



PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERRITORIAL

Abordajes comunitarios de problemáticas asociadas a los consumos

AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Manuel Calvo

Ministra de Salud de la Provincia de Córdoba

Dra. María Gabriela Barbás

Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Dr. Darío Gigena Parker

Subsecretaria de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Florencia Maiocco

Directora de Jurisdicción de Gestión Territorial RAAC

Lic. Yael Samban

COMPILADORAS

Buffa, Silvina

Samban, Yael

Viotti Giorda, Celeste

AUTORES/AS

Aguada Berteá, Juan José

Buffa, Silvina

Bustamante, Tomas

Casali, Renata

Corimayo, Valeria

Coronado Paula

Daniele, Laura

Diaz Angélica Inés

Ferrer, Nicolas

Lucarelli Vanesa

Medeot, Sofia

Palma Vegar María Florencia

Ramírez, Marcos Andrés

Ramírez, Oscar Enzo Rivero,

Franco Daniel Sambán, Yael

Santillán, Viviana

Turro, Silvio

Vásquez, María Belén

Villafañe, Aylén

Viotti Giorda, Celeste

González Jaca, Luz

Giorgio, Angelina

ÍNDICE

Introducción	
Lic. Samban, Yael.....	4
Qué se escucha en los barrios. Espacios de escucha en territorios	
Lic. Daniele, Laura; Lic. Villafañe, Aylén; Lic. Viotti Giorda, Celeste.....	7
Espacios de Escucha para familiares y referentes afectivos de personas en situación de consumo	
Lic. Casali, Renata.....	11
Espacio de Escucha Creativo	
Lic. Corimayo, Valeria; Lic. Coronado Paula; Lic. Lucarelli Vanesa; Lic. Villafañe, Aylén.....	15
Para las pibas, encuentros	
Lic. Vásquez, María Belén.....	19
El arte como herramienta transformadora	
Tallerista Marcos Andrés Ramírez.....	23
Taller de Arte y Juego. El encuentro como camino de transformación	
Lic. Aguada Berteá Juan José. Prof. Rivero Franco Daniel.....	27
Territorio, tramas y redes. Insertarse en las tramas barriales para abordar la prevención de consumos problemáticos	
Lic. González Jaca María Luz y Lic. Giorgio Angelina.....	33
Caminando por los bordes: un dispositivo que intenta alcanzar a aquellas personas que no pueden llegar. Desde la experiencia de Recorrido Barrial Sostenido	
Mgter. Díaz Angélica Ines, Lic. Palma Vegar María Florencia, Lic. Turro Silvio.....	36
Dispositivo específico para el acompañamiento a Personas en Situación de Calle: Experiencia y desafíos	
Lic. Ramírez, Oscar Enzo; Mgter. Díaz, Angélica Inés; Lic. Lucarelli, Vanesa Andrea.....	42
Caminando juntas. Experiencias de AMMAR Córdoba	
Lic. Viviana Santillán.....	49
Equipo Itinerante: Estrategias de intervención, alcances y desafíos de una propuesta de abordaje territorial en la prevención de adicciones	
Mgter. Buffa, Silvina; Med. Bustamante, Tomas ; Lic. Ferrer, Nicolas; Lic. Medeot, Sofia.....	53
Atención Telefónica desde un abordaje de prevención de consumos	
Lic. Medeot, Sofía; Mgter. Buffa, Silvina.....	60
Anexo	
Barrios en los que interviene el PPT.....	67

INTRODUCCIÓN

Lic. Samban, Yael

En la presente publicación, personas que formamos parte del Programa de Prevención Territorial (PPT en adelante) de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, realizamos una puesta en palabras y reflexión conjunta sobre las trayectorias y experiencias de prácticas cotidianas co-construidas entre los equipos técnicos-profesionales de intervención territorial y las comunidades con las que trabajamos.

Se parte de la base de entender que el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de la actualidad, cuya magnitud viene creciendo, constituyéndose así en un tema de agenda, que atraviesa a todo el tejido social, generando un profundo interés.

Para poder realizar un abordaje integral de las problemáticas asociadas al consumo -teniendo en cuenta su carácter complejo, multidimensional y su dinámica cambiante- se requiere de un esfuerzo importante para lograr la necesaria cooperación entre los gobiernos locales, provinciales, nacionales e internacionales, junto a organizaciones del tercer sector, religiosas, sociales y políticas que permitan el diseño y ejecución de acciones orientadas a un abordaje efectivo, vinculadas al acompañamiento de sujetos y comunidades, con prácticas respetuosas de los derechos humanos, perspectiva de géneros y que propicien la participación ciudadana.

Los efectos que se derivan del consumo de drogas lícitas e ilícitas tienen grandes costos que están impactando negativamente en la calidad de vida e integridad de la población, en particular en lo que respecta a la salud, pero también en muchos otros aspectos sociales, económicos, culturales y políticos.

Entre las acciones prioritarias para afrontar dicha problemática, se destaca la prevención en sus diversos niveles (universal, selectiva e indicada). Estas acciones representan un componente estratégico, esencial, que debe estar presente en las políticas de reducción de la demanda e implica el diseño e implementación de intervenciones oportunas, eficientes y de amplio alcance, con base en la evidencia científica disponible, que permitan una adecuada comprensión de las tendencias y manifestaciones principales de estos problemas, pero sobre todo, que abra el camino para un manejo racional de los mismos, incluyendo elementos de evaluación del impacto que tiene dichas acciones sobre la población.

Resulta de importancia destacar que las experiencias que se desarrollan a continuación se enmarcan en intervenciones realizadas desde un enfoque de salud pública. Teniendo al mismo presente es que, con esta sistematización, se busca socializar abordajes basados en la prevención y reducción de los consumos de sustancias como así también en la promoción de la salud. De este modo, se intenta dar cuenta de una manera particular de intervenir, acompañar y construir junto a las comunidades, contemplando las diferentes necesidades de la población, fomentando sus capacidades y fortalezas, trayectorias y contextos, interviniendo con dinámicas de participación y cooperación.

Para avanzar con la contextualización de este escrito, se entiende necesario enmarcarlo en la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC en adelante). La RAAC es un sistema de atención único, integral, preventivo/asistencial y público para el abordaje de las adicciones, que ha puesto en marcha el Gobierno de la Provincia de Córdoba, bajo la órbita del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones, que se encuentra a cargo de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Ministerio de Salud.

El objetivo de la RAAC es garantizar la accesibilidad al tratamiento, estableciendo una asistencia racional y ordenada en gestión conjunta con los gobiernos locales y otras organizaciones de la comunidad, en base al Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones, para dar respuestas integrales a esta problemática.

A modo organizativo, la RAAC se divide según niveles de complejidad que varían desde una baja complejidad -RAAC 1- a la máxima complejidad -RAAC 4- con el objetivo de acompañar todas las fases de esta problemática. Es imprescindible destacar que los niveles de la RAAC no se constituyen en compartimentos estancos, ya que para su correcto funcionamiento es necesaria la permanente articulación entre los distintos niveles. Para ello, la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones procura un trabajo de formación constante que asegure un lenguaje y criterios en común, donde la prioridad siempre sea el/la usuario/a, los servicios continuos y la calidad de la atención.

En este marco, el Programa de Prevención Territorial es una estrategia de la Secretaría de Prevención y

Asistencia de las Adicciones que prevé la realización de tareas de prevención y promoción de la salud en distintos barrios de la Ciudad de Córdoba, procurando llegar a aquellas zonas de mayor vulnerabilidad social. Estas acciones se llevan a cabo de manera necesariamente articulada con diversas instituciones, organizaciones y actores de la sociedad, como clubes, centros vecinales, instituciones de salud, organizaciones comunitarias, entre otros. Para afrontar seriamente esta temática, es necesario desarrollar un abordaje integral desde múltiples dimensiones, desarrollando políticas articuladas de promoción, prevención y asistencia de la salud accesibles a la ciudadanía.

Desde el PPT se trabaja de modo sistemático e ininterrumpido, desde el año 2016, en diversos barrios de la ciudad de Córdoba. Este Programa cuenta con equipos técnicos de intervención territorial, constituidos por psicólogos/as, trabajadores/as sociales, operadores/as terapéuticos/as, talleristas de deportes, arte, fotografía, entre otros.

Los equipos interdisciplinarios se encuentran distribuidos en diversos barrios, de acuerdo a las seis zonas sanitarias que comprende la ciudad de Córdoba, llevando a cabo principalmente dos dispositivos: Espacios de Escucha y Talleres.

Además, se cuenta con equipos específicos que trabajan con grupos poblacionales de particular interés. Así, se cuenta con un Equipo para Personas en Situación de Calle, un Equipo de Atención Telefónica, un Equipo Itinerante y un equipo que funciona en la sede de AMMAR, que prioriza el abordaje con trabajadores/as es sexuales.

Los EE son dispositivos de trabajo para el desarrollo de Atención Primaria en Salud, con el objetivo de escuchar, asesorar y orientar a las personas. Consisten en una o varias entrevistas, ya sea por consultas por motivos personales o de terceros/as, llegando por demanda espontánea, porque son derivados/as por otras instituciones o por información brindada por referentes barriales o vecinos/as que asisten al dispositivo. Estos van tomando distintas modalidades: Espacio de Escucha para familiares y referentes afectivos, Espacio de Escucha para mujeres y Espacio de Escucha Creativo.

En relación a los Talleres, son de tipo preventivos y de promoción de la salud. Posibilitando gestionar el tiempo libre y construir prácticas saludables, trabajando con valores y habilidades de importancia para la vida de los/as participantes de dichos dispositivos. El diseño de los mismos se desarrolla en función del diagnóstico del equipo sobre las demandas y trayectorias comunitarias y el nivel de factibilidad para poder llevarlo a cabo. Los mismos son: deportivos, musicales, psico-educativos, artísticos, entre otros.

Basado en intervenciones de abordaje integral, con enfoque de derechos y propiciando la participación comunitaria, los equipos del PPT realizan sus intervenciones territoriales partiendo de la realización de diagnósticos participativos, llegando así a la elaboración de proyectos de intervención según las necesidades y demandas detectadas en cada zona específica, propiciando la participación e intervención de usuarios/as y comunidades en las propuestas a realizar.

En este marco, es de relevancia destacar que una de las cuestiones claves para el desarrollo de nuestras intervenciones es trabajar articulada e intersectorialmente, teniendo presente que las poblaciones con las que se trabaja no son grupos homogéneos, y que existen diversas categorías estructurales que diversifican a las poblaciones y a los sujetos. Es por esto que parte fundamental del desarrollo del abordaje territorial lo constituye el trabajo en redes con otros espacios e instituciones, buscando respuestas colectivas a una problemática que excede a la individualidad de los sujetos.

En nuestras intervenciones se hace necesario propiciar instancias que promuevan la reconstrucción del tejido social y el fortalecimiento de relaciones sociales. Las personas que presentan problemas de consumo en tanto sujetos de derechos, tiene capacidad de crecer, desarrollarse y proyectar nuevos horizontes, con derecho a recibir el tratamiento adecuado y lograr su plena participación en la sociedad. Por eso, sostenemos que es importante promover espacios de integración y de reconstrucción de los lazos sociales que ofrezcan otras opciones de vida saludables y la posibilidad de ser incluidos/as socialmente y construir proyectos en los cuales cada quien pueda desarrollarse plenamente.

Considerar a las problemáticas de consumo desde el enfoque más complejo de la salud implica asumir un abordaje integral, que pone el foco en sus determinantes sociales, y concibe a la salud como una construcción colectiva que incluye el acompañamiento social y la generación de redes de cuidados desde el Estado, en articulación con la sociedad civil. Los consumos y las adicciones son un problema que involucra a todos/as las/los actores y es por esto que para poder comprender mejor una situación de consumo, necesitamos ampliar nuestra mirada y acercarnos a la persona que consume y a su entorno. En este punto resulta importante aclarar y reconocer que los efectos de una droga en quien la consume no están de-

terminados solo por las características de la sustancia que consume, sino que también dependen de las características y circunstancias que transita cada sujeto y del contexto general y macro-social en el que se produce esta relación entre sujeto y sustancia.

Por lo mencionado anteriormente es que se adopta una perspectiva integral y colectiva para las intervenciones, desde un abordaje relacional. Se propone, por lo tanto, dejar de centrar la atención solamente en la sustancia o el sujeto, para hacer hincapié en las relaciones que se generan entre la sustancia, el sujeto y el contexto.

Aunque resulte redundante, es necesario aclarar que se debe seguir avanzando en derribar mitos en cuanto a los consumos y estigmas aún vigentes tanto en la sociedad como en las instituciones por las que transitan los/as sujetos con quienes trabajamos. Se entiende que es una tarea de todos/as generar espacios inclusivos en los que se garanticen los derechos y deberes de cada sujeto.

Apostamos así a la reconstrucción del tejido social como estrategia fundamental en el abordaje de las problemáticas asociadas a los consumos, y a la generación de un consenso amplio, que trascienda a las personas y a los gobiernos, incluyendo distintas voces legitimadas en la materia, para avanzar así a propuestas y respuestas integrales, tan amplias y diversas como la multicausalidad de esta problemática.

Desde la creación del PPT hasta la actualidad, los dispositivos y las formas de intervenir se han ido modificando conforme a las situaciones coyunturales y aprendizajes como así también las demandas y presencias (o retracciones) de diversas instituciones.

A lo largo de esta publicación, se explicitan diversas experiencias vinculadas al quehacer cotidiano de los equipos del PPT, cuyo principal objetivo siempre fue generar accesibilidad para que los/as vecinos/as de Córdoba puedan efectivizar su derecho a la salud, contando con espacios públicos, gratuitos y de calidad. Se apuesta a continuar con estos procesos, ya que es de público conocimiento la importancia de sostener las intervenciones de modo ininterrumpido respetando los procesos tal como se viene realizando, logrando muestras efectivas en los procesos de mejora en la calidad de vida de los/as sujetos como así también de las comunidades.

Se hace necesario destacar que constituye un gran desafío en estos tiempos de crisis social y económica, seguir construyendo colectivamente y en comunidad, buscando necesariamente mejorar la articulación entre los diversos niveles del Estado, fomentando el avance en la creación de dispositivos intermedios para los/as usuarios/as que así lo requieran, así como seguir desarrollando metodologías de medición del impacto de las intervenciones (cuantitativas y cualitativas) que posibiliten tomar las decisiones pertinentes, haciendo un uso efectivo y eficiente de los recursos, procurando siempre el bienestar de la población.

¿Qué se escucha en los barrios? Espacios de Escucha en territorios

Lic. Daniele, Laura; Lic. Villafañe, Aylén; Lic. Viotti Giorda, Celeste

*“Dejar que las cosas hablen. Eso hago.
Apoyo el oído en la tierra para oír lo que tiene dentro.
Eso hago. Toda esta zozobra, esta desesperación,
esta pena, este apuro, esta quietud y esta inquietud,
todo eso lo dejo en suspenso para hacer silencio.
Así apoyo mi oído sobre las cosas”.*
E.Almeida

Esa mañana estaba bastante fría, pero cuando llegamos al barrio ella ya nos estaba esperando con su hija. Entramos al salón donde realizamos los Espacios de Escucha e intentamos comenzar con un “¿cómo estás?”. Pero ella no respondía y la niña insistía mostrándonos la prensita nueva que sostenía su trenza. Una de nosotras le muestra los dibujos que tenía en la mochila, unos lápices y le propone salir a pintar. Su mamá se queda y pocos minutos después se larga a llorar. La angustia la desborda y cuando no puede con ella se corta las piernas, el consumo la ayuda a evadir su cotidiano, pero se siente culpable por no poder ser mejor mamá. Conversamos sobre qué implica para ella ser mamá y sobre esa angustia que aparece ante algunas situaciones.

Paralelamente, un poco más al este, se escuchan los pasos de Raúl, que se acerca al Centro Vecinal sacudiéndose el barro de las zapatillas. Raúl está contento, ese día se dio cuenta que hacía un mes no consumía, que hacía la misma cantidad de días que ya no estaba en situación de calle y se encontraba viviendo en la piecita que hay detrás de la casa de su mamá. La relación con ella también había mejorado y las ideas de suicidio ya no aparecían en su cabeza. Raúl, ese día, hacía parte al equipo de sus alegrías: “Cada vez que me voy de acá me siento poderoso”.

En la otra punta de la ciudad ya caen algunas gotas que golpean sobre las chapas, mientras un joven de 16 años le cuenta al equipo que está enojado con todo el mundo porque nadie le cree que está dejando el pipazo, siente ira hacia su papá que le grita en la calle, lo hace pasar vergüenza: “qué se hace, él consume peor que yo”. Comparte que de todos modos él va a seguir yendo a los Espacios de Escucha, intenta que su familia entienda que allí se siente cómodo, que hay psicólogas amigables que lo ayudan, a quienes les puede contar lo que le pasa y llorar. -“Yo vengo acá porque me siento escuchado”, afirma. Otro joven se asoma por la puerta, pasa y se suma a la conversación. Las palabras fluyen, van y vienen, mientras se comparten entre ellos los dolores que a veces se hacen tan intolerables que ni el pipazo los esconde.

Algo más al sur, se acerca Gabriela al Espacio de Escucha, a paso lento, con el cuerpo visiblemente atravesado por su historia. Se sienta con algunas dificultades, los dolores físicos se le hacen bastante difícil de acarrear. Nos comenta que la semana pasada estuvo internada, que se sentía tan mal que se tomó un remis hasta el hospital. El aceite de avión que se colocó durante años, los procesos de hormonización autorrealizados, los consumos de alcohol, cocaína y pastillas, le pasan factura a su cuerpo. Gabriela se queja de sus dolores actuales y conecta cada uno de ellos con alguna historia de su juventud, recuerda cuando se fue de su casa porque nadie en su familia la aceptaba, huyó a Buenos Aires, donde fue alojada por otras mujeres trans. Allí comenzó a inyectarse aceite de avión y tomar hormonas. Sonríe cuando cuenta alguna historia de militancia con sus compañeras. Su discurso va y viene entre quejas, dolores y anécdotas.

Este es un escrito sobre la escucha, en una época donde parece ser difícil escuchar. Se trata, además de la escucha que se produce - o podría producirse-, de la manifestación de dolores, malestares, inquietudes, en contextos específicos: determinados barrios de la ciudad de Córdoba.

Las situaciones arriba descriptas son algunas de las que se presentan de manera cotidiana en los **Espacios de Escucha** que venimos sosteniendo un conjunto de trabajadores de distintas formaciones, en el marco del Programa de Prevención Territorial (PPT en adelante) de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA en adelante). Estas escenas nos invitan constantemente a flexibilizar nuestras intervenciones, repensarlas, co-construirlas e interrogarnos: ¿Cómo entendemos la escucha? ¿Cómo definimos estos dispositivos denominados “Espacios de Escucha”? ¿Qué se escucha en los barrios? ¿Qué características adquieren al estar insertos en los territorios? ¿A quiénes escuchamos en los mismos?

Como aproximación de respuesta a alguna de todas esas preguntas, resulta pertinente citar a Carballeda

(2015), quien plantea que escuchar supone construir un espacio intersubjetivo, íntimo, donde la interpretación, codificación y comprensión de aquello que acontece puede requerir de ciertas capacidades y habilidades por parte de quien ocupa el lugar de receptor, poniendo de relieve la singularidad del sujeto en relación a sus circunstancias, desde una perspectiva situada culturalmente.

Sabemos que abordar la escucha en la era de la hiperconectividad, el aceleracionismo, en tiempos de pérdida de confianza en lo público, desesperanza y descreimiento, obliga a quien escucha a intentar **destramar** lo que ya se dijo, lo que ya se sabe, lo que se cree “entender”. Escuchar, conlleva un **diálogo** y un proceso de intervención, lo que implica acceder a un proceso de comprensión y explicación que intenta organizar los sentidos, pautas, códigos y perspectivas de quien está hablando; como así también una búsqueda de elucidación y revisión crítica que conforma las circunstancias, valores y perspectivas de quien está escuchando. De este modo, la “**escucha activa**” requiere de un interés por ese Otro/a, de estar disponible, aceptándolo/a como es, dando lugar a otras perspectivas o formas de comprensión y explicación. Se vincula con la habilidad de tener en cuenta algo más de lo que la persona está expresando directamente, intentando aproximarse a los procesos subjetivos que también se dicen, pero desde diferentes lenguajes, tonalidades de discurso y formas del habla (Carballeda, 2015).

En relación a las diversas formas del habla, González (2017, en Deligny, 2017) expresa:

“Hay en una villa (...) un grupo de hombres o mujeres hablando con algarabía, apoyando las palabras con movimientos de las manos; son cuerpos que vibran, que no toleran la quietud (...) Personas a las cuales la memoria de su cuerpo las remite una y otra vez al estado de constante alerta, que sin proponérselo aprendieron a tener ojos en la nuca. Se comunican con lenguajes propios, son neologistas que crean palabras todos los días. Es un lenguaje-danza. Las palabras no son sólo dichas sino bailadas, acompañadas de sublime contorsión. A veces ni es necesaria una frase entera, con un “pim-pum-pam” ya transmitieron el mensaje, lo recibieron o interceptaron. Dominan la sensación vital con facilidad” (González, 2017, p.55, en Deligny, 2017).

¿Cómo escuchar ese lenguaje de los cuerpos? Fernández - Savater (2021) nos ofrece una pista para pensar sobre esto; él advierte sobre la necesidad de tener “la vista en el oído”, es decir, intentar generar un **desvío de la atención** hacia los detalles, hacia eso que en el encuentro con el/la otro/a no podemos reconocer a priori, pero que nos pasa por el cuerpo, nos conmueve (una escena cotidiana, una conversación, un gesto, un rostro, etc.). El detalle, “nos saca de nuestras casillas y nos abre a lo otro; nos espabila, nos abre los ojos, activa nuestra curiosidad, nos conecta y enreda con el mundo”.

Es preciso señalar que esos/as “**otros/as**” a quienes se escuchan, son sujetos de derechos, activos, que tienen sus propias trayectorias, colectivas e individuales, sus propios recursos y potencialidades, siendo a partir del reconocimiento de ese bagaje, que se buscan co-construir los Espacios de Escucha, desarrollando un vínculo empático, basado en ese **mutuo reconocimiento y respeto**.

“Es necesario componer relaciones donde las figuras institucionales y los/as pibes/as se eleven la potencia mutuamente”, señala González (2017, en Deligny, 2017), advirtiéndonos además sobre el carácter “**obscenamente vertical**” en que a veces circula el poder en la relaciones con los llamados “sujetos de intervención”. Desmontar esa modalidad, dice el autor, dependerá fundamentalmente del **coraje y de la creatividad** que puedan desarrollar las figuras institucionales en los territorios. Nos parece interesante este punto por cuanto pone de relieve que ese encuentro con los/as otros/as no está definido de antemano. Nada garantiza incluso que algo de eso vaya a producirse. Generar las condiciones para un posible encuentro requiere por parte de quienes escuchamos, una actitud de apertura hacia lo no conocido, un aceptar ser tomado/a por alguien, que en principio sólo nos dirigirá una demanda en tanto nos reconozca como posibles fuentes de apoyo, y se asegure de que allí será alojado/a, contenido/a.

En ese encuentro, lo que importa no es tanto que el/la otro/a diga “la verdad”; la pregunta respecto de su sufrimiento y las posibilidades de que algo de eso pueda des-arrollarse, también nos exige un gesto de acompañamiento hacia ese/a otro/a en la búsqueda de sus propias palabras- aquellas que nombren no sólo su devenir personal, sino también una situación que se vive en común-. Siguiendo esta línea, podemos decir con Fernández - Savater (2021), que en este tipo de dispositivo la escucha cumple, al menos, **dos funciones**: por un lado, promover la creación de un vínculo; por el otro, favorecer lo inesperado en cada uno.

Teniendo presente lo planteado y las prácticas llevadas a cabo, sostenemos que los Espacios de Escucha consisten en un espacio abierto a la comunidad, que posibilita el encuentro con otros/as, la construcción de vínculos, lazos, el reconocimientos de estrategias y recursos propios, la puesta en palabras de historias, relatos, emociones, que son recibidas por un otro/a (psicólogo/a, trabajador/a social, operador/a

terapéutico) haciendo posible ese encuentro, la construcción y resignificación, en conjunto, de las diversas situaciones, sentimientos, pensamientos que atraviesan a las subjetividades y cotidianidades en los territorios. Es un espacio donde se intenta **generar algunos bordes para aquello que en el cotidiano desborda**, presiona, agota; posibilitando generar, por un momento, un paréntesis, una pausa del contexto, aún insertos/as en el mismo. Es el encuentro que posibilita la accesibilidad al derecho de ser escuchado/a, facilitando la reflexión crítica, la promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias desde una mirada integral.

Estar presentes en los barrios

Los Espacios de Escucha del PPT poseen la particularidad de llevarse a cabo en diferentes espacios-instituciones (Centros Vecinales, salones comunitarios, merenderos, Centros de Encuentro Barrial, playones deportivo, entre otros) que forman parte del cotidiano en los territorios. Ello posibilita la accesibilidad a los dispositivos, ya que muchas veces las personas no logran llegar a otras instituciones, ya sea por las dificultades económicas o de organización cotidiana que se presentan para trasladarse al centro, por falta de información o desconocimiento, entre otros motivos.

El **estar presentes en los barrios** implica sostener una escucha siempre en contexto y en diálogo con este, es decir, teniendo presentes las situaciones, las violencias, las vulnerabilidades, formas de vidas, cotidianos, códigos, modos de resolución, vínculos, que se construyen y atraviesan a los barrios donde los Espacios de Escucha están insertos, así como a las subjetividades de las personas que se acercan a los mismos. Esto implica un constante desafío por parte de quienes escuchamos, ya que conlleva a replantearse prejuicios, estereotipos, saberes, modos de hacer o pensar que pueden no coincidir con los propios, intentando no generar imposiciones, teniendo en cuenta que no hay recetas ni fórmulas mágicas, sino que cada encuentro puede implicar diversas estrategias de intervención, teniendo sus propias características inter-subjetivas.

En ese sentido, Weber sugiere proceder por desviación; es decir, no determinar “por adelantado” lo que es necesario “trabajar” con las personas en la comunidad, evitar fijarse a planificaciones rígidas, con objetivos pre-establecidos o funciones ya determinadas. Se trataría, más bien, de entrenar ese saber-hacer-ahí (en Daniele, Flores & Lover, 2023). Ello conlleva a la construcción de un dispositivo flexible, en diálogo con lo que sucede en los contextos donde están insertos, con la capacidad de ir tomando diversas estrategias, formas que sean útiles para acompañar las demandas de los diferentes territorios, teniendo presente el contexto, el momento, los sujetos, las problemáticas presentes. Flexibilidad que implica formación, construcción de estrategias, creatividad, lectura de contextos, capacidad de escucha, por parte de los equipos. De esta manera, los Espacios de Escucha van mutando, cambiando modos, estrategias, de acuerdo a las características de los contextos, generando así, dispositivos de escucha individuales, escuchas grupales para familiares, espacios específicamente para mujeres, Espacio de Escucha Creativo, Espacio de Escucha con jóvenes, entre otros.

Se hace necesario estar atentos/as, de manera continua, a lo que sucede en el barrio, ya sea el día que vamos, o lo sucedido el día anterior, ya que muchas veces se presentan situaciones (allanamientos, intentos de suicidio, suicidios, situaciones de violencia, consumo de sustancias, etc) que atraviesan y afectan a toda la comunidad, haciendo de ello un sufrimiento que se colectiviza, convirtiéndose, muchas veces, en un emergente que demanda ser escuchado, visto, alojado. Al decir de Weber (en Daniele et al., 2023), se precisa asumir la **fluidez como modo de intervención**, el dejarse llevar, el estar atentos/as al curso de las cosas tal como se encuentran allí comprometidas, atender los procesos y sus desarrollos, apoyarse sobre el potencial de una situación, y fundamentalmente **estar disponibles**.

En ese entramado nos encontramos también con agentes de una comunidad en la que frecuentemente aparecen iniciativas solidarias y territoriales que le dan cuerpo a eso que nombramos lo social. Junto a referentes de comedores, merenderos, polideportivos, salas cuna, centros de salud, etc, formamos parte de un conjunto a partir del cual vamos habitando una red de contención – esos quienes con los que tejer alianzas para abordar la cuestión social- (Daniele et al., 2023). Estas redes se convierten en sostenes urgentes y necesarios para abordar, acompañar las complejidades presentes en los cotidianos de los territorios, donde el agite, la violencia, la precariedad, las vulneraciones, se hacen cada vez más presentes en la vida de las personas, generando además, una fuerte demanda hacia los dispositivos que estamos en los barrios. Ello conlleva a que muchas veces nos encontremos “haciendo malabares” con diferentes situaciones de gran complejidad, riesgos y responsabilidades, intentando acompañar con los pocos recursos existentes, por lo cual se hace indispensable el trabajo en conjunto, en red, con esos/as otros/as que hacen posible la co-construcción de las intervenciones y miradas en las complejidades.

Reflexiones

En ocasión de esta publicación, compartimos con los/as lectores/as algunas preguntas y reflexiones en torno a uno de los dispositivos con los que trabajamos en distintos barrios de la ciudad de Córdoba: el **Espacio de Escucha**. En el proceso de escritura, advertimos que las coordenadas de **tiempo y espacio** en las que se desarrollan los Espacios de Escucha son fundamentales para comprender las dificultades que a veces se presentan en relación al sostenimiento del dispositivo. A su vez, la precariedad económica, habitacional y alimentaria de los/as usuarios/as es algo que nos preocupa.

Sin embargo, creemos que la apuesta sigue siendo la de poder ofrecer un gesto de apertura, un espacio donde las personas puedan compartir sus dolores, promoviendo el pensamiento crítico y la co-construcción de alternativas que promuevan la salud y prevengan las situaciones de consumo. Sabemos con Fernández-Savater (2021) que en la tentativa neoliberal de productividad, los cuerpos se agrietan: algo se rompe, algo se quiebra, algo grita. El malestar atraviesa hoy todas las capas sociales agujereando los modos de vida neoliberales.

Creemos que ese malestar merece ser escuchado y acogido, transformándose así “en la energía que necesitamos para la creación de nuevas formas de vida”. Escuchar, alojar, acompañar a los/as usuarios/as a desplegar sus propias estrategias para el sostenimiento de la vida. Se trata, cada vez, de un ejercicio de hospitalidad en el que disponernos a asumir al otro/a en su singularidad y transitar juntos/as los abordajes posibles a su malestar. En este sentido, es preciso decir que escuchar también sobre los mecanismos que los mismos sujetos despliegan ante determinadas circunstancias, no sólo nos habla de sus potencias sino que también nos orienta respecto de nuestra función. Creemos que ahí radica uno de los puntos importantes del Espacio de Escucha como Política Pública: que haya lugar para decir, para pedir, para existir.

Sumado a ello, la presencia del Estado en los territorios, por medio del trabajo sostenido por parte del Programa de Prevención Territorial, promueve la accesibilidad al derecho a la salud, brindando un espacio de salud mental integral, desde un enfoque de derechos y perspectiva de géneros, haciendo foco en una problemática cada vez más compleja y preocupante, cómo lo es el consumo de sustancias.

En este sentido, parafraseando a Rodríguez, et al. (2001), la puesta en juego de la implicación de los equipos en los diversos barrios, la posibilidad de articular espacios de reflexión y análisis, el hecho de apostar a una praxis transformadora, parece seguir siendo el camino que, como Estado, hay que construir.

Bibliografía

- Carballada, A. J. M. (2015) “La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social” en Faraone, Silvia et al. (comps.) Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657. Buenos Aires: UBA Sociales.
- Daniele, L., Flores, C., & Lover, E. (2023) “La conjura de los quienes. Intentos de interdisciplina en el territorio.” Ponencia presentada en 5° Congreso RAAC. SPAA. Córdoba.
- Deligny, F (2017) Semilla de crápula. Consejos para los educadores que quieran cultivarla. Tinta Limón Ediciones. Buenos Aires.
- Fernández-Savater, A. (2021) Habitar y gobernar. Inspiraciones para una nueva concepción política. Nuevos Emprendimientos Editoriales. Madrid.
- Rodríguez, A. Giménez, L. Netto, C. Bagnato, M. Marotta, C (2001) “De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en Psicología comunitaria” en Revista de Psicología, (02), 101-109.

Espacios de Escucha para familiares y referentes afectivos de personas en situación de consumo

Lic. Casali, Renata

*“La participación no es
para saber qué hacer,
sino para hacer juntos/as”
P. Amarante*

Familia, territorialidad y contexto social

El contexto actual adquiere gran relevancia si lo que se busca es pensar y crear formas de acompañar e intervenir desde lo territorial/comunitario. Poder contextualizar(nos) posibilita delinear un punto de partida, un lugar, (aunque recortado) que permita definir dónde estamos hoy, de donde venimos y hacia dónde vamos.

Como sujetos sociales estamos entramados en un contexto particular e histórico determinado, produciendo efectos en nuestra subjetividad y las condiciones de existencia.

El concepto de familia, a su vez, atravesado por múltiples variables se incluye aquí como elemento imprescindible y fundamental para pensarnos como sujetos sociales, pero también como sujeto del campo de la salud y de la salud mental más específicamente, en lo referido a las problemáticas asociadas al consumo de sustancias.

Como menciona Carballada (2008) los diversos cambios sociales, económicos, culturales y políticos que se han producido en las últimas décadas, se inscriben en diferentes áreas, siendo una de ellas, la esfera de la familia.

Tomamos los aportes del autor para posicionarnos desde una mirada psicosocial de las intervenciones como agentes de salud territorial abordando una problemática compleja que requiere múltiples miradas desde los diferentes campos, pero con la premisa común de la salud integral con perspectiva de derechos, centrado en la persona.

Cabe aclarar en este punto, que el término familia es polisémico y hemos decidido ampliar e incluir el de referentes afectivos como expresión de la cuestión social que abarca nuevas formas de vinculación y formas de entender la afectividad.

Siguiendo a Carballada (2008), la palabra “familia” posee diferentes connotaciones, donde el sentido de esta no pasa por su conformación, ni por la permanencia de sus integrantes dentro de un ciclo definido. De algún modo, las estructuras familiares actuales, develan circunstancias que las muestran a partir de la diversidad y desde un espacio de tensión.

Al igual que el territorio, las familias, en este sentido amplio, son heterogéneas y posible de ser definidas por sus propios miembros.

El concepto de comunidad va a atravesar desde lo macro social (sociedad/territorio) a lo micro social (familia/individuo), para conformarse como la red/sostén en la que habitan los sujetos desde donde la psicología comunitaria y la salud mental colectiva toman como campo de acción posible para la intervención desde la atención primaria de la salud.

Siguiendo a Desviat (2012), la salud mental comunitaria es una nueva estrategia y modelo organizativo, asistencial y teórico. Un nuevo modelo que integra una clínica que rompe las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía.

Es así que planteamos como objetivo desde nuestro dispositivo promover el acceso a la salud de las personas, así como crear espacios de subjetividad, de participación y encuentro con otros/as.

Como plantea Stolkiner (2012) se volvió posible abordar el curso de los procesos de salud-enfermedad reconociendo las formas instituidas de “respuesta social”. La autora explica que, “inicialmente se utilizó el término “proceso de salud-enfermedad-atención” reemplazado por “salud-enfermedad-cuidado”. El “cuidado” tendría una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”, al denotar relaciones

horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos.

Generar **Espacios de Escucha Grupales** para familias y referentes afectivos en los territorios, apunta a darle un lugar participativo a la producción propia de los/as asistentes en la conformación de su cotidianidad, de su significado y sentido de sufrimiento/cuidado, posibilitando así, un hacer juntos/as ante los contextos de adversidad.

Acompañar familias y referentes afectivos en la atención de consumos de sustancias

Actualmente conviven múltiples paradigmas en la atención de las problemáticas de consumo de sustancias, podemos encontrar numerosos debates y perspectivas sobre las formas teóricas y prácticas en su abordaje. Desde los dispositivos territoriales comunitarios no somos ajenos a las luchas e implicancia que esto tiene en los actores/usuarios y las instituciones, como así también en los equipos de los que somos parte.

Nuestro posicionamiento es acorde a la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657). Las políticas de prevención, atención, acompañamiento e investigación de los consumos problemáticos se centran en las personas, sus trayectorias de vida y su subjetividad, debiendo ser acompañadas desde la dimensión política, en el sentido de construcción del lazo social y de proyectos de vida saludables personales y colectivos.

Las problemáticas de consumo afectan a las personas que consumen pero también a su entorno cercano (familiar, afectivo, laboral) y no tan cercano (vecinos, barrio, comunidad).

Se construyen **representaciones sociales** sobre los/as consumidores de sustancias pero también sobre sus familias, por lo que trabajar los prejuicios, poner en cuestión, significar y resignificar la mirada culpabilizadora que en ocasiones se tiene de ellas, toma gran relevancia.

Posibilitar espacios de diálogo, encuentro y miradas subjetivantes permite al familiar y/o referente afectivo sentirse acompañado/a, y a su vez, identificar los saberes y recursos propios con lo que cuentan para dar respuesta a las problemáticas que transitan.

Roles de los integrantes, roles en el acompañamiento, codependencia, formas de comunicación, de vinculación, etc. son algunos de los temas que pueden trabajarse en los Espacios de Escucha Grupal, teniendo en cuenta que “las categorías que dan cuenta de los problemas deben definirse para cada situación concreta” (Testa, 1990).

En general, los familiares y/o referentes afectivos solicitan ayuda en los momentos de crisis o cuando las problemáticas de la persona en situación de consumo está agravada, por lo que acuden al espacio angustiados/as, desesperanzados/as y en ocasiones pidiendo al equipo que resolvamos la situación. Es por esto que entendemos importante dar lugar a la emocionalidad, contener y validar lo que el/la asistente siente, piensa o cree, pero a su vez, informar sobre los alcances, características y posibilidades del dispositivo y sus integrantes. La construcción de la demanda y acompañamiento es también una elaboración grupal/colectiva con los/as asistentes del espacio.

“(…) desde hace algunos años se considera a la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos (...). La familia que colabora en el tratamiento consigue mejores resultados tanto en la recuperación de una dinámica relacional más sana, como en el fomento y mantenimiento de los avances efectuados por el miembro adicto/a” (Palacios en Servicio Extremeño de Salud, 2011). Como plantean, no se trata únicamente de abordar con los familiares o referentes afectivos sólo los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de consumo, sino también otorgar mayor protagonismo a la familia, independientemente del proceso o momento en el que se encuentre la persona en situación de consumo.

“El objetivo general que podamos plantear en este proceso consiste en que los entornos afectivos, a sus propios tiempos y ritmos vayan historizando, reconstruyendo y rearmando los proyectos de vida de cada uno/a, no solo de quienes llegan a consultar sino también los propios, abarcando de esta forma el contexto familiar” (SEDRONAR, 2023).

Espacios de Escucha Grupal

Los dispositivos de Espacio de Escucha, se orientan a la contención, escucha y orientación del consultante, en el caso de los **Espacios de Escucha Grupales** esto se propicia a través de la circulación de la palabra y el **intercambio colectivo** permitiendo escucharse a uno/a mismo/a y a otros/as, apuntando a la elaboración conjunta de saberes, herramientas y resoluciones sobre lo que les acontece.

“El grupo funciona como un espacio de encuentro, donde coincidir con otros ayuda a poner en palabras lo que está sucediendo. Las familias y entornos afectivos que se acercan por primera vez a los grupos se encuentran transitando diferentes emociones. El grupo es un espacio que, con un encuadre sostenido en el tiempo, irá generando el entretejido vincular (propiciará identificaciones entre sus integrantes) que será lo que contenga a las personas, situaciones y emociones. Esta primera instancia puede estar centrada en poder contar sus vivencias, sus problemas cotidianos y es posible que aparezca como eje del conflicto la sustancia de consumo; pero a la vez se irán asomando nuevos emergentes para seguir trabajando. El lugar de la coordinación en este momento será recibir, sostener una escucha abierta”(SEDRONAR, 2023).

Se establece así un **encuadre abierto**, donde cualquier persona solicitante puede, en cualquier momento, incluirse al espacio. Para ello se establecen acuerdos con los asistentes referidos a las pautas de cuidado individual y colectiva de los participantes.

Hacemos énfasis en fomentar un espacio cuidado, que posibilite un lugar de confianza estableciendo que es confidencial y que lo hablado/compartido no debe trascender al afuera. Este punto se presenta como un desafío en ocasiones, ya que, estando en un territorio común, los límites de los espacios se tornan difusos ante la familiaridad de los asistentes y sus allegados, generando en ocasiones conflictos y abandono del dispositivo.

Consideramos que la dinámica y complejidad comunitaria atraviesa los espacios en los dispositivos territoriales y, es por ello, que debe ser un elemento de permanente observación para los equipos.

El Espacio de Escucha Grupal está dividido en tres momentos:

- **Inicio:** se realiza una dinámica de bienvenida donde cada asistente comparte cómo se siente en ese momento y cómo fue su semana.
- **Desarrollo:** realización de actividad según objetivo o tema planificado para el encuentro.
- **Cierre:** cada participante comparte una palabra con lo que se llevó del encuentro.

El **equipo** está conformado por dos psicólogas y un trabajador social, desde una mirada interdisciplinaria, reconociendo el aporte de los saberes y campos de intervención dando lugar a la multiplicidad de miradas para el abordaje desde el dispositivo. Para ello, el equipo se reúne semanalmente para planificar y evaluar el proceso del grupo y de los asistentes.

Consideraciones Finales

Este espacio, cómo algunos otros, nace por demanda indirecta de las personas que acompañamos en el territorio y en los demás dispositivos, surge como consecuencia del vínculo establecido en el encuentro con ellos/as. En algún momento de la vorágine del hacer/pensar juntos/as en los recorridos territoriales acontece una idea, aparece intrépida y se nos pone en frente: “¿y si buscamos un lugar donde charlar con las familias?”.

Esa idea que comenzó como interrogante, empezó a tomar forma de a poquito haciéndose cada vez más palpable, hasta que un día se hizo algo real.

Desplegamos estrategias para la convocatoria, difusión, planificación, y el primer día con entusiasmo y algo de intriga, llegaron madres, padres y parejas.

Desde entonces cada encuentro es único, cada nueva semana volvemos a abrir interrogantes para hacer palpable con otros/as lo que nos pasa, lo que vivimos, lo que nos atraviesa y sentimos. Aperturamos a poner en esas dos horas lo que cada uno/a quiera traer o quedó pendiente del encuentro anterior. Es una invitación a hacer un proceso-camino juntos/as en donde podamos, entre mate y mate, apoyarnos en un otro/a.

En algunos encuentros somos muchos/as, en otros pocos y algunos días no viene nadie. Esos días volve-

mos a abrir interrogantes: ¿Qué les pasó? ¿Por qué no vinieron? ¿Qué hicimos? ¿Qué no hicimos? A veces encontramos respuestas, otras veces mantenemos las preguntas, pero siempre preparamos el próximo encuentro porque sabemos que el espacio se sostiene con la presencia, que lo que hace ser apoyo es la certeza de que vamos a estar allí. Ese es el verdadero valor de este espacio grupal.

Sostenemos el espacio porque creemos en lo colectivo, porque ser/hacer con otros/as en estos contextos, en estos tiempos, es algo a lo que aferrarse. Nos aferramos a la posibilidad de crear espacios de cuidados accesibles para la comunidad.

Y cuando la vida en los territorios aprieta, nos obligamos a hacer una pausa, a mirar y ponerse en frente porque es allí donde nacen las oportunidades, ya sea en forma de pregunta, de palabra, en una mirada o en un abrazo.

Bibliografía

- Carballada, A. (2008) “Algunos cambios en la esfera de la familia. Una mirada desde la intervención en lo social” en Revista Margen Ed. 49.
- Desviat M. (2012) “La salud mental comunitaria” en Marcos del Cano AM, Topa Cantisano G, ed. Salud mental comunitaria. Madrid: UNED;. p. 13-35.
- SEDRONAR (2023) “Estrategias para trabajar con familias y entornos afectivos en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias”. Jefatura de Gabinete de Ministros. Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) Decreto Reglamentario 203/2013, Boletín Oficial N°32041. Buenos Aires, Argentina.
- Servicio Extremeño de Salud (2011) Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas. (PIDCA 2008-2012). España.
- Stolkner, A y Ardila Gómez, S. (2012) “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas” en Vertex Revista Argentina de Psiquiatría.Vol. XXIII: 57 - 67
- Testa M. (1990) Pensar en Salud. Buenos Aires, OPS/OMS.

Espacio de Escucha Creativo

Lic. Corimayo, Valeria; Lic. Coronado Paula; Lic. Lucarelli Vanesa; Lic. Villafañe, Aylén

*"Tal vez la única manera de mostrar los dolores en los dolores,
las marginaciones en las marginaciones,
la negación de lo humano en lo humano,
es apelar a la belleza"*
V. Zito Lema

Intervención del dispositivo de Espacio de Escucha Creativo

Noviembre. Día soleado, con pronóstico de cambios; se aproxima al dispositivo de Espacio de Escucha Creativa donde se encuentra una psicóloga y un tallerista de música. Llega Juan, en su horario de encuentro habitual:

- Psicóloga y tallerista (en adelante P y T): Hola Juan, ¿cómo estás?
- Juan (en adelante J): Acá estoy, me costó llegar.
- P y T : Nos parece importante que estés acá y que hayas llegado.
- J: (suspira) si, estuve el finde consumiendo y ahora me siento triste y ansioso.
- P y T: Entendemos, tiene sentido que te sientas así.
- J: (sostiene el silencio, mira para abajo y mantiene la mirada en un punto fijo).
- P y T: (sostienen el silencio y lo miran a los ojos, notan que Juan les observa y retira la mirada).
- J: No tiene sentido estar acá, no cambio más.
- P y T: Bueno no es necesario que hablemos, queremos proponerte algo diferente. Mira, las emociones tienen una función y a veces por más incómodo que sea, es importante permanecer ahí para ver o tomar conciencia de cómo estamos pensando o cómo estamos sintiendo. Vos hoy te sentis triste y ansioso y creemos que puede ser importante que lo transitemos juntos y hagamos algo con ese sentir. Para eso acá tenemos un papel, una lapicera y te proponemos que podamos expresar lo que pensamos en este papel, todo/as y cada uno/a vamos a ir escribiendo una frase/palabra/ párrafo de lo que querramos decir y no estemos pudiendo, luego cuando terminamos la hoja leemos que se formó, te parece?

En ocasiones, cuando la palabra no encuentra expresión, no surge, no hay emisión alguna del lenguaje verbal, por diferentes razones, encontramos que existen otros modos de expresarse, ese otro modo viene definido desde el arte, en todas sus representaciones creativas y manifiestas. De acuerdo con Fleischer (2015) tomamos "el camino del arte, como generador de cambio, como medio de comunicación, que los/as niños/as, empiezan primero a reconocerse a sí mismos/as como sujetos, trabajando su identidad y desde ahí las posibilidades del encuentro con otros/as, de fortalecer vínculos, de transformar y transformarse..." En relación a lo expuesto el arte se constituye como eje central del dispositivo de Espacios de Escucha Creativa (EEC en adelante).

Si bien el origen del dispositivo fue en contexto de pandemia como una necesidad de ampliar el dispositivo de salud, en el entramado de estrategias a llevar a cabo con las personas que trabajamos, surge también de la necesidad de expresar aquellos sentires de las personas, de un modo que fuera más allá de lo verbal, donde la palabra no llega a manifestarse, donde no hay oración posible de armarse por la tristeza percibida o bien, donde la palabra ha quedado en intento de relato y decimos solo intento por la emoción y dolor interno en la persona, resultante en angustia, que va desde el pecho y recorre toda la garganta... aquí solo están las miradas, la contención desde el abrazo y la simple presencia del estar ahí con ese otro/a que sufre, que atraviesa un malestar, individual o colectivo. Es aquí que, como equipo de trabajo en lo territorial, en los barrios, donde lo emergente transcurre y en ocasiones desborda, damos lugar al arte en todas sus dimensiones.

El dispositivo de EEC se propone pues como estrategia terapéutica en donde la escucha activa, la pa-

labra y el arte (en todas sus formas) se integran con el objetivo de acompañar a la persona consultante, desde un abordaje de trabajo integral e interdisciplinario con la particularidad de lo creativo. Continuando con Fleischer (2015) se considera “el término creatividad como esa capacidad innata para poder resolver problemas, que tiene que ver con la posibilidad de crecer y desarrollarse, dado que no se puede crecer sin poder crear, proceso en el cual podemos hablar de nuestra verdadera identidad, es un acto individual que potencialmente se podrá convertir en colectivo, es hablar de un modo esencial para crecer y ser en los/as demás...” De este modo, el dispositivo EEC se propone como un espacio libre y empático en donde la persona pueda transitar sus sentires a través de diversas expresiones artísticas como: la música, la poesía, el teatro, la danza, entre otras. Tiene como objetivo central acercar a las personas a sus propias potencialidades y fortalezas, dando valor en primera instancia al reconocimiento de tales aspectos como significativos en la construcción de los acompañamientos a estos sujetos y en las diferentes maneras expresivas que convoca a cada uno/a.

Es importante tener en cuenta que si bien se utilizan diversas expresiones artísticas, el teatro es una herramienta muy importante y enriquecedora a la hora de pensar el dispositivo EEC. El teatro como arte escénico que brinda herramientas como la construcción de personajes y de relatos hechos monólogos, por las cuales las personas pueden expresarse y transmitir emociones, ideas y pensamientos. Y como agentes de salud es de gran relevancia pensar en la articulación del teatro y la salud como forma de validar la historia de vida de cada participante y encontrar formas alternativas de afrontar diferentes situaciones en su cotidiano.

Este dispositivo de EEC está compuesto por tres momentos (sujeto a la flexibilidad de la demanda y el encuentro): un primer momento donde la persona llega al espacio y logra identificar, mediante el vínculo terapéutico, como se siente. En un segundo momento, la persona logra un compromiso interno de poder trabajar aquello que le acontece de manera creativa, y un tercer momento donde la persona puede reflexionar sobre la utilidad o la importancia de lo trabajado, relatando su función o para que le sirve, eso a veces se traduce en respiraciones, en reflexiones, en agradecimiento y colaboración.

Lo que se intenta transmitir en estos espacios es, por un lado, que las personas se encuentren con la posibilidad de hacer contacto con lo que le sucede, con aquello que atraviesa de un modo libre y alternativo, donde el arte en sus distintas expresiones tome lugar, considerando como antecedentes diversas experiencias de situaciones en donde las personas y/o comunidades han resignificado el dolor, el sufrimiento y la apatía a través de lo creativo. Lo importante es el impulso a la circulación de aquello que se siente o se piensa y está obstaculizado por el proceso angustiante de alguna situación o recuerdo. Por otro lado, este espacio potencia el crecimiento de conocimientos y herramientas que permitan re-pensar proyectos de vida individuales y colectivos nutriéndose de los aprendizajes desarrollados a través de técnicas y/o expresiones artísticas.

El dispositivo EEC es un espacio pensado desde el abordaje interdisciplinario como se mencionó anteriormente, en el cual equipos técnicos y talleristas se ven implicados, psicólogo/as, trabajadoras/es sociales, operador/a Terapéutica y talleristas del área artístico, con formación en la prevención y promoción de la salud y la actualización permanente y profesional en los consumos problemáticos de sustancias, desde un abordaje comunitario con perspectiva de género y enfoque de derechos.

Este abordaje de trabajo interdisciplinario, se establece desde un rol activo y participativo que se va construyendo encuentro a encuentro desde la flexibilidad en las prácticas, es decir, teniendo en cuenta los propios intereses y expectativas del consultante dentro del encuentro. Siguiendo esto, las herramientas o recursos dentro del espacio pueden ser un papel, una lapicera, un instrumento musical, colores, dibujos, fotos, entre otros, sin embargo, es necesario aclarar que si bien se dispone de una variedad de elementos, estos se encuentran sujetos a la imaginación del momento creativo para dar luz a lo que sucede en este espacio cuidado y de contención.

Participantes del dispositivo de EEC

Las/os participantes del dispositivo de EEC son personas de los barrios que tuvieron un primer contacto con el espacio de primera escucha y desde ahí, se ha propuesto un espacio de escucha con modalidad creativa por sus intereses y demandas. Es decir, a través de indagar en el cotidiano más lejano o próximo de la persona, se fomenta la exploración de recursos creativos que ha tenido y no ha notado o recursos que están próximos a desarrollarse de la mano de su predisposición.

De acuerdo a la experiencia y trayectoria que el equipo tiene con el trabajo bajo esta modali-

dad, se sostiene el dispositivo con sujetos individuales, formando una tríada para el trabajo en conjunto: usuario/a y psicólogo/a o trabajadora social y tallerista.

Contexto/s en que se desarrolla. Características

Los contextos donde se desarrollan el dispositivo de EEC están sujetos a la flexibilidad de las prácticas: pueden ser instituciones u organizaciones barriales donde se fija el trabajo, y a la vez es importante apelar e invitar a espacios de comodidad y confianza, ya sea la plaza del barrio, la casa de alguna vecina, la vereda y espacios de cotidianidad por parte de la persona, ya que implica una entrega y compromiso de parte de la misma y nos parece de suma importancia la contención y el acompañamiento en estos momentos.

Vale aclarar que estos espacios pueden ser de gran aprendizaje y resiliencia al abordar incomodidades desde sus sentires, y a la vez pueden ser espacios de gran diversión ya que al apelar al arte abre paso al juego, a la imaginación y a pensar respuestas alternativas a eso que sucede.

Asimismo, se destaca como caracterización de los contextos que nos encontramos inmersos en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, atravesados muchas veces por una gran ola de avatares, episodios de violencias, maltratos, consumo de sustancias en las calles, y en consecuencia, delincuencia y malestares en relación a las subjetividades propias de cada vecino/a, sumado a los malestares y conflictos que se vivencian desde lo colectivo.

Frente a esto, se considera que el dispositivo de EEC, si bien potencia los procesos individuales de las personas, también puede contribuir en procesos comunitarios. Citando a Julieta Infantino (2008) el arte "...constituye un mecanismo para generar nuevas formas de pertenencia, participación, y organización comunitaria en contextos de exclusión ..."

Por otra parte, destacamos que son importantes los recursos con los que contamos desde la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones: insumos de cuadernos, pelucas, maquiillajes, instrumentos musicales, lápices de colores, entre otros. El uso de los recursos y las estrategias de intervención están sujetas a las construcciones colectivas que se dan a través del lazo terapéutico y la disposición a trabajar con lo que acontece. Aún así, sería de gran importancia promover programas culturales, ya que los mismos son escasos y serían de gran utilidad para el trabajo en las comunidades. La existencia de políticas culturales públicas, favorecen al acceso a la cultura y por ende, favorecen a la promoción de espacios saludables.

Aportes a la prevención de las problemáticas asociadas a los consumos y a la promoción de la salud

En cuanto a los aportes que posibilita este abordaje de trabajo, tanto en las problemáticas asociadas a los consumos y a la promoción de la salud, observamos que las personas logran reconocer recursos internos propios con los que a partir de tal reconocimiento, se amplía la mirada respecto de la problemática con la que llegó al espacio y favorece la apertura hacia el espacio e incluso el disfrute del mismo. Sumado a esto, percibimos un mayor fortalecimiento en las comunidades desde la integración de las diferentes expresiones, tanto verbales, corporales y artísticas como así también en el desarrollo de habilidades personales, sociales y creativas, fortalecimiento tal que se traducen como experiencias significativas que la comunidad incorpora y vislumbra luego como estrategias a implementar en diferentes situaciones que la comunidad demande.

Asimismo, a través del arte dentro de este dispositivo de EEC, se logra invitar a cada usuario/a a experimentar y transitar sus emociones desde ese otro lugar, de lo creativo, generando herramientas para su bienestar integral y motivando a su vez, a la acción transformadora en sus trayectos de vida.

La importancia de estos espacios en los barrios, en los diferentes territorios en donde trabajamos radica en que son **espacios de salud**, de contención, de encuentro consigo mismos y encuentro con los/as otros/as, de acompañamiento, de registro de los propios recursos que la comunidad tiene y que es capaz de inventar, reinventar y transformar. Son espacios que invitan a la **reflexión**, a la revisión de nuestras propias prácticas como equipos intervinientes, a despojarnos de lo planificado como algo a seguir de modo estructurado y rígido, sino, por el contrario, invita a la construcción de estos espacios de manera conjunta con los y las usuarias, a esa interacción en el movimiento, en el plano de lo flexible y cambiante, en la relación que se establece desde el vínculo afectivo y por ende terapéutico entre las personas que están presentes allí, abordando lo manifiesto, teniendo en cuenta los procesos colectivos y sin dejar de lado el encuadre de trabajo. Respecto a lo expuesto, Carballada (2012) expresa que "... La intervención en lo social, implica también lo singular, desde la cercanía de la mirada, pero también la relación con la presencia de aquello que se muestra como lejano pero presente desde lo macrosocial...". Es por esto que el dispositivo de Espacio de Escucha Creativa en tanto estrategia de intervención en salud es flexible, transversal e interdisciplinario.

A modo de cierre, creemos de gran importancia resaltar la relación entre el arte y la salud en los procesos comunitarios ya que no solo da apertura a pensar y repensar en los proyectos de vida individuales sino también por un lado, brinda herramientas para que cada persona puede pensarse en comunidad en diferentes situaciones problemáticas relacionadas al consumo, y por otro lado potencia y promueve habilidades sociales para vivir en comunidad. Y en ese sentido, como próximo desafío creemos importante apelar a sostener espacios de escucha creativa en las comunidades, ya que en la experiencia observamos cómo se traducen en espacios de contención, apoyo y acompañamiento.

Bibliografía:

- Fleischer, L. (2015). El arte como herramienta de intervención social. Escuela de Psicología Grupal y Análisis Institucional. Santiago de Chile. Extraído de: <https://psicologiagrupal.cl/el-arte-como-herramienta-de-intervencion-social-laura-fleischer/>
- Infantino, J. (2008). "El arte como herramienta de intervención social entre jóvenes en la ciudad de Buenos Aires". La experiencia de Circo Social del Sur. Medio Ambiente y Urbanización. N° 69. Niños, niñas y jóvenes como agentes de cambio. Buenos Aires;. p35 - 54.
- Carballada, Alfredo (2012) ."Política social, multiculturalismo e intervención social. Pensando en Latinoamérica" en Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social. Año 2 - Nro. 4

Para las pibas, encuentros

Lic. Vásquez, María Belén

“No soy lo suficientemente romántica como para imaginar que la historia misma es quien desea ser contada, pero sí lo suficientemente honesta como para saber que quiero contarla yo.”

K. Morton

Cómo iniciamos...

El dispositivo que aquí presentamos surge en el marco del Programa de Prevención Territorial. Este Programa tiene como uno de sus ejes, los Espacios de Escucha (como bien se ha mencionado en varias oportunidades) y es desde allí surge este proceso grupal. Pero ¿Cómo un espacio que inicialmente fue diseñado como individual pudo convertirse en un grupal? La respuesta resulta simple, por la demanda de la comunidad.

Cabe destacar que la propuesta del Espacio de Escucha es abierta, es decir que, si bien la problemática del consumo está presente, no siempre es el único eje de abordaje. En este sentido, diversas mujeres de barrios aledaños que asistían a dicho espacio, presentaban características muy similares: vínculos complejos con hombres, donde en general eran mediados por diversos tipos de violencia, familias con tramas conflictivas, redes sociales desfortalecidas, entre otras particularidades. Sin dudas independientemente de ciertas vivencias comunes, cada una transitaba de manera única y muchas veces sufriente, ciertas características de sus cotidianidades.

Lo llamativo con el correr del tiempo fue reconocer que entre las participantes no se conocían antes de la pandemia, pese a que muchas vivían incluso en casas cercanas y eran de edades similares. Al cruzarse semanalmente en el intercambio de saludos, puertas y horarios, comenzaron a reconocerse, a resonar las ausencias: “Belu, ¿hoy no vino Florencia?” se escuchaba a veces.

Es importante poder entender el rol que como profesionales de la salud ocupamos en una comunidad, en un proceso comunitario, en una historia de vida. Uno de los objetivos centrales puede tener que ver, entre otras tantas, con la búsqueda de **autonomía y fortalecimiento de las redes sociales en la comunidad**. Tras momentos de urgencia, un/a profesional de la salud no puede “volar al barrio un sábado por la noche” (o sí, pero ¿qué construimos desde esa urgencia?). De esta manera empezamos a prestar mucha atención a estas historias comunes pero particulares, a estos reconocimientos naturales, a estos saludos con más sentido semana a semana.

Anteriormente se mencionó que fue un espacio demandado por la comunidad, es momento de poder aclarar que las demandas no siempre son explícitas. Este grupo de mujeres demandaba escucha, empatía, herramientas, y qué mejor que pensar nuestro rol como facilitador de esos procesos, no de respuesta como si tuviésemos el conocimiento o las verdades.

De esta manera comencé a preguntar una por una sobre qué les parecía la idea, unánimemente fue una respuesta con entusiasmo. Y he aquí el fenómeno mundial, la pandemia. Esto retrasó el proceso, pero lejos de quitarle la motivación.

Y así comenzó el **Espacio de Encuentro de Mujeres**. ¿Por qué Espacio de Encuentro? Porque en general, suele trabajarse con mujeres en dinámicas de taller, donde la propuesta y el funcionamiento tienen que ver con otras dinámicas. Un espacio de encuentro es eso, encontrarse, historizarse, pensarse, proponerse como protagonistas. Así, lunes a lunes, las chicas proponen temas, a veces lúdicos, musicales y otras bien conversadas y reflexivas.

El feminismo comenzó a resonar en cada una de ellas de manera natural y vivida, sentida y mencionada. Cada cumpleaños es una celebración y un buen momento para comer criollitos, cada ausencia sigue siendo “Belu ¿hoy no vino Florencia?”.

¿Qué enmarca “nuestro espacio”?

Resulta importante comenzar enmarcando el eje que atraviesa la construcción de este espacio, un trabajo inspirado en la teoría y práctica del **Feminismo Comunitario** que tiene como punto central acción política desde las mujeres, que se unen a las luchas, propuestas y deseos de los pueblos y de la humanidad por lograr su liberación de estructuras de violencia, opresión, discriminación, explotación y muerte (Paredes & Guzmán, 2014).

En este sentido es oportuno poder hacer un doble clic en relación a qué podemos entender por **espacio de encuentro**. Rodrigou (2000) postula que el encuentro con el otro supone noción básica en el trabajo comunitario. Es la base indispensable para construir la acción, proyecto y utopía en una consideración ética de respeto hacia el otro. Implica, asimismo una experiencia de tramitación de lo diferente y ajeno que puede dar lugar a la construcción de un vínculo de confianza.

Partiendo de reflexionar cómo se puede pensar la relación con el otro en un determinado espacio y cómo intervenir en los vínculos que se dan en la vida cotidiana y, en particular, en las comunidades, es que Barrault (2008) llega a considerar que la Psicología Comunitaria, además de trabajar desde los procesos comunitarios que devienen, enfoca su trabajo en la construcción de espacios de encuentros.

En un sentido específico, los espacios de encuentro refieren a un dispositivo de trabajo propio de la Psicología Comunitaria, que favorecen formas “de existencia, de posibilidad de encuentro, de modos de mutualidad, tramitación de conflictos, aprendizaje, complejización e historización de la relación, de transformación y sostenimiento múltiple de la subjetividad” (Barrault, 2008, p.16).

Fernández (2007) afirma que la importancia del espacio de encuentro consiste, en las oportunidades que éste ofrece de enunciar, expresar y participar, que lleva a poder analizar los procesos y crear nuevos sentidos con el material que se produce.

Vemos de esta manera como toda práctica en comunidad tiene una posición política, es decir un engraje teórico que va acompañando las prácticas, haciéndolas reflexionar y re pensando cómo interactúan la teoría con las mismas, la realidad con la expectativa, lo colectivo con lo individual. La formación debe ser constante.

¿Cómo nos comprometemos en cada encuentro?

Como se mencionó anteriormente, las **planificaciones de los encuentros** se van pensando desde lo individual y lo colectivo, es decir que las propuestas son reflexionadas en conjunto a partir de iniciativas en principio individuales.

Una de las **actividades disparadoras** fue la **dinámica del cubo de preguntas**. Una de las mujeres recreó manualmente un dado de gran tamaño, de esta manera se crearon tarjetas correspondientes a cada número (1 al 6) con tres de cada uno. Dicha actividad nació como única, es decir para una actividad específica y luego de dicha experiencia comenzó a utilizarse como dinámica con diferentes temáticas, entre ellas:

- **Problematización y reflexión sobre los diversos tipos de violencia:** Cada tarjeta, contenía el nombre de un tipo de violencia (psicológica, simbólica, económica, física, entre otras) a partir de allí, cada mujer debía intentar caracterizar qué entendía por dicho concepto, y en caso de querer hacerlo, poder identificar dentro de su historia vital, algún hecho relacionado.
- **Viñetas de experiencias:** Cada tarjeta contenía una historia, situación, reflexión de mujeres ficticias (pero no tan lejanas a la realidad) y cada una desde su libertad subjetiva poder abrir debate sobre ello.
- **Relatos de micromachismos:** Cada tarjeta relata escenas cotidianas de micromachismos que fueron disparadores para debates siguientes

Cada dinámica y temática finalizaba con un **espacio de reflexión y acompañamiento** ya que en muchas oportunidades las mujeres se veían emocionalmente muy sensibilizadas por los contenidos, recuerdos y sentires.

Otras dinámicas trabajadas:

- **Sensibilización en torno al reconocimiento de ciertos derechos según las “características” de las**

personas: Se repartieron personajes ficticios a cada una, donde se definió en las tarjetas: nombre, género autopercebido, elección sexual, nivel académico alcanzado, edad, estrato social. A partir de allí, todas las mujeres estaban paradas una al lado de la otra en línea recta. Al coordinar dicha actividad se iban leyendo derechos como “la persona que tengo, ¿puede acceder casarse por iglesia?” “La persona que me tocó, ¿Accede a un trabajo formal con facilidad?” entre otras tantas. La dinámica consistía en que si al escuchar la pregunta o afirmación, la persona que tuviese la tarjeta consideraba que tenía ese derecho o respondía afirmativamente a la pregunta, hacia un paso hacia el frente.

Al finalizar la lista de disparadores, se pidió que observen la distancia física real entre cada una de ellas y a partir de allí leer sus personajes.

Dicha dinámica centró la reflexión en múltiples factores. Ausencias de derechos de parte del estado, prejuicios propios de ellas, pero también de la sociedad, inquietudes y desconocimientos frente a algunas preguntas, como así también sentires individuales y colectivos por ciertas posiciones tomadas. Y sin dudas, similitudes con sus propias historias o conocidas.

- **Reparando la música:** Se eligieron “machicanciones” históricas del mundo cultural y musical, canciones reproducidas y naturalizadas durante años de diversos artistas locales e internacionales. A partir de allí se analizaron, reflexionaron, con tintes de enojo, sorpresa y gracia.

Luego se propuso reemplazar estrofas, palabras, sentidos. El resultado fue una producción comunitaria colectiva vista como una reparación histórica que generaba mucha satisfacción en el espacio.

Semanas después, se llevaron instrumentos y decidimos incursionar colectivamente en los mundos artísticos y el espacio comenzó a ser cada vez más diverso, disruptivo y emocionante.

- **Ciclos de lecturas feministas:** Cada una del espacio llevaba una lectura para compartir, pudiendo ver la diversidad de material. Libros, recortes, material virtual, hasta producciones propias que ellas escribían. Luego se generaban espacios de análisis y reflexión. Muchas veces se daban lógicas de intercambios de libros.

- **Espacio de Escucha Grupal:** En muchas ocasiones, la mujeres proponen temática libre, es decir, juntarnos para encontrarnos, compartir, tomar mates y dejar que el propio sentir dinámico del grupo fuera enmarcando el día. De allí comenzó el espacio de escucha grupal, donde cada una iba trayendo su actualidad, sus aconteceres, chismes del barrio, chistes, dejando fluir la espontaneidad del encuentro muchas veces siendo potenciador a planificaciones de las temáticas de los próximos encuentros. Encontramos colectivamente una gran herramienta potenciadora, necesaria y llena de contenido.

Estas actividades fueron delineando en muchas ocasiones sus propias historias de vida, considero a las historias de vida como un concepto y una estrategia metodológica adecuada para que en esta construcción colectiva las mujeres y sus voces tengan un rol protagónico.

El hecho de recoger historias de vida apuesta por la capacidad de recuperar la memoria y de narrar por los propios actores sociales. Permite recoger la experiencia vivida de un sujeto que, al mismo tiempo que cuenta su historia personal, cuenta también la historia de su comunidad, de su cultura, de su sociedad. Así, las historias de vida posibilitan un acceso privilegiado a lo social, vivido en tanto proceso mediado por acontecimientos históricos.

Este ejercicio de reconstrucción de la historia puede adquirir una importancia especial al ayudar a recuperar la memoria histórica, romper el silencio venciendo el miedo a hablar, descubrir su pasado. Es importante generar las condiciones para que esto suceda (Ulloa, 2005).

Es por todo esto, que el Espacio de Encuentro de estas mujeres es visto como un espacio de lucha política, pero también desde una órbita preventiva en términos de consumo. En este sentido, Carrizo (2018) plantea que los espacios de participación e inserción social son cada vez más restringidos, en la misma línea, el acceso al mercado laboral formal, plantea una serie de dificultades cada vez más exigentes. La educación, como espacio vital para la sociabilización, es cada vez más excluyente. Es así como sostener espacios de compartires colectivos como el presentado en esta sistematización, busca también contribuir a un área preventiva y de acompañamiento.

Poner en valor políticas públicas como éstas (Programa de Prevención Territorial), evidencia la necesidad de un Estado comprometido con las prácticas comunitarias en territorios y sectores vulnerables.

Algunas reflexiones

Espacios de lucha, de escucha. Infinitas características enmarcan este espacio, pero independientemente de este, ¿Qué es lo característico hoy de los espacios de encuentro? ¿Acaso estamos en un momento histórico donde las mujeres están tomando protagonismo comunitario?

Pensar en qué términos se posicionan las mujeres en el centro de los barrios populares, nos permite cuestionar el rol naturalizado de cuidado, de sostén familiar y de carga constante. El encuentro con otras mujeres con historias compartidas permite que cada una pueda ponerle voz a su propia historia, a sus propias vivencias, pero ante todo a poder desear, desear con completa conciencia por fuera de lo establecido, por fuera de lo impuesto. Elegir, aunque sea por unas horas semanales, más allá de lo que se pueda concretar. Poder pensar realidades distintas, poder entender su existencia historizada en un contexto que les excede, cuestionar, enojarse, reírse, restar importancia, potenciarse, gritar. **Generar transformaciones, eso hacemos en este espacio.**

Bibliografía

- Barrault, O. A. (2008). "Psicología Comunitaria y Espacios de encuentro: una lectura desde la subjetividad". Ficha de Cátedra Estrategias de Intervención Comunitaria. Facultad de Psicología. UNC
- Carrizo, M. (2018). Adolescencia y drogas. Desde una Perspectiva Psico Social. Programa del Sol.
- Fernández, A. (2007) "Las lógicas colectivas". Imaginarios cuerpos y multiplicidades, Bs. As. Ed. Biblos.
- Paredes, J., & Guzmán, A. (2014). "El tejido de la Rebeldía. ¿Qué es el Feminismo Comunitario?. Bases para la Despatriarcalización". La Paz, Bolivia.
- Rodrigou, M. (2000). "Reflexiones acerca de discursos y prácticas de participación en la Psicología Comunitaria y en la Psicología Política". Ficha de Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria. Facultad de Psicología. UNC
- ULLOA, L. (2000) "La línea de vida. Acercamiento precoz a nuestra historia", en: "Como mantener una historia viva: rutas e instrumentos para revisar experiencias de intervención que han alterado o pretendido alterar la dinámica de una comunidad", Sección: Acercamiento precoz a nuestra historia (A2-Ver.04.10.2005) . Nicaragua.

El arte como herramienta transformadora

Tallerista Marcos Andres Ramirez

*El primer rostro de la tierra
tiene el mirar de quien soportará todo el sol
El otro rostro, párpados cerrados,
se estira entre las paredes de un sueño de piedra
Y estas no son más que las dos caras de un mismo mundo
un instante en suspenso
donde en el trazado de una rayuela,
niños sin nombres conocidos
descifran de súbito el recorrido de sus vidas futuras.
A.Saïd*

Los Talleres son dispositivos enmarcados en el Programa de Prevención Territorial (PPT en adelante) de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA en adelante) que constituyen una estrategia de intervención y participación comunitaria orientada hacia la promoción de la salud. El objetivo que se persigue con los Talleres es favorecer al bienestar personal y colectivo, representando un incremento en la calidad de vida de la comunidad, ya que son espacios que potencian la empatía entre pares, la circulación de la palabra, el autoestima individual y grupal, el ejercicio del pensamiento crítico y creativo, la toma de decisiones. Logrando de esta manera, el reconocimiento de la comunidad de la inmensa capacidad para encontrar sus propias respuestas.

Nuestra mirada

Es desde un enfoque integral que abordamos la complejidad de la problemática del consumo de sustancias, con el fin de vehicular propuestas que signifiquen un trabajo concreto en relación a la prevención de las adicciones basado en un trabajo interdisciplinario, donde las diferentes disciplinas que forman parte de cada equipo zonal ofrecen oídos a lo que está atravesando cada territorio, para luego ir construyendo, junto a la comunidad, caminos posibles que contribuyan a la promoción de la salud.

Los Talleres en el marco de la prevención de consumos, requieren de que quienes los lleven a cabo cuenten con formación específica en tanto trabajadores de la salud. Es por esto, que las/os talleristas realizan capacitaciones continuas, tanto las que desde la SPAA se promueven, como también de otras instituciones. Las capacitaciones son indispensables para establecer los puentes con otras disciplinas y reconocer el encuadre de trabajo específico desde donde van a ser realizadas las actividades.

Se destaca la importancia de la planificación a fin de poder diseñar estrategias y metodologías para que los procesos vivenciados en cada Taller estén relacionados a temáticas, experiencias y conceptos vinculados a las problemáticas asociadas al consumo y así conseguir mayores capacidades terapéuticas en cada intervención.

Siguiendo en la lógica de los abordajes integrales y poniendo el foco en sus tres ejes: Sujeto–Sustancia –Contexto, resulta necesario considerar una propuesta territorial.

Caracterizando los Talleres

Los Talleres se establecen como un espacio relacional de libre participación tendiente a fortalecer la voluntad de estar y ser parte, donde la circulación de la palabra tiene una importancia fundamental ya que permite la expresión, la validación de sentimientos y emociones, el intercambio de saberes y del autoconocimiento, tanto personal como colectivo, con una escucha activa que atienda a las capacidades, habilidades y potencialidades que cada persona tiene.

Los Talleres son dinámicos porque la propia comunidad lo es, las planificaciones son flexibles y las metodologías son adaptables a las situaciones que la comunidad presenta. La participación busca ser transformadora, que requiere estar sostenida por un proceso a través del tiempo en el que puedan ser fortalecidos los vínculos entre pares y entre quienes llevan adelante el Taller y así, encontrar el sentido de pertenencia al espacio y a su identidad. La participación también debe ser libre y protagónica con el fin de encontrar la propia voz de la comunidad quien está creando una producción de subjetividades.

Un pilar importante en las intervenciones en territorio son los **referentes comunitarios**, quienes son los que están recibiendo las demandas de la comunidad y que, generalmente, tienen un conocimiento detallado de lo que necesitan, de la historia que tienen en relación a intervenciones y a prácticas antes realizadas. Al observar con qué recursos cuenta la comunidad, los referentes junto a los equipos zonales trabajan en la conformación del tipo de Taller que se llevará a cabo, dónde, cuándo y con qué grupo específico se hará. Posteriormente, son los propios referentes quienes realizan la convocatoria abierta para que se dé inicio al taller, también colaboran para que se sostenga en el tiempo, al acompañar a las y los participantes del taller y compartiendo con el equipo zonal posibles obstáculos que se presenten y estrategias para solucionarlos.

Esta estrategia de intervención ligada a las/os referentes hace variable a qué destinatarios estarán dirigidos los Talleres, siendo conformado tanto por infancias, adolescentes, jóvenes y adultos mayores; abordando de esta manera, cada Taller de manera específica y adecuada a cada destinatario/a.

Los dispositivos de Talleres contemplan propuestas diversas: deportivas, artístico-culturales, psicoeducativas, etc. A continuación nos detendremos en la propuesta de Talleres de Música.

¿Qué hacemos en un Taller de Música?

En los espacios de Taller de Música se busca siempre que sea un espacio de escucha colectiva, de respeto y de buen trato, de libre participación y con una circulación de la palabra constante. En algunos casos se plasman acuerdos de convivencia co-construidos en un afiche, para tenerlos siempre a la vista; en otros, sólo desde la palabra ya es suficiente. Los aprendizajes siempre se dan desde el juego, con alegría y pasándola bien, utilizando diversas metodologías con la finalidad de que todas las personas puedan transitar por una experiencia musical en cualquier instrumento.

Por varias razones, muchas personas creen que no pueden tocar música, frases como “yo para la música no sirvo” “solo toco el timbre” son recurrentes y en los comienzos de un taller, con dinámicas lúdicas simples que estimulan la participación general, acercamos a las personas a tocar algún instrumento junto con otros/as.

Utilizamos el **Manual de Ritmos y Percusión con Señas** de Santiago Vázquez, un sistema de organización musical e improvisación colectiva basado en señas que se hacen con las manos por un director (véase: <https://youtu.be/GTrB3yBaR4A?si=RaLyQpN4Hb169ljp>). Este sistema nos ofrece una posibilidad de desarrollar ideas musicales entre todos/as e ir ocupando diferentes roles dentro del grupo, como director o ejecutante, lo que potencia el mirarnos entre todos/as y realizar algo en común.

En primera instancia se aborda el sistema desde instrumentos de percusión y luego, ya en formación de banda, la llegada de los instrumentos es todo un acontecimiento, de ver algunos instrumentos por primera vez, poder tocarlos. Lo cual, merece especial atención desde el tallerista dar las explicaciones necesarias de nombres y cómo abordarlos. Se pueden generar tres momentos de aprendizajes diferentes focalizando en ciertos instrumentos: los instrumentos rítmicos, los armónicos y los melódicos, dándole continuidad a la actividad lúdica del método de percusión con señas, pero ahora con la variedad de instrumentos antes mencionados. De esta manera, la atención del tallerista no solo estará enfocada en la actividad misma sino también en la búsqueda y más que nada en el encuentro con potencialidades propias de los/las integrantes ya que algunos/as tienen más facilidad para el ritmo, otros/as para cantar, en fin, reconocer potencialidades para fortalecerlas. Luego trabajamos la **afinación** como herramienta de escucha, de **trabajo con la percepción**. Es así que abordamos afinado de instrumentos dentro de la dinámica del Taller donde preguntas, como qué es la consonancia, la disonancia, la armonía, son indagaciones pertinentes para este momento.

Posteriormente pasamos a **Tocar una Base**, al concentrarnos en tocar solo un acorde, un ritmo estable, una nota específica, les resulta más fácil a las personas poner en práctica el tocar música con otras/os, si se parte de un ritmo específico pueden descubrir no solo aspectos propios del instrumento que están tocando sino también aspectos del ensamble grupal en donde todos/as tocan lo mismo. Luego sí se ejecuta un ritmo específico para ciertos instrumentos y otro ritmo específico para otros nos lleva a la experiencia de ensamblar dos ritmos diferentes y la consecuente complementariedad necesaria para que esos ritmos funcionen entre sí.

Siguiendo el camino de las actividades anteriores ya estaríamos con la posibilidad de abrir un proceso nuevo que es el de la **composición** de una canción de la banda, y para esto es necesario primero tener

algo que contar. La indagación al grupo de que queremos contar es importantísima, al elegir el tema comienzan los aportes de ideas, frases, situaciones de la vida, pueden ser expresados sentimientos, deseos, logros, proyectos o expectativas entre otras ideas y se va escribiendo la letra en un afiche. Luego cada uno/a va hablando la letra con un ritmo que la propia palabra le sugiera, incorporando ritmo a la poesía (el RAP en su significado es eso: Ritmo y Poesía, Rhythm And Poetry) para así ir encontrando la sonoridad de las propias palabras y/o de las frases, hasta encontrar una melodía a la poesía ritmada. Aquí lo que prima es la **participación** y no la metodología para la concreción de una canción, acompañar el proceso expresivo que el grupo va demostrando y de acuerdo a lo manifestado ir dirigiendo las voluntades hacia el objetivo. Al ya tener la canción terminada y afianzada en los instrumentos se pasa a la **grabación**. El proceso de grabación requiere de mucha **concentración y perseverancia** durante días o meses para concretarlo, lo cual favorece al compromiso grupal para estar concentrados todos/as en un mismo fin. Las grabaciones se dividen en tres momentos, primero los instrumentos rítmicos, segundo los instrumentos armónicos y por último las voces. Terminado el proceso de grabación se generaron espacios para la escucha de las canciones ya terminadas y las críticas hacia el producto final. Por último tenemos las **actuaciones en vivo** que son otro momento importante donde hay una salida de lo que pasa dentro del taller hacia afuera, hacia el propio barrio o hacia otros lugares en el cual se van diagramando nuevas amalgamas sociales ocupando un lugar nuevo que está fuera de los padrones en donde la sociedad les marca que deben estar por condiciones económicas, territoriales, entre otras (Carballeda, 2015).

Los aportes de los Talleres de música en el abordaje de las problemáticas asociadas a los consumos.

- **Autoconocimiento:** Trabajamos en estas actividades el reconocimiento de nosotros mismo como actores y productores de música, nuestras propias capacidades creativas.
- **Comunicación Asertiva:** En estas actividades se ven estimuladas y favorecidas la escucha, el sonido (palabra) y la mirada considerada como instrumentos centrales en la prevención de adicciones dándole el sentido a la intervención.
- **Autoestima personal y grupal:** estas actividades buscan, destacan y promueven las fortalezas personales y grupales, logrando incluirlos en una misma actividad participante y a su vez exponiendo sus capacidades creativas para con el grupo.
- **Empatía:** (saber comunicar al otro mis deseos) escuchar y entender los modos de expresión de otras personas es el alma de la comunicación asertiva y esto promueve la empatía, la habilidad de conectar con tus propias necesidades y las de los demás para encontrar puntos de colaboración.
- **Reconocimiento de los límites:** como las dinámicas por lo general están sostenida desde lo lúdico y todo juego lleva una consigna que debemos respetar, como por ejemplo en el juego de “ecos rítmicos” donde una persona propone un ritmo y todos respondemos a ese ritmo, estamos trabajando el silencio donde escucho y el sonido cuando me pronuncio. Silencio = Escucho - Sonido = Pronuncio.
- **Pensamiento creativo:** en el proceso de la composición entran en juego nuestras habilidades creativas, las ideas de las canciones y las melodías se dan con el aporte de todo/as , la palabra de alguien ayuda y promueve la palabra próxima de otra persona dándose la construcción de forma grupal. Al tener ya una melodía o un estribillo, se van buscando nuevas formas de interpretarlas estimulando la creatividad para resolver el armado de una canción.
- **Toma de decisiones:** En los talleres florecen los gustos personales de las/os músicos proponiendo nuevos caminos para la ejecución de instrumentos, nuevos arreglos, donde buscamos impulsar sus decisiones y sus gustos para lograr su producto artístico.
- **El derecho a ser oído:** aquí estamos trabajando la escucha de lo que los niños, niñas y adolescentes tienen para contarnos desde su perspectiva y que al ser valoradas y tenidas en cuenta aumenta la percepción y el reconocimiento de sus propios derechos (Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Ley N° 26.061).
- **Proyecto de vida. Metas:** Tener una meta a desarrollar y lograr con el grupo es una gran oportunidad para trabajar lo que es sostener una decisión manteniendo la constancia y el trabajo para su concreción. Se pasarán por momentos de frustración a las que es necesario abordarlas para vencerla y también halagando fortalezas que influirán en un aprendizaje significativo.

- **Resolución de problemas y conflictos:** en cada uno de los procesos desde tocar por primera vez hasta la presentación en vivo es que se pasa por varios momentos de inseguridades y desvalorizaciones lo que permite trabajarlo desde el aspecto musical, o sea, puliendo donde se empiezan a cantar, donde entra tal instrumento, como así también desde un aspecto personal con el fortalecimiento de la autoestima que junto a los ensayos nos servirán para ir sintiendo más seguridad de forma personal y colectiva.

Bibliografía

- Waisman M. y Benabarre A. (2017) Adicciones. Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- De Souza Santos B. (2006). Renovar la Teoría Crítica y Reinventar la Emancipación Social. Buenos Aires. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- Carballada A (2015) “La escucha como instrumento central en la prevención de las adicciones” en Cuidado y prevención de adicciones en el ámbito educativo. clase 6. Instituto Nacional de Formación Docente. [Video]. YouTube: https://youtu.be/2e_AFDZbk-c?feature=shared
- Congreso de la Nación. (2005). Ley 26.061/05. Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina.

Taller de Arte y Juego. El encuentro como camino de transformación.

Lic. Aguada Berteá, Juan José; Prof. Rivero, Franco Daniel

La noción de “dispositivo” está fuertemente marcada, sobre todo por el uso sistémico que le han dado autores como Foucault, Deleuze o Agamben para hablar, fundamentalmente, de relaciones de poder. Siguiendo a Hannah Arendt, yo utilizo esa palabra (del latín dispositivo) para señalar que la educación (eso que tiene que ver con la transmisión, la renovación y la comunicación del mundo) se produce en el interior de determinadas formas materiales de disponer (disponere) espacios, tiempos, cuerpos, relaciones, objetos, tecnologías, disciplinas, lenguajes y maneras de hacer que hagan al mundo disponible para la infancia y que hagan a la infancia disponible para el mundo.

J.Larrosa

Introducción

El presente apartado, no busca presentar un conocimiento acabado, sino más bien abrir puertas de reflexión para el crecimiento del dispositivo que desarrollamos. Así mismo, busca vislumbrar elementos de construcción y análisis, para el desarrollo tanto de este dispositivo como de todos los dispositivos de taller que se llevan adelante desde el Programa de Prevención Territorial (PPT en adelante) de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de Córdoba (SPAA en adelante).

En este apartado buscamos relatar la experiencia de un espacio destinado a infancias, niñeces y adolescencias, en diálogo constante con la teoría. Sin embargo no buscamos generar un conocimiento acabado, sino más bien abrir puertas de reflexión, para el crecimiento del dispositivo como para todos los dispositivos de taller que se llevan adelante desde el PPT.

El inicio de un desafío

En sus comienzos, el desafío era encontrar una propuesta de taller que pudiera establecerse en una zona del barrio donde veíamos necesaria la presencia del estado, sobre todo en el acceso a dispositivos de salud, para estas personas que conviven en condiciones de vulnerabilidad en sus derechos. A su vez, esta decisión buscaba dar respuestas a demandas concretas llevadas adelante por diversos actores del barrio que se preocupaban por las condiciones de vida de estas personas. Este trabajo fue llevado en conjunto con el equipo zonal en acompañamiento con algunos referentes de la zona. Para ello, la idea desde un comienzo fue la de vincularnos a través del arte y del juego, dos disciplinas de las cuales sentimos desarrollar con total plenitud debido a la especificidad del equipo. Somos conscientes de ese potencial propio del arte y del juego y por lo cual somos responsables de garantizar un lugar donde cada persona lo pueda vivenciar de manera plena. En plena sintonía en relación al juego y al arte, Luis Pescetti aporta:

“Son importantes porque enseñan alegría, nos arrancan de nuestra pasividad y nos coloca en situación de compartir con otros. Así como la danza nos cuenta de algo que sólo con la danza se puede contar, los juegos enseñan algo que solo ellos enseñan”. (2018:38)

Una vez iniciado el primer día del taller fuimos reconociendo algunas limitaciones en cuanto al lugar elegido para trabajar o los conflictos barriales, aun así reconociendo el entusiasmo por un espacio de encuentro y de cuidado mutuo, donde se pueda atender al bienestar emocional. Sin embargo, la trayectoria procesual del espacio fue llevando a que el equipo, en asesoramiento con el equipo zonal, tuviera que ir modificando el dispositivo para adecuarse a la realidad conflictiva y cambiante del territorio. Así, poco a poco, con avances y retrocesos, se pudieron ir consolidando acuerdos y estructuras de trabajo, que pudieran garantizar la permanencia del dispositivo y su legitimidad y reconocimiento tanto por la comunidad como diversos actores sociales, tales como centros de salud y escuelas de la zona. Más adelante, en el segmento que describe el territorio en el que se lleva adelante nuestra intervención, profundizaremos en los motivos y razones de las transformaciones necesarias para la construcción del dispositivo.

El desafío

En la actualidad, el dispositivo se ha configurado como una **ludoteca barrial**. Es preciso señalar la dificultad de poder acordar un solo objetivo del espacio. Para poder llegar al mismo, es preciso partir de ciertos supuestos que nos invitan a pensar y repensar nuestro espacio.

- En primer lugar, tenemos que entender a nuestro dispositivo por fuera de lo que Susana Belmartino (1988) refiere como el paradigma médico hegemónico. Entre los rasgos que señala la autora de dicho modelo y que, desde nuestro dispositivo, no buscamos reproducir nos encontramos con:

La necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, desde este rasgo, hay una tendencia que olvida al individuo como ser integral y se promueve una necesidad de atacar una enfermedad. Esta búsqueda concreta de una enfermedad en partes concretas del cuerpo, generan una fragmentación del conocimiento del ser humano e invisibilizan las cuestiones sociales y psicológicas que atraviesan a las personas.

El rasgo tecnocrático. Nuestro dispositivo busca romper una concepción de lo técnico como neutro, y que se olvida en muchos casos de las contradicciones que suele haber en la aplicación de procesos técnicos en determinadas condiciones sociales. Desde este lugar no buscamos entendernos como portadores de un saber y una respuesta de los problemas de las personas. Sino que, por el contrario, buscamos ir construyendo y analizando con los destinatarios del dispositivo, cuales son las problemáticas que afecta a la comunidad y pensar con ella las posibles respuestas.

- Un rasgo medicalizante. Que en relación con la totalidad de las prácticas sociales, la medicina cada vez tiene en mayor medida un campo exterior; así cada vez invade la totalidad de las prácticas sociales, ya no es solo la enfermedad sino es también la psiquis. De esta manera es necesario romper con una práctica de “etiquetamiento” de las personas con quienes trabajamos, ya que esto marca una distancia y alejamiento que se profundiza aún más en los contextos en los que trabajamos.

- Fuertemente no igualitario, en este punto, el actor que ofrece una alternativa de ruptura a esta lógica, promocionando prácticas de abordaje comunitario y de prevención, es nuestra secretaria que busca generar respuestas por fuera del modelo.

Llegado a este punto, cabe aclarar, que el cambio de paradigma que buscamos, no es solo desde un posicionamiento teórico o político, sino que nace del entendimiento que las prácticas de intervención comunitaria que generamos desde esta visión, no nos proporciona resultados favorables para nuestra intervención en territorio. Es decir, es importante señalar que para el abordaje territorial en los lugares en que nos insertamos, las prácticas llevadas adelante desde el paradigma médico hegemónico, no nos han dado resultado y en sintonía con ello, pone a los/as trabajadores/as en una posición de riesgo.

El paradigma de salud comunitaria desde el que buscamos construir entonces se acerca más al que nos propone Debora Ferrandini (2010) que entiende:

“La salud es la capacidad de lucha individual y social contra las condiciones que limitan la vida... La salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas. Una tarea que requiere de sujetos. Aún el problema epidemiológico existe si hay un actor que lo produce al identificarlo en la distancia entre lo que vive y lo que desea. No hay modo entonces de construir un problema sin el deseo, el interés transformador de un actor sobre su propia realidad”. (2010: 5)

Entendiendo este concepto que promueve las transformaciones desde las prácticas individuales y colectivas, dentro y fuera de la colectividad, podemos señalar que el objetivo general de nuestro dispositivo puede entenderse como:

Crear un espacio de promoción y prevención de la salud comunitaria mediante el juego y la recreación.

¿Cómo jugamos?

Si bien, como todo dispositivo territorial es abierto a todas las comunidades presentes en los barrios en que trabajamos, buscamos hacer hincapié en aquellos sectores donde los dispositivos pensados originalmente para la prevención no pueden llegar (Centros de Salud y escuelas). Esta falta de accesibilidad responde principalmente a la distancia que hay con estas instituciones de salud. Vale decir que si bien estos dispositivos hacen un gran trabajo, encuentran dificultades para llegar a los segmentos más marginados

de la comunidad.

Actualmente transitan jóvenes, adultos/as, infancias y niñeces por el Taller de “Arte y Juego” aunque en sus inicios no fue así. Fue parte de un proceso de referencia y legitimación del equipo técnico que se insertaba en un territorio nuevo y complejo. Para poder trabajar en este contexto tiene que haber una habilitación por parte de la comunidad para garantizar ciertos cuidados, más hablando de un sector que vive en permanente conflicto con la policía y también entre vecinos. De esta manera se realizó un trabajo en conjunto con el resto de equipo técnico de la Zona Sanitaria Número 6 del PPT que ya caminaba este sector del barrio para poder presentarnos a los/as vecinos/as e ir construyendo en conjunto este dispositivo taller. Aun así, si el lugar elegido no garantiza un espacio de cuidado a las infancias y niñeces con las que se trabaja, lo mejor es buscar otro sector del barrio. Esto fue lo que nos pasó al comienzo, pero contamos con la ventaja que los mismos vecinos/as nos orientaron a otro espacio del barrio, a pocos metros, donde poder desplegar el taller sin quedar expuesto a algunos sucesos de violencia.

Fue parte del proceso iniciar un taller destinado a las infancias y niñeces, ya que era el sector que manifestaba interés al momento de pensar actividades lúdicas. De a poco fuimos conociendo a diversas familias del barrio gracias a la propia iniciativa de los/as niños/as que invitaban a sus pares al taller. De esta manera construimos el entramado familiar de algunas infancias y establecimos vínculos con los/as adultos/as y jóvenes. Estos últimos se fueron acercando al taller motivados por la curiosidad de conocer lo que se hacía en este espacio. A medida que sucedía esto, fuimos adaptando las actividades para incluirlos en las actividades del taller. En este punto nos resultó un desafío poder contener un trabajo en simultáneo con diversas edades. Los conflictos en el barrio se visibilizan en el taller, y vemos cómo algunos niños quieren ser parte del taller pero no quieren compartir con otros niños/as. También se traslada estos conflictos a las diferencias de edades y a la lógica de supervivencia barrial en donde prevalece el más se “hace respetar” o el más fuerte. Así frases como “deje profe así aprende a defenderse” dicha por un niño de 11 al ver que otro de 9 años le pega a uno de 5 años, es naturalizado por ellos ya que sus referencias adultas enseñan y validan estas prácticas. Ante esto buscamos cultivar estrategias de cuidado mutuo en una lógica de salud integral, y para eso definimos criterios de convivencia aunque nos encontremos con dificultades propias del contexto. Toda introducción de reglas de juego, necesarias para la institucionalización de un espacio, implica resistencias, más aún en las inestabilidades de los contextos en los que abordamos. En este sentido no buscamos excluir a quienes no se adaptan a estos criterios de convivencia, por el contrario, vamos al encuentro con ese conflicto e intentamos proponer otros modos de resolución que no sea la violencia.

No queremos que algún niño/a se aparte del taller porque no se siente seguro en tal espacio, como tampoco pretendemos cerrarle la puerta a quienes buscan generar situaciones disruptivas. De este modo, es preciso que para la inclusión y permanencia de los destinatarios en el espacio, podamos atender a dos factores importantes. En primera instancia flexibilidad en las propuestas que nos permiten repensar las estrategias de implementación en el dispositivo, y a su vez, el dispositivo en sí. Esto es planificar un proceso de vinculación que atienda a las complejidades singulares de las personas y a los intereses colectivos del grupo en su cotidiano. En segunda instancia, el trabajo continuo de vinculación interpersonal con cada uno de los integrantes del espacio. Creemos que sostener el vínculo semana a semana permite construir de manera singular un espacio de confianza.

En el vínculo que se generó con la comunidad, pudimos detectar un paralelismo entre nuestra relación en pos de una construcción colectiva de la salud y la relación de educador educando que nos propone Freire, en la búsqueda de un conocimiento emancipatorio.

En los talleres intentamos construir una voz autorizada y con autoridad por sobre una voz autoritaria, sin ubicarnos en el otro extremo que va por el lado de la permisividad, del vale todo, aquello que Freire llamó espontaneísmo:

“(…) tendemos a confundir el uso correcto de la autoridad con el autoritarismo, y así, por negar ese uso, caemos en la licenciosidad o el espontaneísmo pensando que, al contrario, estamos respetando las libertades, haciendo entonces democracia. Otras veces somos realmente autoritarios pero nos pensamos y nos proclamamos progresistas” (2021:108).

Nos hacemos responsables de esta dimensión política de educar, y para ellos partimos de la base de pensar una propuesta educativa que permita el diálogo y la escucha por parte nuestra y de la comunidad, asumiéndonos como educadores que ponen en práctica este ejercicio de oír al otro y con el otro, como también a hablar con él y a él. En otras palabras y en sintonía con lo que propone Freire (2021), convivimos con la dificultosa pero posible y placentera tarea de hablarles a los educandos y con los educandos, esto es saber que los contenidos a enseñar así como el diálogo sobre la vida misma, son válidos desde el punto

de vista educativo como también creadores de un ambiente abierto y libre. Del mismo modo, sin importar la edad, oímos al educando, y al aprender a escuchar, promovemos el aprendizaje de la escucha.

Otro aspecto importante en el dispositivo fue la de realizar un recorrido barrial previo al encuentro y finalizando el mismo. Encontrarnos con los materiales en un lugar específico del barrio y empezar a caminar hacia el lugar donde desarrollamos el taller, nos permitió visibilizar el trabajo realizado entre los/as vecinos/as, difundiendo el taller de Arte y Juego en la comunidad, invitándoles a niños y adultos/as a ser parte del mismo. Además, pudimos sostener el vínculo con otras infancias y niños/as del barrio, que no participan del taller de Arte y Juego, pero del cual acompañamos desde otros aspectos.

Las actividades en su mayoría son pensadas para niños/as e infancias, ya que son los que mayor participación tienen en el espacio, se dan momentos de compartir con adultos/as y jóvenes un espacio de juego a la par que se desarrollan otras actividades pensadas para otro rango etario. En un principio los/as adultos/as ocupaban el rol de observadores del taller. De a poco se pudo ir construyendo otros roles, proponiendo dinámicas en el taller, acompañando el desarrollo del mismo, preparando la merienda para compartir en el taller, hasta jugar entremezclados algún partido de básquet.

En síntesis es un espacio que busca trabajar con la comunidad en su conjunto y de esta forma proponer otros hábitos de cuidado entre sí.

Un acercamiento a nuestros territorios

Como ya hemos venido señalando, el contexto donde desarrollamos el dispositivo tiene una fuerte incidencia sobre el mismo. Hemos podido detectar diversas razones del por qué esto sucede, entre ellas podemos encontrar: el constante interjuego de actores sociales, las dificultades de satisfacción de necesidades básicas, la resolución de conflictos mediante el uso de la fuerza, entre otros. Cada uno de estas variables, viene acompañada de una experiencia en territorio, cuando referimos al interjuego de actores sociales, podemos mencionar entre otros los constantes operativos de allanamientos en las residencias de las/os vecinas/os. Cuando nos referimos a la insatisfacción de necesidades básicas, se expresan no solo a las condiciones habitacionales y de hacinamiento, sino también por consiguiente en cómo estas impactan en un medio ambiente. Así mismo damos cuenta de una inaccesibilidad a la canasta básica familiar en relación a los ingresos familiares y por ende a una alimentación saludable. Y por último, cuando nos referimos a que los conflictos se resuelven a partir de la utilización de la fuerza, es porque hemos presenciado, no sólo resolución de conflictos mediante el uso de la fuerza física, sino, además, mediante la utilización de armas blancas y de fuego.

Para poder avanzar sobre nuestro análisis de los territorios, analizando fortalezas y debilidades, deberíamos mencionar, en primera instancia los actores sociales que se involucran en la coyuntura en la que nos insertamos. Entre ellos damos cuenta de:

- Escuelas Barriales. (Primarias, Secundarias y Nocturnas)
- Centros de salud. (por su ubicación geográfica existen tres centros cercanos)
- Las Fuerzas de Seguridad.
- Parque Educativo.
- Servicio de Protección de Derechos.
- SeNAF.
- El equipo a cargo del polideportivo social.
- Referentes Barriales en gestión de merenderos.
- Organizaciones sociales y sus punteros en territorio.
- La iglesia evangélica.
- La iglesia católica.

Cada uno de estos actores sociales, construye una visión diferente en torno a la comunidad y los sujetos que la integran. Si bien, podemos encontrar amplias diferencias en el accionar de cada uno de ellos, el ejercicio común del poder es en los términos “negativos” de los que Foucault (1989) refiere en tanto poder socio-jurídico, que se sustenta bajo un sistema de leyes pre-establecidas sobre el cuerpo social. Un poder hegemónico que coacciona a algunas personas estableciéndose más obligaciones que garantías y derechos. En estos términos, podemos detectar en la generalidad de las prácticas institucionales, un modelo que reproduce latentemente prácticas de control social. Con esto, no buscamos enunciar un juicio de

valor en torno a dichas prácticas, sino más bien, enmarcar que dentro de las dinámicas y propuestas que son necesarias para llevar adelante nuestro dispositivo, el reproducirlas o estar cerca de su aplicación, pone en riesgo el dispositivo y a los trabajadores.

En este punto es preciso detenernos. Han sido muchos y variados los emergentes y resistencias que el contexto en el que intervenimos nos invita a reflexionar. Dichos emergentes y resistencias involucran a toda la comunidad en general. Entre ellos pudimos encontrar: la generación de vínculos frágiles en el tiempo, constantemente puestos en cuestionamiento, la dificultades que se presentaron en efectivizar un espacio físico para llevar adelante la actividad, la diversidad de intereses individuales y colectivos de la comunidad que en su conflicto pone a los trabajadores en una situación de riesgo, entre otros. Estas variables nos generaron nuevos interrogantes ¿ Hay un sentido colectivo de exclusión por no poder responder a las reglas de juego institucionales funcionales al control social? ¿Existe un sentido de criminalización que pone a toda persona ajena a la comunidad como un agente de control? Al haber dentro de la comunidad personas que encuentran una respuesta a la necesidad de la reproducción cotidiana de la existencia mediante estrategias fuera del margen de la legalidad ¿Existe una intención concreta de expulsión de todo actor social parte del estado? ¿Hay una naturalización de las prácticas de consumo de sustancias y de situaciones problemáticas vinculadas al mismo (principalmente en los hombres y el alcoholismo)? Si es así, ¿Esto genera que las prácticas del modelo médico hegemónico, que latentemente reproducen control, generen un sentimiento de criminalización y cosificación?

A raíz de estos interrogantes, que acompañan nuestras prácticas, entendemos que, para insertarnos en la comunidad y construir colectivamente la salud comunitaria, es preciso una búsqueda constante del dispositivo con la comunidad que trascienda las prácticas de control. Solo así, es posible comenzar a garantizar la continuidad y permanencia del dispositivo en territorio, como así también una posible emancipación comunitaria de nuestra presencia.

Algunas reflexiones para seguir caminando

En los espacios de encuentro entre diversos Talleres que lleva adelante nuestra Secretaria, fueron surgiendo factores en común entre todos los dispositivos. Entre ellos, se lograron vislumbrar tres ejes que entendemos son fundamentales para que nuestro dispositivo, no solo represente un espacio cultural o recreativo, sino que verdaderamente signifique un espacio de salud integral. De esta manera, buscamos generar desde nuestras prácticas, verdaderas rupturas frente a las concepciones tradicionales de la salud y acercándonos más a las nociones que nos presenta la nueva Ley de Salud Mental (Ley 26657).

Estos Ejes son:

- **En primer lugar**, la comprensión de que el dispositivo también significa un medio de inserción territorial. En este punto, se entiende que los destinatarios finales de los dispositivos no son solo quienes participan del dispositivo, sino que todas las personas circundantes del espacio se beneficien del mismo. De esta manera, el espacio se constituye un espacio de referencia para toda la comunidad.
- **En segundo lugar**, el dispositivo al ser un dispositivo de salud integral, debe brindar escucha y acompañamiento de cualquier situación que atente contra la persona. Así mismo debe brindar herramientas para la comprensión de las situaciones de riesgo. En sintonía con el primer eje mencionado, ya sea que una persona esté atravesando una situación de consumo problemático de sustancias, como si es familiar de una persona en esa situación, o no se den ninguna de estas dos variables, en nuestro espacio recibirán escucha y asesoramiento y, de ser posible, un acompañamiento.
- **En tercer lugar**, el dispositivo busca ponderar a las personas con quienes trabaja. De esta manera, no solo se acompañan las situaciones que atenten la salud, sino que se busca que conjuntamente con la comunidad se puedan ir construyendo herramientas colectivas para la construcción de una salud que sea principalmente preventiva.

Entendemos que cada uno de estos lineamientos significan nuevos interrogantes, desafíos y sobre todo un camino largo por recorrer. Sin embargo, esto convierte a los dispositivos de taller una herramienta fundamental de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones para el abordaje territorial y la construcción de una salud comunitaria.

Bibliografía

- Belmartino, S. (1988). Modelo Médico Hegemónico en II Jornadas de A.P.S. CONAMER. A.R.H.N.R.G. Buenos Aires.
- Ferrandini, D. (2010). Salud: opciones y paradigmas. Mimeo. Argentina.
- Freire, P. (2021). Cartas a quien pretende enseñar. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires.
- Pescetti, L. (2018). Una que sepamos todos: Taller de juegos, música y lectura (para el aula, la casa, el campamento o el club). Siglo XXI Editores. Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Territorio, tramas y redes.

Insertarse en las tramas barriales para abordar la prevención de consumos problemáticos

Lic. González Jaca María Luz y Lic. Giorgio Angelina

"Es la acción colectiva la que aporta un conjunto de medios para alcanzar el desarrollo de sujetos y actores sociales".

M.T. Marshall

Ya se ha dicho reiteradamente que los consumos problemáticos, constituyen un problema colectivo y de salud pública que involucra a todos/as. Por esta razón, desde el Programa de Prevención Territorial (PPT en adelante), adoptamos una perspectiva integral, multidimensional, relacional e intersectorial para abordar dicha problemática social.

El trabajo territorial es un instrumento fundamental de promoción de la salud y prevención porque tiene la potencialidad de concretar estrategias de intervención y transformación colectiva dentro de la comunidad, y de este modo, enfocarse en la persona siendo parte de entramados sociales, económicos, históricos, geográficos, políticos y culturales, en sintonía con lo que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

El trabajo territorial que realizamos inserto en este entramado, busca acercar el Estado al territorio. Ello implica en algún aspecto, acortar distancias, intentar restituir derechos vulnerados y violencias simbólicas. Para ello los equipos técnicos-territoriales del primer nivel de atención (prevención y promoción de la salud) que forman parte del PPT realizaron recorridos de los territorios por aquellos espacios (plazas, centros vecinales, clubes, centros comunitarios, comedores, bibliotecas, entre otras organizaciones de base) donde las personas habitan y se organizan, para conocer, dialogar, compartir y construir articulaciones que nos permitan insertarnos.

Entendemos al territorio, desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, no sólo como lugar geográfico, sino como espacio de reproducción social en el que confluyen múltiples sentidos y significados, aspectos generacionales y de género. Se caracteriza por ser heterogéneo tanto en aspectos físicos como socio-culturales y a su vez, profundamente dinámico, ya que está en permanente transformación debido a la interacción de sus integrantes. Definimos al territorio como espacio con tres rasgos comunes: identificatorios, relacionales e históricos (Auge, M. 1993).

La salud, como muchos otros derechos, son universales. Sin embargo, somos conscientes de que existe mucha desigualdad en el acceso a los mismos. Las distancias geográficas, carencia de movilidad o recursos para resolver traslados, ciertas dinámicas de vida, entre otras cuestiones, suelen ser obstáculos para ello.

Frente a la multiplicidad de vulnerabilidades que se presentan, como equipo que trabaja en la promoción de la salud y prevención en consumos problemáticos, se busca fortalecer las tramas sociales, entendiendo que es en la comunidad, donde se constituye el lugar de significaciones compartidas, con historias, necesidades, potencialidades, celebraciones y luchas. No existe una única definición de comunidad; una comunidad es un agrupamiento de personas que se relacionan entre sí, tienen una historia en común, comparten ciertas pautas de convivencia, también problemas, estrategias y modos para resolverlos. Es donde se torna indispensable estar atentos/as a los malestares, discrepancias y desigualdades como un elemento de tensión propio y permanente. Nos exige, por tanto, estar atentos/as a generar espacios donde la circulación de la palabra y los modos no reproduzcan y refuerzan las asimetrías en la comunidad (Bang, C. 2014).

Como agentes de salud, nos proponemos ir al encuentro con las comunidades en el lugar en que son protagonistas de la construcción de su propia historia y modos de resolver la vida, nos permite conocer las diversas potencialidades presentes allí, las estrategias de resolución de conflictos y necesidades comunes, los intereses y prioridades, los distintos actores y sus características, historias de luchas colectivas, las redes que las personas van construyendo en sus territorios, los saberes y distintos modos de habitar, de ser y sentir las culturas en el barrio. Esta aproximación, resulta fundamental para comprender la complejidad de la realidad social desde una perspectiva interseccional, situada, contextualizando lo explícito y lo implícito.

Con estas experiencias buscamos aportar a la discusión sobre la necesidad de un **trabajo en salud humanizado**, donde el encuentro con el/la otro/a nos posibilite construir vínculos con las comunidades, identificar las redes de cuidado y de sostén en el intento por restablecer o fortalecer las redes solidarias y espacios de intercambio que permitan reconstruir, en parte y por partes, nuestra sociedad fragmentada. Poniendo en primer lugar el compromiso y la ética en el acto del cuidado (Batthyány, 2020) en el encuentro, la escucha y comunicación con los/as usuarios/as, sus familias y otros actores.

La riqueza de dicho **trabajo en red**, radica en la intersectorialidad y la participación de actores involucrados/as en la comunidad (incluyendo especialmente a vecinas/os del barrio); en la conformación de redes y el fortalecimiento de las existentes. Un aspecto muy relevante en este sentido, es identificar las redes que pre-existen a nuestra llegada, quizá la tarea consista en implementar estrategias para fortalecerlas, promover encuentros más frecuentes. Escuchar activamente es tarea central para conocer e intervenir en red.

Las personas constituyen redes para resolver necesidades materiales y no materiales. A través de ellas, muchas personas toman conocimiento sobre sus derechos y mecanismos para defenderlos, acceden a información necesaria para la reproducción cotidiana de su existencia, se fortalecen en el encuentro con otro/a, que deja de ser extraño/a, y muchas veces se constituye en sostén para afrontar situaciones adversas.

En este reconocerse junto a un otro/a queremos resaltar el **cuidado**, como práctica social que atiende las necesidades, tanto de otras/os como de una/o mismo, que se construye en los vínculos. Los cuidados entendidos como procesos que se orientan al bienestar de las comunidades, de sus integrantes y en este sentido se establece una dinámica dentro de estas redes del cuidado Esquivel (2014 en Batthyany 2020), en lo comunitario, que incluye prácticas muy heterogéneas; a veces remiten a procesos basados en la afinidad y la elección, a veces son una prolongación de la familia extensa, mientras que en otras ocasiones se entrelazan con servicios del Estado o de organizaciones particulares. Cuidados, entendidos también en términos de derechos “**todos/as tenemos derecho a ser cuidado/a cuando lo necesitamos**”.

Hemos podido experimentar como siendo parte de estas **redes de cuidado** en algunos casos, las personas con problemáticas de consumo, resultan un recurso para romper el aislamiento y generar apoyos. Estas redes posibilitan una forma de combatir la soledad y acceder a espacios saludables donde se fomenta la participación en entornos que cuidan a los márgenes, a partir de espacios de escucha, talleres deportivos, culturales, recreativos y/o artísticos, que sostienen allí donde todo parece desmoronarse.

Ahora bien, ¿Cómo se construyen e instrumentan estrategias de intervención en función de las necesidades diagnosticadas en red?. Desde una **perspectiva integral, intersectorial, multidimensional y relacional**, los agentes de salud en territorio nunca trabajan solos/as. Podemos pensar a los territorios en términos de Bourdieu, como campos sociales: “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento” (Bourdieu, 1987: 108). Los campos se presentan como “sistemas de posiciones y de relaciones entre posiciones”, recordemos aquí, que pensar en términos de campos, es pensar relacionamente. Para que funcione un campo, “es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los hábitos que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etc” (Bourdieu, 1990: 136).

El concepto de Habitus constituye una suerte de bisagra en la medida en que “permite articular lo individual y lo social, las estructuras internas de la subjetividad y las estructuras sociales externas, y comprender que tanto éstas como aquellas, lejos de ser extrañas por naturaleza y de excluirse recíprocamente, son, al contrario, dos estados de la misma realidad” (Gutierrez, 2002: 68). En otros términos, podría decirse que se trata de aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera más que de otra, disposiciones que han sido interiorizadas por la persona en el curso de su historia. El habitus es en este sentido, la historia hecha cuerpo.

Pensar en campos, en términos de Bourdieu, implica también, tener en cuenta la diversidad de posiciones y de intereses, las luchas entre esas posiciones e intereses, los capitales en juego (económico, social, cultural y simbólico). Por qué pensar en estos términos a la hora de abordar los consumos problemáticos? Porque toda problemática social involucra a todos los actores de la sociedad y cada uno tiene responsabilidades diferenciadas y autonomía relativa (pensando en los marcos institucionales) a la hora de intervenir o no intervenir (que también implica una posición).

Cuando se conforma una red, entran en juego diversas representaciones y paradigmas respecto a un mismo problema y maneras de abordarlo. La prevención invita a participar y potenciar lo colectivo, ampliar las miradas sobre una problemática específica, dilucidar otras asociadas, y convocar ampliamente a ac-

tores claves y necesarios/as para abordar las problemáticas de la manera más integral e interseccional posible.

Habilitar espacios de encuentro donde circule la **palabra**, donde la **escucha activa** tenga protagonismo, se promueva el intercambio de saberes, experiencias, expectativas, padecimientos y sueños, es una tarea preventiva central que apunta a la reconstrucción de lazos sociales y a la inclusión, considerando a las personas como sujetos de derechos, situados, históricos, activos y con potencialidades para transformar su realidad.

Bibliografía

- Auge, M. 1993. Los No Lugares. Espacios del Anonimato. Una Antropología de la Sobremodernidad. Barcelona, España. Gedisa.
- Bang, C. 2014. “Estrategias Comunitarias en Prevención de la Salud Mental: Construyendo una Trama Conceptual para el Abordaje de Problemáticas Psicosociales Complejas” en Revista Psicoperspectivas Individuo y Sociedad. Vol. 13, N°2.
- Batthyány, K. (2020). “Miradas latinoamericanas al cuidado” en Batthyány, K. (coord.). Miradas latinoamericanas a los cuidados. Ciudad de Buenos Aires, CLACSO. México DF, Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1987). Cosas Dichas. Buenos Aires, Gedisa.
- Bourdieu, P. (1990). Sociología y Cultura. México Grijalbo.
- Gutierrez, A. (2002). Las Prácticas Sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu. Tierra de Nadie Ediciones.

Caminando por los bordes: un dispositivo que intenta alcanzar a aquellas personas que no pueden llegar. Desde la experiencia de Recorrido Barrial Sostenido.

Mgter. Diaz Angélica Ines, Lic. Palma Vegar María Florencia, Lic. Turro Silvio

*"(...) Es más fácil de lo que parece,
en lugar de tratar de reparar lo que está roto
en vos, en mí, construyamos una casa sobre eso.
Es claro que no será una casa firme ni permanente,
pero si podemos amar lo que está enfermo,
eso que no es querible,
que es tan monstruoso a veces que aterra,
eso irá calmándose de a poco,
como un animal salvaje al que le sacás
el cepo de las patas
y te va perdiendo el miedo
y le vas perdiendo el miedo (...)."*
C. Masin

El dispositivo en movimiento

El Recorrido Barrial Sostenido surge en el marco del Programa de Prevención Territorial (en adelante PPT), y funda su nacimiento en la experiencia de que muchas personas no llegaban a las convocatorias de los demás dispositivos. Esto impulsó a desarrollar tareas de acompañamiento y de construcción de vínculos de confianza que faciliten la referenciación del equipo para las distintas intervenciones.

De esta manera, el dispositivo fue creado en un primer momento como el modo de acompañar ese camino hacia el espacio de escucha, hacia el taller de música u otros talleres y / o hacia otras estrategias de intervención. Con el tiempo también cobró importancia en sí mismo ya que muchas veces las personas continuaban sin llegar a otros espacios, o sin habilitar otras estrategias de intervención, evaluadas como necesarias según las distintas circunstancias. Se hará referencia aquí, a las prácticas de recorrido barrial que se mantienen a través de los años, de frecuencia semanal y sostenida, con cierto encuadre establecido (de carácter flexible) y que se vuelve un dispositivo en sí mismo en tanto va más allá de las situaciones emergentes a atender, aunque a veces las contengan.

Este Recorrido Barrial es un dispositivo de bajo umbral de acceso, pensado desde un paradigma de prevención y promoción de la salud, por lo que se sostiene y lleva a cabo conformando las necesarias redes de articulación en relación a otras instituciones de carácter intersectorial (educación, cultura, trabajo, entre otros). También, con otros servicios de asistencia específica en salud y/ o de mayor complejidad atendiendo a los niveles de riesgos que implica en cada persona o grupos de personas y cada situación. En ocasiones, funcionando como dispositivo de enlace en pos de achicar las brechas de accesibilidad, respondiendo a la atención primaria de salud.

Este dispositivo está pensado para la atención y acompañamiento de una problemática social que es compleja, ya que se trata del abordaje de problemáticas asociadas a los consumos en contextos desfavorecidos para el desarrollo de una vida digna. Sería ingenuo atender a estas situaciones, sin hablar de lo problemático que se vuelve no tener techo, trabajo, comida, acceso a la educación, al ocio, entre otros derechos ausentes que complejizan la dinámica de la vida en cualquier persona. Y es por estas características que el equipo de trabajo se encuentra integrado de manera interdisciplinaria por personas formadas en el campo de la psicología, el trabajo social, y ramas artístico-creativas como lo son la recreología, la música, el deporte, entre otras.

En cuanto al encuadre de trabajo, el equipo traza un lugar de encuentro inicial en un punto estratégico de fácil acceso, alejado al foco de intervención, que funciona de puerta de entrada al territorio. Allí se diagrama en conjunto el itinerario diario. Transcurrido ese primer momento se comienza la marcha y se despliegan las acciones de encuentro con las personas.

Cada semana el equipo dedica varias horas a estar en el barrio y recorrerlo, haya entrevistas pactadas o no, el equipo permanece. En ocasiones por razones climáticas o sanitarias, no se da la posibilidad de

desarrollar ninguna entrevista o establecer contacto estrecho con ninguna persona. Otros días se logran sostener entrevistas en el interior de una casa, en la calle, en una esquina o en el kiosco. Se hace lugar a lo que las personas tengan por contar, se habilita la palabra y la escucha. En algunas oportunidades el encuentro se agota en un saludo en el cruce de calle, en otras se logra profundizar. Esta dinámica concluye con el retorno al punto de partida, donde se intenta alojar las diferentes resonancias de lo acontecido.

Gustavo Maggi (2015) plantea la necesidad de armar estructuras de acogida que permitan alojar a las personas en situación de exclusión. Estas estructuras deben tener la posibilidad de facilitar la expresión del sufrimiento de la vida cotidiana. A diferencia de la idea de estructuras institucionales que referencia Gustavo Maggi (hospital, escuela etc), la experiencia del recorrido barrial sostenido se monta de manera transitoria sobre la dinámica de la vida cotidiana. En este sentido se nutre de la idea de dispositivo, ya que permanece expuesto a los acontecimientos circunstanciales expresados en las relaciones de poder y de producción de subjetividad. Mientras la población realiza las estrategias de reproducción y suceden las dinámicas de intercambios y los conflictos propios de los lazos sociales.

En relación a la **dinámica de los encuentros** con las personas a acompañar, un recurso que apertura el acercamiento consiste en pronunciar el nombre de las mismas, funciona como una convocatoria a habitar el vínculo establecido. Lo entendemos como un llamado a recorrer una relación específica entre todas las posibles que suceden en el barrio de manera simultánea.

Se puede entender al nombre como el reconocimiento y la condensación de esa historia singular que se actualiza al momento de pronunciarse en voz alta. Este acto cobra importancia cuando se trata mayoritariamente de personas que se ubican por fuera de las miradas institucionales y sociales, expulsadas del sistema socio-productivo, algunas de ellas al borde de la muerte por los padecimientos sanitarios acumulados. De igual modo si es necesario se presenta el equipo. Al ser una vía de acceso, esto permite evaluar la factibilidad de contacto y más aún al tratarse de momentos en que las personas se encuentran en una situación compleja emocional, y/ o en situación de consumo, y/o también cuando co- existen otras situaciones de salud mental.

En este sentido, si este primer momento lo habilita, es que se continúa actualizando el vínculo. Según la situación de las personas se realiza un recorrido por los hitos del lazo, como los intercambios de objetos (como por ejemplo un reloj, un anillo, una zapatilla), se hace un repaso por los últimos encuentros, temas en los cuales hubo una autorización de intervención, lugares de residencia y otros temas emergentes. En ocasiones si es autorizado acontece el encuentro corporal en el abrazo.

Es importante tener en cuenta que el equipo además, en diferentes momentos y desde distintos lugares, a veces de manera pre- establecida y a veces de modo espontáneo o instintivo, realiza **acciones de vinculación con la comunidad**. Esto refiere a actividades que hacen al compartir algo en concreto, algo común, algo propio o como propuesta externa, y que intentan de algún modo impactar en la narrativa vincular.

En esta línea, el equipo sostiene la participación en las actividades promovidas por la comunidad como lo son por ejemplo los festejos por el día de las infancias en un comedor, o el día de la mujer en algún espacio de inserción comunitaria. A su vez, en actividades propuestas por agentes externos y de participación barrial como lo es una jornada de vacunación, de realización de DNI, entre otras. Y también y no menos importante, el equipo intenta estar presente en las actividades propias de su cotidianeidad, siempre y cuando haya una invitación sobre las mismas, como lo son el momento de desayunar, una instancia de armado de una comida, una juntada de personas en alguna esquina o espacio, una dinámica de juego natural, incluso un cumpleaños.

Para quiénes... delineando la posibilidad de contacto

Se presentan ciertas **características comunes** en las personas que convoca y capta este dispositivo de Recorrido Barrial Sostenido. En su mayoría se trata de personas que llevan a cabo o son víctimas de prácticas de riesgo en relación a la salud integral (por decir algunas, uso de jeringas encontradas, curaciones autónomas de heridas, exposición a contextos ambientales desfavorables, enfermedades crónicas desatendidas, ideas e intentos de suicidios, sin techo estable, dificultades en la alimentación y el sueño).

También, comparten la característica de haber atravesado en algún momento y parte de sus vidas en contextos de encierro (así como los institutos de menores, espacios carcelarios, períodos de internación). Se trata de personas que en gran medida sostienen sus vidas mediante empleo informal y por fuera de cualquier regulación laboral (ejerciendo tareas de selección de basura, tracción humana de carros

para distintas transacciones, venta de distintos materiales e instrumentos, limpieza de vidrios, malabares, etc.).

Así mismo, presentan cierta fragilidad en lo vincular-institucional. De algún modo se han desenganchado de la trama familiar y/o sus lazos socio-afectivos se ven permanentemente afectados. Han quebrado el vínculo con instituciones educativas y de salud, con participación escasa, intermitente o casi nula, en algunos casos sin saber leer y escribir.

En general, para estas personas la vida se sucede en tiempos diferentes a los del resto de las personas de la comunidad y en condiciones particulares. En muchos casos no tienen su documentación por haberla perdido o empeñado. Cuentan con escasas posibilidades de higienizar su cuerpo y su ropa. Y utilizan sustancias de manera innovadora o por fuera de los modos convencionales, mayoritariamente según refieren “nevado” y “pipazo” en el caso de las infancias, juventudes y adultos tempranos; siendo registradas también micro-poblaciones de personas adultas con consumo crónico de alcohol.

Las personas usuarias del dispositivo de Recorrido, conocen el resto de las propuestas sostenidas por el equipo PPT, también los demás dispositivos de salud de los diferentes niveles de atención, instituciones de educación, de participación. Son personas que al ser consultadas, saben ubicar dónde se encuentran y en ocasiones presentan recursos materiales y simbólicos para acceder a estos. Entonces, sucede que no logran la continuidad de asistencia a los mismos, o no cumplen con los requisitos y exigencias, o se acercan solamente ante situaciones de urgencia o de altos niveles de malestar y / o necesidad específica y que luego no vuelven y se les pierde el rastro.

Podemos imaginarnos que son personas que se encuentran en el “entre”, caminando por el borde de los diferentes dispositivos, sin lograr ser alojadas o contenidas del todo, presentando una conducta de “coqueteo” institucional y sin poder por diversos motivos sostener el trazado en los posibles acompañamientos.

Jorgelina Di Iorio, al hablar sobre las personas en situación de calle refiere:

“Se hacen visibles, de ese modo, grupos sociales constituidos en los padecimientos de su pertenencia a un todo social fragmentado, que se traduce en una forma de opresión y dominación caracterizada por la vulneración de derechos. Se trata, según Clemente (2012), de problemáticas asociadas a la pobreza estructural o pobreza persistente, fenómeno crónico del contexto urbano que genera desigualdades durables, que deben abordarse en términos de un continuum exclusión-inclusión (Bustelo & Minujin, 1997) o de inclusión desde la marginalidad (Sawaia, 2011)” (2019, p. 8).

Salvando las distancias, en relación a que las personas que intentamos acompañar tienen generalmente un techo, es común que el mismo no sea permanente, sea prestado, muchas veces vulnerado, entre las demás características que vuelven intermitente la posibilidad de acogida y que se asemejan seguidamente a la de este grupo antes mencionado. En la mayoría de los casos y más aún en personas más comprometidas con la situación de los consumos, el trabajo del equipo se asienta también en este balanceo entre exclusión e inclusión en constante movimiento, y apelando a las respuestas creativas colectivas.

Dinámica de habitar la calle: los permisos y la tarea de construir con otras/os

Lo fundamental en estos Recorridos se centra en el **habitar la calle**, por lo que requiere cierta flexibilización de los encuadres de intervención clásicos establecidos, asumiendo un ritmo propio, no estático, variable. Siendo la misma dinámica del habitar la calle la que es variable en cuanto a los distintos espacios, las problemáticas, las personas que intervienen y con las que se realizan las intervenciones y las distintas situaciones que estallan en el transitar cotidiano y sostenido.

Un punto importante a tener en cuenta al momento de las intervenciones durante el recorrido, es el **permiso**, atendiendo a los tiempos/ momentos y los espacios donde se desarrollan las acciones.

Por un lado, es preciso observar y/o preguntar si es momento o no del acercamiento, puede que la persona esté en una situación que no quiere compartir, y/ o que prefiera otra cosa, o que simplemente no esté dispuesta al contacto, por lo que requiera una atención especial la identificación de comportamientos resistentes, evasivos, o la negativa ante el pedido de permiso para el contacto. Así mismo, resulta imperioso atender a que al momento de las acciones de calle y domiciliarias, el lugar habitado forma parte del lugar de las otras personas, lugar donde desarrollan su cotidianidad, teñido de familiaridad e intimidad, y que es preciso pedir permiso explícitamente, realizar acciones de acercamiento gradual y mantener la

distancia apropiada de ser necesario.

En cuanto al **construir con las otras personas**, las formas y los tiempos de construcción de respuestas tienen lógica propia. Cuando el equipo asume la tarea de acompañar alguna situación se dispone a transitar un territorio desconocido de antemano y la premisa es respetar las decisiones de las personas que se intenta acompañar en la construcción de respuestas a las problemáticas. No existe manual o guía de comportamiento ideal, estandarizada, en cuanto a estas apreciaciones, por lo que requiere de evaluación situada y personalizada, entendiendo a la vincularidad de manera dinámica y flexible, no lineal.

En relación a estos aspectos en general, resulta importante el acercamiento gradual y pausado no sólo hacia las personas en lo específico sino que al territorio al comenzar el recorrido, el trato de carácter respetuoso y amable, el despliegue paulatino de herramientas para el abordaje, cada vez como vez primera; y también la claridad en cuanto a qué otros momentos y espacios están disponibles para el encuentro, en caso de no ser esa la oportunidad por el motivo que sea.

En términos de prevención y salud: el objetivo sanitario de la intervención

Desde las políticas sanitarias este trabajo territorial se enmarca en clave de la **prevención y promoción de la salud**, considerando y actuando sobre los factores sociales, contextuales, ambientales, sobre la salud y las prácticas vinculadas con ella. En este sentido no sólo se trabaja desde la acción concreta de asistencia ante una demanda específica sino desde los procesos singulares de cada comunidad, sus formas de hacer frente al malestar y de sanar, donde los criterios también son propios a su vida en comunidad.

Cuando se hace referencia a la promoción de la salud, ésta aparece ligada generalmente a la denominada “Carta de Ottawa”, en la que la salud ha sido considerada como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva:

“Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (1986, p. 1).

Desde el quehacer de lo comunitario el habitar el territorio, el caminar dentro, habilita conocer y hacerse conocido en ese espacio compartido y poner en juego y en debate los distintos tipos de saberes tanto del equipo como los saberes propios de la comunidad. En general las poblaciones con las que se trabaja son población con limitado acceso a la salud y en particular a la salud mental; por lo que estos dispositivos buscan llegar a estas partes de las comunidades para fortalecer y disminuir los factores de riesgo y malestar y potenciar la salud mental desde los recursos comunitarios, persiguiendo la transformación de las condiciones que les oprimen.

La frecuencia semanal de estos dispositivos de inserción barrial, facilitan el sostenimiento y la construcción de las redes comunitarias y las estrategias para contener y habitar relaciones saludables para los diferentes grupos etarios de la población. A su vez, permite apuntar no sólo a factores de riesgos sino también factores protectores que la misma tiene y que es posible reforzar. Se debe asumir como agentes externos que cuando se ingresa a una comunidad es en tránsito, la comunidad nos precede, tiene estrategias y recursos para afrontar las situaciones de vulnerabilidad que se le presentan.

Dificultades de acceso a la salud: claves para el acompañamiento

A través de la experiencia de trabajo del equipo en contextos desfavorecidos, se han logrado identificar **obstáculos materiales y de orden simbólico en el acceso a la salud**.

Entre los primeros se encuentran la distancia y la falta de recursos para el traslado desde los distintos barrios a los centros de atención, falta de adaptación cultural de los centros asistenciales, falta de formación para atender a personas de barrios marginados y precarizados, horarios de atención inflexible, y otras prácticas deshumanizantes. Falta de cuidado y de respeto en los procesos involucrados en la trans-

misión de información desde los equipos a las personas, desconocimiento de derechos y recursos disponibles.

Otro obstáculo que interfiere la llegada de las personas usuarias de drogas a los distintos centros de atención es el temor de ser denunciadas. La presencia de personal policial en los espacios (ya sea polideportivos sociales, parques educativos, centros de salud, escuela, entre otros) puede ser vivida como práctica de intimidación y exclusión.

En este sentido, se puede advertir cómo se va remitiendo la vida de esta población a unos pocos sectores geográficos, delimitados por la presencia de las fuerzas de seguridad. Las mismas actúan colocando restricciones de circulación debido a la portación de rostro y cultura, sobre la presunción de vincular consumo de sustancias con la delincuencia, conducta aún cristalizada institucionalmente.

Por otro lado, podemos identificar un conjunto de obstáculos de naturaleza simbólica entre los agentes de salud y los jóvenes. Estos obstáculos se vinculan a formas y prácticas de resistencia a las políticas de criminalización dirigida a la población empobrecida usuaria de drogas, lo que agudiza los procesos de empobrecimiento.

María Epele en su trabajo: “La Lógica de la Sospecha” (2007), sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras del acceso al sistema de salud, afirma que entre la población descrita se puede observar un conjunto de representaciones que originan sospechas y desconfianzas hacia los servicios y agentes de salud. Las mismas se hacen presentes en diferentes comportamientos tales como: la postergación y/o rechazo a recursos ofrecidos por los equipos, la negación y ocultamiento de ser consumidor activo de sustancias, la generación de prácticas de cuidado y curaciones auto referenciadas o por terceras personas, la resolución de situaciones de emergencias de forma alternativa al sistema de salud, y el rechazo y la modificación del sentido de mensajes y prácticas de las campañas preventivas.

Epele (2007) manifiesta que en el transcurso de los noventa en sintonía con la sanción de la Ley 23737 de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes en 1989, se formó un complejo dispositivo que se denomina “policial-jurídico-sanitario” que impulsó el tratamiento compulsivo e internación hacia las personas acusadas de tenencia de drogas que presenten compromiso de tratamiento en vez del encarcelamiento, lo que produjo un conjunto de jóvenes pobres adictos en procesos terapéuticos que inician con prescripción judicial.

En esa línea, se puede reflexionar sobre las prácticas de “psicologeo”, que generalmente remite a los intentos de convencer de realizar algún tipo de tratamientos, con o sin alternativas residenciales u obtener cierto grado de compromiso para que interrumpan el uso de sustancias. La aparición de la sospecha de que te están psicologeando captura y descalifica la intervención. En ocasiones las personas usan frases del estilo: “no me psicologíes”, “te están psicologeando”, “dejá de psicologearme” y es viable entender a esta lógica del psicologeo como parte de la lucha de poder en el ámbito discursivo.

Es frecuente observar en diferentes momentos de despliegue del dispositivo, que cuando las personas detectan indicios de este tipo de prácticas ponen freno a los intentos por generar proximidad y empatía de parte del equipo, y se configuran respuestas defensivas dentro de este conjunto de sospechas que terminan por generar distancia, neutralizando la intención de proximidad.

No es apropiado abordar estos aspectos de forma dicotómica, considerándolos como facilitadores o limitantes de manera inherente a la viabilidad del acompañamiento. En cambio, es esencial tenerlos en cuenta como parte de un marco específico, reconociendo la posibilidad de su presencia y actuando en consonancia para el aprovechamiento de las oportunidades de manera positiva. Reflexionar sobre las barreras en las interacciones entre personas que usan drogas y los servicios de salud permite revisar los efectos e impactos de las políticas de criminalización y estigmatización social.

Teniendo en cuenta lo mencionado es que se pueden arriesgar ciertas claves para el acompañamiento que en gran medida se vuelven marco de los abordajes. De tal manera, nos parece fundamental atender a los sentimientos, inquietudes y prioridades de las personas que se busca contener. Identificar las capacidades, recursos y habilidades que permitan la creación de nuevas experiencias. Comunicar de diversas maneras y en diferentes momentos la importancia de lo que están experimentando. Salvaguardar y fomentar la protección de la privacidad de las personas (o grupos). Evitar emitir juicios o señalar comportamientos, procurando comprender el significado detrás de los mismos. Ofrecer atención centrándose en identificar las necesidades individuales. Flexibilizar, en la medida de lo posible, horarios, requisitos y otras cuestiones que faciliten el contacto. Apelar a propuestas colectivas para abordar problemas comunes que se manifiestan de manera individual; y finalmente, en lo que respecta a los hábitos problemáticos, aceptar que la persona que se intenta acompañar puede desear algo distinto a lo que el equipo o las ins-

tituciones consideran como lo mejor.

Reflexiones Finales

A modo de conclusión, el trabajo del dispositivo de Recorrido Barrial Sostenido emerge como una estrategia innovadora e importante en el abordaje de problemáticas sociales complejas, específicamente asociadas a los consumos en contextos desfavorecidos. Este enfoque se fundamenta en la creación de vínculos de confianza y la construcción de relaciones significativas con personas que, de otra manera, podrían no acceder a intervenciones convencionales.

La dinámica de habitar la calle se destaca como un elemento central, requiriendo una flexibilización de los encuadres tradicionales de intervención. El permiso y el respeto hacia las decisiones de las personas se convierten en principios fundamentales, reconociendo la importancia de evaluar situaciones de contacto de manera personalizada y situada.

Desde la perspectiva de la salud, el dispositivo se inscribe en políticas de prevención y promoción, reconociendo la importancia de trabajar no solo en la asistencia a demandas específicas, sino también en los procesos singulares de cada comunidad. La intervención busca fortalecer y disminuir los factores de riesgo y malestar, promoviendo la salud mental desde los recursos comunitarios.

En resumen, este dispositivo se vuelve una herramienta valiosa para abordar las complejas realidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad, destacándose por su enfoque comunitario, la construcción de relaciones de confianza y su adaptabilidad a las dinámicas específicas del territorio. La continua reflexión sobre los obstáculos y limitaciones, junto con la búsqueda de respuestas creativas y contextualmente sensibles, demuestra un compromiso profundo con la mejora de la salud y el bienestar de estas poblaciones.

Bibliografía

- Di Lorio, J. (2019). Situación de calle-espacio público-uso de drogas: una aproximación al problema. Intercambios Asociación Civil. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Epele M. (2007) "La Lógica de la Sospecha, Sobre Criminalización del Uso de Drogas, Complots y Barreras del Acceso al Sistema de Salud". Cuadernos de Antropología Social N°25, pp. 151-168, FFyL-UBA.
- Maggi G.(2015) "El consumo como síntoma social. El lugar de la escuela" clase 5. Instituto Nacional de Formación Docente. [Video]. YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=JjIw0MLNkdw>
- Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Canadian Public Health Association. Ottawa.

Dispositivo específico para el acompañamiento a “Personas en Situación de Calle”: Experiencia y desafíos

Lic. Ramirez, Oscar Enzo; Lic. Díaz, Angélica Inés; Lic. Lucarelli, Vanesa Andrea

*“Mucha gente pequeña,
en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas,
puede cambiar el mundo”.*
E. Galeano

Primeras aproximaciones contextuales y conceptuales

De acuerdo al informe de Personas en situación de calle elaborado por la Defensoría del Pueblo de Córdoba (2021), se entiende por situación de calle:

“...a una categoría compleja que trasciende la idea de espacio físico, para aludir a una condición de vida alcanzada, en un tiempo que puede ser reciente, o de mediana o larga data, inestable o permanente, posible de revertir o tendiente a consolidarse. Esta definición incluye a personas que no tienen residencia estable; que pernoctan o habitan en hogares o pensiones provisorias; y, también, aquellos/as que duermen literalmente en la calle, con escasas o nulas afiliaciones sociales” (p. 4).

Por lo tanto, la situación de calle no es un problema habitacional únicamente, sino que incluye factores como la escasez de ingresos, la pérdida o ruptura de los lazos familiares, la vulnerabilidad y la inseguridad social, entre otros aspectos. Asimismo, los principales problemas que padece esta población están relacionados a problemáticas de índole personal y familiar, consumo de sustancias psicoactivas, dificultades para alimentarse, para la atención médica y para sostener la higiene personal. También transcurren diversas situaciones sociales complejas como la desocupación, el desempleo y la escasa accesibilidad al alquiler de una vivienda, entre otras (Defensor del Pueblo de Córdoba op. Cit.).

Desde el Dispositivo específico para “Personas en Situación de Calle”, las intervenciones principales están destinadas a personas en situación de calle de manera general, particularmente a aquellas con problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, ya sea con problematización del mismo o no. Los sujetos de esta intervención son excluidos de marcos de integración socialmente establecidos, desafiados de redes afectivas, familiares, institucionales, etc., y con una cotidianeidad itinerante.

La constante de esta población está atravesada por el riesgo en forma permanente: riesgos asociados a la práctica de consumo (peligro para la integridad física), riesgos por fuera de la práctica de consumo (vulneración de derechos), y riesgos ciertos e inminentes asociados a la soledad, al vivir permanentemente en alerta hacia el medio, malestares y sufrimientos psíquico (desestabilizaciones psíquicas que ponen en riesgo la integridad física del sujeto o de terceros). Cabe destacar además la fuerte estigmatización social que los/as atraviesan y cargan.

Consideramos importante mencionar, como uno de los efectos de la pandemia, el incremento de nuevas poblaciones en situación de calle, como niños/as, jóvenes y familias enteras que fueron expulsados de sus hogares por la situación económica generada durante la cuarentena y la falta de trabajo en general, sin herramientas para enfrentar los desafíos para sobrevivir en la calle. En este contexto de post pandemia encontramos el aumento de personas que salen por falta de alternativas a vivir por las calles, y conjuntamente personas que tradicionalmente estuvieron en la calle buscando ahora nuevas estrategias de supervivencia para su cotidianeidad.

Conformación del Dispositivo específico de abordaje

A mediados del año 2018, el Dispositivo específico para “Personas en situación de calle” de la Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones (SPAA en adelante) inicia su trabajo con personas en situación de calle. Este dispositivo se encuadra en un paradigma sanitario.

El surgimiento está asociado a la demanda de acompañar el recorrido nocturno que estaban realizando equipos de Desarrollo Social de la Provincia en distintos espacios públicos y calles de la ciudad en los que se encontraban personas viviendo y/o pernoctando, proveyendo asistencia de alimentos, frazadas,

gestionando algún albergue, entre otros. Para ese primer momento se dispuso un esquema de entrevista semiestructurada que sirviera a modo de relevamiento y de primer contacto a la vez. En general las poblaciones con las que trabajamos son personas con limitado acceso a la salud y en particular a la salud mental. Este dispositivo busca llegar a estas comunidades para disminuir factores de riesgo que generen malestar, fortaleciendo y potenciando la salud mental desde los recursos comunitarios y el deseo de transformación de las condiciones que los/as oprimen para construir condiciones de vida con mayor dignidad.

A partir de ese momento se crearon las estrategias pertinentes al proceso de relevamiento y acompañamiento nocturno, como así también los Talleres Psicoeducativos a desarrollarse por las mañanas acordes a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y otras temáticas de interés.

El equipo ha ido variando en la cantidad de integrantes, pero se sostuvo desde una participación interdisciplinar: psicólogos/as, trabajadoras sociales, operadoras/es terapéuticas/os, tallerista deportivo. Además, mantuvo la particularidad de que todos/as los/as miembros del equipo fueron desarrollando sus quehaceres en las distintas dinámicas de abordaje propuestas en el dispositivo (recorridos, talleres, reuniones con referentes, entre otras), a los fines de ir construyendo miradas, sentires, herramientas para intervenir, etc. Todo esto se fue co-construyendo entre el equipo técnico y usuarios/as, siendo un desafío permanente el pensarlos y conocer la complejidad y dinámica de esta población en particular.

¿Desde dónde pensamos nuestras intervenciones?

Las adicciones constituyen una problemática sanitaria que implica comprender la salud-enfermedad como proceso, desde una perspectiva integral, colectiva y relacional que haga hincapié en la relación sustancia, sujeto y contexto (SEDRONAR, 2018). Considerar las problemáticas de consumo desde este enfoque implica reconocer “sus determinantes sociales, y concebir a la salud como una construcción colectiva que incluye el acompañamiento social y la generación de redes de cuidados desde el Estado, en articulación con la sociedad civil” (Buffa, Ferrer, Medeot y Naveda, 2022, p. 8).

Desde la Secretaría, asumimos un abordaje: **multicausal y multidimensional**, lo cual implica que “no existe una causa única, constante y determinante por la cual una persona consume” (Buffa, Ferrer, Medeot y Naveda, 2022, p. 9); **intersectorial**, coordinando intervenciones con diversos sectores sociales para resolver conjuntamente problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida (FLACSO, 2015); **integral** enfocado en la interrelación dinámica entre características individuales, del entorno cercano y del entorno macrosocial (Buffa, Ferrer, Medeot y Naveda op Cit.).

El presente dispositivo se sustenta en una metodología de abordaje participativa, intersectorial e interdisciplinaria desde el enfoque de **investigación-acción participativa** (I.A.P. en adelante), a partir del cual se busca promover la participación activa de todos los miembros de la sociedad civil, la co-construcción de saberes, la circulación de la palabra y de maneras distintas de expresión y el reconocimiento de las producciones creativas como multiplicadoras de experiencias de vida.

“La IAP es un método en el cual participan y coexisten dos procesos: conocer y actuar; por tanto, favorece en los actores sociales el conocer, analizar y comprender mejor la realidad en la cual se encuentran inmersos, sus problemas, necesidades, recursos, capacidades, potencialidades y limitaciones; el conocimiento de esa realidad les permite, además de reflexionar, planificar y ejecutar acciones tendientes a las mejoras y transformaciones significativas de aquellos aspectos que requieren cambios; por lo tanto, favorece la toma de conciencia, la asunción de acciones concretas y oportunas, el empoderamiento, la movilización colectiva y la consecuente acción transformadora” (Colmenares, 2012, p. 109).

En este sentido, se considera el carácter participativo, transformador, reflexivo, dialógico y colectivo de la I.A.P. (Montero, 2006). Aquí hacemos referencia a organizaciones de la sociedad civil, instituciones, grupo de amigos que trabajan solidariamente entrando en diálogo para compartir al menos algunas categorías, paradigmas para abordar una situación sumamente compleja y dinámica.

Asumimos una modalidad de **trabajo territorial en permanente movimiento**, lo que implica circular por diversos espacios públicos que habita la gente en situación de calle de diferentes barrios, como son las plazas, esquinas, baldíos, terminal de ómnibus, parques, puentes, pensiones, hoteles, y lugares donde habitan las familias de esta población, entre otros. Entendemos que nuestro quehacer se sitúa en donde las relaciones se producen.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, esta práctica es una experiencia insertada en el ámbito territorial con una modalidad desde una clínica comunitaria e interdisciplinaria, contextualizada, situada, con diferentes líneas de acción de cada una de ellas y con la utilización de diversos dispositivos. El desarrollo de una clínica con perspectiva comunitaria implica adherir al paradigma basado en los derechos humanos y en el reconocimiento de la complejidad de los procesos. Por lo tanto, se reconoce al sujeto como parte del entramado social, siendo actor protagónico y activo en el proceso dialéctico salud-enfermedad (Techera y Gribov, 2022).

En cuanto a lo territorial, se refiere al trabajo que se inserta donde las relaciones entre los sujetos se producen, donde se transita la vida cotidiana, donde se descubren y se construyen diferentes y particulares significaciones en relación a las concepciones de vida de las personas en situación de calle. Desde esta perspectiva, Barrault (2006), concibe a los sujetos como activos, creativos y productores de su propia existencia, emergentes de una trama relacional en la cual buscan satisfacer sus necesidades y deseos, cambiar y transformar lo que los rodea.

Respecto a lo comunitario, se busca promover, por un lado, la participación de estos sujetos que viven en situación de calle en encuentros comunitarios y, por otro lado, se intentan fortalecer las relaciones intersectoriales, interjurisdiccionales y de las organizaciones de la sociedad civil para garantizar derechos y optimizar la calidad de vida de estos sujetos. Asimismo, a través de diversas maneras se apunta a promover la participación buscando que sea voluntaria, intencional y comprometida (Plaza, 2007). Lo “comunitario” se refiere a lo común o compartido, como tejido relacional (Sánchez Vidal, 2007); a lo sociocultural, que incluye la cultura, historias comunes, acciones y experiencias compartidas; y a una posición política, que implica la posibilidad de cambiar la realidad.

Siguiendo a Krause (2001), se enfatiza la dimensión subjetiva e intersubjetiva, el “sentido de comunidad”, en tanto sentimiento de ser parte de una red de relaciones de apoyo mutuo en la cual confiar, en una población que se encuentra entremezclada con la incertidumbre y con el establecimiento de vínculos temporales y lábiles. Desde este enfoque se hace referencia a la comunicación comunitaria como un diálogo, con énfasis en la escucha como espacio de intercambio y de crecimiento colectivo. Este es un proceso participativo, amplio, plural, donde los sujetos se apropian de la palabra y de las diversas formas de expresión para ejercer su derecho a la comunicación.

Además, es en estos entramados donde se posibilita que emerjan las subjetividades y en donde los sujetos deconstruyen y resignifican la realidad de alta vulnerabilidad social a la que están sometidos, mediante la elaboración de estrategias individuales y comunitarias para la supervivencia y transformación de las condiciones de opresión.

Desde la perspectiva de la complejidad, se comprende el padecimiento subjetivo como un proceso que se despliega en entornos comunitarios, socio-históricos y culturales que configuran un campo de problemas a ser abordado mediante diferentes orientaciones teóricas sostenidas a lo largo del tiempo a través del trabajo en equipo interdisciplinarios con marcos epistémicos, conceptuales, metodológicos, éticos y políticos compartidos. Es menester considerar que la particularidad radica en poder articular diferentes saberes teóricos y metodológicos inserto en estrategias interdisciplinarias, intersectoriales e interculturales (Ussher, 2012).

Estrategias de acompañamiento

Desde el dispositivo específico para “Personas en Situación de Calle” se llevan a cabo Espacios de Escucha tanto individuales como grupales, apuntando a la prevención y a la asistencia desde la problematización del consumo. Recorridos Territoriales itinerantes bajo la modalidad de operador de calle por espacios que suelen habitar las personas en situación de calle sosteniendo las intervenciones en la zona céntrica y los barrios periféricos de Córdoba Capital de acuerdo a las demandas realizadas mediante las articulaciones con equipos de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (Zonas Sanitarias, Equipo Itinerante, Equipo de Atención Telefónica, Centro Asistencial (CAs en adelante) y Comunidad Terapéutica (CT en adelante) y a través de referentes institucionales y comunitarios.

En este sentido, los Recorridos Territoriales nos posibilitan el transitar y conocer los espacios donde se desarrolla la cotidianeidad de esta población, aproximarnos a las relaciones que entre ellos se producen y pensar las intervenciones para intentar dar respuestas específicas a las características y necesidades de las personas en situación de calle.

Otra de las líneas de trabajo se orienta a la articulación con diferentes organismos e instituciones que posibiliten la ampliación de los recursos tanto humanos como materiales para un mejor aprovechamiento de los mismos y mayor alcance en la población destino.

Esquemmatizando las actividades, destacamos:

- **Recorridos diurnos:** se realizan durante la mañana y tarde por la zona céntrica y barrios periféricos de Córdoba Capital, de acuerdo a demandas específicas.
- **Recorridos nocturnos:** durante las tardes/noches, principalmente por la zona céntrica.
- **Reuniones de equipo semanales:** para diagramar las acciones a realizar y analizar las articulaciones e intervenciones realizadas.
- **Espacios de Escucha individuales:** mediante los recorridos itinerantes por espacios que suelen habitar las personas en situación de calle en la zona céntrica y los barrios periféricos.
- **Espacios de Escucha grupales y Talleres:** Las dinámicas propuestas difieren de los talleres psicoeducativos del inicio del dispositivo debido a que se presentan como espacios de diálogo y reflexión colectiva sobre temáticas propuestas por parte del equipo pensadas en conjunto con los/as asistentes, constituyéndose así en espacios de encuentro. Los mismos son pensados como espacios saludables, que irrumpen con las lógicas de la vida cotidiana ofreciendo un espacio de disfrute, de posibilidades, de goce, de vínculos; habilitando formas de intervención que no se focalizan en la urgencia y la demanda permanente.

En este sentido, La “**Sobremesa de los martes**” se desarrolla en el Comedor Comunitario Fundación San Roque, está destinado a personas en situación de calle de variadas edades que se acercan luego del almuerzo para compartir la actividad encontrando un espacio favorecedor del encuentro sostenido por juegos, producciones artísticas, diálogo y reflexiones colectivas en torno a diversas temáticas, entre ellas los Derechos, emociones, los estigmas sociales, la familia, el trabajo colectivo, entre otros. Mientras que el “**Encuentro de Mujeres**” se realiza en el Hospital San Roque y participan mujeres en situación de calle (algunas de ellas acompañadas por sus hijos/as). Se abordan, mediante dinámicas lúdicas y de recreación, temáticas vinculadas al cuidado y autocuidado, estigmatización y estereotipos; construcción de vínculos en su contexto actual, tipos de comunicación, celebraciones significativas; entre otras. Respecto a la población de mujeres, resulta significativo señalar el nivel de vulnerabilidad que las atraviesa debido a la mayor exposición a riesgos, tomando ejemplos sostenido en los relatos de vivencias, mencionamos el acoso, agresiones sexuales, violencia económica, condiciones de salud precarias y violencia de género en general.

- **Acompañamiento remoto y espacio de gestión/asesoramiento:** mediante llamadas telefónicas semanales a aquellas personas que viven en zonas lejanas, como así también a quienes no pueden ser acompañadas de forma presencial por causas particulares. Además, se articula con instituciones de nivel nacional, provincial y municipal con el objetivo de abordar demandas pertenecientes a las áreas de salud, justicia, educación, identidad, hábitat, entre otras.
- **Acompañamientos presenciales-individuales** del equipo a personas con las que se trabaja y asisten a diferentes instituciones sanitarias, como ser el Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba, Hospital Misericordia, Dirección de Especialidades Médicas, asistencia en el CAs, entre otras. Además, contacto con los/as profesionales tratantes con el fin de posibilitar el abordaje integral en el acompañamiento.
- **Eventos y encuentros focalizados:** Se realizan diferentes actividades abocadas a fechas conmemorativas y jornadas específicas de encuentro, entre ellas mencionamos: Jornada por la Semana de la Prevención de las Adicciones, Jornada de narración de cuentos, entre otras.
- **Acompañamientos en la realización de trámites:** Asociados a favorecer su vida cotidiana y los estados de salud.

En cuanto a la utilización de diferentes instrumentos y materiales, mencionamos las **entrevistas abiertas y semiestructuradas**, se considera que las entrevistas personales presenciales nos permiten obtener información sobre las personas o sobre el entorno, ya sea sobre el presente o el pasado, a partir de las mismas nos acercamos a la comprensión de la situación a través de las categorías de pensamiento y percepción propias del entrevistado/a, lo cual favorece que conjuntamente consigamos profundizar en el conocimiento de un problema en particular, ya que puede ser indagado y analizado en el curso de la entrevista.

La implementación de entrevistas favorece la problematización de la relación que el sujeto establece con la sustancia y las condiciones de vida, lo cual permite resignificar el para qué o las razones que le permitan buscar alternativas saludables en esta relación.

También recurrimos a la **cartografía social** y el registro a modo de **recursero**, dicho material se elaboró (y se actualiza) con las personas en situación de calle y las organizaciones que intervienen en el territorio, mediante un proceso de planificación participativa poniendo en común el saber colectivo (horizontal) y de esta forma buscamos legitimarlo reconociendo el proceso democrático de construcción de conocimiento y la posterior difusión entre las personas interesadas en la información sobre albergues, sitios para obtener alimentos, duchas, centros de salud, etc.

Además, en algunos casos que lo requieran entregamos **cartillas** elaboradas durante el aislamiento por la pandemia del COVID 19 con diversas actividades (psicoeducativas, de problematización sobre los consumos, deportivas, recreativas) con formato de autoadministración. Como modo de reinventar nuestro quehacer en una época tan particular y compleja como lo fue la pandemia.

Importancia de la intersectorialidad

Al momento de insertarnos al terreno, el mismo no funciona como un desierto, sino que aparece como un espacio donde hay personas/actores trabajando desde hace muchos años, si bien en su mayoría no trabajan directamente el tema “consumo”, si se ocupan de problemáticas sociales donde aparece relacionada la temática. Es decir que iniciamos desde el respeto y pensando cómo acompañar lo que ya existe.

Al momento de pensar en el acompañamiento y en la atención de una persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas que se encuentra en situación de calle, resulta necesario recurrir a diversas alternativas y estrategias posibles de intervención. Evidentemente, en ciertos casos la participación de múltiples actores sociales favorece la creación de respuestas integrales que permiten la recuperación de un proyecto de vida sostenido por la reconstrucción del lazo social. En este sentido, un propósito es mantener el trabajo comunitario sostenido por la articulación con otras instituciones, enfocado en la implementación de proyectos con abordaje colectivo junto a la población en cuestión y en la cual pueda tener un rol más activo que favorezca una vida más digna.

Algunas de las estrategias implementadas para fortalecer la **intersectorialidad**, se orientaron a espacios de intercambios de saberes, reuniones intersectoriales para el intercambio de información entre los abordajes de acompañamiento que se vienen realizando y diagramar intervenciones en conjunto, y la articulación con los equipos técnicos de otros niveles de la RAAC (CAs y CT) realizando diferentes acuerdos en el armado de las estrategias de intervención para el acompañamiento integral.

Se considera que “las diferentes formas de resolver los problemas se encauzan a través de formas de acción social, que involucra a diferentes sujetos que tienen distintos modos de mirar, comprender, explicar e intervenir en los mismos” (Crosetto, González, Sueldo y López, pp. 17-18).

Contribuciones que incentivan la acción

La implementación de este abordaje con la población en situación de calle, exige la reflexión permanente sobre la misma práctica, las concepciones éticas, las miradas a esta población y el uso de los dispositivos utilizados, lo que lleva a repensar y a replanificar el quehacer.

Algunos de los indicadores que se pudieron identificar como **factores protectores y saludables** desde la perspectiva del equipo de trabajo son: la problematización de la relación sujeto-consumo-contexto, el sostenimiento de prácticas de cuidado de la salud integral, las decisiones de acceso a tratamientos y a los espacios preventivos que se les propone, la elaboración de proyectos de vida alternativos, el fortalecimiento de vínculos entre ellos, de esta población con el equipo y la posibilidad de la revinculación familiar, entre otros. Por otra parte, se lograron articulaciones con diversas instituciones (estatales y del tercer sector), referencialidad y reconocimiento del equipo territorial por parte de la población bajo intervención.

En relación a algunas **contribuciones**, el equipo ha podido incidir en la elaboración de Políticas Públicas participando de múltiples encuentros formales organizados entre distintas instituciones estatales, con el

objetivo de trabajar sobre las alternativas a las problemáticas que presenta la población de calle. A modo de ejemplo, a partir de la implementación de una serie de programas de radio con el equipo técnico de la radio comunitaria “La Ranchada”, se consiguió visibilizar las historias de vida de la población de calle a los fines de mostrar a la sociedad la urgencia de abordar las distintas problemáticas que atraviesan. A su vez, se facilitó un espacio para pensar la problemática de consumo y la situación de calle desde la perspectiva de género. Además, se creó una guía de recursos con información relevante en relación a horarios y lugares de albergues, espacios comunitarios, entre otros, que ha contribuido a la organización de otras instituciones que trabajan con dicha población y a la población misma.

Por último, destacamos el avance en el reconocimiento e identidad como grupo, construyen un espacio en el cual se sienten identificados a través de la mirada y el trato con el otro, conjuntamente con la percepción de ser escuchados y comprendidos empáticamente; situación favorecedora de motivación hacia cambios saludables en su autoimagen y autocuidado como así también potenciadora de proyecciones de escenarios futuros en los cuales se sientan mejores consigo mismos y se reconocen como personas (sin los señalamientos y estigmatizaciones que sienten en la actualidad por gran parte de la sociedad).

A modo de cierre, con apertura al permanente desafío

La situación de calle es un problema social, complejo, dinámico y multidimensional que, si bien presenta elementos estructurales, es también un fenómeno sensible a las coyunturas, por lo que presenta elementos que son emergentes y que reconfiguran la problemática en su magnitud, composición, efectos y en las posibles respuestas que se requieren para abordar esta problemática.

Las condiciones concretas de existencia están determinadas por un conjunto de situaciones o elementos que debemos considerar para conocer cómo los sujetos desarrollan su vida. La implementación del trabajo territorial desde la perspectiva clínica y comunitaria permitió reconocer que la producción de subjetividades ocurre en contextos sociohistóricos determinados en donde los sujetos inscriben sus experiencias a partir de recorridos y/o trayectorias compartidas.

En consecuencia, a modo de recomendación se considera de suma importancia la producción de políticas públicas orientadas en fomentar el incremento de alternativas para la inserción e inclusión de personas en situación de calle y la incorporación de distintos actores sociales y profesionales que favorezca el trabajo interdisciplinario en pos de dar respuesta a las demandas actuales y a los posibles emergentes de dicha población.

Conjuntamente es de importancia el incremento de la sensibilización por parte de la sociedad hacia esta población rompiendo con prejuicios y estigmatizaciones, generando conductas solidarias que permitan la generación de vidas respetadas.

Por último, resaltar la riqueza de este trabajo y de este encuentro con el otro que cuestiona y desafía nuestro quehacer exigiéndonos repensarnos, reconstruirnos y posicionarnos profesional, ética y políticamente.

Frente al contexto actual que propone estrategias de sobrevivencia individualistas y mercantilistas, emerge también la incertidumbre respecto al cuidado de la salud integral que se sostenga en lineamientos de acompañamiento colectivo y construcción de estrategias interdisciplinarias bajo una perspectiva de horizontalidad dando lugar a las potencialidades de las personas con las cuales construimos el quehacer diario de acompañamiento.

La reflexión constante de este quehacer y el reconocimiento de la existencia del saber de la población como del saber académico, permite pensar nuevas categorías de análisis que contribuyen a la producción colectiva del conocimiento, poniendo a los actores poblacionales y al equipo como protagonistas de esta construcción. El trabajo territorial siempre nos enfrenta a desafíos éticos, desde las formas de trato con la población hasta el respeto de lo que el otro desea y puede/quiere hacer, nuestra tarea se asienta en la problematización y el acompañamiento de estos procesos, dando lugar al encuentro y autonomía entre los actores involucrados, favoreciendo una relación de respeto y horizontalidad que permite establecer vínculos afectivos que habilitan la construcción de estrategias de intervención y abordaje.

Para finalizar, cabe destacar la implicación subjetiva, la afectividad, los interrogantes, los desafíos éticos que el equipo debe afrontar en nuestro quehacer cotidiano y permanente.

Bibliografía

- Barrault, O. (2006) “Lectura de la realidad y Psicología Comunitaria. Sujeto y realidad” en Ficha de cátedra Estrategias de Intervención Comunitaria. Facultad de Psicología UNC. Córdoba.
- Buffa, S., Ferrer, N., Medeot, S. y Naveda, M. (2022) Formación RAAC: Promotores Territoriales para la Prevención de Adicciones. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud. Córdoba.
- Colmenares, A. M. (2012) Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción en Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación, 3 (1), 102-115.
- Crosetto, R., González, N., Sueldo, J. y López, E. (2021) Trabajo social y sociedad. Introducción a la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social, 12-26. Facultad de Ciencias Sociales UNC. Argentina.
- Defensor del Pueblo de Córdoba (2021) Informe de Personas en situación de calle. Durante el segundo año de pandemia 2021. Córdoba.
- FLACSO (2015) Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Chile.
- Krause Jacob, M. (2001) “Hacia una redefinición del concepto de comunidad” en Revista de psicología. Anuario Comisión Psicología Comunitaria. Vol. X N°2. Universidad de Chile.
- Montero, M. (2006) Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Paidós. Buenos Aires
- Plaza, S. (2007) “Campo de la Psicología Comunitaria” en Ficha de Cátedra Estrategias de Intervención Comunitaria. Facultad de Psicología. UNC. Córdoba.
- Sánchez Vidal, A. (2007) Psicología Comunitaria: Posibilidades y opacidades. Entrevista con Alipio Sánchez, Vidal Ana María, Arias Cardona. Corporación Universitaria Lasallista, Colombia.
- SEDRONAR (2018). “Abordaje integral de las problemáticas de consumo. Manual para el cursante de la diplomatura en abordaje integral de los consumos problemáticos de la dirección de capacitación de la SEDRONAR”. Buenos Aires. Argentina.
- Techera, A. y Gribov, D. (2022) “Aproximación a una experiencia de formación y abordajes en clínica comunitaria en un programa de extensión universitaria” en Uruguay. E+E: estudios de extensión y humanidades, 9 (13), 40-57.
- Ussher, M. (2012) “Articulaciones entre la psicología social comunitaria y la psicología clínica. IV Congreso. Internacional de Investigación y Práctica Profesional” en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Caminando juntas. Experiencias de AMMAR Córdoba

Lic. Viviana Santillán

"Siempre he sido feminista. Esto significa que me opongo a la discriminación de las mujeres, a todas las formas de desigualdad basadas en el género, pero también significa que reclamo una política que tome en cuenta las restricciones impuestas por el género en el desarrollo humano".

J. Butler

Dispositivos, Usuaris y Contexto Social

Las actividades del Programa de Prevención Territorial, de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, que se llevan a cabo en la sede de AMMAR Córdoba (Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina - Córdoba) están a cargo de referentes de la organización y profesionales vinculados a la salud. Estas actividades se encuentran conformadas por un Espacio de Primera Escucha, Talleres de encuentro, Recorridos territoriales y Seguimientos telefónicos, las mismas se desarrollan dentro de un marco de prevención y promoción de la salud.

El objetivo principal de los dispositivos es contribuir al acceso al derecho a la **Salud Integral** de las trabajadoras sexuales, en particular, y a la población en general, un servicio que sea libre de prejuicios, discriminación y violencias.

Entendemos la importancia de acompañar el proceso de tratamiento respetando los tiempos y espacios de cada sujeto. Las personas que ejercen el trabajo sexual se enfrentan a múltiples violaciones de derechos humanos; entre ellas, la violencia ejercida por el Estado, el abuso, la discriminación y el estigma de la sociedad civil. También enfrentan la falta de servicios adecuados y diversos obstáculos para acceder a los servicios disponibles, entre ellos el de la Salud.

Los obstáculos a los que nos referimos, no es por la falta de disponibilidad de dispositivos públicos para la atención, sino que los obstáculos a los que nos referimos y a los que se enfrentan diariamente las trabajadoras sexuales, es al de la discriminación y el estigma.

Es por tal motivo que se diseñó el **dispositivo de Recorridos Territoriales** con el fin de tener un mayor acercamiento a las trabajadoras sexuales, generar lazos de confianza y promover el acceso a los espacios que dispone Ammar Córdoba. Estas recorridas se llevan a cabo por referentes de la organización en las diferentes zonas de trabajo, allí no solo se presenta y se difunde el Espacio de Escucha del que se dispone, sino que también se hace entrega de profilácticos y folletería sobre prevención del consumo, además de que se hace un relevamiento de datos.

Esta obtención de datos permite llevar a cabo los **Seguimientos Telefónicos**, lo cual forma parte de un proceso de acercamiento para ir generando confianza y que pueda haber un acercamiento a los espacios del que disponen en la organización, garantizando el derecho a la salud integral.

Según las experiencias vividas por parte de las trabajadoras sexuales, un gran porcentaje del personal de atención en los servicios de salud, carecen de formación en **perspectiva de género**, lo que lleva, muchas veces, a reproducir estereotipos discriminatorios y juicios de valor hacia las usuarias. Esto se ve reflejado, tanto en la dificultad para acceder a los servicios de salud, así como también en el sostenimiento en el tratamiento correspondiente.

En algunos de los relatos de las trabajadoras sexuales aparecen discursos discriminatorios por parte de los/as profesionales a los que consultaron, se abren juicios de valor sobre el trabajo sexual, usando términos descalificatorios y humillantes. De este modo se corre el foco de atención y no se atiende la consulta por la cual asistieron a pedir asistencia.

A partir de aquí es donde nos empezamos a preguntar *¿Por qué no llegan las trabajadoras sexuales a estos espacios? ¿Por qué la permanencia es de poca duración? ¿Las barreras de acceso y/o permanencia tienen que ver con las usuarias o con los/as profesionales y/o equipos?*

Martínez y Aróstegui (citado por Hansen Rodríguez, 2021) plantean una clasificación de dos tipos: Obstáculos relacionados con el modelo de atención y barreras de género. En cuanto al primer grupo hace

referencia a la falta de perspectiva de género en los programas de tratamiento y las actitudes, creencias y estilos de los profesionales en el tratamiento. En cuanto al segundo grupo señalan el estigma social al hecho de ser mujer y consumidora; y aquí agregamos ser además trabajadora sexual; aparece la penalización social, la invisibilización de los consumos en las mujeres y la detección tardía de estos consumos, sin dejar de mencionar la coexistencia, muchas veces, de las violencias junto al consumo de sustancias.

Las trabajadoras sexuales, históricamente, han sido objeto de todo tipo de violencias, prácticas represivas y discriminatorias, en todos los ámbitos, esto llevó a incrementar la vulnerabilidad en relación a los malestares psicológicos y que se ve reflejado en la falta de motivación y entusiasmo para llevar a cabo, como ya mencionamos, por ejemplo consultas referidas a su salud.

Y es a partir de aquí que resaltamos la importancia de las Recorridas Territoriales llevadas a cabo por referentes de la organización, con el objetivo de lograr un mayor acercamiento a las trabajadoras, **fortalecer lazos de confianza**, que puedan obtener información sobre los espacios que disponen en la organización, espacios seguros, libres de violencias y prejuicios.

Creemos que es importante que esta información sea transmitida por referentes de la organización quienes son o fueron sus propias compañeras en las zonas de trabajo, de esta manera se van transmitiendo los valores de la organización y van conociendo a quienes les acompañarán en el proceso que deseen iniciar.

Es importante resaltar que las trabajadoras sexuales, no pueden y no deben ser objeto de discriminación o juicios de valor, y tienen el derecho a sentirse bienvenidas a todos los servicios de salud destinados a las personas de una población.

Por lo tanto, creemos que para **promover la equidad y el acceso a la atención en los dispositivos, y la permanencia en los mismos**, es fundamental evaluar el modelo de los dispositivos de trabajo e identificar y analizar los condicionantes y las desigualdades de género que se puedan estar presentando. Es desde allí que podemos pensar y crear estrategias de intervención, y para esto planificamos reuniones de equipo, una vez al mes, en donde se debate y se revisan las estrategias planeadas.

Siguiendo a Salamanca Fernández (2017), entendemos que aplicar la perspectiva de género significa analizar y comprender cómo el género atraviesa a las personas que usan drogas y como la vivencia cambia si eres varón o mujer. El sistema patriarcal genera una falta de derechos para las mujeres, situando el género femenino en mayor desvalorización social frente al masculino.

Es así que, los Seguimientos Telefónicos que se dan a través de llamadas o mensajes por parte de todo el equipo, tanto psicóloga como referentes, se empezó a implementar después de las Recorridas Territoriales en donde se pudieron identificar ciertas barreras de accesibilidad a los espacios públicos en general, barreras atravesadas por cuestiones de género. A partir de aquí nos propusimos como objetivo generar y fortalecer lazos de confianza en las trabajadoras sexuales/usuarios, para que se acerquen a los espacios de la organización.

Estos Seguimientos Telefónicos también surgen a partir de identificar la discontinuidad en la asistencia a los espacios por parte de las usuarias, y esto se debe por varias razones: la lejanía entre sus domicilios y la sede de atención; se ven interrumpidas sus jornadas laborales; no cuentan con personas que puedan quedar al cuidado de sus hijos/as; y por motivos relacionales, muchas veces situaciones de violencia por parte de sus parejas.

Promoción de la Salud con Perspectiva de Género

Creemos que es fundamental dar un lugar real a las necesidades de las trabajadoras sexuales y a partir de allí proponer y planificar los objetivos a trabajar.

Teniendo en cuenta el contexto de exclusión, estigma y marginalidad en el que viven hace mucho tiempo las trabajadoras sexuales, es que Ammar Córdoba propone junto a la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones Espacios de Escucha, acompañamiento y asistencia en el consumo problemático de sustancias. Espacios que tiene como objetivo principal la promoción de la salud, y a partir de allí generar encuentros en donde haya una escucha activa, en donde se pueda compartir experiencias, sin ser juzgadas por ello, fortalecer la autoestima, generar herramientas de autocuidado, fortalecer redes entre las compañeras, entre otras cuestiones que se abordan.

Y aquí es fundamental pensar en clave de género, es decir, cubrir necesidades específicas de las mujeres, identificar desigualdades y sesgos de género, reducir la discriminación, potenciar la participación de la población, buscando autonomía y empoderamiento. Para promover el acceso y la equidad en los programas de salud, es fundamental analizar los condicionantes y las desigualdades de género (Hansen Rodríguez, 2019).

Entendemos que tener una mirada rígida sobre el consumo y percibir la población como un todo homogéneo, lleva a una percepción androcéntrica de la situación que no permite realizar intervenciones específicas/diversas/heterogéneas. Abordar las situaciones de consumo desde una perspectiva de género implica tener presente las diferencias y especificidades de género en cuanto a los factores que condicionan el momento de acceder o permanecer a los dispositivos asistenciales.

Tanto las Recorridas Territoriales como los Seguidos Telefónicos, son las actividades que más aportan a nuestro trabajo, ya que allí se da uno de los primeros acercamientos que tenemos con las usuarias y por lo tanto es primordial nuestro accionar en esos momentos para volver a tener el contacto con ellas. De este modo podemos ir abordando los factores que condicionan tanto el acceso como la permanencia en los espacios.

Reflexiones

El equipo lleva a cabo diversas reuniones para seguir de-construyendo prejuicios y conceptos referidos al consumo de sustancias, principalmente, a través de la discusión de materiales bibliográficos; también poder hablar y compartir acerca de los conflictos internos que genera, muchas veces, el acompañar a trabajadoras sexuales en situaciones de violencia y/o consumo. Creemos que es importante poder capacitarse y aprender sobre cuestiones de género y consumos problemáticos, para poder construir en conjunto nuevas miradas hacia el acompañamiento y asistencia a los diferentes procesos que atraviesan las usuarias.

En este sentido, es importante analizar que son muchos los factores que interactúan para que tanto la entrada en los tratamientos, como la permanencia en los mismos, se vea dificultada por cuestiones de género para las mujeres y es desde allí que debemos pensar las estrategias de abordaje.

Hansen Rodríguez (2019) sostiene que es indispensable la incorporación de la perspectiva de género a todos los niveles: investigación, formación, prevención, atención, sensibilización, entre otros. De no incorporar la perspectiva de género se estará perpetuando la concepción de la población como un todo homogéneo con iguales necesidades, obviando el hecho de que todas las personas requieren intervenciones diferenciadas que respondan a sus especificidades de género.

Por lo tanto, un abordaje carente de sensibilidad y/o formación en género, es un elemento que influye negativamente en el acceso y en el mantenimiento del tratamiento de las trabajadoras sexuales.

Los desafíos y las propuestas siguen siendo tener un mayor acercamiento a las usuarias, para mejorar lazos de confianza y promover el acceso a los diferentes espacios que dispone Ammar Córdoba; fortalecer redes de acompañamiento y contención entre las mismas compañeras; seguir capacitando en diversas temáticas a todo el equipo; seguir ampliando articulaciones con diferentes organizaciones, equipos y/o instituciones entendiendo que es fundamental tejer redes para abordar y dar respuestas a la amplia falta de acceso a los derechos laborales, educativos y de salud que atraviesan las trabajadoras sexuales.

Entendemos que unas de las funciones fundamentales del Estado es garantizar los derechos de todas las personas, así como también promover el bienestar de las mismas. Por tal motivo, resaltamos la importancia de seguir articulando con el Estado y sus diferentes organismos para dar legitimidad y reconocimiento a los derechos que se encuentran vulnerados en las trabajadoras sexuales.

Bibliografía

- Hansen Rodríguez, G. (2019). "La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencia" en Infonova Revista Profesional y Académica sobre Adicciones. Asociación Dianova España. Primer Semestre 2019. N° 35.
- Hansen Rodríguez, G. (2021) "El abordaje de las violencias en los recursos de adicciones: Una asignatura

pendiente que ya no puede esperar” en Portal LasDrogas.info. Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.

- Salamanca Fernández, A. (2017) “El patriarcado y las drogas: El espejismo de igualdad para las mujeres” en Drogas & Género. Barcelona.

Equipo Itinerante: Estrategias de intervención, alcances y desafíos de una propuesta de abordaje territorial en la prevención de adicciones

Mgter. Buffa, Silvina; Med.Bustamante, Tomas ; Lic. Ferrer, Nicolas; Lic.Medeot, Sofia

Oponiéndose al maltrato, el "buen trato" refiere a todo tratamiento y relación social que incluye la singularidad subjetiva y la escucha basada en la legitimidad y en el reconocimiento de la persona que padece. Oponiéndose a la crueldad, la noción de ternura es la base del "buen trato" como abrigo y como protector contra la violencia social.
M.Epele

El Equipo Itinerante: aproximación al encuadre de trabajo de un dispositivo de intervención móvil e interdisciplinario

El Equipo Itinerante (EI en adelante) es un dispositivo de intervención móvil e interdisciplinario que pertenece al Programa de Prevención Territorial (PPT en adelante) de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA). El mismo, se comenzó a implementar en el año 2020 ante la necesidad, en tiempos de pandemia, de generar mayor articulación entre el Área de Prevención y el Área de Asistencia, esto es, el Centro Asistencial Córdoba (CAS en adelante) de nuestra Secretaría.

Así mismo, se buscaba ofrecer un dispositivo de cercanía territorial a aquellos/as usuarios/as que por diferentes motivos no llegaban a los espacios que ya se venían desarrollando desde el PPT, como son los Espacios de Escucha y Talleres Culturales que llevan a cabo los Equipos Zonales.

Una característica distintiva del EI es su carácter móvil y dinámico. Entendemos dicha movilidad en diversos sentidos. Movimiento en tanto disponibilidad de traslado del Equipo a los domicilios de los/las usuarios/as para realizar las intervenciones en donde las personas viven y/o en algunos casos donde trabajan o desarrollan su vida cotidiana. La movilidad también la entendemos en tanto flexibilidad y carácter altamente dinámico de los abordajes que implementamos, de acuerdo a cada caso, lo que implica una continua apuesta a proponer ajustes, revisiones y/o cambios de rumbo en las estrategias de intervención de acuerdo al devenir de cada problemática a abordar. También apelamos al carácter dinámico del dispositivo para referirnos a que se desarrollan acciones simultáneas en diferentes sentidos y actores: pues se interviene tanto con el/la usuario/a y su familia o grupo conviviente, a la vez que se realizan articulaciones intra e interinstitucionales; el trabajo del EI se desarrolla de manera conjunta con Equipos Zonales del PPT, con el equipo de Coordinación de este Programa (PPT), y con profesionales del CAS. Además, se realizan derivaciones a Comunidad Terapéutica (CT), articulaciones con Hospitales Poli y Monovalentes, Centros de Día, Programas Sociolaborales, Dispensarios, Ministerio de la Mujer, Dispositivos de SEDRONAR, Servicio de Protección de los Derechos de niños, niñas y jóvenes (SPD), Secretaría de niñez, adolescencia y familia (SENAF), Ongs, Organismos Religiosos, entre otros.

El EI propone un abordaje interdisciplinario, dado que está integrado por dos psicólogos y un médico psiquiatra y cuenta con una Tutora que acompaña al equipo interviniente. Además cabe destacar que el trabajo interdisciplinario también se lleva a cabo cuando se articulan acciones con profesionales de otras instituciones, equipos del PPT y/o CAS.

Entendemos a la interdisciplinariedad como un posicionamiento y no como una teoría unívoca. Destacamos la importancia del mismo, en tanto obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas, de época, atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos y requiere de ello (Stolkiner, 2005).

Tal como propone Stolkiner (2005), en este caso, el EI no funciona como la suma de sus disciplinas sino como una interacción de las distintas partes, buscando un abordaje desarrollado en conjunto, que cuente con los saberes convenientes de cada área del conocimiento, para así llegar a construir la mejor alternativa terapéutica posible para cada caso y contexto o situación.

Acerca de los/las usuarios/as con que trabaja el Equipo Itinerante

El espacio que brinda el EI, está destinado a distintos tipos de usuarios/as, siendo la característica fundamental, que estos se encuentran transitando una problemática de consumo de sustancias, ya sea activa o en periodo de remisión. La intervención no se hace únicamente sobre el/la usuario/a, sino también sobre su grupo familiar/ conviviente o de pertenencia. Hay que destacar que el equipo desarrolla sus acciones dentro de la ciudad de Córdoba Capital, con ciertas excepciones a localidades vecinas, como el caso de Villa Allende.

Los/as usuarios/as abordados/as por el EI cuentan con la particularidad de que, en términos generales, ya han transitado por otros dispositivos y/o equipos de la Secretaría (SPAA), y que dada la complejidad del caso, se solicita la intervención y/o articulación con el EI a fin de complementar las acciones que se vienen llevando a cabo.

De este modo, una particularidad de los casos abordados por el EI, es que son casos de elevada complejidad; con esto nos referimos a aquellas situaciones donde la multiplicidad de variables que las determinan, escapan a las posibilidades de abordaje de los Equipos zonales del PPT, encontrando dificultades y/o imposibilidades de acceso a las actividades o a los espacios de tratamiento propiamente dichos. En otros casos, desde espacios asistenciales como CAS o CT se requiere de un abordaje territorial en domicilio que solo puede llevar a cabo el EI.

Algunos de los factores y/o características que consideramos expresan la elevada complejidad que se presenta en los casos abordados, son que:

- La mayoría de las familias y/o grupos convivientes se encuentran atravesados por situaciones de extrema vulnerabilidad, como condiciones de vida marcadas por la pobreza y/o dificultades de acceso a derechos básicos (salud, educación, vivienda, trabajo, etc). A su vez, algunos de sus miembros suelen presentar problemáticas vinculadas a: violencia de género, infancias con dificultad para asistir a la escuela, contexto familiar de consumo, entre otros. Estas condiciones de vida, más allá de la problemática de consumo que presente uno o más de sus miembros, complejizan altamente la realidad de las familias. En este sentido, un estudio realizado por Martins, Dos Santos y Pillon (2008) en Brasil, acerca de "Percepciones de familias con bajos ingresos sobre el consumo de drogas por un miembro de su familia", concluyó que el perfil socio-económico, cultural y educativo de la población en estudio, permitió delinear las condiciones de vida que caracteriza a las familias de estos grupos populares, que viven en exclusión social, enfrentando riesgos crónicos que las coloca en vulnerabilidad constante. Se observa que estas familias son numerosas en comparación con el bajo nivel de ingresos y la dificultad de introducirse en el mercado de trabajo por parte de sus miembros, lo que restringe sus condiciones materiales de sobrevivencia y las posibilidades de solucionar positivamente sus problemas de adaptación a una situación.

- Algunos de los/as destinatarios/as abordados/as por el equipo y en tratamiento en el CAS por lo general, son pacientes con patologías duales, definido por la existencia de un trastorno por uso de sustancias junto con otro trastorno mental coexistente. En este caso se coincide con la perspectiva de Torrens Melich (2008), quien considera que el/la paciente con patología dual debe ser atendido/a en un sistema integrado, es decir, en un sistema que garantice el abordaje de la adicción y la patología psiquiátrica de forma conjunta, simultánea y a largo plazo.

- Por último, es importante mencionar que en muchos casos se presentan dificultades de acceso (por patologías incapacitantes, inmovilidad o limitaciones en la movilidad del usuario/a, limitaciones o barreras vinculadas a características geográficas, dificultades vinculadas a disponibilidad de tiempo, falta de recursos económicos para movilizarse hasta espacios de escucha zonales o CAS, entre otros) de los/as usuario/as a los espacios de escucha y/o demás actividades que proponen los equipos zonales o el CAS, lo que hace que sea necesaria la intervención del EI, para complementar el abordaje.

Modalidad de Trabajo del Equipo Itinerante

En cuanto a la modalidad de trabajo, la intervención del EI inicia a través de una derivación realizada por otros equipos/áreas de la Secretaría. Se procede a la recepción y análisis de cada caso en reuniones internas de supervisión del EI, y a través de comunicaciones con los equipos derivantes, se busca contemplar las características específicas de los/as usuarios/as y su grupo conviviente.

La modalidad de trabajo se puede resumir en un **Proceso de Intervención** que cuenta con los siguientes pasos:

1- Ingreso de casos, “Derivación” al Equipo Itinerante: Se recibe la derivación a través de un formulario de Google. A partir de la recepción de un caso, el EI se pone en contacto con el equipo que realiza la derivación o demanda intervención, para acordar criterios y estrategias de trabajo conjuntas.

2- Intervenciones del Equipo Itinerante: En cuanto a las estrategias de intervención vale señalar que el equipo construye las estrategias de abordaje situadas y específicas con el/la usuario/a y su grupo de convivencia. Dichas estrategias contemplan:

- Momento de acercamiento y desarrollo de confianza con el /la usuario/a o su grupo conviviente para el ingreso al domicilio.
- Identificación de riesgos de la situación y factores protectores con que cuenta el/la usuario/a o su grupo de convivencia.
- Abordaje de expectativas/demandas familiares. En este punto resulta importante poder identificar ciertas expectativas que suelen vincularse a pedidos hacia el EI para medicar, internar, denunciar a un familiar. Ello permitirá posteriormente clarificar a la familia el rol e incumbencias del EI y las posibles intervenciones del mismo.
- Valoración interdisciplinaria y estabilización del paciente.
- Construcción de recursos y herramientas junto al paciente y/o a grupo de convivencia.
- En casos en que se requiera, establecimiento de acuerdos para la derivación a un tratamiento en CAS y/o CT.
- Acciones de psicoeducación, ofreciendo información y asesoramiento (vinculada a recursos en salud, acceso a justicia, etc.).

3- “Cierre” o derivación de casos: Finalmente, cuando se ha acordado junto al usuario/a y su familia el comienzo de un tratamiento específico, se realiza un acompañamiento en las gestiones de turnos, estudios y requerimientos para acceso a CAS, CT, PPT. Se establecen articulaciones con equipos a los que se derivará. Se realiza un seguimiento del usuario/a hasta que logra su adherencia al tratamiento. Y finalmente el EI se retira, quedando a disposición tanto de la familia como de los equipos implicados.

El tiempo de la intervención es un factor independiente, lejos está de encuadrarse en un marco normativo. La existencia de los mencionados casos de alta complejidad hace que en determinadas situaciones el EI deba abordar a pacientes por periodos de tiempo prolongados; reintervenir sobre determinados usuarios/as que se dieron de alta previamente, en casos de recaída, o posterior a una institucionalización.

Diseño de estrategias de intervención desde un abordaje territorial.

En cuanto al diseño de las estrategias de intervención, es necesario aclarar que el EI se encuentra dentro de lo que se conoce como RAAC 1, que incluye actividades sanitarias que apuntan a la promoción de la salud y a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde un abordaje territorial. Sin embargo, desde este dispositivo se realizan además intervenciones de tipo asistenciales, debido a las necesidades y complejidades que presentan los casos. Cabe destacar que no forma parte de este abordaje la atención de usuarios/as en situación de urgencia, ni usuarios/as menores de 14 años, ya que existen otros niveles de atención, equipos e instituciones encargados de asistir a los mismos.

Las estrategias y herramientas de intervención territorial se diseñan según cada caso, destacando la necesidad de que sean específicas y singulares. Sin embargo, a modo general podemos señalar que estas estrategias incluyen **Visitas Domiciliarias y Entrevistas** en donde se configuran **Espacios de Escucha**, tanto para el/la usuario/a como para su grupo conviviente. En este sentido, muchas veces nos encontramos con que la persona que consume inicialmente se niega a recibir ayuda y el trabajo se realiza en un primer momento con los familiares o vínculos cercanos que la acompañan. En ocasiones, también se utiliza como estrategia de trabajo, la distribución de tareas al interior del Equipo, para abordar en diferentes espacios a distintos integrantes del grupo familiar, habilitando así una atención individual con la privacidad adecuada.

Interesa en primer lugar destacar la especificidad del trabajo del EI enmarcado en un **abordaje territorial**. Pues este abordaje territorial es una característica - y una oportunidad - distintiva de este dispositivo, dentro de otras acciones que se desarrollan desde áreas asistenciales de nuestra Secretaría u otras instituciones. Al territorio lo entendemos como algo más que un espacio físico en un mapa en función de su geografía. Coincidimos con Lenta, Longo, Tortosa y Joskowicz (2020) en que el territorio es una construcción dinámica, variable, semantizable y resemantizable por los/as actores/as sociales que allí desenvuelven diferentes acciones de la vida cotidiana. Los territorios en que desarrollamos nuestro trabajo están signados por inequidades estructurales que genera un escenario complejo, en el cual resulta necesario contemplar no sólo consideraciones respecto de la problemática de consumo, sino atender a las condiciones sociomateriales de vida, las necesidades, los recursos, y el acceso -o no- a derechos de los/as actores/as territoriales con que trabajamos. Posicionados/as desde un programa de prevención como el PPT, el territorio se vuelve fundamental en estos contextos para el equipo de salud, pues “está atravesado no sólo por los procesos epidemiológicos, sino también, por los económicos, políticos, culturales e históricos que delimitan situaciones de vulnerabilidad diversas, es decir, susceptibilidad diferencial según los recursos y posicionamientos territoriales para los colectivos sociales, de sufrir distintos padecimientos” (op.cit. 2020:31). En este sentido coincidimos con los autores antes mencionados respecto de que el creciente aumento de problemas psicosociales en los territorios urbanos, exige a los equipos de salud manejarse con un enfoque integrador, que no se limita a trabajar con el individuo y su problemática/patología, sino que tiene que estar relacionado con los alcances de atención, evaluación y prevención a nivel familiar y de comunidad.

Respecto a la **Visita Domiciliaria** como herramienta de abordaje básica del EI, acordamos con Aparicio, Mazarrasa, Merelles y Sánchez (2000), quienes la definen como una actividad de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio de las personas. Herramienta que permite detectar, valorar, apoyar o abordar los problemas de salud del usuario/a y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Cabe advertir que en algunas ocasiones estas visitas también son programadas en otros espacios sociales por los que circulan los/as usuarios/as como Centros vecinales, Centros de salud y/o espacios públicos.

Teniendo en cuenta el abordaje territorial que sustenta el trabajo del EI, consideramos que la **Visita Domiciliaria** como respuesta a la demanda de atención, puede resultar un instrumento útil cuando se aprovecha efectivamente el hecho de realizarse en la vivienda del usuario/a, para contextualizar el motivo de consulta en el ámbito familiar, barrial, socioeconómico y cultural. Esto implica entender que la **Visita** no puede ser un mero “traslado” de la entrevista, del consultorio o la institución, al barrio o al hogar del usuario/a y por ende debe incluir la observación e indagación sobre las conexiones de dicho/a usuario/a, familia o grupo conviviente, con su ámbito social y el trabajo sobre la función terapéutica que puede tener determinadas actividades grupales y barriales o territoriales en las que se puede invitar al usuario/a o familia a participar (Pan,1986).

En cuanto a la organización de las visitas, éstas se definen principalmente a través de **contactos telefónicos** previos. Para ello el Equipo cuenta con un Teléfono exclusivo para este trabajo, resguardando de esta manera los números de contacto personal y la privacidad de los/las integrantes del Equipo, evitando así comunicaciones fuera de horario o que afecten el encuadre de trabajo. Este recurso telefónico también se utiliza para realizar un seguimiento de los/as usuarios/as en caso de no poder concretar los encuentros presenciales.

En relación a la **escucha** como intervención, resulta interesante retomar los aportes de Carballada (2015), cuando afirma que la misma se entrelaza de manera relevante con la inclusión social. Quien no puede ser escuchado no es ratificado como un sujeto que pertenece al “todo” social. La ausencia de lugares, actividades, espacios, que faciliten la posibilidad de escuchar, sostiene la exclusión y la ratifica, generando otro tipo de identidades y pertenencias efímeras en soledad, donde la presencia del Otro es una imagen pasajera, casi espectral. Ser escuchado es un derecho que en tanto no es cumplido, separa, segrega, cosifica a ese Otro que reclama esa condición. En este sentido, la circulación de la palabra genera nuevos recorridos, construye caminos de entrada y salida, sostiene y se presenta como un elemento significativo en la construcción de lazos sociales.

La denominada “**escucha activa**” implica un interesarse por ese Otro, estar disponible, aceptándolo como es, dando lugar a otras perspectivas o formas de comprensión y explicación. Se vincula con la habilidad de tener en cuenta algo más de lo que la persona está expresando directamente; intentando de este modo aproximarse a los procesos subjetivos que se dicen desde diferentes lenguajes, tonalidades de discurso y formas del habla. En este sentido, las palabras en el espacio del diálogo, se entrelazan con el escenario de intervención, el contexto y el territorio. Escuchar, en términos de intervención, implica acceder a un proceso de comprensión y explicación que intenta organizar los sentidos, pautas, códigos, implicancias

y perspectivas de quien está hablando. Como así también una búsqueda de elucidación y revisión crítica que conforma las circunstancias, valores y perspectivas del que está escuchando (op.cit.).

Finalmente interesa detenernos en las particularidades que asigna al trabajo del EI el lugar en que se desarrollan las intervenciones: los domicilios de los/las usuarios/as. Coincidimos con Camozzi y Abod (2009) en que al ser la vivienda del usuario/a el espacio en que se desarrolla nuestra actividad, **la escucha en una visita domiciliaria** aporta a la tarea una serie de características propias entre las que se destacan:

- los profesionales no somos “locales” en la entrevista.
- la disposición de nuestros lugares en el hogar que visitamos es determinada por los/las habitantes del mismo y no por nosotros/as.
- permite una más pronta contextualización de la situación familiar y barrial en que vive el/la usuario/a, en sucesivas visitas domiciliarias.
- puede haber cambios del espacio en que tiene lugar la/s entrevista/s (patio, habitaciones, vereda, espacios públicos próximos al domicilio).
- la inmediatez y el “estar ahí”, “poniendo el cuerpo”, con que se hace presente para los profesionales la distancia entre su medio cultural y el de la familia visitada, puede disminuir las distorsiones que los primeros hagan del contenido aportado por esta última.

Desafíos y Alcances de las Intervenciones del Equipo Itinerante

A la hora de reflexionar sobre las prácticas del EI, se pueden mencionar algunos desafíos que se presentan en las mismas, los cuales se convierten en ejes movilizados para repensar, reinventar y diseñar nuevos modos de abordaje que extiendan los alcances de las intervenciones propuestas. Entre estos desafíos se pueden mencionar:

- un desafío relevante que en cada caso abordado ha resultado importante analizar y encuadrar, ha sido el relativo a dilucidar los **encargos y demandas de intervención** (e internación) que se presentan al momento de solicitar la intervención del EI. Pues en variadas situaciones nos encontramos con que las familias u otra institución piden la intervención del EI para solicitar la internación del usuario/a, como modo casi “mágico” de “solucionar” el problema de consumo; sin embargo en diferentes ocasiones el/la usuario/a no adhieren a tratamiento o no han solicitado la intervención del Equipo. En estas situaciones resulta necesario un abordaje integral no solo con quien presenta la problemática de consumo sino con todo su grupo familiar y/u otras instituciones intervinientes, para acordar estrategias de abordaje conjuntas con la participación de cada usuario/a y su grupo familiar o de convivencia.
- de este modo, otro de los desafíos que se presenta es la **dificultad de adherencia** en algunos casos, ya que a pesar de los intentos de la familia o el equipo, la persona que consume desiste o se niega a realizar un tratamiento. Es ahí donde el equipo intenta desarrollar nuevas estrategias para que el usuario/a logre tomar conciencia de sus padecimientos.

También hemos tenido que trabajar y desentramar muchos de los **sentidos asociados a las visitas domiciliarias**. Pues en general diferentes dispositivos institucionales recurren a la visita domiciliaria como modo de “controlar”, constatar, monitorear, o para gestionar recursos, entrega de alimentos o en nuestro caso expectativas en torno al psiquiatra: “que me traiga la medicación”. Por eso, una tarea importante es poder trabajar esos sentidos, clarificar el encuadre de este dispositivo e ir realizando acuerdos con el/la usuario/a y su familia en torno al abordaje.

- En ciertos casos nos hemos encontrado con **dinámicas familiares, barriales y comunitarias que irrumpen** en las visitas, más allá de las problemáticas de consumo. Por ejemplo problemas de violencia de género, amenazas o agresiones a vecinos o familiares, en los que muchas veces se nos ha colocado como mediadores de vínculos complejos. En todos estos casos ha resultado central poder articular con otros actores institucionales y comunitarios que pueden aportar al abordaje de dichas problemáticas de manera integral e intersectorial.
- En consonancia con los desafíos mencionados en el ítem previo, reconocemos la complejidad de lo social en el abordaje territorial en tanto intervenimos en contextos y situaciones de elevada conflictividad y dramática social. Ante ello sostenemos el postulado de que “no es posible trabajar solos/as,

siempre lo hacemos con otros/as”: con referentes barriales, comunitarios, institucionales o compañeros/as que trabajan en la zona desde otros dispositivos. Destacamos entonces la necesidad e importancia del trabajo en equipo y del trabajo colectivo para el abordaje de problemáticas complejas.

- Reconocemos también la importancia del trabajo intersectorial y en red. A medida que el trabajo del EI se fue consolidando, el trabajo en red e interinstitucional se instaló de manera favorable a través de la articulación y abordaje en conjunto con los Equipos Zonales, CAS y otras instituciones y organizaciones, favoreciendo tanto a los usuarios/as como al grupo familiar para involucrarse en un tratamiento más completo e integral. Como proponen Martins, Dos Santos y Pillon (2008) esto permite desarrollar habilidades que ayuden a enfrentar esta problemática, de forma más adaptativa, manteniendo el equilibrio y el bienestar necesarios para minimizar los conflictos y desestructurar sus consecuencias negativas, convirtiendo estos espacios en modelos alternativos para desarrollar y sostener de salud.

- Por último, quisiéramos señalar que con frecuencia se nos ha presentado un interrogante referido a los tiempos de las intervenciones: ¿cuánto tiempo es necesario sostener las Intervenciones del EI? Al respecto consideramos que si bien, como se ha mencionado anteriormente, esto depende de cada caso particular, resulta importante tener presente esta pregunta como Equipo ya que en ocasiones los/as usuarios/as presentan características específicas, que llevan a que se genere cierta “dependencia” de las intervenciones, lo cual conlleva a que las mismas se vuelvan cíclicas y/o crónicas, lo que genera, en ciertos casos, la necesidad de plantear pausas para reencuadrar y/o reorganizar las estrategias que se proponen. En este sentido, es importante reconocer la necesidad de sostener los abordajes de este tipo de dispositivos territoriales, con una proyección a largo plazo, tanto para su institucionalización en el sistema de Salud Pública, como para garantizar la continuidad del trabajo con las familias y comunidades en territorio.

Reflexiones Finales

A modo de cierre, destacamos la necesidad e importancia de continuar consolidando dispositivos como el que propone el Equipo Itinerante a la luz de los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 que regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se fundamenta en los tratados internacionales de Derechos Humanos. En tal sentido, consideramos que propuestas como la que lleva a cabo el Equipo Itinerante se orientan a garantizar la atención domiciliaria como una de las estrategias de atención que postula la mencionada legislación en su Art.9º, el cual 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”. En este sentido, apostamos a consolidar una estrategia de atención sustentada en el paradigma de derechos, la cual priorice la atención en su ámbito más inmediato, es decir, en el domicilio de las personas con padecimiento mental (Bagan, Guilledo, 2017).

Para finalizar, interesa volver a la especificidad del dispositivo que aquí presentamos, aquello que lo define en su nombre: Equipo Itinerante. Entendemos que la itinerancia se define como la capacidad de ir de un lugar a otro. El itinerar es la acción del traslado de un cuerpo a un contexto o momento diferente. Por lo cual este proceso va nutriendo y forjándose de experiencias nuevas que permiten plasmar, o dejar huella del conocimiento adquirido por donde este va pasando.

La palabra Itinerante según el diccionario etimológico proviene del latín y se asocia al ‘viajero’, y este al ‘viajar’, al ‘camino, viaje’ (RAE, 2017). Así, su definición etimológica establece la relación de la experiencia itinerante con la acción de viajar. Para el viajero que es itinerancia plena, el viaje le permite razonar, conocer y aprender por análisis propio muchas de las situaciones que vive. Esto le otorga una comprensión a partir de sus propia experiencias, un diálogo propio, que permite descubrir y auto-enriquecerse.

Nuestro nombre: “Equipo Itinerante”, refleja la esencia de nuestra labor diaria: un caminar muchas veces errante, no del todo previsible, singular, particular en cada caso, con cada usuario/a, cada familia, aprendiendo en el andar, descubriendo caminos en ese transitar juntos: usuarios, familias, equipos, instituciones, organizaciones y comunidad.

Bibliografía

- Bagan, E. y Guilleo, C. (2017) “La Atención Domiciliaria: una posibilidad desde el paradigma de los Derechos Humanos” en 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires. Argentina.
- Camozzi, M. y Abod, A. (2009) “La Visita Domiciliaria como herramienta del trabajo comunitario con jóvenes de Villa La Tela”. Trabajo Final de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNC. Córdoba. Argentina.
- Carballada, A. (2015) “La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social” en Faraone, Silvia et al. (comps.) Determinantes sociales de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociales-UBA. Argentina.
- Epele, M. (2013) Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Ed. Antropofagia. Bs.As. Argentina.
- Martins, M., dos Santos, A., Pillon, S. (2008) “Percepciones de familias con bajos ingresos sobre el consumo de drogas por un miembro de su familia” en Rev. Latino-Am. Enfermagem 16 (2).
- Pan, M. (1986) “La Visita Domiciliaria” en Sistematización de la experiencia de los residentes de primer año del hospital Neuropsiquiátrico Provincial en Bº Maldonado y barrios aledaños. Ministerio de Salud. Córdoba. Argentina.
- Real Academia Española. (2017) Diccionario de la lengua española. España.
- Sánchez M.A., Aparicio V., Germán C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill/Interamerica. España.
- Stolkiner, A. (2005) “Interdisciplina y Salud Mental” en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones. Argentina
- Torrens Mèlich, M. (2008) “Patología dual: situación actual y retos de futuro” en Adicciones, vol. 20, núm. 4, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Palma de Mallorca, España

Atención Telefónica desde un abordaje de prevención de consumos

Lic. Medeot, Sofía; Mgter. Buffa, Silvina

La escucha sería el núcleo irreductible a cualquier posibilidad de mercantilización que puede acontecer en cada acto de salud.

En ella se recupera no sólo la dimensión subjetiva de quien "recibe" asistencia, sino de quien la "brinda".

En última instancia, se trata de introducir la dimensión de la dignidad en el acto, entendiendo por dignidad no colocar al otro en el lugar de objeto, medio o mercancía A.Stolkiner

Espacio de Atención Telefónica, un dispositivo del Programa de Prevención Territorial

El Espacio de Atención Telefónica se enmarca entre los dispositivos que ofrece el Programa de Prevención Territorial (PPT) de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA).

El mismo surgió en el año 2021 con el objetivo de volver más accesible un recurso a la población, ofreciendo una alternativa de abordaje no presencial ante las medidas dispuestas de aislamiento y/o distanciamiento social, en el contexto de pandemia por Covid. En la actualidad, a partir de los ajustes realizados en el dispositivo de intervención, se ha logrado sostener una alternativa de atención telefónica, orientada a la prevención y derivación oportuna de usuarios/as que presentan dificultades de acceso a espacios de escucha presenciales y/o tienen preferencia por espacios de escucha telefónicos.

De esta manera, este dispositivo ofrece un espacio de atención telefónica que posibilite el acceso de todas las personas con problemáticas de consumo en general y particularmente de quienes, por contar con extensas jornadas laborales (con horarios de trabajo en turnos mañana y tarde) o dificultad de movilidad y/o acceso a dispositivos presenciales, eligen una alternativa no presencial, a través de Espacios de Escucha que se ofrecen en horarios vespertinos (de 18hs. en adelante).

Además, en el devenir del Espacio de Atención Telefónica, teniendo en cuenta que el mismo se enmarca en un Programa orientado a la prevención del consumo como es el PPT, se ha incorporado una propuesta de abordaje grupal, que tenía menor oferta entre los dispositivos preexistentes en esta Secretaría, como es la prevención terciaria, orientada a la fase de mantenimiento o, en este caso, lo que se denomina **prevención de recaídas**. De este modo en la actualidad se ofrecen Espacios de Escucha telefónica individuales y grupales, en este último caso para usuarios/as que demandan una intervención orientada a la prevención de recaídas.

Estos espacios son diseñados y llevados a cabo por dos profesionales en Psicología que trabajan en conjunto, pensando estrategias y abordajes para cada caso en particular, a través de reuniones de equipo semanales. Se entiende al Dispositivo Telefónico como una alternativa de abordaje orientada a la prevención, importante de complementarse con otros dispositivos que permitan un abordaje integral de los consumos y sus problemáticas asociadas.

Una aproximación a los/as destinatarios/as del dispositivo.

Tal como señalamos, quienes son destinatarios/as del dispositivo de Atención Telefónica presentan la particularidad de ser personas que por diferentes motivos solicitan el acceso a un Espacio de Escucha telefónico. Entre los principales motivos para escoger una alternativa de atención telefónica se encuentra el referido a personas que tienen dificultades de acceso a dispositivos presenciales en los horarios de atención ofrecidos por equipos zonales del PPT o en el Centro Asistencial Córdoba (CAS), que en general se ofrecen en turno mañana o siesta-tarde.

De esta manera el brindar una alternativa con accesibilidad horaria, es una cualidad distintiva de este dispositivo que se desarrolla en horarios vespertinos. Ello imprime notas particulares en el perfil de los/las usuarios/as que participan. En tal sentido los/las mismos/as presentan la característica de que en su mayoría son trabajadores/as, que cuentan con jornadas laborales extensas y ven limitado su acceso a servicios como Espacios de Escucha del PPT o el CAS, que funcionan en horarios por la mañana o siesta-tarde; o personas con dificultades de movilidad (por motivos económicos que limitan la posibilidad para

trasladarse o por tener alguna problemática de salud que limita o impide moverse) para acceder a Espacios de Escucha presenciales.

Los/as usuarios/as que participan de los Espacios de Escucha telefónica individual son jóvenes o adultos/as con problemáticas de consumo de sustancias y también familiares de los/as mismos/as. Estos últimos casos son en su mayoría madres de jóvenes que plantean la necesidad de ser escuchadas y conocer “cómo manejar situaciones cotidianas” con sus hijos e hijas que se encuentran transitando esta problemática pero aún no son conscientes de la misma o no quieren comenzar un tratamiento.

En el caso de los/as usuarios/as que acceden al Espacio de Escucha grupal, los/as mismos/as cuentan con la particularidad de ser personas que demandan un espacio de prevención de recaídas.

Entendemos a la recaída como un proceso transitorio, una serie de acontecimientos que pueden, o no, estar seguidos por el regreso a los niveles de línea de base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento. Es decir, que la recaída puede entenderse como un fallo, un error, un lapso; y no siempre como un retorno al punto inicial del tratamiento desde el que volver a empezar (Castilla, 2016).

En los espacios grupales asisten personas de diferentes género y edades, que están o estuvieron en tratamiento en algún espacio asistencial (en su mayoría han participado de espacios grupales, atención psicológica y/o psiquiátrica individual en el CAS o han realizado internación en Comunidad Terapéutica -CT-) y en este momento en algunos casos se encuentran realizando terapia individual y/o con psiquiatra en CAS, pero en lo grupal solo pueden participar de manera virtual, ya que por estar trabajando y/o por cuestiones de dificultad de acceso o imposibilidad de moverse, no pueden asistir de manera presencial a todos los espacios. Se atiende a usuarios/as de Córdoba capital como también de zonas aledañas, que provienen de clase social media y baja.

Notas distintivas y modalidad de trabajo en atención telefónica.

Desde el dispositivo de Atención Telefónica se trabaja para promover espacios articulados, para garantizar una atención integral de las personas, a través de la comunicación, articulación, asesoramiento y derivación tanto a los Programas y dispositivos de la Red Asistencial de Córdoba (RAAC) como la orientación respecto de otras instituciones que aborden las problemáticas por las que se consulta.

Con respecto a la modalidad de trabajo, vale señalar que los casos que se reciben son a partir de un protocolo de derivación desde el PPT, CAS u otras áreas de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

Cuando un/una usuario/a toma contacto telefónico, se pauta una **primera entrevista telefónica** para brindar información referida a cómo funciona el espacio de escucha individual y/o grupal telefónico. Allí, se pacta un día y horario de llamado semanal. Las comunicaciones se realizan vía videollamada en plataforma de whatsapp o llamada telefónica, ya que son las opciones más accesibles a los/as usuarios/as, que cuentan con telefonía móvil. Además, en los casos en que se requiere, la profesional interviniente puede complementar los espacios de escucha semanales con comunicaciones **vía mensajes de texto** para pautar llamadas, orientar en acciones o situaciones específicas que ocurren en determinados momentos del abordaje, realizar seguimiento de algún señalamiento terapéutico o brindar información de otros espacios a los que se puede recurrir en caso de requerir intervención en crisis o en situaciones de urgencia.

La **atención telefónica** busca ofrecer un dispositivo de escucha orientado a la promoción de la salud y la prevención del consumo.

Entendemos que la escucha se constituye en una necesidad y como tal se transforma en un derecho. Éste se vincula con la construcción y ratificación de la identidad y la pertenencia. Como tal, habilita la posibilidad de reflexionar, aleja temores y facilita la aceptación. Ser escuchado puede implicar la reafirmación o el inicio de procesos de reinscripción social en aquellos que fueron siendo dejados de lado en los complejos laberintos de la exclusión (Carballeda, 2015).

La atención telefónica individual busca ofrecer una escucha activa, contención y acompañamiento a las personas que requieran asistencia y/o derivación por presentar consumo de sustancias y problemáticas asociadas. Tiene como finalidad brindar un servicio de orientación, información, contención y/o acompañamiento profesional a quienes, demandan atención para sí o para otra persona. Los Espacios de Escucha individuales tienen una duración aproximada de 30 a 45 minutos y son de frecuencia semanal. Teniendo

en cuenta que este dispositivo se enmarca en el PPT, la escucha se orienta a la prevención, entendiendo que “la prevención es un conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo” (de Rementería, 2001:20).

Entre los Espacios de Escucha individual, se ofrece **atención telefónica para familiares**. Pues en ocasiones quienes consultan o solicitan el Espacio de Escucha individual son los propios familiares de los/las usuarios/as. Este espacio sirve para que conozcan aspectos y características de los padecimientos vinculados al consumo, brindarles herramientas y/o recursos para convivir con un familiar con esta problemática, ya que estos miembros asumen tareas de cuidado, educación, protección, acompañamiento, que son fundamentales para el inicio y sostenimiento de un tratamiento. Destacamos la importancia de la inclusión de miembros de la familia en los tratamientos por consumo de sustancias, tanto para la atención de sus necesidades, como por constituirse en un recurso valioso en el tratamiento, al promover el inicio del proceso de recuperación. En general la participación de los familiares favorece el ingreso del usuario/a al tratamiento y aumenta las probabilidades de que lo concluya y alcance mejores resultados (Almanza Avendaño y Gomez San Luis, 2020).

Las intervenciones que involucran a familiares pueden agruparse en tres categorías: intervenciones con miembros de la familia para promover la entrada y la participación de los/las usuarios/as en el tratamiento, participación conjunta de miembros de la familia y usuarios/as en el tratamiento de estos; intervenciones que responden a las necesidades de los familiares; y la psicoeducación, el apoyo por parte de los familiares y el desarrollo de habilidades de afrontamiento son elementos esenciales para trabajar con familias (op.cit.).

En diversas ocasiones el Espacio de Escucha Telefónica inicia con la atención a un familiar y posteriormente esto ha llevado a que el/la usuario/a pueda comenzar a involucrarse en realizar un tratamiento, acompañado de su familia, participando de los grupos que propone el CAS para los mismos, o asistiendo a un Espacio de Escucha del PPT. Es por esto que desde nuestro dispositivo también se realizan derivaciones, cuando se considera pertinente y adecuado a que comience el/la usuario/a y la familia con un abordaje específico en otros dispositivos preventivos y/o asistenciales.

El Espacio de Atención Telefónica, también ofrece un dispositivo para personas que ya han realizado tratamiento por consumo de sustancias (en CT, CAS u otros dispositivos asistenciales) y demandan un espacio de prevención de recaídas grupal. Para acceder a este dispositivo grupal se establece como requisito principal que la persona se encuentre en un periodo considerado de abstinencia y no en consumo activo.

El enfoque de prevención de recaídas es una opción eficaz de intervención en la fase de mantenimiento de una persona que ha experimentado una adicción; pues el mismo propone como estrategias a trabajar el entrenamiento en ciertas habilidades y el restablecimiento de un estilo de vida saludable (Castilla, 2016).

El grupo de prevención de recaídas se realiza a través de una llamada grupal de WhatsApp, conformándose un grupo reducido de hasta ocho personas, con una duración aproximada de dos horas por encuentro, con frecuencia semanal. Al ser encuentros complementarios, secuenciales y consecutivos se solicita que todos los participantes que inician un proceso grupal, asistan a todos los encuentros planificados. Cada encuentro contempla una parte informativa y otra “práctica”, donde se proponen diferentes actividades o tareas a desarrollar por cada participante, referidas a la temática planteada, para luego compartirla grupalmente. La información o recursos trabajados en cada encuentro son enviados a cada participante para que pueda tener acceso desde su dispositivo móvil y consultarlos cuando considere necesario. Algunos de los ejes temáticos que se trabajan son: proceso de recaída, factores de riesgo, redes de apoyo, autoeficacia, alertas de recaída, craving.

Los/las usuarios/as que participan del dispositivo de prevención de recaídas expresan que al constituirse “grupos reducidos” (en comparación con la cantidad de participantes de otras ofertas grupales, en otros dispositivos asistenciales), esto promueve un clima de mayor confianza al momento de hablar y compartir experiencias o aprendizajes, a la hora de utilizar herramientas o recursos que adquirieron en los diferentes espacios que propone la SPAA. También manifiestan que al encontrarse los diferentes participantes en la misma etapa de mantenimiento respecto al consumo, se sienten “más entendidos/as” entre ellos/as, ya que coinciden en muchos aspectos por los que están atravesando; en ocasiones eso que le sucede a otro/a ya algunos/as lo han atravesado o a otros/as les sirve para anticiparse y/o utilizando dicho conocimiento como herramienta para prevenir recaídas.

Oportunidades y desafíos de los Espacios de Atención Telefónica en la prevención de adicciones

A modo de valoración del dispositivo que se viene implementando proponemos analizar diversas oportunidades y potencialidades que fuimos identificando en el desarrollo del Espacio de Atención Telefónica, a la vez que señalar ciertos desafíos a futuro.

En primer lugar vale recordar que este dispositivo se originó en el marco de la pandemia por Covid. En dicho contexto tuvo la ventaja de ofrecer una alternativa de acceso a Espacios de Escucha, en una situación compleja, afectada por disposiciones de distanciamiento y/o aislamiento. Son numerosos los estudios que han señalado los beneficios de la atención telefónica durante la pandemia. Así lo reflejan diferentes investigaciones sobre: telesalud, telemedicina, salud digital, etc. y ello se ha evidenciado también en esta experiencia (Monras, Nuño, López-Lazcano, Escribano-Sáiz, del Valle, Lligoña, 2022; Huaiquién, Espinoza, Ríos, 2022). Aquí interesa destacar las potencialidades de la atención telefónica para acciones de prevención de consumo en el contexto actual de post pandemia / transpandemia. En tal sentido, un estudio realizado sobre los “Beneficios de la atención telefónica durante la pandemia covid19 en la adherencia terapéutica en pacientes con alcoholismo y otras adicciones” concluyeron que la experiencia indica de cara al futuro, una mayor flexibilidad en la oferta de tratamientos presenciales junto con otros online o telefónicos, dependiendo de la situación epidemiológica, o de las preferencias de los/as pacientes, en tanto la atención telefónica no supone una disminución en la calidad de la atención, sino que se observa que se mantienen las tasas de abstinencia y la adherencia al tratamiento. Dicho estudio señala que estos formatos telefónicos u online están creciendo y deben ser potenciados, por motivos económicos y por suponer una mayor flexibilidad y accesibilidad, no como un sustituto sino como un complemento de otros recursos e intervenciones presenciales (Monras, Nuño, López-Lazcano, Escribano-Sáiz, del Valle, Lligoña, 2022).

Destacamos las potencialidades que ofrece un espacio telefónico, en tanto coincidimos con el estudio antes mencionado en que la atención telefónica puede jugar un papel importante y positivo en una mayor adherencia a corto y medio plazo. A continuación puntualizamos diferentes beneficios u oportunidades identificadas en nuestro trabajo y que coinciden con lo analizado en otros estudios vinculados a los aspectos positivos que aporta la atención telefónica en prevención de la salud en general y del consumo en particular (Huaiquién, Espinoza, Ríos, 2022). Entre ellos se destaca:

- la percepción y/o sentimiento de comodidad por parte de los/as usuarios/as hacia formatos virtuales o no presenciales.
- el no tener que invertir recursos económicos en viajar hasta un centro preventivo o asistencial.
- la conveniencia para los/las usuarios/as de no tener que faltar al trabajo lo que se percibe como más rentable y, en casos de pacientes con largas jornadas de trabajo, permite mejorar su adherencia.
- el ahorro de tiempo y eliminación de la barrera del transporte, particularmente en caso de usuarios/as que viven en lugares remotos o con dificultades económicas para movilizarse afrontando el costo del transporte.
- la flexibilidad y accesibilidad de plataformas digitales como whatsapp, contemplando dificultades de acceso a otras tecnologías, equipamiento o plataformas más costosas económicamente en su adquisición o complejas en su utilización.
- la privacidad al ser atendidos/as en su hogar, lo que en ciertos casos se valora positivamente al no tener “riesgo a ser reconocidos/as” lo cual ha cobrado relevancia en casos de usuarios/as que son profesionales de salud mental o personal (en actividad o retirado) de fuerzas de seguridad o personas que por diversas circunstancias se sienten estigmatizadas por asistir a un espacio presencial de atención de adicciones.
- La valoración de que se establece una comunicación más cercana y continua con la profesional, más allá de la entrevista pautada semanalmente, en caso de requerir monitoreo, o presentarse una situación imprevista.
- la flexibilidad en los horarios y lugares desde donde se puede realizar la teleconsulta, a su vez que se percibe mayor flexibilidad para pautar directamente con la profesional el día y horario de atención sin intermediarios/as.
- la facilidad de atención de pacientes con problemáticas particulares, tales como ansiedad social,

pacientes con movilidad limitada, etc.

Por todo lo señalado, consideramos que la atención telefónica se constituye en una alternativa de **prevención inclusiva** que acerca y amplía los alcances de las intervenciones en adicciones a más personas.

Tal como hemos indicado, en el recorrido transitado por el Equipo de Atención Telefónica del PPT, también fuimos contemplando la realidad de otros/as potenciales usuarios/as que inicialmente no habían sido contemplados/as y por ende contaban con escasos espacios específicos para su situación particular en relación al consumo. Es decir personas que ya habían realizado tratamiento en CAS o en CT y que sin embargo demandaban espacios de prevención, pese a no encontrarse en consumo activo. En este sentido destacamos la importancia de asumir un enfoque preventivo que vaya más allá del primer nivel de atención o lo que entendemos como prevención primaria. En este caso nos referimos a la importancia de contemplar la prevención en sentido amplio, entendiendo que la “prevención es la preparación, disposición y acción anticipada destinada a evitar un fenómeno patológico o reducir al máximo sus consecuencias” (de Rementería, 2001: 20).

Destacamos las potencialidades de trabajar desde la prevención terciaria vinculada a la prevención de recaídas. Al respecto interesa destacar las potencialidades y/o “valoraciones positivas” del dispositivo grupal orientado a la prevención de recaídas. Tal como señalan Calvo Estopiñán, Pérez Poza, Sacristán Martín y Paricio García (2009) el grupo permite aceptar y entender los padecimientos, da herramientas para la autonomía del paciente y prepara al individuo para situaciones de riesgo, así mismo aumenta la motivación para la abstinencia y disminuye la tendencia a la negación y da respuesta a la necesidad de adaptación social. Se potencia la autoeficacia de cada usuario/a, ayudándole a reconocer las situaciones de riesgo y a utilizar actitudes alternativas evitando nuevos consumos. Por su parte, Watson y Zweben (2008) manifiestan que los pacientes en la etapa de mantenimiento están mejor adaptados para los grupos que se enfocan en la prevención de la recaída y otros en la recuperación avanzada o en los asuntos de las etapas posteriores. Estos grupos están abiertos hasta el final y se presume que los miembros han logrado una abstinencia estable y lograron progresos significativos hacia la realización de otras metas importantes y ahora son capaces de trabajar en asuntos más profundos, como la autoestima, la relaciones interpersonales, sexualidad, varias conductas autodestructivas y asuntos sobre la calidad de vida.

A partir del análisis de las oportunidades que como equipo de salud identificamos en el Espacio de Atención Telefónica, interesa señalar como desafío a futuro la posibilidad de indagar sobre la percepción del uso de la telesalud desde la perspectiva de los propios usuarios/as, pudiendo reconocer tanto oportunidades como barreras de acceso que los/as mismos/as puedan identificar. A su vez coincidimos con Huaiquién, Espinoza y Ríos (2022) en que las políticas y estrategias públicas de salud deben contemplar la instalación permanente de recursos humanos y tecnológicos necesarios para contribuir a la mejora de los cuidados en salud y satisfacción de los usuarios/as.

Reflexiones Finales

Para concluir proponemos una mirada procesual, retrospectiva y a la vez prospectiva buscando delinear horizontes futuros de trabajo.

Destacamos así que la finalidad de este dispositivo fue siempre diseñar alternativas que garantizaran accesibilidad ante las dificultades que se presentaban en otros dispositivos.

En un primer momento identificamos la vacancia de espacios no presenciales, por lo que se constituyó un espacio de atención telefónica, priorizando la plataforma de whatsapp por su amplio acceso y facilidad de uso entre los/las usuarios/as potenciales. Posteriormente contemplamos la cuestión horaria y establecimos una propuesta en horarios tarde/noche para garantizar acceso en horarios en los que en general no hay otra oferta institucional convencional en materia de prevención y/o asistencia.

A partir de la escucha de los/las propios/as usuarios/as, contemplamos también la posibilidad de incorporar una línea de prevención orientada al tercer nivel, es decir al momento de mantenimiento, esto es la prevención de recaídas.

De este modo, considerando que el contexto que dió surgimiento al espacio de atención telefónica se ha ido modificando, destacamos el **devenir del dispositivo** que necesariamente se fue revisando, recreando y ajustando a nuevas realidades y demandas de los/as usuarios/as. En tal sentido valoramos la **flexibilidad** que ofrecen los dispositivos telefónicos para ajustarse a esas nuevas situaciones que busca abordar.

Es así que apostamos a sostener y continuar consolidando este tipo de dispositivos, desde un enfoque preventivo, que necesariamente debe complementarse con otros dispositivos existentes, a fin de alcanzar un abordaje integral de las problemáticas asociadas a los consumos.

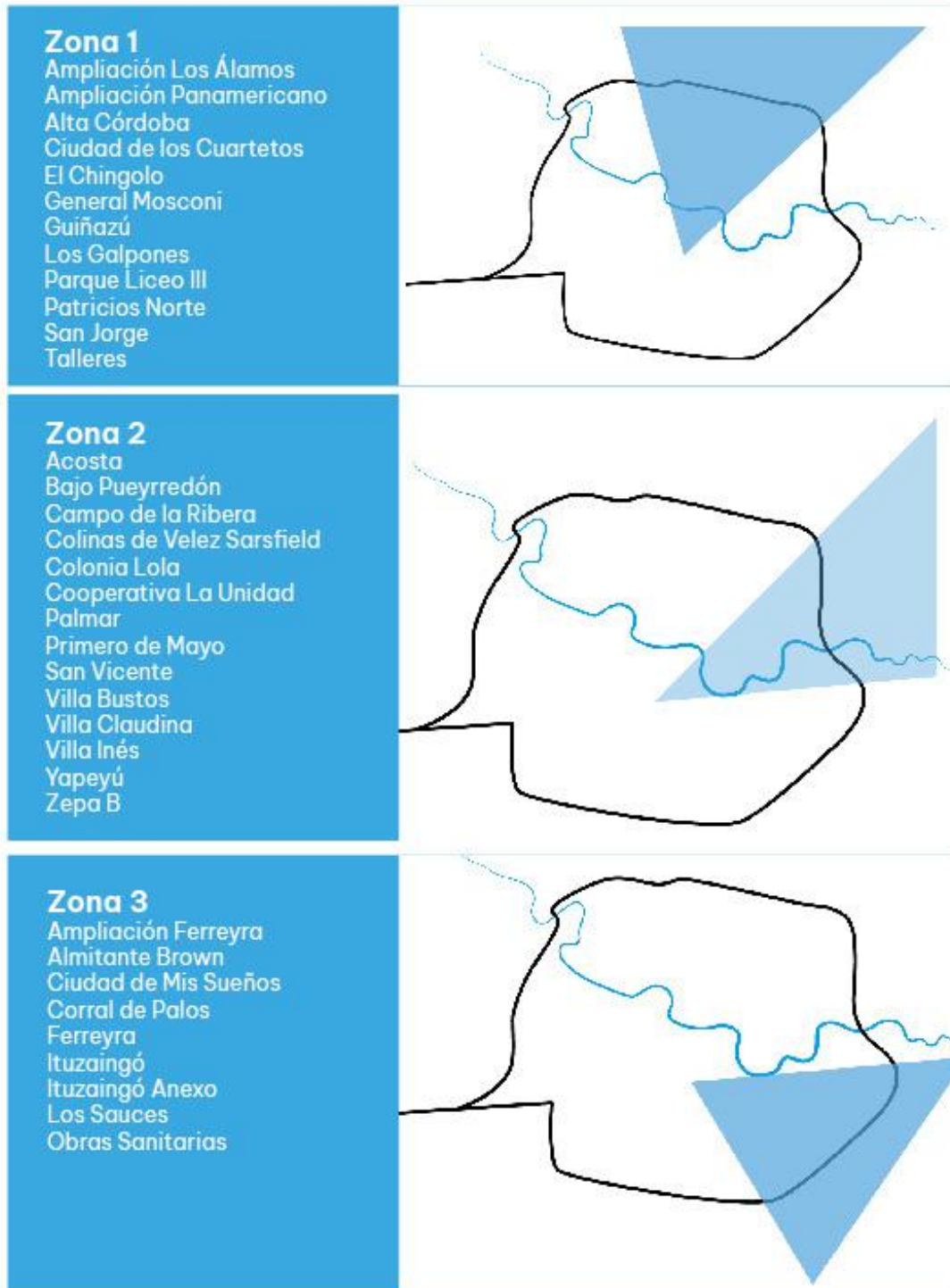
Bibliografía

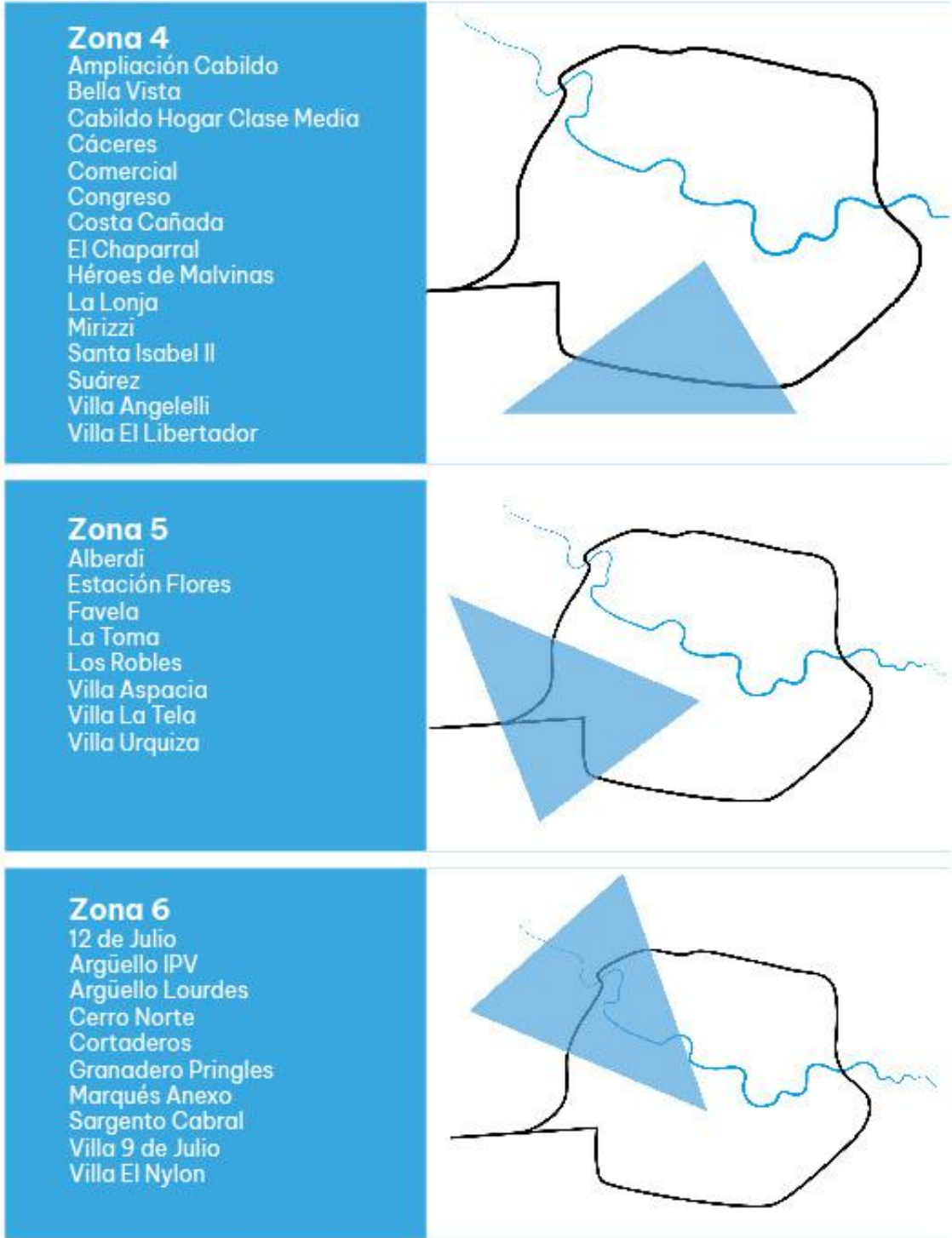
- Almanza-Avendaño A. y Gómez-San Luis A. (2020) “Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención” en Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús .vol.16.
- Calvo Estopiñán, P.; Pérez Poza, A.; Sacristán Martín P.; Paricio García,C. (2009) “Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual” en Adicciones. Vol. 21 Núm. 1 · PÁGS. 15-20
- Carballada, A. (2015) “La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social” en Faraone, Silvia et al. (comps.) Determinantes sociales de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociales-UBA.
- Castilla, P. (2016) “La prevención de recaídas. Aportaciones desde el trabajo social” en Trabajo Social Hoy, 77, 109-133.
- De Rementería, I. (2001) “Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. políticas sociales” División de Desarrollo Social. CEPAL/CONACE.Santiago de Chile.
- Huaiquían, J., Espinoza, M., Ríos, M. (2022) “Salud Digital en el control de pacientes crónicos durante la pandemia: la mirada del Equipo de Salud” en Ciencia y Enfermería. vol.28,32.
- Monras,M.; Nuño, L.; López-Lazcano, A.; Escribano-Sáiz, C.; del Valle, Q.; Lligoña, A. (2022) “Beneficios de la atención telefónica durante la pandemia covid19 en la adherencia terapéutica en pacientes con alcoholismo y otras adicciones” en Adicciones, VOL. xx NÚM. x.
- Watson A. y Zweben J. 2008. Tratamiento de problemas de alcohol y drogas. la práctica psicoterapéutica. Editorial Manual Moderno, México, D.F.

ANEXO



Barríos en los que interviene el PPT a diciembre de 2023





Equipos Especiales

Dentro



Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD



CÓRDOBA
entre todos

www.secretariadeadicciones.com |   | @adiccionescba