es que ellos puedan decir si lo escucharon alguna vez, y que opinan de ello.

- ”Los que consumen son todos delincuentes”.
- ”Los jóvenes son todos iguales. La juventud está perdida”.
- ”Yo puedo controlar mi consumo”.
- ”Se droga porque quiere”.
- ”El consumo de drogas es solo un problema de jóvenes”.
- ”El tratamiento no sirve”.

Apéndice 4: Guía de preguntas a profesionales

- Nombre del espacio
- ¿En qué año surge?
- ¿Cómo fue el surgimiento del espacio?
- Cómo fueron esos primeros años de funcionamiento?
- ¿Cuáles fueron los objetivos de los talleres llevados a cabo en ese momento?
- ¿Cómo se fue desarrollando el espacio? ¿Hubo cambios, cosas que tuvieron que reforzar, cosas que se han quedado en el camino?
- ¿Cuáles son hoy los objetivos del espacio?
- ¿Se observan dificultades a la hora de llevarlos a cabo?
- ¿Cómo es la situación a nivel presupuestario?
- ¿Cómo consideras que es visto este espacio desde el hospital?
- ¿Qué profesionales forman parte del espacio?
- ¿Qué dificultades o beneficios observas a nivel institucional a la hora de llevar a cabo un tratamiento, teniendo en cuenta la ley de Salud Mental N°26.657?
- ¿Trabajan intersectorialmente con otras áreas o instituciones?
- ¿Qué crees que es lo más difícil a la hora de trabajar con personas con un consumo problemático?
- ¿Cómo consideras que es visto este espacio desde la comunidad?
- En tiempos de pandemia ¿Como funcionó el espacio?
- ¿Crees que la situación económica influye en el momento de comenzar un tratamiento?
- ¿Cómo es el proceso de arrancar el tratamiento?
- ¿Cómo es el trabajo en lo grupal? ¿Desde qué enfoque u orientación lo abordan?
- ¿Cómo se trabaja con los casos que están judicializados?
- ¿Qué cantidad de personas asisten actualmente al espacio?
- ¿Se trabaja con el ámbito familiar?
- ¿Crees que hay cuestiones que se deben trabajar más o cambiar en el espacio?
- ¿Cómo te imaginas el espacio en un futuro?