



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)
ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE CULTURAL
LATINO-AMERICANA

**ACCIONES, TRATAMIENTOS Y MODELOS EN RESPUESTA AL CONSUMO DE
DROGAS: UN ABORDAJE DESDE ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD EM FOZ DE
IGUAZÚ Y BOGOTÁ.**

Michelle Ximena Vargas Ortiz

Foz de Iguazú

2025



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)
ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE CULTURAL
LATINO-AMERICANA

**ACCIONES, TRATAMIENTOS Y MODELOS EN RESPUESTA AL CONSUMO DE
DROGAS: UN ABORDAJE DESDE ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD EM FOZ DE
IGUAZÚ Y BOGOTÁ.**

Michelle Ximena Vargas Ortiz

**Trabajo de Finalización de Curso
presentado al Instituto Latinoamericano de
Arte, Cultura e Historia de la Universidad
Federal de Integración Latinoamericana, como
requisito parcial para la obtención del título de
Licenciado en Antropología – Diversidad
Cultural Latinoamericana.**

Asesor: Prof. Anaxsuell Fernando da Silva

Foz de Iguazú

2025

Michelle Ximena Vargas Ortiz

**ACCIONES, TRATAMIENTOS Y MODELOS EN RESPUESTA AL CONSUMO DE
DROGAS: UN ABORDAJE DESDE ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD EM FOZ DE
IGUAZÚ Y BOGOTÁ.**

**Trabajo de Finalización de Curso
presentado al Instituto Latinoamericano de
Arte, Cultura e Historia de la Universidad
Federal de Integración Latinoamericana, como
requisito parcial para la obtención del título de
Licenciado en Antropología – Diversidad
Cultural Latinoamericana.**

Asesor: Prof. Anaxsuell Fernando da Silva

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Anaxsuell Fernando da Silva

UNILA

Profa. Dra. Carolina Cadima Fernandes Nazareth

UNILA

Prof. Dr. Antonio de la Pena García

UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de 03 de 2025.

AGRADECIMENTOS

La conclusión de este trabajo se debe en gran parte al apoyo que recibo de personas importantes en mi vida. Agradezco inmensamente a las personas que han estado junto a mí en este recorrido, tanto a las que están cerca y me abrazan como a las que están lejos y me apoyan tanto, se hacen presente de esa manera todo el tiempo. Agradezco a mis papás por confiar en mí a pesar de que no siempre tuvieron claro qué era lo que estaba haciendo exactamente, aún así han sido incondicionales, a mi hermano que lo llevo en el corazón y a Ye por ser un apoyo tan bonito en estos últimos años, sin ti habría resultado más difícil atravesar este proceso. Y a todos los que de alguna forma han hecho parte de mi trayectoria, gracias.

RESUMEN

A partir de la observación y cercanía con prácticas de consumo recreativas, abusivas y habituales a lo largo de mi vida, surge una reflexión sobre redes de cuidado y nociones de apoyo entre los usuarios y sobre las instituciones que brindan ayuda a quienes están en un punto de uso abusivo que ven como opción el internarse en lugares que garanticen un tratamiento como lo son las comunidades terapéuticas que desde su proyecto pretenden brindar ayuda y ofrecen la abstinencia total como meta a alcanzar usando la ayuda espiritual que tiene que ver con un credo presente entre la comunidad y laborterapia para establecer rutinas, ocupar el tiempo libre y la propia manutención del lugar y de las personas dentro. En este trabajo realicé visitas durante un tiempo en una comunidad terapéutica católica en Foz de Iguazú durante los últimos meses de 2024 a partir de ese tiempo logre tener una visión más amplia de las dinámicas y formas de llevar el tratamiento, la primera parte del trabajo se enfoca en la forma de que esta comunidad terapéutica funciona y ofrece su tratamiento. Ya la segunda parte desde Bogotá gracias a un financiamiento recibido por parte de la Unila para realizar este desplazamiento, también realicé algunas visitas a una comunidad cristiana y estuve más cerca de un colectivo comunitario de reducción de daños como un alternativa opuesta al modelo terapéutico pero eficiente que viene creciendo en la ciudad que aborda desde la información y uso responsable, con ambas ideas expuestas este trabajo pone en relieve lo que está pasando con relación a la respuesta frente a diferentes consumos en el momento en ambas ciudades.

RESUMO

Da observação e proximidade com práticas de consumo recreativo, abusivo e habitual ao longo da minha vida, surge uma reflexão sobre redes de cuidado e noções de apoio entre os usuários e sobre as instituições que prestam ajuda àqueles que se encontram em um ponto de uso abusivo que veem como opção ingressar em lugares que garantam tratamento como as comunidades terapêuticas que desde seu projeto visam prestar ajuda e oferecer a abstinência total como meta a ser alcançada utilizando a ajuda espiritual que tem a ver com um credo presente na comunidade e a laborterapia para estabelecer rotinas, ocupar o tempo livre e a manutenção do lugar e das pessoas que o habitam. Neste trabalho realizei visitas por um tempo em uma comunidade terapêutica católica em Foz do Iguaçu durante os últimos meses de 2024. A partir desse momento pude ter uma visão mais ampla da dinâmica e das formas de realização do tratamento, a primeira parte do trabalho se concentra na forma como essa comunidade terapêutica funciona e oferece seu tratamento. Na segunda parte de Bogotá, graças ao financiamento recebido da Unila para realizar esta viagem, também fiz algumas visitas a uma comunidade cristã e estive mais próxima de um coletivo comunitário de redução de danos como alternativa oposta ao modelo terapêutico, mas eficiente, que está crescendo na cidade, que aborda a partir da informação e do uso responsável, com ambas as ideias expostas este trabalho destaca o que está acontecendo em relação à resposta aos diferentes consumos no momento em ambas as cidades.

ABSTRACT

From the observation and proximity to recreational, abusive and habitual consumption practices throughout my life, a reflection arises on care networks and notions of support among users and on the institutions that provide help to those who are at a point of abusive use who see as an option to enter places that guarantee treatment such as therapeutic communities that from their project aim to provide help and offer total abstinence as a goal to achieve using spiritual help that has to do with a creed present among the community and laborterapia to establish routines, occupy free time and the maintenance of the place and the people within. In this work I made visits for a time in a Catholic therapeutic community in Foz de Iguazú during the last months of 2024. From that time I was able to have a broader vision of the dynamics and ways of carrying out the treatment, the first part of the work focuses on the way this therapeutic community works and offers its treatment. The second part from Bogotá, thanks to funding received from Unila to make this trip, I also made some visits to a Christian community and was closer to a community collective of harm reduction as an alternative opposite to the therapeutic but efficient model that is growing in the city that addresses from information and responsible use, with both ideas exposed this work highlights what is happening in relation to the response to different consumption at the moment in both cities.

LISTA DE IMAGENES

Imagen 1 – La Triple frontera (Arg/Bra/Par).....	20
Imagen 2 – Mapa de la región de Porto Belo.....	22
Imagen 3 – Comunidad Terapéutica desde fuera	24
Imagen 4 – Dibujo de la silueta de un hombre realizado durante un grupo.....	41
Imagen 5 – Actividad escrita realizada em la Comunidad.....	41
Imagen 6 – Fachada de la oficina de reducción de danos em Bogotá.....	50

Sumário

1. **INTRODUCCIÓN**13
2. **CAPITULO 1 - ENTRADA EN LA CT SF**16
 - 2.1 **Panorama, rol y contexto de las Comunidades Terapéuticas**17
 - 2.2 **Condiciones de la etnografía.**24
 - 2.3 **Trabajo de campo**25
3. **CAPÍTULO 2. EL FUNCIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO**26
 - 3.1 **Triagem**26
 - 3.2 **Reglas**31
 - 3.3 **Sobre “dependiente” y la admisión y rechazo**32
 - 3.4 **El comienzo de un tratamiento**36
 - 3.5 **El fin de un tratamiento**37
 - 3.6 **Grupos**38
 - 3.6.1 **Grupo reflexivo**39
 - 3.6.2 **Grupo prevención a la recaída**41
 - 3.6.3 **Grupo de reinserción social**42
 - 3.7 **Laborterapia**45
4. **CAPÍTULO 3. Modelos de atención psicosocial en Colombia**46
 - 4.1 **Un modelo de atención en Bogotá - Cristocéntrico**46
 - 4.2 **Reducción de daños**48
 - 4.3 **Échele cabeza cuando se dé en la cabeza**49
 - 4.4 **Proyecto Cambie**50
 - 4.5 **Diferentes modelos**51
5. **Capítulo 4. Modelos de atención psicosocial frente a la moralidad, cuidado y salud.**53
 - 5.1 **Prohibicionismo, moralidad, cuidado y salud.**53
 - 5.2 **RAPS - CAPS ad**56
 - 5.3 **Puntos positivos y negativos**57
6. **CONCLUSIONES**58
7. **REFERENCIAS**61

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de mi vida he estado envuelta en círculos de consumo de diferentes sustancias, el alcohol normalizado en la mayoría de las familias, no fue diferente para la mía, aunque nunca representó un problema, el uso frecuente por parte de los demás me hizo generar consciencia al ser testigo de los comportamientos que desencadena y consecuencias del uso abusivo a corto plazo. A medida que fui creciendo y socializando en otros grupos como el colegio y la universidad, otras sustancias también se presentaron y con ello la mirada curiosa por sustancias y efectos. Aún en Bogotá, después de acabar el colegio y empezar la universidad, estudiando de noche mientras trabajaba de día, sentía aún más la cercanía, desde el uso por parte de personas próximas, de diferentes consumos para lidiar con el día a día o por mera diversión, hay tantas razones como personas.

Por mi parte, más adelante en pandemia sentí la necesidad de hacer algo diferente con mi vida y ante mí, como pedido, apareció la posibilidad de estudiar en Brasil, la idea me llenó de ilusión así que me inscribí a la carrea de antropología, me parecía acorde ir a un país completamente nuevo a estudiar una ciencia de la que no conocía mucho y además opuesta a lo que estudiaba (contaduría), además el proyecto que presenta la Unila es muy atractivo para quien está en busca de nuevas experiencias, conocimiento y estudio. En 2022 llegué a Foz de Iguazú a vivir toda una experiencia nueva tanto personal como socialmente, rápidamente conocí gente de todos los lugares y se presentaban espacios de interacción donde pasarla bien era lo primordial, espacios de fiesta y consumo que al mismo tiempo eran espacios de socialización, empecé a vivir la universidad de manera diferente y ver como los demás también la vivían a su manera, frente al consumo percibía diferentes comprensiones, relaciones y prácticas, esos entendimientos y hábitos generaban como resultado que se crearan nociones de cuidado, redes comunitarias de información y asimismo, usos excesivos con resultados perjudiciales. Percibí que es una realidad presente em muchos lugares de América latina.

Últimamente, después de varios años en la ciudad, más acostumbrada a las dinámicas y llegando al fin de la carrera, conociendo mejor la posibilidad de investigación en antropología he querido indagar sobre las relaciones usuario-sustancia y las instituciones que intervienen en ello, también a manera de salir de los temas clásicos de la disciplina, me siento impulsada a investigar a partir de problemáticas locales actuales que también atraviesan la realidad que es común para muchas personas. En un primer momento quise investigar el uso de hongos alucinogenos desde el autocultivo hasta la experiencia de un *viaje*, sin embargo, iba a incurrir en asuntos ilegales así que tuve que cambiar de idea rapidamente, entonces me di a la tarea de investigar escenas abiertas de consumo, fui a varias plazas e hice observaciones durante algunos

días aunque por temas de seguridad y recorridos esta idea tampoco dió fruto, a pesar de estos intentos fallidos finalmente, en este trabajo, específicamente desde Foz de Iguazú y Bogotá, ciudades donde he pasado parte de la vida, me enfoqué en tratamientos para adicciones y consumos problemáticos, así como alternativas para el uso responsable. El uso y abuso de drogas es un problema de salud pública en América Latina y lo que pretendo por medio de este trabajo es presentar una de las alternativas que se ha venido desarrollando a partir del sistema de salud nacional brasileño y ver su eficacia desde un ejemplo concreto en Foz de Iguazú, además, colocarlo en perspectiva con el manejo que se da desde dos instituciones particulares en Colombia desde Bogotá.

El desarrollo de este trabajo se dió en varias etapas, inicialmente, cuando tenía más claro el tema empecé a con la preparación, es decir a estudiarlo teóricamente, fui recopilando lecturas e información para pasar a la fase de trabajo de campo que se realizó primero entre octubre y diciembre de 2024 en Foz de Iguazú y luego, en enero de 2025 en Bogotá.

En el primer capítulo presento la idea de comunidades terapéuticas (CTs) como institución, asimismo describo mi ingreso a una CT católica en Foz de Iguazú, así como el contexto local, el de la ciudad, las condiciones de la etnografía y lo que fue el trabajo de campo. El segundo capítulo trato específicamente sobre la forma en que funciona esta comunidad, incluyo apartados para describir la *triagem* o entrevista de bienvenida, las reglas, las categorías con que denominan a los usuarios, el tratamiento y la terapia. En el tercero, paso a exponer lo que sucede en Bogotá, describo mi acercamiento y visitas en una comunidad terapéutica cristiana y presento el modelo de reducción de daños desde el trabajo de base social que hace un colectivo en la ciudad así como la forma en que se efectúa. En el cuarto capítulo presento una discusión entre el prohibicionismo, la moralidad, la salud y el cuidado, escribo sobre salud pública hago una discusión entre tolerancia cero y reducción de daños y el papel del RAPS - CAPS ad en el modelo de atención en Brasil. Finalmente, en las conclusiones retomo los puntos positivos y negativos de los modelos presentados, justifico las drogas como una cuestión de salud pública y el papel de la antropología en este contexto.

A propósito de la antropología y la salud pública considero que trabajos de este tipo permiten, romper la vieja tradición de citar sólo los clásicos o hacer campo en comunidades alejadas a la realidad social de quien investiga. El consumo de drogas es un tema de salud pública y debe ser tratado desde esta y no desde una perspectiva punitiva y estigmatizadora, los factores que influyen en las adicciones no son solo médicos sino sociales, contextuales, personales. Por otro lado, metodologías como la etnografía permiten conocer las narrativas de los usuarios sobre su consumo, sus esfuerzos de recuperación y las barreras que pueden

enfrentar, esto puede fomentar un enfoque más compasivo, efectivo y menos estigmatizador en las intervenciones de salud pública. La intersección de antropología y salud pública puede ser de ayuda para estudiar políticas, establecer estrategias para reducir los daños o brindar una acción integral. Además este trabajo sirve para dar visibilidad a la forma de manejar esta cuestión desde ambos lugares, aportar una alternativa y explorar opciones que sean efectivas según las necesidades y lo que el usuario busque en ese momento.

He decidido presentar algunas palabras en *italico* porque son categorías émicas que están presentes en la comprensión interna del cotidiano y se atribuyen a los significados propios de los usuarios y trabajadores o son relatos de las personas con las que hablé, de igual manera dejé algunas frases en portugués ya que fue tal como me lo dijeron.

Términos como *droga*, *drogadicto*, o *adicción* plantean concepciones complejas porque involucran procesos biológicos y socioculturales, en este caso tomo de Kozelka (2018) que “los usos de la palabra droga y adicción son diferentes en la cultura popular y entre los académicos; por la ambigüedad de sus definiciones, para claridad analítica, se define droga a cualquier sustancia psicoactiva, legal e ilegal y todas las maneras de consumo”, así la palabra *adicción* puede ser definida como “cíclica y de por vida, un desorden o conjunto de desórdenes que son químicos tal como el comportamiento y que carga pesos morales y sociales enormes aún en las secuelas de abuso” Con estos términos se presentan suposiciones culturales problemáticas al ser conceptos sociales y académicos con connotaciones de moralidad que también adquieren sus significados y formas de presentarse según el contexto como voy a exponer a continuación, estas definiciones son apenas guías que delimitan el trabajo.

Vale resaltar que mi relación con ambos modelos es fundamentalmente empírica y gracias a la etnografía realizada pude acercarme a conocer las instituciones y acciones sociales a partir de una mirada analítica de la propia experiencia de las personas como objetiva la disciplina, además fue también a una primera experiencia de trabajo etnográfico.

2. CAPITULO 1 - ENTRADA EN LA CT SF

Mi relación con instituciones consideradas centros de rehabilitación para personas con problemas de adicciones siempre fue muy superficial, tenía un conocimiento llano de los centros de rehabilitación existentes en Colombia y el uso del modelo de los doce pasos como método de recuperación. Desconocía que en Brasil hay servicios que reciben el nombre de Comunidades Terapéuticas (CTs) y, como el nombre también varía el tipo de tratamiento y la forma en que es ofertado. En Brasil el gobierno ha implementado políticas públicas que integran la salud mental y el tratamiento de adicciones dentro de su sistema de salud pública (SUS, Sistema Único de Saúde). Las comunidades terapéuticas están reguladas principalmente por el Ministerio de Salud¹, que establece normas y directrices para su funcionamiento. Otras entidades no gubernamentales también representan y apoyan las comunidades terapéuticas brasileñas como la *Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas* (FEBRACT). En el trabajo de campo en Foz de Iguazú decidí investigar y profundizar sobre la forma en que funciona en este lugar tomando una en particular, insertarme en el día a día y explorar el desarrollo del tratamiento.

Para materializar este trabajo, decidí, como primer paso, buscar una CT debidamente matriculada en los órganos públicos, la Sagrada Familia es la que más trayectoria y reconocimiento tiene. Mi primer acercamiento fue escuchando comentarios de diferentes personas, en internet no había mucha información pero me contacté vía whatsapp, me presenté y expuse un poco lo que pretendía, la respuesta era lenta y ambigua así que decidí ir personalmente, esa primera vez fui recibida por Eliza², quien es la psicóloga, ella tiene aproximadamente 35 años, es una mujer blanca, risueña y servicial, es brasileña como todas las personas que componen la nómina de trabajo, dentro de la comunidad ejerce una función administrativa ella fue quien me indicó lo que debía hacer: enviar mi proyecto de investigación para ilustrar mejor la idea. Hice todo lo pedido y fui llamada para una reunión junto a ella y la directora de la comunidad, llamada Rosa quien es una señora de aproximadamente unos 60 años, baja de estatura, blanca, creyente y trabaja en el lugar hace más de 7 años, de todas las veces que fui la vi tres veces, no pasaba mucho tiempo en la comunidad porque atendía asuntos administrativos fuera. Fue en un lunes por la tarde cuando me presenté por primera vez ante

¹ Está legalmente constituido bajo el artículo 26-A, de la Ley nº 11.343, de 2006. Información extraída de <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas>

² Con intención de no exponer a mis interlocutores y manejar el sigilo, como me recomendaron las trabajadoras de la comunidad, todos los nombres que uso son ficticios, solo mantengo el indicativo de género.

ellas y en esa reunión presenté la idea de trabajo de campo y fui cuestionada sobre lo que quería exactamente, además recibí las indicaciones para hacerlo con condición de mantener el sigilo y el anonimato, también me previnieron sobre la vestimenta, qué debía usar y qué no; nada escotado, nada de faldas, nada muy pegado al cuerpo pues según las palabras de Rosa, la señora directora, son hombres que llevan mucho tiempo sin ver una mujer y “*tem que ter cuidado*”. También pidieron bajo ningún motivo dar mi número o prestar mi celular a alguno de ellos, me recomendaron tener cuidado con las “*piadas*” y “*brincadeiras*” y me advirtieron que Eliza estaría siempre a mi lado. Ese mismo día fuimos a recorrer la comunidad, caminando juntas, ella me iba presentando cada uno de los espacios a manera de dirigirme por donde era permitido para mí ir, de vez en cuando cruzabapalabras con los señores que nos encontrábamos, como queriendo indicar intimidad, además me presentó con algunos como una estudiante que iba a hacer visitas por algún tiempo para un trabajo de su universidad.

Este primer encuentro me dejó un sabor de satisfacción por haber obtenido la aprobación para ingresar, haber recorrido el lugar me permitía tener una primera imagen más clara, al menos del espacio y de alguna manera ver la cotidianidad de estos hombres, mientras atravesábamos los espacios ci como todos estaban haciendo algo diferente y concentrados en sus labores por otro lado, tenía la sensación de que iba a estar monitoreada por alguien que estaría a mi lado siempre como si escoltara mis pasos desde cerca, me parecía que sería difícil mantener conversaciones espontaneas o más libres con los hombres cuando quisiera hacerlo. A partir de ese día, empecé a ir con frecuencia todas las semanas.

2.1 Panorama, rol y contexto de las Comunidades Terapéuticas

A grandes rasgos la historia de la idea de comunidades terapéuticas nos remite a la época de posguerra cuando el psiquiatra inglés Maxwell Jones buscando alternativas al modelo psiquiátrico hegemónico ante el reconocimiento de la ineficacia del tratamiento tradicional, propuso que el ambiente de una comunidad podría ser terapéutico, se esperaba que fomentara la colaboración mutua para hacer frente a las dificultades individuales. Entre los 40s y 50s se estaba buscando una forma más humana y menos represiva al modelo psiquiátrico y se empezaba a cuestionar el tratamiento tradicional basado en institucionalización y métodos punitivos. Entre los 50s y 60s la idea se expande para abordar las adicciones y aparecen conceptos como la autogestión que trae la idea de responsabilidad personal, donde las personas no son solo receptores de cuidado sino agentes activos de su proceso. Más adelante, entre 70s y 80s los enfoques empezaron a incluir el bienestar emocional, la educación y el trabajo en equipo, en los 90s se empezó a incluir la clínica, la farmacoterapia para el manejo de la adicción.

El panorama contemporáneo muestra que la estructura de comunidad terapéutica continúa siendo un pilar para la reinserción de los pacientes (las personas con problemas de uso abusivo de drogas) a la sociedad, cuando la abstinencia es la meta, también se ve una diversificación de enfoques, cuños religiosos, el aumento de CTs clandestinas, abusos, desafíos, críticas y la aparición de modelos alternativos³.

En América Latina entre los 80 y 90 con el aumento significativo de consumo de drogas, los gobiernos comenzaron a priorizar el tema e implementar las comunidades terapéuticas como alternativa de tratamiento, las primeras vertientes aparecieron en Colombia, uno de los países con más experiencia en estos modelos por razones históricas, asimismo se fueron expandiendo a lo largo del territorio. Uno de los proyectos pioneros en el territorio era el “Proyecto Hombre” que en la actualidad esta expandido principalmente en europa.

En Brasil, el panorama histórico del surgimiento y crecimiento de estas instituciones refleja tanto influencias internacionales como dinámicas sociales y políticas propias. Desde los orígenes del enfoque de lo comunitario en la década de los 50 se evidenciaba la inexistencia de políticas públicas claras para el tratamiento de las adicciones, aunque se reconoció el problema de abuso de sustancias, no existían alternativas diferentes a los hospitales psiquiátricos. En las décadas siguientes tuvo lugar la expansión y formalización de comunidades terapéuticas debido al aumento en el consumo de drogas ilícitas. Se expandieron como una alternativa de tratamiento y eran gestionadas por grupos religiosos y organizaciones no gubernamentales (ONGs). El modelo que prevalecía tenía un enfoque físico, espiritual, psicológico y social de los individuos, fue muy influenciado por la religión, sobre todo por iglesias católicas y evangélicas que basaban su terapia en dos principios integrales; espirituales y comunitarios. A partir del comienzo del siglo XXI se da mayor atención a la regulación de estos establecimientos por parte de las políticas públicas.

El sistema de salud pública, Sistema Único de Salud (SUS) comenzó a reconocer las CTs como una opción dentro del tratamiento para adicciones. En agosto de 2005 fue aprobada la Ley no. 11.343 (Ley de drogas) marcando un avance, se reconoció el tratamiento de adicciones como una cuestión de salud pública, con esto se permitió una regularización más estricta a los tratamientos y regulación de CTs, sin embargo, también enfrentó críticas por la falta de control en la calidad del tratamiento ofertado, además de la falta de profesionalización

³ Esta panorama histórico fue realizado gracias a la información extraída del artículo sobre la historia de las comunidades terapéuticas que puede ser visitado en el siguiente enlace:
<<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1056/1055>>

de las personas involucradas en la parte operativa de estos centros. En la actualidad se mantiene el debate sobre los modelos de tratamiento, la presencia de profesionales y la inclusión de tratamientos científicos, aunque la regulación y diversificación de los centros ha aumentado. Un problema generalizado que ha sido motivo de críticas por parte de diversos sectores, es la patronización del servicio, se ofrece un único tratamiento para todos los usuarios pensando en el fin, la reinserción social y abstinencia. Las personas son internadas por una trayectoria de consumo, generalmente de varias sustancias, aunque exista una *droga de preferencia*, la metodología del tratamiento ignora las diferencias materiales y simbólicas entre las sustancias defendiendo la idea de pérdida de control.

Rui (2014) describe que “parece que existe una visión de la institución sobre las trayectorias con las drogas que se daría a partir de la escalada, que involucra, invariablemente, iniciar con el uso de una sustancia, partir hacia la experimentación de otra y luego llegar al vicio, por lo tanto, droga es un problema de la mente más que del cuerpo, por eso se recurre a los cambios en comportamientos, actitudes y terapias más eficaces inclinadas a la abstinencia de sustancias.” A pesar de la temática de las drogas que rodea este tipo de servicio, poco se habla sobre los efectos fisiológicos de las sustancias en los cuerpos y se sugiere que la persona que entra en contacto con cualquier tipo de droga desarrolla una compulsión que lo lleva al vicio.

La idea de la *escalada* o la *puerta de entrada* refiere que el uso de ciertas drogas, generalmente las menos peligrosas o ilegales, podría llevar eventualmente a consumir otras sustancias más fuertes o más adictivas. En los últimos años, esta ha sido una teoría fuerte, bastante presente y debatida, la investigación científica sugiere que no hay razones directas o universales entre el consumo de una droga y la progresión hacia una más fuerte, el consumo está determinado por una variedad de factores que van desde lo genético hasta la disponibilidad de la sustancia, además, este abordaje deja de lado los problemas subyacentes que pueden llevar a la dependencia, como trastornos mentales, pobreza y otros factores sociales. El enfoque de las políticas públicas en la actualidad promueve la reducción de daños y la atención integral frente al problema de las adicciones, además promueven la no criminalización del uso y lo abordan desde el enfoque de salud pública.

Otro punto que se critica es el ambiente artificial que crea para las personas internadas, que se aleja de lo que pasa en *la vida real*. Desde que ingresan están regidos por las mismas reglas, siguiendo los mismos horarios y pasando por cada una de las mismas actividades. Según Ribeiro (2015), “crean normas para organizar lo cotidiano, que pasa a ser regido por actividades de oración y de trabajo, mediante una disciplina que conforma y dociliza a los sujetos,

regulando sus vidas.” A partir del 2016 el término adoptado es el de *acogimiento* dejando atrás el de *tratamiento*, el acogido debe estar siempre por voluntad propia. En el modelo de alcohólicos anónimos (AA), uno de los pasos que se le piden al *adicto* para sobreponerse es aceptar que está derrotado, que dentro de él no tiene capacidad alguna para resistirse a la bebida, que no es que no pueda ganar, sino que ya perdió, aceptar la fragilidad para que luego surja la sabiduría, no para conseguir dejar la bebida sino para vivir con la tentación, sin dejarse dominar por ella como si se tratara de mera fuerza de voluntad. Entre la palabra que designa a la persona que ingresa a una CT y los trabajadores que genuinamente creen y hacen su labor de manera adecuada, cabe el lugar para pensar que aún con seguridad, su voluntad ya no es tan importante y se quita una parte de la autonomía del usuario que a partir del ingreso pasa a regirse bajo lo que dicte la guía de los acogedores, guía que direcciona las acciones hacia un fin que en principio ambos desean y de manera contractual para que funcione el acogido debe ceder una parte y querer estar ahí.

Contexto local CTs en la triple frontera.

Foz de Iguazú es la ciudad brasileña de la triple frontera entre Argentina y Paraguay.



Imagen 1. en la parte superior se encuentra el territorio de Paraguay, la parte izquierda inferior es Argentina y a la derecha Brasil.

Fuente: Fotografía extraída de: <https://www.h2foz.com.br/regiao/obras-da-ponte-e-da-perimetral-transformam-triplice-fronteira/>

La ubicación estratégica con los dos países genera un entorno propicio para actividades ilegales como el narcotráfico, dada la proximidad y las dinámicas de las ciudades, puede ser un punto clave para la ruta de entrada, salida y distribución de sustancias. Sin embargo, muchas de esas drogas se quedan en la ciudad, según un estudio realizado por la Confederación Nacional

de Municipios (CNM) sobre los municipios fronterizos y la dinámica de las drogas se evidenció que las drogas que entran en el país pueden destinarse al consumo dentro del territorio, lo que implicaría un aumento del número de consumidores en los próximos años. Por otro lado, en la región sur del país, existen problemas específicos relacionados con el consumo de drogas distintas al crack, donde la violencia y el robo son los más comunes, seguidos por la violencia contra las mujeres, el grooming de niños y adolescentes, la explotación sexual y el homicidio, los cuales están estrechamente relacionados entre sí, aunque son situaciones particulares.

Los puentes que conectan a Foz con las ciudades vecinas Ciudad del Este en Paraguay y Puerto Iguazú en Argentina, permiten el paso constante de personas y mercancías. Existen factores como la debilidad en el control fronterizo, la corrupción y la vulnerabilidad social que favorecen el tráfico.

El problema de uso y abuso de drogas es común en la región y como respuesta tradicional y muchas veces efectiva, se presenta el espacio diseñado por las comunidades terapéuticas para brindar *tratamiento, rehabilitación y reintegración social*, en Foz de Iguazú se establecen hace décadas, Da Silva (2022), hace una investigación detalla y documenta para ese año ocho instituciones de las cuales dos se encuentran aún activas y funcionando de manera regular, recibiendo apoyo financiero por parte de iglesias, una católica apostólica y romana y la otra evangélica, de las demás CTs, tres estaban en proceso de adaptación porque funcionaban de manera irregular y las otras habían terminado sus actividades, principalmente por la pandemia.

La Sagrada Familia, es una de las que mayor trayectoria tiene (fundada en 2003) y la mejor constituida. Es católica, lo noté desde que fui presencialmente a buscar algún contacto, en la placa de la entrada que marca el nombre del lugar aparece como parte de la razón social el nombre de Dom Olivio Aurélio Fazza, quien fue un obispo minero importante para la diócesis de la ciudad. Dentro del catolicismo, la Sagrada Familia, es considerada la patrona de las familias. Es vista como un modelo de la virtuosidad y representa un ideal de vida donde se fomenta el amor, la unión, la fé y el respeto. Esto se alinea con el propósito de las comunidades terapéuticas quienes, según Santos (2018) “esperan que los nuevos sujetos producidos por ellas correspondan a un modelo moral preestablecido: el de personas productivas, disciplinadas y temerosas de Dios.” Dentro de las instalaciones aparecen con frecuencia otros símbolos católicos en forma de esculturas, cuadros, cruces, versículos escritos en los tableros, escapularios en los cuellos de los miembros del equipo y referencias constantes en el hablar.

gansos, patos, gallinas y gatos. Hay también una gran huerta e incluso un lago donde también se practica la pesca en los días de descanso o junto a las familias. El portón de la entrada es una reja que funciona bajo un sistema automático deslizándose hacia el lado con un control remoto. Entrando, la primera vez, me encontré con un camino que termina al fondo en la capilla pero que se bifurca conduciendo a otros espacios. El inicio del camino está marcado con lo que parece ser una lápida de bienvenida con el nombre del camino, se lee “*Rua da sobriedade, sejam bem-vindos*” La lápida parece indicar el paso de una vida a otra, marca el comienzo simbólico y real del tratamiento. Apenas ingreso, la primera construcción que se encuentra ante mis ojos es una casa donde funciona la parte administrativa que tiene cuatro oficinas dentro donde se ubican las psicólogas, la trabajadora social y la directora, también hay dos baños, una cocina, una pequeña recepción con unas sillas que hacen de sala de espera donde permanecen los *educadores* y una sala de juntas donde se hacen las *triagem*. En este primer ambiente es donde he pasado la mayor parte del tiempo en mis visitas.

Afuera y continuando el recorrido, atravieso el parqueadero y las canchas de fútbol y volley que tiene sus gradas y un espacio donde se guardan los objetos de recreación. Seguido al parqueadero está la zona de panificación, cocina y restaurante. Son tres espacios con sus respectivos utensilios. El comedor está en esa zona también y está equipado con varias mesas largas y sillas alrededor. Al lado se encuentra la biblioteca y sala de reuniones donde se realizan los *grupos* y otras actividades, es un espacio grande donde hay algunos libros, en su mayoría de contenido religioso y un estante con varias biblias también, hay un tablero donde siempre hay un mensaje motivador, persuasivo o un versículo bíblico escrito y al lado una pared blanca donde se proyectan las presentaciones deslides. En el fondo está la capilla, el lugar de la misa todos los miércoles a las 7 de la mañana y detrás de ella la huerta. Al otro lado está el espacio del alojamiento que es un bloque donde hay 17 cuartos, cada uno con tres o cuatro camas, dentro de ese bloque, pero fuer de los cuartos están los baños y duchas comunitarios. Junto a ese espacio se encuentra la lavandería equipada con un pequeño tanque y un espacio para extender la ropa. Detrás hay una sala con televisor donde se puede ver películas en ciertos horarios. La parte del lago es la más alejada del predio y junto se encuentran los corrales donde están los animales. Al otro lado del lago se adelantan trabajos para la construcción de dormitorios para mujeres. Todo ese primer recorrido lo hice con Eliza cuando formalizamos mi entrada, a medida que caminábamos por el lugar pude notar como los hombres internados estaban en los diferentes espacios trabajando.

2.2 Condiciones de la etnografía.

Esta fue una etnografía que seguía las reglas impuestas por el lugar desde la figura de las personas que estaban a cargo de él, siempre existió un límite que no podía sobrepasar, al fin y al cabo mi presencia ahí significaba un observar y ser observada y con mi participación bien definida que se reducía a ciertos espacios y momentos y guiada por el acompañamiento permanente, se marcaba la constatación de que condición para estar ahí era ceñirme a estar detrás de la reja como en el momento de tomar la siguiente foto, desde la entrada un día que fui a participar de un grupo pero no pude ingresar porque no escucharon el timbre según lo que me dijeron después.



Imagen 3. Detrás de la reja hay una construcción en piedra, parece ser una lápida, se lee “Rua da sobriedade, sejam bem-vindos”.

Fuente: Foto de la autora.

El acceso a lo largo de mis idas siempre fue limitado y mediado por la presencia de Eliza y otros trabajadores, aunque conocí bastante sobre el funcionamiento y el día a día había zonas que no me eran permitidas y que por las condiciones del lugar y el tipo de población al que me estaba adentrando no podía superar ciertos límites, como pasar días enteros o noches participando de sus actividades. De cualquier forma, la metodología me ayudó a comprender prácticas, dinámicas y experiencias dentro de la comunidad, así como ver interacciones y procesos de cambio mientras me generaba reflexiones y críticas.

El modelo religioso es particular en Foz, a simple vista se puede percibir que abundan las iglesias, en especial las evangélicas cuya expansión ha ido en aumento en los últimos años a lo largo del país. La *asistencia* religiosa ha estado en auge y con el fin de recuperar a los

dependientes químicos las iglesias también actúan evangelizando en *bocas de fumo*, *cracolancias* y comunidades terapéuticas. La religiosidad es parte del proyecto terapéutico complementando la medicación y el trabajo. El discurso religioso es central y organiza el cotidiano institucional, marcado por actividades como: oraciones, reuniones de grupo y catequesis y el espacio, con signos religiosos, como crucifijos e imágenes de santos. Con la presencia de la iglesia, el proyecto terapéutico se presenta solidificado en bases morales.

2.3 Trabajo de campo

Después de todo movimiento de aproximación con vistas a efectivamente acceder al campo, esto es, la comunidad, estuve yendo a la SF dos veces por semana, los martes y jueves en horas de la mañana, a veces iba otros días cuando habían actividades o grupos a los que era invitada, durante tres meses, entre septiembre y diciembre de 2024. Siempre estuve en la compañía y bajo supervisión de Eliza, me sentía segura pero también sentía que me ataba un poco y limitaba mi presencia, por ejemplo cuando hablaba con algún acogido ella estaba presente y terminaba dirigiendo el rumbo de las preguntas y con ello el rumbo de las respuestas, pienso que quería intervenir en la información que podía ser entregada a manera de demarcar las posibilidades de información que podía recibir para dejar claro que a pesar de todo mi presencia estaba condicionada a sus lineamientos y no podía moverme como quisiera. Al ser la primera vez que hacía un trabajo de campo y en una institución donde se encuentran internados únicamente hombres desconocidos, y en una situación complicada por el estigma y las historias individuales, la compañía de una mujer profesional me parecía favorable, además era requisito para mi presencia allí.

Nunca me sentí invisible, aunque mi participación era limitada y la de una observadora, yo también sentía las miradas y curiosidad por parte de algunos. En las *triagem* yo me presentaba al igual que las trabajadoras pero solo decía mi nombre, no me extendía y ellos tampoco me preguntaban cuál era mi cargo o quién era, además, durante la entrevista yo no hacía preguntas, solo escuchaba y de vez en cuando hacía mis anotaciones en el cuaderno, estando sentada entre las personas que dirigen la bienvenida, la conversación y las preguntas yo también ocupaba ese lugar de ser un miembro del equipo. En una ocasión, en el grupo de reinserción social, hubo una rueda de presentaciones, fue la única vez que me presenté y mencioné que era estudiante, de dónde venía, informaciones que nunca había dado, eran pocas las personas presentes. Otro día, en una de esas *triagem*, una vez recibimos a un muchacho de mi edad, aunque solo me presenté, generamos empatía, a partir de ahí siempre que me veía en los grupos o la misa me saludaba, me daba la mano y me sonreía, también notaba que me miraba

a lo lejos. Eso no pasaba con todos, pero también sentía otras miradas más incómodas, más fijas, como en la ocasión que participé de la celebración de la palabra en la capilla donde me senté en una banca del medio junto a la directora, detrás de nosotras había otros hombres, cada vez que debíamos ponernos de pie por esos momentos de rezo de la ceremonia, sentía las miradas que realmente generaban algo de incomodidad.

Alguna vez hablando con Jessica, la psicóloga que hacía los atendimientos individuales escuché mencionar que a veces era incomodo trabajar con solo hombres, pues ella venía de trabajar con niños y adolescentes, pero ante todo era profesional y sabía lidiar con eso, aunque para los hombres no dejamos de ser elementos diferentes ante la cotidianidad del encierro y el trabajo. Y yo como la observadora observada, el elemento aún más extraño, me sentía reflejada, en disputa y negociación en cada ida, con los elementos del lugar y con las personas desde mi poca interacción. Hablaba mucho con Eliza, escuchando lo que me contaba, haciendo preguntas iba compartiendo sus mañanas de trabajo, ella estaba ahí cumpliendo una función por la que era recompensada y yo recolectando informaciones para escribir una tesis, aun así percibí que genuinamente hacía lo que le correspondía, su personalidad y profesión quizá le daban esas cualidades de amabilidad y buena disposición.

Mi sensación antes de cada *triagem* era de expectativa, siempre era una historia nueva, siempre nuevos sufrimientos y dramas, pero se repetía un impulso a buscar alternativas y un nuevo camino, aún con las angustias que conlleva comenzar algo, internarse con desconocidos, dejar una sustancia a la que se está acostumbrado, percibía la esperanza en las familias y los futuros *acogidos* por el comienzo de un cambio hacia la modificación de hábitos desastrosos. Aún con el encierro, lo artificial, la persuasión religiosa, y todas las críticas, había condiciones materiales que ayudaban a quienes buscaban esa ayuda y personas compartiendo la misma experiencia, lazos de apoyo siendo creados. Desde mi perspectiva fueron sentimientos encontrados, largas reflexiones, extrañezas, cuestiones y aprendizajes.

3. CAPÍTULO 2. EL FUNCIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO

3.1 Triagem

Según el diccionario, la palabra *triagem* es un sustantivo femenino cuyo significado es “la acción o efecto de separar, seleccionar, escoger”. Se usa en el ámbito médico para clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición. En la Sagrada Familia se expande la referencia, se evalúa las necesidades específicas de cada hombre incluyendo el relato de su familia que es el primero que se escucha. Las *triagem* o *acogimientos* como las llaman los trabajadores del lugar, tienen lugar todo martes y jueves en horas de la mañana y se dividen en

varios momentos y dos espacios. Hay una lista de espera generada desde el Caps AD y semanalmente se va programando la cita. Una vez el futuro internado y su acompañante entran a la *chácara* se les indica sentarse en la parte de afuera de la casita que hace las veces de parte administrativa, ahí, uno de los *educadores*⁵ les entrega los papeles con el conjunto de reglas (archivo anexo) para ser leídas por ambos.

Pasado un rato es llamado primero el acompañante del acogido, es obligatorio que todos vayan con acompañante (existen algunas excepciones), esta persona va a quedar como el responsable y también será parte activa del tratamiento de la persona que acompaña, se llama primero para tener un panorama y perspectiva de lo que el acogido está viviendo afuera. Esto tiene lugar en la sala de juntas donde se encuentra Eliza, Andrea y últimamente yo, la persona entra y nosotras nos presentamos, yo solo digo mi nombre, ¿ellas se presentan y dicen quienes son dentro de la institución y la primera pregunta que Eliza hace es “como é que estão as coisas lá fora?”. La razón de este orden según lo que ella me explicaba es buscar información, se hace para indagar sobre contexto y vínculos familiares y todo lo relacionado al uso desde la percepción de esa persona que por lo general es cercana y puede dar una luz sobre la vida de quien será el interno. He escuchado varios relatos, son todas historias diferentes, pero hay un grado de preocupación, de desespero y un sentimiento de esperanza por la decisión que se está tomando que es común en los relatos, también sobresale un apoyo y voluntad por parte de quienes acompañan, son cosas bastante repetidas en cada *triagem*.

Las preguntas de las trabajadoras indagan sobre las relaciones interpersonales, percibo que no es solo el uso de drogas que ha generado problemas sino que tal vez ese uso sea producto de algo que viene desde antes, traumas, decepciones, pocas oportunidades una mezcla de eso o varias otras cosas, es una relación entre usos y problemas donde se desencadena un uso abusivo que va generando fracturas, mudanzas de comportamiento, distanciamiento, sufrimiento para ambas partes y aparecen también lazos desgastados, en la mayoría de casos existe una falta de comunicación bien presente como en el caso de la señora Nelza quien acompañaba a su hijo

⁵ son trabajadores encargados de coordinar las actividades de trabajo cada semana, ellos organizan los grupos que van a estar en cada sector y supervisan que se realicen las actividades programadas, también acompañan a los hombres que necesitan salir a cumplir citas médicas, son solo hombres y los que más tiempo pasan con los internos en total son seis que trabajan de a dos en turnos de día tarde y noche. La forma en que los hombres dentro se refieren a ellos es como “professores”. El nombre de educador para este cargo es para marcar la jerarquía.

Alesson de 30 años quien *cayó* en la bebida cuando tenía 15 o 16 y en la cocaína un poco después, su madre contaba que *“ficava na rúa, tomava remédios, tinha um pouco de depressão. Não se abre muito e quando bebe fala as coisas meio chorando”* le preguntaron sobre si él tenía hijos y ella dijo que no y cuando él entró, le hicieron la misma pregunta y contó que tenía un hijo de ocho años, ahí fue donde la señora se dió cuenta que tenía un nieto. Todavía en ese primer momento con la persona responsable se le pide que comparta toda la información importante que pueda traer, y ellos como respuesta resaltan lo que más les preocupa del consumo de su ser querido y su comportamiento bajo esos efectos, cuentan cómo pierden trabajos, como desaparecen de la casa por varios días, como empiezan a hurtar pequeñas cosas, a vender sus propias pertenencias, entre otras cosas.

Por lo general son varias sustancias las que consumen, aunque siempre hay una que es el problema mayor, la de *preferencia* como en el caso de la mamá de un joven de 24 años que contaba *“ele já passou pela maconha a cocaína mas o verdadeiro problema dele é o álcool, ele já chegou a tomar álcool puro, só, a pinga”*. La dependencia fue definida en 1982 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancia(s) psicoactiva(s) determinada(s), frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”*, una de las características que se liga a esta definición es la tendencia a incrementar la dosis, como también el deseo por continuar tomándola y obtenerla por cualquier medio; la dependencia física y psicológica que provoca abstinencia por la retirada de la droga y los efectos nocivos para el individuo y la sociedad. Además, debido a la administración repetida de la dosis se genera una disminución gradual del efecto lo que provoca la tolerancia. Las personas que inician el tratamiento en la Sagrada Familia, aunque pasan a ser acogidos no dejan de ser dependientes, lo entienden como una enfermedad que no tiene recuperación, no existe tal cosa como una cura, aunque dentro estarían en un tratamiento de recuperación en el que van a aprender a vivir con ello.

Una vez indagados esos aspectos más generales y externos es llamado a la oficina el hombre que quedará internado y el acompañante debe salir y esperar. Nuevamente empieza la rueda de presentaciones y la pregunta de Eliza: *“o que te trouxe por aqui?”* respuestas frecuentes remeten a la pérdida de control de la vida a un sentido de haber arruinado todo lo que se tenía, a ya no poder más a *“estar no fundo do poço”*, la sensación de necesitar ayuda porque por sí mismo no se logra y claro, la descripción de las consecuencias devastadoras de una relación perjudicial con alguna sustancia de la cual ya no tienen el control y que ha venido afectando su vida de manera grave y en muchos aspectos, a pesar de la angustia también hay

una sensación de esperanza, se muestran receptivos y responden, tienen una noción de lo que esperar, como la afirmación de Maycom de 23 años que decía “*pode perguntar, eu vou responder tudo, estou meio que sob a sua custódia agora*” sabe que está perdiendo parte de su libertad a cambio de la mejoría que su familia y él mismo esperan de él, dentro de los discurso y la vida que describe al llegar es que la mayoría resalta también el dinero como problema, tener dinero en sus manos *ya da esa sensação de querer usar*, esa afirmación la escuché en repetidas ocasiones tanto por familiares como por los propios hombres. Considero que a partir de las posibilidades que representa el dinero, posserlo puede ser un detonante para sentir las ganas de usar, en la mayoría de casos lo que impide el uso es no tener qué intercambiar en la transacción de adquirir una sustancia, ya con dinero el valor que se da garantiza el adquirir lo que se necesite.

En esta parte de la *triagem* se escucha al futuro internado, se recoge una primera visión general de su vida y su relación con la *droga de su preferencia*, por otro lado, la asistente social le pregunta por temas relacionados al trabajo y su profesión afuera y problemas con la justicia o pendientes legales, después de la charla ya con la información suficiente recaudada, se llama al acompañante para finalmente explicar las reglas y el tratamiento a ambos y proceder a firmar los documentos.

En la tercera parte como ambos ya leyeron las reglas, van a aclarar algunas dudas mientras las trabajadoras les dan recomendaciones y documentos para firmar. Se deja claro que es una estadía de nueve meses donde el primer mes el contacto es exclusivamente por medio de cartas que tienen un horario específico para ser entregadas a los *educadores* y que después serán repartidas a la familia en los grupos de familia que tienen lugar en una iglesia todos los jueves en la noche. Escribir cartas es una actividad que Andrea (trabajadora social) me comenta, consideran importante para trabajar esos vínculos fragilizados, para ayudar con la ansiedad y como forma de mantener un mínimo contacto con la familia o las personas allá afuera.

Otra de las aclaraciones que se hace es que como comunidad, todo se divide, todo se comparte y todos deben participar de las actividades, mencionan que debido a la convivencia se van a generar tanto vínculos como diferencias, dentro puede haber personas que conozca, que es algo que pasa comúnmente, pueden haber sido colegas de consumo o personas con las que se tenía problemas pero que todo eso debe quedar afuera porque ahí no se arreglan las cosas de la misma manera que en la calle y a la mínima pelea, tendrían que salir, enfatizan que nadie viene a hacer amigos, vienen a recibir tratamiento y deben enfocarse en su propio tratamiento, cada uno viene por un motivo individual, cada uno tiene su historia y cada uno necesita de ese tratamiento, entonces debe enfocarse en su propio tratamiento. Los problemas y malentendidos

deben comunicarse a los educadores que según el protocolo son los encargados de orientar en esos casos.

Se informa que es una institución que trabaja la espiritualidad, aunque es de cuño católico y se cuestiona si tienen problemas con eso. Ellas hacen énfasis en que se trabaja la espiritualidad y no la religiosidad. También hablan sobre la laborterapia⁶, se deja claro que debe pasar por todos los sectores, porque deben *“suar um pouquinho, tem que se manter ocupado, até trabalhar a socialização no grupo, porque nunca é você sozinho, é você com os demais”* Explican que una vez entren, serán ubicados con un integrador que les va a mostrar todas las reglas de la casa y la rutina, acompañando y direccionando por quince días mientras se adaptan y que más adelante esa misma persona será integrador de otra cuando ya lleve más tiempo y conozca la dinámica de la casa y el espacio. Una vez explicado todo esto se pasa a la formalización a través de los documentos que Andrea va rellenando con informaciones personales, laborales, sobre enfermedades y el tipo de droga que usaban, etc. Mientras tanto Eliza pide algunas firmas en todas las hojas de las reglas, sobre autorización para el uso de imágenes porque toman fotos de las actividades que no son publicadas en ningún lugar, pero son necesarias para la presentación de cuentas.

La parte final consiste en la requisa de las pertenencias donde los educadores van a revisar minuciosamente los elementos que están trayendo, es el último momento que tienen junto a los familiares antes de entrar, las cosas que no son permitidas deben llevarlas de vuelta. Hay un listado de todos los elementos que no son permitidos entre esos están celulares o cualquier tipo de elementos tecnológicos como relojes inteligentes, productos que en su composición tengan alcohol, incluso desodorantes o elementos de aseo y solo pueden ingresar con seis conjuntos de ropa. No pueden traer dulces o cosas para comer, tienen la opción de que su familiar se lo lleve o dejarlo para la donación a la comunidad. Una vez terminado todo esto solo resta despedirse de sus acompañantes e iniciar un nuevo ciclo de recuperación.

De cierta forma, las comunidades terapéuticas responden a las angustias inmediatas de los usuarios y sus familias. El protocolo de bienvenida es invariablemente el mismo, al igual que el tratamiento. No existe una propuesta de tratamiento individualizada y no existe el principio de respeto al derecho a elegir. La pedagogía adoptada se centra en esfuerzos de

⁶ la laborterapia consiste en la realización de actividades de trabajo dentro de la casa, se trata de un requisito del tratamiento, se organiza por sectores y todos deben pasar por todas las áreas, se enfoca en la manutención, preparación de alimentos, jardinería, entre otras áreas.

convencimiento sobre el uso de drogas como nocivo a la salud, alejado de una vida libre y moralmente recta, “as CTs consideram imperativo não só colocá-los em abstinência, mas educá-los, ou reeducá-los, para uma nova inserção na vida social” Santos (2018). El proselitismo antidrogas adoptado por la CT busca la internalización de nuevos actos, rutinas y conductas, la abstinencia viene acompañada de antiguas prácticas de tratamiento psiquiátrico, especialmente el reclutamiento de los pacientes en instituciones cerradas, donde son sometidos a aislamiento social, bajo estrictas reglas de conducta y convivencia, y bajo la vigilancia y tutela de un equipo directivo.

3.2 Reglas

Primer mes	Totalmente aislado, sin visitas, Intercambio de cartas.
Segundo a tercer mes	Visitas en la comunidad el primer y tercer domingo de cada mes entre 10 a 16 hrs.
Tercer a quinto mes	Salidas asistidas segundo y cuarto domingo de cada mes.
Quinto a séptimo mes	Salidas semanales del sábado a las 8:30 y regresan el domingo a las 17:00. En el séptimo mes ya tienen derecho a salida de sábado en la mañana a las 8:30 y vuelven hasta el martes a las 17:00.
Noveno mes	Alta si completaron el tratamiento con el compromiso de seguir asistiendo a los tratamientos y con la posibilidad de hacer un refuerzo de seis meses si se necesita.

Imagen 5. Internación a lo largo de los meses del tratamiento.

Fuente: Diagrama de la autora

En el séptimo mes se comienza a trabajar la *reinserção social* que es el periodo donde puede comenzar a trabajar o a conseguir trabajo. En los últimos dos meses regresa solo para dormir y continúa participando de los grupos de la noche y recibiendo atención psicológica. No son nueve meses sin salir, deben y necesitan, según las palabras de Andrea, salir para poner en práctica lo que han aprendido adentro. Es una fase muy importante para la manutención y continuidad de la sobriedad y la parte final es el proceso de graduación no se trata del *alta* sino una última fase, después de la graduación pasará a participar del grupo de reinserción social con reuniones quincenales y seguirá recibiendo atención psicológica individual si así lo desea.

Hay muchos casos de recaída desde las primeras salidas, ese enfrentamiento a la realidad resulta difícil y es una situación lamentable tanto para la persona como para los compañeros porque dentro se generan lazos y apoyo mutuo y quienes atraviesan todo el proceso pretenden

lograrlo por eso cuando alguien recae genera una sensación de malestar, según las reglas en esa situación el acogido debe empezar el tratamiento de cero.

Eliza me contó sobre un hombre que no logró dejar el cigarrillo y en las primeras salidas volvió a fumar y para acompañar, a tomar solo una cerveza y sin alcohol, pero cuando se dió cuenta, cayó en la cocaína de nuevo. En este caso, percibo lo complejo que puede ser un proceso de recuperación cuando todas las sustancias están vinculadas entre sí y además ligadas a un contexto ya conocido. Justamente dentro de las reglas que Eliza llama *recomendaciones*, a las familias cuando van a visitar a sus seres queridos, se les pide evitar llevar cualquier tipo de bebida gaseosa o jugo de sabor a uva ya que puede recordar el sabor del vino, o energéticos porque recuerdan el sabor del whisky, debido a la filosofía de abstinencia total y a la composición de estas bebidas, puede terminar siendo desfavorable para el tratamiento, la idea es alejarse completamente de cualquier tipo de estímulo que recuerde la vida pasada, a la *adicción* y a ese tipo de asociaciones que alejen de la vida de abstinencia.

3.3 Sobre “dependiente” y la admisión y rechazo

La categoría con que designan a los acogidos antes de serlo es la de “dependiente”. Andrea es una de las asistentes sociales, es una mujer de estatura baja, mestiza y es evangelica, ella lleva tres años trabajando en la CT. Debido a la flexibilidad de su profesión, tiene otro trabajo en las tardes también en el área, donde atiende a niños entre 3 a 6 años dice que lo hace por cuestiones de capital pero que se siente identificada con ambos. Ella tiene que ver más con los procesos legales fuera de la casa, pero dirige el grupo de familias que tiene lugar los jueves en la tarde, es quien recibe y entrega las cartas entre familiares y acogidos, por lo tanto es de las personas que más tiene contacto con ambas partes.

Desde su trabajo, me contaba que el mayor desafío que encuentra es la cuestión de la ansiedad de los *meninos*, como los llaman, porque ahí dentro las cosas son muy burocráticas además les afecta el estar lejos de la familia, no tener dominio de la propia vida, depender del equipo, de las personas afuera. Entiende la dependencia química como una enfermedad sin cura, en realidad, la drogodependencia se viene considerando una epidemia desde los años sesenta y según DelMoral (1998), “uno de los más graves problemas sociosanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psiquiátricas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc.” Al tener que convivir con ella toda la vida, se deben trabajar estrategias para evitar las recaídas, Andrea afirma que “*deve ser uma questão de decisão, escolha*”. Describe a las familias como personas cansadas donde las drogas y el uso abusivo no es el único problema que rodea sus vidas, existen

relaciones abusivas, violencias, “*aquí é um dependente químico, mas lá fora pode ser um abusador*”, se encuentra varias realidades y situaciones que igual le afectan, “*é impossível não absorver, a gente é humano, já fui chorei sozinha em casa pensando que posso fazer para ajudar essas famílias*”. Me contó también el caso específico de un padre con esquizofrenia cuyos dos hijos eran usuarios de drogas, la mamá ya había desistido de acompañar el tratamiento, uno de los hijos está en la comunidad mientras que el otro está en situación de calle. A nivel general me informó que de 28 personas que participan en los grupos de familia 4 no tienen ningún acompañante, dentro de estos participantes están tíos, hermanas, esposas, hijos, suegra y amigos.

Algunos autores usan el término de *nocividad social* para definir una sustancia como droga y se da cuando afecta en tres niveles, el familiar, el laboral y el personal, según DelMoral (1998) “A nivel familiar produce disputas y graves conflictos de relación, abandono de responsabilidades, disgregación, etc. A nivel laboral se traduce en disminución de rendimientos, incremento de la accidentabilidad, absentismo, etc. A nivel personal hay deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos, proselitismo hacia el consumo, etc.” Según la opinión de Eliza acerca de las sustancias y la diferencia entre casos, la mayor parte de personas hace uso de cocaína, sigue el alcohol, cigarrillo, crack, por lo general están asociadas y nadie llega solo por un uso de cigarrillo, por ejemplo. Incluso escuché a un joven responder a la pregunta que cuestionaba sobre su dependencia que hacía uso de alcohol, cigarrillo y medicamentos.

Eliza ve y es parte del proceso de todos y tiene una imagen de cuando llegan y cuando se van, para ella los consumidores de alcohol, sufren más síntomas físicos y psíquicos provocados por la abstinencia, síntomas como temblores, sudor y ansiedad son muy comunes, ya con los usuarios de *crack* suele haber menos síntomas de abstinencia visibles, pero acaban desistiendo con más frecuencia, la abstinencia es difícil en este caso porque por lo general hacen un uso nocivo de esta sustancia. Acerca de la descripción clásica de dependencia física y psicológica, apunta DelMoral (1998) “En la actualidad se añade un tercer tipo: la social.

Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por unas causas específicas. No obstante, las tres tienen en común la conducta final del dependiente: obtener y consumir la droga y no pueden considerarse como parcelas separadas, sino complementarias e interactuantes en una misma persona” Existen espacios donde está normalizado el policonsumo, como el ejemplo del hombre no logró dejar el cigarrillo y cayó en todo de nuevo. Los efectos clínicos del síndrome de abstinencia agudo varían según el tipo de droga. En cuanto a la dependencia física apunta el autor, “se puede decir que los

signos y síntomas del síndrome son los contrarios a los que caracterizan el efecto inmediato de la droga, es decir, son manifestaciones de rebote de los sistemas fisiológicos alterados por ella” sin embargo, la intensidad del síndrome de abstinencia depende de varios factores como la cantidad, el tipo, la vía de administración o la absorción en el cuerpo. La dependencia psicológica es tan destructiva como la física, pero resulta más difícil de superar. La dependencia psicológica es la que impulsa al drogodependiente a administrarse de nuevo la droga después de llevar meses o años de abstinencia.

Una pregunta por parte del futuro internado que se repite en la entrevista de bienvenida es sobre la medicación. Como en el caso de Maycon, de 23 años usuario de cocaína, quien preguntaba “*nao sei se vou ter mas caso tiver uma crise, abstinência, essas coisas, voces tem remedio para isso nao é?*” Hay una preocupación en la mayoría de los casos porque son personas que difícilmente han estado sin usar pocos días y pasar de un uso constante a una abstinencia total es un desafío que parece difícil y realmente lo es. Algunas estrategias que reconocen sugieren y permiten desde la parte técnica son adhesivos de nicotina, masticar chicles o las hojas de ciertas plantas, entienden y reconocen que es un proceso difícil aunque no presentan soluciones.

La comunidad terapéutica es un instrumento social y no médico, aunque responde a un problema de salud pública. Dentro del tratamiento no pueden medicar a su criterio a las personas que ahí están, lo que hacen es administrar las medicaciones que ya toman. Al llegar cada hombre trayendo sus medicamentos sea de uso controlado o no, debe obligatoriamente traer la prescripción médica porque son proporcionados siguiendo la *orden* bajo la responsabilidad del *Educador Social* de turno quien es el autorizado a medicar, o sea dar a cada uno su píldora en el horario que dicta la orden médica. Por lo general siendo remitidos del CASPad, ya cuentan con acompañamiento psiquiátrico y los medicamentos que toman son para la abstinencia, ansiedad y problemas derivados del consumo.

En la casa hay espacio para cuarenta personas para ser acomodadas de a tres o cuatro en cada cuarto. De los lugares, treinta son reservados para las personas remitidas por el *Centro de atencao psicossocial de álcool e drogas* CASPad, de hecho, es una de las condiciones para ser admitido, debido a el acompañamiento psiquiátrico y la medicación sobre todo para tratar la ansiedad y teniendo en cuenta que la metodología de la CT es abstinencia total, esa es una parte muy importante para que el usuario sobrelleve la estadía y tenga un tratamiento integral. Hay unos diez lugares que quedan disponibles para cualquier otra persona que llegue por cuenta propia o que sea de otro país u otro estado, que no necesariamente deba pasar por el CASPad aunque una vez en la casa entran en la fila para obtener este servicio, esto con el fin del mejor

acompañamiento psiquiátrico y la medicación. Otra de las condiciones para ingresar es tener un familiar o responsable que se comprometa a acompañar su tratamiento, debe participar de las reuniones familiares, actividades y será el responsable por los trámites de salud y sociales externos cuando sea solicitado por el equipo técnico de la Sagrada Familia, aunque como ya mencioné no todos tienen a alguien, aunque son muy pocos se hacen esas excepciones, por lo general son personas que están en situación de calle y llegan por su cuenta.

Son aceptados solo personas entre 18 y 59 años de sexo masculino, pregunté a Eliza sobre los criterios que tendrían para rechazar a alguien y aunque en su respuesta hizo énfasis en que se procura aceptar a todo mundo, pero habría casos específicos donde *“nao se rejeita diretamente, dá-se a oportunidade, mas se não conseguir participar das atividades do tratamento, não pode permanecer”* por eso el criterio de la edad, pues deben ser hombres en etapa productiva ya que parte de la metodología del tratamiento es también la labor-terapia que voy a profundizar más adelante pero que a grandes rasgos, se trata de la manutención del lugar, preparación de sus alimentos, cuidado de animales, varios roles y sectores de los cuales todos deben participar conforme sea organizado por los *educadores* y que involucran sus capacidades físicas, entonces cuando hay algún hombre con alguna condición que le impide hacer las cosas por sí mismo, debe salir como el caso de *“um senhor com mais de 50 anos, sem visão em um olho e com problemas de mobilidade, diabético, que precisava aplicar insulina e não conseguia fazer isso sozinho”* o también en el caso de tener algún problema mental y que no siga un tratamiento, serían criterios propios por los que no ingresaría alguien.

Por otra parte, una aclaración sobre los educadores sociales es que trabajan de a dos en turnos de seis horas, son los encargados de velar por la laborterapia y el funcionamiento de la casa a partir de la supervisión del cumplimiento de las reglas, ellos son el contacto directo que tiene cada hombre acogido para resolver dudas o conflictos en el día a día, básicamente son la autoridad. Los residentes por lo general se dirigen a ellos como *profesores*. Jean es uno de los educadores que está en la casa en el turno de la tarde. Lleva seis meses ahí y describe su labor de la siguiente manera: *“acompanho o tratamento dos meninos com as regras da casa, acompanhamentos de grupo, também saio com eles ao CAPS, posto de saúde e no geral orientação, sobre o tratamento”*

Aunque no es profesional en educación tiene otros cursos que le permiten desempeñarse en el rol. Es de las personas que más contacto directo tiene con el diario vivir de los hombres que viven ahí y percibe que *“ficam muito ansiosos, com irritabilidade, tem que trabalhar isso com eles, essa é a maior dificuldade que tem, vem de uma rotina muito diferente do que aqui dentro, até acostumar com a rotina demora um tempinho”* Respecto al seguimiento de las reglas

menciona que es cuestión de adaptación al tratamiento, destacando que hay varios casos de personas que desisten después de haber comenzado. Mencionó que existe esa cuestión de que a veces ellos quieren imponer lo que quieren hacer, pero *“tem que fazer o que é imposto pela casa, pelo tratamento”*. En últimas por él ya que es la autoridad directa en ese lugar mientras está de turno. Jean reconoce que aunque es difícil manejar esas situaciones al final logran cumplir con las reglas. A pesar de su posición de autoridad menciona que también existe una relación de amistad, aunque debe imponerse para asegurar el cumplimiento de las reglas.

3.4 El comienzo de un tratamiento

Carlos, de 37 años, era peluquero y llevaba 19 años usando cocaína, cuando hablé con él llevaba un mes y quince días en la casa. Era un hombre alto y conversador, me contaba que lo había sorprendido positivamente estar ahí. Estaba en proceso de adaptación, dentro había enfrentado algunos comentarios desagradables debido a su orientación sexual, aunque intentaba no prestar atención. También notó que había ganado algunos kilos y reflexionó sobre las asociaciones y el reemplazar una adicción por otra, en su caso, la droga por la comida. De su pasado me compartió que el dinero era su detonante; siempre que tenía quería usarlo para consumir, incluso pedía a sus clientas pagar por adelantado. Mencionó que al salir no quiere volver a ser peluquero porque le trae recuerdos del uso *“todos os cabeleireiros que eu conheço usam droga, não quero voltar ao médio deles, quero me afastar de qualquer tipo de gatilho”*. También reconoció que fuera en comienzo fue la convivencia lo que lo llevó al uso, pero después empezó a hacerlo en solitario y ahí reconoció la adicción, además mencionó que quiere mejorar su relación con el dinero.

Respecto a sus planes a futuro dijo que quería hacer un voluntariado en Africa, hacer cosas diferentes y que dentro a quién más extraña es a su perro porque a su mamá la veía los domingos. En Carlos había indicios de un cambio de pensar, tenía el deseo de alejarse de un entorno que reconocía que le resulta perjudicial, empezando por la normalización del consumo en su entorno profesional. La disposición para hablar y su reflexión a medida que lo hacía evidenciaba un proceso de autoconocimiento en el que trabajaba, el reconocimiento de los desencadenantes como el dinero, el tiempo ahí y el uso anterior le generaron conciencia de querer manejar mejor sus recursos. Más adelante, cuando asistí a la celebración de la palabra a la que todos los acogidos debían asistir obligatoriamente cada martes a las 8 am, experiencia que ya describí, noté la ausencia de Carlos, se me hizo extraño no verlo, después, cuando le pregunté a Eliza me dijo que se había ido por decisión propia, cuando indagué sobre los motivos me respondió que había querido salir alegando que la casa estaba bastante llena y no quería

continuar, se fue casi en su tercer mes de tratamiento. En realidad, el flujo de la casa es bastante variable, son 40 cupos pero todo el tiempo está en movimiento la gente, no necesariamente saliendo porque terminan sino por otros motivos como Carlos, según las palabras de ella, es un público inestable porque hay *drogadicción, alcoholismo, dependencia*. Se trata de una población difícil e inestable.

3.5 El fin de un tratamiento

La primera persona con la que hablé, fuera de los trabajadores del lugar (en la oficina y con Eliza) fue Marciano, un hombre de 31 años quien estaba en su último día de tratamiento. Había entrado porque usaba cocaína desde hacía ocho años y cuando intentaba parar por su cuenta duraba máximo un mes y recaía peor “*era só ladeira abaixo, pensava só uma dose, só uma e hoje você vê o estrago que fez da vida*”. Era una persona un poco tímida, de pocas palabras. Según lo que me contó la experiencia fue muy buena, aprendió cosas que el vicio le había quitado afuera y dió sentido de nuevo a su vida, por ejemplo, en la cocina aprendió a hacer panes, dulces y *salgados*.

De las cosas más difíciles para él fue estar lejos de las personas aunque lo veía como necesario para poder recuperarse. Frente a la práctica espiritual comentaba que creía en Dios desde antes pero no practicaba la religión y que adentro pudo estar de vuelta en esa relación que ayudó bastante. Frente a las reglas, mencionó que el seguimiento fue difícil en el comienzo pero terminó acostumbrándose. Frente a su perspectiva de futuro mencionó que se sentía “*realizado, chegando a mais um final de um ciclo na vida, agora posso continuar a vida, começar a viver e não só sobreviver como fazia antes*”. Dentro de su consumo de idas y venidas percibió como estaba dejando de lado cosas y decidió rescatarlas buscando ayuda con el tratamiento pues se dió cuenta que no podía solo, aunque tenía todo el apoyo de su familia que fue motor y parte importante para llegar a ese punto.

En otra ocasión, llegué un día temprano para estar presente en las *triagem* de esa mañana. Sentada en la sala de espera observando mientras esperaba noté que estaban haciendo los papeles de *desligamento* del señor Manuel, nunca llegué a hablar con él, solo lo vi ese día, era un hombre de estatura baja y amable que por lo que escuché era autista. La razón de la salida era porque estaba muy mal de la diabetes “*quase morri duas vezes*” decía a manera de disculpa, su esposa estaba al lado contando lo sucedido aunque ninguno estaba alterado, resulta que por alguna razón la insulina que el hombre usaba se había dañado, parece que la nevera de la comunidad no estaba refrigerando bien o no la habían guardado en la nevera y entonces estaba saliendo del lugar para recuperarse y cuidar de su salud de manera más efectiva, en su casa. No

le dieron de alta porque no completó el tratamiento. En medio de lo que decían, su esposa contaba que “*Ele estava se matando com a pinga e a diabetes trouxe essa reflexão para transformá-lo como homem... eu até fiquei feliz*” Algo cruel pero impresionante junto a la situación de casi morir ahí dentro. El adiós fue bien afectivo y cargado de los mejores deseos, “*nao deu certo mas faz parte*” decía Eliza... aunque fue casualidad escucharlo, fue la única vez que presencié un caso de negligencia y una salida así. Aunque son pocos los casos de este tipo, vale la pena problematizar la falta de atención frente a personas que presentan situaciones delicadas de salud dentro de este tipo de instituciones.

Así como la condición principal y común de los que están internados es la relación abusiva de consumo, mencionando únicamente de la esfera de la salud hay diversas situaciones que también afectan esas vidas en otros grados. Esta escena coloca por un lado la cuestionable atención que reciben las personas que padecen enfermedades que requieren cuidados más estrictos y por el otro la voluntad de continuar un tratamiento y la imposibilidad por otras cuestiones de salud además de la culpa siempre presente hasta por cuestiones alejadas de su propio control, Por otra parte la posición de la esposa atribuyendo su enfermedad a la voluntad de Dios, es un pensamiento común entre el catolicismo el atravesar por un camino de dolor para obtener una recompensa al final, entregar un poco de vida con tal de ser merecedor de algo mejor más adelante.

3.6 Grupos

Dentro de la comunidad, los llamados grupos son espacios de interacción y apoyo donde todos los acogidos son participantes de la mayoría, hay algunos que son específicamente para quienes están acabando o para quienes ya salieron en ese último caso, las reuniones por lo general son al final del día, en un horario que coincide con el fin de la jornada laboral, allí comparten sus experiencias y reflexionan sobre sus situaciones. Cada reunión tiene diferentes enfoques y temáticas y cada psicóloga y trabajadora social dirige uno de ellos. Además, existen cinco grupos de voluntarios, de los cuales cuatro son con temas católicos: *Enunção Carismática*, *Obra de Maria*, *Fraternidade Céu de Sobras* y *Pastoral da Sobriedade*, este último maneja la lógica de los doce pasos y en cada sesión se enfoca en un paso diferente. El quinto grupo es evangélico y se llama *Espiritualidade*. Por lo general van todas las semanas a excepción de *Obra de Maria* y *Fraternidade* que van cada quince días. También hay un grupo de alfabetización por parte de dos profesores de la Unila que va dos días a la semana.

3.6.1 Grupo reflexivo

Este grupo tiene lugar todos los jueves en la tarde, está dirigido a todos los residentes y es la psicóloga Jessica quien lo conduce. Son temas diferentes cada semana, participé de uno cuyo título era “recomienzos”, estaban todos los hombres que viven en la casa, dos estagiários de psicología de la uniamerica y yo. Estando todos sentados alrededor del salón de manera que todos podían ver la cara de los demás, algunos conversaban, otros se mantienen en silencio mientras tanto sonaba una canción y van firmando la lista de asistencia.

La charla fue impulsada por un video que presentó iniciando, ella me había mencionado que le gusta mostrar videos para no quedarse hablando todo el tiempo, y el tema era la reflexión sobre lo que se hace cuando se comete un error y de qué maneras se recomienza en la vida. La psicóloga hablaba pausado, daba hasta la impresión de que tenía nervios, dudaba aunque según lo que ví, al final estaba buscando la palabra de ellos, cuando empezaron a opinar, varios empezaron a participar y discutir sobre sus experiencias mientras ella asentía y les daba la palabra, la culpa estaba muy presente en medio de esas charlas, “*cara eu fui muito burro, como cheguei até aqui*” decía un hombre pensando en lo que había dejado afuera y el encontrarse en ese espacio en ese momento. Aunque no todos participaron, de algún modo fue una terapia colectiva, la conversación se extendió a varios temas.

Como actividad final Jessica propuso que en un pedazo de papel escribieran un error que hubiesen cometido, no necesariamente con relación a la droga sino de la vida, debían escribir de manera anónima y luego sería repartido y la persona leería y propondría una solución o daría un consejo. Sobre relaciones amorosas fallidas se habló bastante, uno escribió que había matado y el consejo que recibió fue orar por esa alma- También mencionaron que el mayor error habría sido probar la cocaína. Hubo un momento donde alguien preguntaba si la masturbación sería un problema y Jessica respondía que:

“É também um tipo de dependência, tal como as drogas, os jogos, a comida, o mesmo sistema de recompensa que existe para qualquer tipo de dependência. Tudo aquilo que gera prazer excessivo para nós pode gerar adicção se se tem a predisposição para aquilo. E tratar isso sozinho é bem difícil. A gente aprende na questão da igreja por exemplo que pode tentar com a virtude oposta, tentar alcançar essa virtude, a virtude oposta seria a castidade mas primeiro precisa trabalhar o vício. Fazer jejuns, oferecer a graça, existem outros mecanismos, a gente pode trabalhar esses sistemas de recompensa para que isso diminua porque todo isso é uma forma de escravidão”.

Jessica en su hablar remite con frecuencia a acciones que tienen que ver con la vida virtuosa, los defectos de carácter, la tentación, cosas relacionadas al catolicismo. A partir de su conocimiento profesional usa estrategias mezcladas entre lo cognitivo, lo comportamental y el pensamiento religioso para persuadir. Si bien es cierto que la dependencia da lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, en definitiva, esclavizada por la sustancia psicoactiva; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto y la oración y trabajar las virtudes puede construir y consolidar creencias importantes que pueden fortalecer la voluntad, brindar esperanza o dar propósito a la persona, la dependencia química involucra múltiples dimensiones y no es suficiente con enfoques exclusivamente espirituales o morales para superarla.

Algo claro es que no todos los hombres ahí dentro son creyentes o no lo eran, algunos han empezado a atribuir una importancia mayor a “*se aproximar de Deus*”, a consolidar una relación debido a la prevalencia que tiene dentro de la casa, sin embargo, otros reconocen que no es necesariamente la religión o el pecado a lo que deben acercarse o evitar, es más bien el *ficar limpo* que está dando un sentido diferente y tendrá resultado allá afuera para su propia vida y las personas amadas, en muchos casos es una relación ambivalente pues la religión estando en el ambiente y la terapia brindan mucho espacio para la reflexión. Uno de ellos en su intervención decía “*nem tudo está relacionado com a falta de fé, tente também investigar os ensinamentos da psicologia*”. Aquí sigo a Kozelka (2018) cuando describe que “(las CTs) construyen un clima de tratamiento que influye en la comprensión que tienen los trabajadores y los internos sobre el tratamiento y su lugar en el centro. Sin embargo, los internos no pueden ser obligados a alinear sus creencias con el modelo del tratamiento, incluso si su comportamiento dentro del centro está estrechamente controlado”. La experiencia subjetiva e identidad se ven afectadas por las experiencias vividas en las relaciones de poder dentro de la SF. Sin disminuir el valor de la institución para la comunidad, se ve como las experiencias del interno podrían estar en conflicto con las metas de la propia institución y como esta igual afecta el proceso de cada persona.

Según lo que escuché y vi la culpa está muy presente, aunque tienen consciencia de que están en un proceso que eligieron buscando significado, propósito, redención y sobretodo un cambio por una condición que van a llevar siempre. Comprenden muy bien que son personas capaces y más allá de decisiones pasadas saben las cualidades que tienen y lo que pueden hacer de ahí en adelante, recomenzar. Este fue un espacio donde seguramente cosas dentro de ellos fueron movidas y donde compartieron y escucharon a los otros. Duró aproximadamente una hora y según lo que observé, se repetía una postura, quizá comodidad, quizá cansancio o solo

una forma de sentarse, lo ilustré como la silueta de un hombre sentado, con el cuerpo inclinado hacia adelante, el peso de los brazos apoyado en las piernas y la mirada fija en el suelo.



Imagen 4. Dibujo del cuaderno de campo.

Fuente: Dibujo de la autora

3.6.2 Grupo prevención a la recaída

Este grupo se lleva a cabo los viernes en la tarde y es dirigido por Eliza destinado a las personas que se encuentran a partir del tercer mes de su proceso en adelante, ya que es en ese momento es que se realizan las primeras salidas y el contacto con la calle puede generar situaciones que fomenten el uso. Según lo que Eliza me explicó, en este espacio son incentivados a identificar esas situaciones y posicionarse frente a ellas, como en esta actividad:

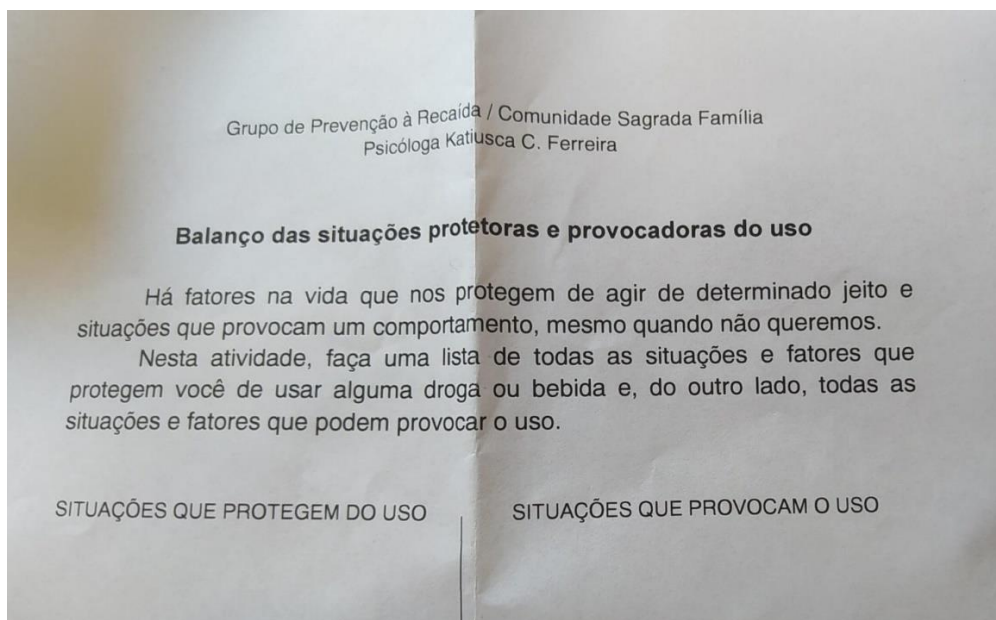


Imagen 5. Balance de situaciones, una actividad que desarrollaron los participantes de este grupo.

Fuente: Impresión entregada por la trabajadora del lugar.

3.6.3 Grupo de reinserción social

Los viernes cada quince días tiene lugar este grupo, en la sala de reuniones dentro de la casa donde están las oficinas administrativas, a las 7 pm se reúnen junto a la trabajadora social. Son seis hombres los que asisten, ellos lograron terminar el tratamiento, cumplir con los nueve meses e insertarse de nuevo en la vida laboral. En este grupo es trabajado el mantenimiento de la sobriedad. Hubo una pausa de algún tiempo porque faltaba una trabajadora social y no había alguien que dirigiera el grupo, justamente cuando yo participé fue el día que estaban volviendo a reunirse porque recientemente había contratado a Lenice, trabajadora social de 50 años que estaría en el turno de la tarde. Esa noche también participó Eliza con un papel de mediadora y para presentar a los hombres y a ella, hubo comidas y duró masomenos una hora y media. La propuesta de Eliza entonces fue que hablaran de ellos, de su experiencia dentro, que se presentaran y que contaran cómo iba la sobriedad.

De los seis, tres tenían más de 60 años, el primer señor que habló fue muy breve en su intervención, se presentó y contó que vivía con su mamá y que no bebía hace 15 años, su nombre era Nelson, era el mayor de todos, era un poco lento en sus movimientos y su hablar. El segundo, Marcelo ya se extendió más, entre otras cosas, compartió que siempre había sido un hombre ansioso y que desde que estuvo en la casa comenzó a tomar un remedio para ese problema y también como ayuda para permanecer ahí sin embargo se notaba su frustración, decía “*deixa tranquilo mas sempre vou ter que tá tomando*”, aunque más adelante Lenice le hablaría sobre lo beneficioso que era tener el poder de calmar la ansiedad con un producto de la medicina, de la ciencia, después de exponer sus argumentos, el señor ya se mostraba más convencido. *Seu* José, el tercero, nos contó que llevaba un año y medio fuera de la casa, tenía dos hijos, la mayor era especial, fue problemático para él el comienzo y pasó por lo menos los primeros cinco meses queriendo irse, la pasó mal y muchas veces pensó en simplemente irse, contaba sus anécdotas dentro de la casa y como varias veces estuvo “castigado” por no obedecer órdenes o hacer cosas que no debía, los castigos que mencionó eran el famoso *loçao* que es lavar la loza de las comidas.

Dentro de la casa y las funciones de la laborterapia no hay una específica para lavar la loza, siempre se sortea o se la gana el indisciplinado del día. El señor José también mencionó que al final acabó quedándose porque siempre supo que necesitaba ayuda, nunca lo negó, solo que estaba resultando difícil, relacionaba esa decisión de fortaleza con la fuerza de Dios, habló de la transformación que experimentó gracias a la relación estrecha que logró establecer ahí dentro con Dios, mientras contaba su historia y hablaba sobre el poder de Dios, fue interrumpido por la risa y el comentario de don Nelson que decía “*só os doidos que falam*” generando risas

e incomodidades entre los demás, sin embargo el otro no hizo caso pues es su creencia, es verdadero. Esto es algo que se repite en el perfil de quienes a estos centros asisten, como cuenta Granados (2018) haciendo su trabajo de campo en una institución que funciona con la filosofía de narcóticos anónimos donde prima la laxitud:

“Algunas personas internas expresan no creer en nada o tener dudas respecto a la existencia de un poder superior que les sirva de apoyo. Quienes así se expresan son, por lo general, personas con trayectorias de vida marcadas por experiencias traumatizantes, a las cuales hicieron frente sin sentirse apoyadas, y a quienes les resulta difícil creer que existe algo o alguien que pueda ayudarlos en el momento presente o futuro de su rehabilitación. O bien, personas que simplemente no muestran voluntad por atravesar un proceso de discernimiento sobre sus creencias. En cualquier caso, cambiar su forma de pensar es una de las principales tareas de quienes dirigen las juntas grupales del programa de NA o que están a cargo de supervisar su conducta.”

Son procesos singulares, para todos funciona diferente y resulta beneficioso para aquellos que asimilen e introyectan las ideas, como José quien “*sentiu a força de Deus*”, al mismo tiempo, otros más escépticos a esas ideas, refutan y refuerzan sus propias ideas contrarias, como ya había observado en grupos anteriores. Según Güelman, M. (2018), “la conversión es entendida como una modificación en el *hilo conductor de la propia biografía*, que supone un cambio significativo en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y una transformación radical de sus visiones del mundo” En este caso se presenta como la modificación real de las pautas de conducta y del estilo de vida.

En este grupo me encontré nuevamente con Marciano, la primera entrevista que hice, el día que él estaba acabando su tratamiento, me agradó verlo ahí, también me reconoció y me saludó, contó que para él no fueron solo 9 meses de tratamiento sino un año y 5 meses porque la primera vez tuvo una recaída a los 7 meses, ahí tuvo que volver a comenzar y finalmente logró completarlo, (eso no lo sabía) igual que la primera vez que lo escuché se encontraba motivado y agradecido, “*salvou minha vida, aprendí de volta o que é viver*” mencionó que a pesar de que estaba solo hizo un grupo, tiene muy buenos amigos que conoció allí y además continúa aplicando las cosas que aprendió, como mantener una rutina, levantarse temprano, orar. Se mudó de casa, “*tive que fazer escolhas para manter a sobriedade*” y está trabajando, parece estar bien.

Lucas, lleva cinco años en la casa y continúa yendo, dice que no tiene familia, está solo, las personas de ahí se tornaron su familia, tiene 65 años y se autodenomina como el *vovô* de la

casa, percibí el cariño que le tiene la gente y él también a los demás. Finalmente, Anderson el más joven de todos contó que terminó el tratamiento y hace 4 meses recayó un sábado después de llevar un año y 2 meses limpio, ahí optó por hacer el refuerzo. Mencionó que recayó porque se empezó a relajar, dejó de hacer las cosas que aprendió. Él hablaba de planes a futuro, hizo un curso de barbero y se estaba proyectando junto a su novia que estuvo presente también.

Finalmente, cuando acabó la rueda de presentaciones, Lenice trajo algunas cosas de lo dicho por todos e hizo su intervención, al final todos nos pusimos de pie y Anderson guió la oración que todos escuchamos para finalizar, agradeció por estar ahí porque nosotros estuviéramos ahí y pidió para mantener la salud y la fortaleza en cada uno, todo con palabras que salían de manera rápida y concisa, un rezo. La virtud principal y fundamental para que la oración sea eficaz es la fé, Lenice decía que la oración es el alimento del alma y como para el cuerpo, es necesaria y fundamental, imprescindible, se debe estar bien por eso también aboga a la medicación, el tratamiento, la ciencia. Si discordara con las ideas que estructuran la filosofía de La Sagrada Familia, no podría estar trabajando ahí, refuerza las ideas que se proclaman en el lugar y las complementa con sus propios argumentos.

En medio de todo, escuchar a esos hombres ese día fue motivador, sus nociones de pasado y presente, escuchar sobre sus experiencias y reflexiones demuestran motivaciones claras y proyecciones que solidifican el sentido que le atribuyen a lo que es importante para ellos y al propósito final del tratamiento. Denotan fuerza y convencimiento, al menos convicciones que fueron formándose, ya sea por el discurso, ya sea por la vivencia o bien por la reflexión sobria de los acontecimientos pasados. Todos a su manera han perdido algo pero han ganado otro poco y esta casa y la internación representa un espacio más de estas vidas, donde tiene lugar un ciclo de transformación, donde pasan a dejar de ser lo que fueron a ser lo que serán. Como lo entendía, una señora paraguaya que llevó a su hijo algunas semanas atrás, *“el tratamiento dura nueve meses, como una gestación, es un volver a nacer”*.

Cuando se da el caso de la conversión la experiencia incluye depararse con un nuevo ser, el nuevo nacimiento espiritual que emerge supone el reemplazo del universo simbólico resquebrajado o destruido del sujeto por una nueva realidad subjetiva a partir de la cual resignifica su pasado, su presente y su futuro. (Güelman, 2018). Supone la búsqueda activa de alejarse de un pasado devastado y acercarse a un futuro-presente prometedor adoptando un modelo que originalmente le es ajeno pero que finalmente acaba introyectando.

3.7 Laborterapia

El ejercicio del trabajo es un componente integral del programa, presentado desde la *triagem* donde el compromiso y participación es firmado por el *acogido* involucra ejecutar actividades encargadas por el programa, incluye realizar esfuerzos físicos y todos los hombres, independientemente al tiempo de internación deben participar en todos los sectores excepto quienes no puedan hacerlo por indicación médica. Es durante todo el día que trabajan y deben encargarse del cuidado, organización, y mantenimiento de los objetos y espacios usados, los sectores son: cocina, panadería, lavandería, huerta interna, externa, depósito, animales, manutención y coringa. El *coringa* es la persona que se levanta más temprano y despierta a los demás, riega las plantas, toca la campana y sirve la medida adecuada de *chimarrón* o *tereré* en los momentos autorizador para consumirlo, según lo que me contaba Andrea, es el rol que menos les gusta desempeñar.

Los sábados solo trabajan medio día, hacen un aseo general, en la tarde y el domingo descansan y pueden hacer otras actividades. En general se trata de encargarse del mantenimiento del lugar, todas las veces que fui percibí que había personas diferentes arreglando el jardín, esa parte de la casa por quedar al frente, de entrada, era la parte donde los veía mientras estaba en el lugar ya fuera por la ventana desde la oficina o cuando llegaba y atravesaba para ingresar a la oficina, los que trabajaban en otros sectores no quedaban muy vigilados por la gente que llegan. Todos deben pasar por todos los sectores entonces no existe un tipo de jerarquía permanente.

El único servicio que se rota es el de lavar la loza que funciona como castigo o *situação de aprendizagem* como los llaman adentro, para quien desobedece o hace las cosas mal durante el día y cuando no pasa, se rifa y lo hace quien la suerte dicte, el *loção* junto al coringa son las cosas más desagradables para hacer dentro de la laborterapia. Otra función que no se menciona en las reglas pero que existe es la del famoso *padrino*: la persona que se encarga de darle entrada e inducción desde la perspectiva del *acogido* al funcionamiento de la comunidad al otro recién *acogido*, de alguna manera realiza una labor desde dentro. Las especificaciones de cada sector están mejor descritas en las reglas anexas.

Frente a la realización de estas actividades al fin y al cabo impuestas, muchos hombres consideran que les funciona en términos de *ocupar el tiempo* y establecer rutinas a seguir mientras que otras lo ven como una imposición que no debería ser parte de un tratamiento para superar una dependencia química.

4. CAPÍTULO 3. Modelos de atención psicosocial en Colombia

4.1 Un modelo de atención en Bogotá - Cristocéntrico

Las comunidades terapéuticas en Colombia comparten similitudes con las brasileñas en el objetivo de rehabilitar a personas con problemas de adicción pero también presentan diferencias notables debido al enfoque, estructura, políticas públicas y contextos socioculturales. Este trabajo se dividió entre Foz de Iguazú y Bogotá, aunque la mayor parte del tiempo estuve en La Sagrada Familia, tuve la oportunidad en Bogotá de hacer algunas visitas gracias al financiamiento recibido por parte de la Unila para hacer este trabajo, se trata del financiamiento de apoyo al TCC, me dirigí a Rescatados Por Su Sangre, una fundación cristiana, creada por un hombre con una larga trayectoria de consumo quien pasó por cárceles, hospitales, vivió en la calle y a quien finalmente *Dios le hizo el llamado* y en 2010 junto a su esposa fundó la primera sede en Fusagasugá, Cundinamarca, una ciudad cerca de Bogotá, a lo largo de estos años, la fundación ha crecido y ahora ha alcanzado presencia en más de 30 ciudades del país además de tener sedes en Brasil, Ecuador y Panamá.

Se trata de una institución reconocida, con trayectoria y con bastante alcance, la manera en que la conocí fue porque casualmente estaba viajando hacia un municipio fuera de Bogotá y al autobús se subió un señor a bendecir nuestro viaje rezando, encomendando a los pasajeros y la carretera a Dios y también a vender, hablaba de forma elocuente mientras ofrecía el producto (maní) mencionó que trabajaba para ayudar a la fundación donde se encontraba ya que estaba concluyendo su tratamiento para dejar las drogas.

De inmediato investigué más sobre la institución y a diferencia de otros lugares, en internet hay mucha información, tienen una página web y varias redes sociales encontré que es una entidad sin ánimo de lucro cuyo servicio está mayormente enfocado en ayudar a las personas en situación de calle a través de un trabajo *crístocéntrico* brindando una asistencia principalmente espiritual, a través de la predicación del mensaje de la palabra de Dios, además de la ayuda material con elementos mínimos de subsistencia en hogares temporales.

Cuando volví a Bogotá me di a la tarea de buscar la sede más cercana, encontré solo una y fuera de la ciudad pero cerca, realmente todas las sedes han sido construidas en espacios alejados, como es común en las comunidades terapéuticas. Llegué sin cita, con la intención sincera de averiguar sobre el tratamiento y cómo funciona el lugar. Me recibió el encargado de la sede, me respondió lo que le preguntaba sin mucha más información. Al día que fui en enero de 2025, había treinta hombres, uno de ellos estaba limpiando las puertas cuando ingresé mientras que otros estaban sentados en silencio en lo que era una sala que tenía imágenes de cruces, según lo que me explicó el señor, el tratamiento dura 9 meses y no todos son de

internación aunque eso puede variar dependiendo la persona y *la evolución*, cuando ya llevan mucho tiempo y el comportamiento es bueno pueden comenzar a salir a vender o participar de brigadas de alimentos o recoger donaciones o ir a buscar leña, dependiendo del desempeño en esas actividades el equipo técnico evalúa si pueden seguir saliendo.

En la rutina diaria tienen que ayudar con trabajos del día a día en la casa y a empaclar los maníes para ser vendidos por quienes pueden salir. Martes, jueves y sábado hay culto devocional y los domingos y lunes por la mañana hay visita. El requisito para ingresar es tener voluntad y 150.000 pesos⁷ mensuales que serán usados para el sostenimiento de la persona. El

método es abstinencia total y recalco mucho que la persona debe tener voluntad de estar ahí porque no hay medicamentos y la atención es únicamente espiritual, “*aquí ya es que la persona quiera cambiar y le entregue el problema a Dios*”. No hay asistencia psicológica. Cuando terminan el tratamiento pueden continuar trabajando dentro de la institución si así lo desean, la fundación cuenta con una *escuela de formación* desde hace dos años, que según su explicación objetiva, ser el medio académico de formación para los líderes que provienen de las sedes nacionales e internacionales donde según el proyecto, se preparan y capacitan mediante las enseñanzas del material pedagógico y así pueden continuar con la misión de *rescatar almas de las calles* de manera *correcta y bien formada* además contribuir a que las sedes se fortalezcan.

Según De la Torre, R (2003), “la conversión, aunque se manifiesta en un cambio personal, no es netamente un hecho subjetivo, sino también un hecho social, pues transforma y es transformado por formas de convivencia y de organización grupal, así como nuevas formas de interacción y valoración de su adscripción e identificación con la institución” Quien *lucha contra las drogas*, se aleja del vicio y se convierte, ese cambio de rol modifica su estatus y altera su círculo, con el permiso moral del cambio y la capacitación espiritual de la conversión, ostenta un poder de lugar que lo dota de cualidades persuasivas a nivel de palabra y experiencia que puede modificar el pensamiento de las personas que se encuentran en la posición de estar luchando contra las drogas.

Es notable que, dentro de esta comunidad, la escuela funciona para mantener la conversión, capacitando y graduando a los nuevos predicadores para continuar realizando la terapia por medio de la palabra y en el bucle del cambio y la transformación. Respecto a la forma en que se recibe esa educación, me relató que si bien tiene que estar presentes durante el tiempo del curso, no se trata de otra internación porque para ese momento “*la persona ya funciona, es funcional en el tema de orientar a otros, ser motivo de inspiración para otros, ya*

7 200 reales aproximadamente

no será un interno más sino una persona que gozará de beneficios”. Se convierte en un funcionario del centro y deja de ser un cliente o paciente. Categorías que usó para describir lo que me estaba explicando me causaron ruido por ejemplo el de *indigente* para referirse a la población principal que acude, la palabra no es necesariamente peyorativa pero se usa de forma estigmatizante y sin conocer el significado que describe la falta de recursos materiales y exclusión social de una persona, es colocada en contraposición con el término de funcionalidad, pues antes de entrar se encuentra en situación de *indigencia* y luego pasa a ser alguien que *funciona* después del tratamiento, denota tonos estigmatizadores en el discurso.

A pesar de mi llana entrada y pocas oportunidades para confrontar mis primeras impresiones, este pequeño paso me dió algunas ideas de lo que pasa adentro, al ser una institución presente en muchas ciudades del país el manejo debe estar fragmentado de acuerdo a los directores de cada ciudad y no puedo generalizar ni sacar conclusiones de la institución como todo, me quedo apenas con lo que vi en Bogotá y las dinamicas que acompañan el tratamiento desde fuera de la institución.

4.2 Reducción de daños

La idea de Reducción de Daños se basa en principios de justicia y derechos humanos. Se centra en realizar cambios positivos y en trabajar directamente con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas ni exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo. El termino se refiere a las políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas y de las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal. Este modelo parte desde la concepción de que solo es un pequeño porcentaje de las personas que consumen drogas que presentan un uso abusivo, este enfoque es facilitador y propone reforzar cambios positivos en la vida de las personas por mas pequeño o gradual que sea. Coloca que la abstinencia do debe ser la unica opción posible, ni condición previa para acceder a cualquier instrumento de salud, además, busca reformar las leyes, políticas publicas y practicas en materia de drogas con la finalidad de que estas no sean perjudiciales para la salud y el bienestar para las personas que usan y sus comunidades.

La reducción de daños incorpora un enfoque libre de prejuicios a la prestación de servicios de salud y sociales. Estos incluyen, pero no se limitan a: salas de consumo de drogas (también llamadas centros de prevención de sobredosis o sitios de consumo supervisado) donde las drogas pueden consumirse bajo supervisión; iniciativas de vivienda y empleo que no requieren la abstinencia como condición previa; servicios de control de drogas donde las

personas pueden comprobar el contenido de drogas ilegales en busca de adulterantes; prevención y reversión de sobredosis; apoyo psicosocial; y el suministro de información sobre el uso de drogas más seguro. Así como información en general que también sirve a manera de prevención.

En Bogotá existe un colectivo con bastante trayectoria que se enfoca en la prevención y reducción de daños. La corporación Acción Técnica Social (ATS) es una entidad sin ánimo de lucro que desde 2007 viene trabajando con gobiernos, organizaciones locales y activistas, innovando con enfoques y metodologías para diseñar e implementar políticas públicas, programas y estrategias enfocadas en la promoción de los derechos humanos de las personas que consumen sustancias psicoactivas desde un enfoque de prevención y reducción de riesgos y daños. Dentro de sus objetivos está el de trabajar por un mundo que viva en paz con las drogas, buscan el cambio de las políticas de drogas y acompañar a la sociedad a que regulen las sustancias psicoactivas en un mercado justo y sostenible.

Han integrado un método de investigación e intervención multidisciplinaria bajo la categoría de Metodología para la Acción Técnica Social (MATS) desde donde formulan, diseñan e implementan estrategias de comunicación y movilización social. Las áreas de incidencia implican la investigación, regulación de las drogas para la paz, salud pública y derechos humanos, prevención, reducción de riesgos y daños y construcción de capacidad de respuesta en políticas de drogas, asesoría en diseño, evaluación e implementación de política pública y legislación, incidencia en la transformación de discursos políticos, mediáticos y de opinión pública frente al fenómeno de las drogas, asesoría en diseño, evaluación e implementación de campañas y acciones de comunicación en drogas, activismo y movilización social, esto se materializa por medio de los proyectos que han sido impulsados por el colectivo, en el momento son siete los que están activos, a continuación voy a describir algunos de ellos.

4.3 Échele cabeza cuando se dé en la cabeza

Darse en la cabeza en este contexto hace referencia a el consumo de sustancias y los efectos que puede tener sobre cada uno, echarle cabeza es pensar sobre esto, con este nombre particular, inclinado hacia una población joven, buscan generar y difundir información sobre sustancias psicoactivas (SPA), orientado a promover y fortalecer la capacidad de decisión y respuesta de la población joven vulnerable y no vulnerable frente al consumo, así como la generación de prácticas de autocuidado hacia personas usuarias no problemáticas.



Imagen 6. Lugar físico del proyecto *Échele cabeza cuando se de en la cabeza* donde hacen testeo de sustancias y brindan información en reducción de riesgos, ubicado en el barrio de Teusaquillo, Bogotá. Foto tomada el 23 de enero de 2025.

Fonte: Foto de la autora.

4.4 Proyecto Cambie

En 1984 en Amsterdam, Holanda debido a una epidemia de VIH entre usuarios de drogas inyectables y el aumento de muertes se crearon programas de intercambio de jeringas usadas por nuevas bajo el precepto de que la prohibición y represión no eran los únicos caminos para atender el consumo de sustancias psicoactivas. En 1986 en Suiza, se creó la primera sala de consumo supervisado del mundo y la estrategia logró que al menos 300 personas que se inyectaban drogas en Berna, tuvieran la posibilidad de ser atendidas con servicios sociosanitarios, la estrategia se centró estrictamente en reducir la propagación de enfermedades y muertes por consumo de drogas, en México se fundó la primera sala de consumo supervisado de latinoamérica con programas como Verter y Prevencasa, lograron detectar la llegada del fentanilo de manufacturación ilegal y ahora distribuyen dosis de naloxona para revertir sobredosis de opioides, para 2022 en el mundo funcionaban 147 salas de consumo supervisado para prestar servicios sanitarios en 16 países.

Actualmente en Colombia se están realizando grandes avances en innovación e intervención sobre poblaciones vulnerables y fenómenos como el de las sustancias inyectables, el colectivo ATS en el 2014 creó el primer programa de dispensación de material higiénico de inyección y desde la mitad del 2023 han instaurado un programa integral para personas que se inyectan drogas en la ciudad de Bogotá, buscando atender las diferentes necesidades de una

población vulnerable a partir de la salud pública, desde un enfoque de derechos humanos y reducción de riesgos y daños. (Acción Técnica Social, s.f.)

El proyecto Cambie marca un precedente en suramérica y Colombia al implementar la primera sala de consumo supervisado de sustancias inyectables. Funciona en el centro de Bogotá y es considerada una estrategia de reducción de riesgos y daños que busca prevenir sobredosis, minimizar los contagios de enfermedades virales como VIH y hepatitis y disminuir la presencia de consumo y desecho de jeringas en el espacio público, la sala en su primer año de funcionamiento ha logrado revertir 14 sobredosis de heroína y tiene 67 usuarios registrados, las personas que asisten están en extrema vulnerabilidad en contextos de insalubridad, pobreza, violencia y falta de acceso a servicios básicos de salud. El kit que entrega la sala de consumo contiene jeringa, torniquete, agua esterilizada, cazoletas, filtros y toallas de alcohol. También se encargan de recoger jeringas usadas del espacio público para evitar que cualquier persona que transite se pinche por accidente.

La sala está equipada con el espacio e instrucciones para preparar la inyección y los lugares del cuerpo donde colocarla, además, hay enfermeras presentes entregando los kits y orientando a los usuarios en su uso. El medicamento que usan para revertir las sobredosis se llama naloxona, funciona como antídoto para bloquear los efectos del consumo de opioides, puede salvar la vida devolviéndole la capacidad de respirar a alguien que tiene una sobredosis por haber consumido sustancias como heroína, oxicodona y fentanilo. En la sala de consumo supervisado del proyecto Cambie, el personal que atiende cuenta con kits de naloxona para suministrarlos por vía nasal o inyectada a quien esté sufriendo una sobredosis, además también hacen la labor de entregarla en espacios públicos.

Los objetivos de este tipo de dispositivos son evitar y revertir las sobredosis para evitar muertes, empezar a mitigar el marco epidemiológico de enfermedades que se puede dar por compartir jeringas, disminuir y retirar el consumo del espacio público, que sea a puerta cerrada para que las demás personas no tengan que verlo, limpiar el espacio público de jeringas que pueden ser peligrosas y por último encaminar a los usuarios a otros servicios sociosanitarios como hospitales, clínicas, hogares de paso, otros servicios que la persona esté necesitando, incluso prestar la ayuda y orientación para quien está cansado de consumir y quiere buscar la desintoxicación o la llamada rehabilitación.

4.5 Diferentes modelos

Entre comunidades terapéuticas y el modelo de reducción de daños existen diferencias notables, ambos modelos existen en los dos países y son utilizados para abordar el consumo

problemático de drogas desde perspectivas opuestas, por un lado, las CTs plantean una metodología restrictiva con un enfoque rehabilitador y cerrado, con residencia y tratamientos intensivos que buscan lograr la abstinencia total donde se mezclan el nivel espiritual, la cura moral y la integración social.

Del otro lado, el modelo de reducción de riesgos se centra en minimizar los daños asociados al consumo de drogas, es más flexible y el enfoque es promover estrategias preventivas y educativas, busca minimizar los daños inmediatos como infecciones o sobredosis y mejorar la calidad de vida del usuario sin imponer la abstinencia. Según Rui (2014) “es un área de interfaz entre la salud pública, psicología y ciencias sociales y fruto de la lucha de muchos activistas, la reducción de daños es una de las políticas más progresistas de prevención al uso y abuso de drogas sobretodo porque no exige la brusca interrupción del uso y porque lo entiende como un derecho individual, buscando ofrecer opciones de usos menos arriesgados”. Un panorama general sobre el surgimiento de la reducción de daños data que fue inevitable ante la necesidad de abordar los problemas relacionados con las drogas y el VIH, que estaban teniendo un alto costo en todas las dimensiones, especialmente en la salud y lo social, como evidenciaba la elevada tasa de mortalidad entre los usuarios durante la década de los 80 (ATS), además, las estrategias basadas en la prohibición violaban la autonomía de decisión y se centraban únicamente en alternativas dirigidas hacia la abstinencia, mostrándose como enfoques costosos e ineficaces.

Esta nueva línea de pensamiento e intervención nació con la intención de reformular la visión tradicionalista y prohibicionista catapultada en los 60 debido a la “guerra contra las drogas”, se fue instalando progresivamente como un grupo de políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo, se basaban en el concepto de justicia y derechos humanos. Muchas de las estrategias y programas de reducción de daños han nacido desde la base de los usuarios, al exigir abordajes que realmente apunten hacia sus necesidades y se siguen expandiendo.

Comunidades terapéuticas y la sala de consumo son ambos espacios cerrados con sus funcionarios y diferentes grados de permisividad con los usuarios, difieren en el objetivo y la manera de funcionar y también en la razón de existir, mientras la CT busca la rehabilitación y reinserción social, en las salas de consumo no es necesariamente este el fin que persiguen sino la educación en mejorar las prácticas de consumo, brindar mayor información y generar un espacio seguro, esta práctica roza con la idea de que pueda ser mera distribución de insumos, desacreditando la dimensión política pues según los apoyadores, en realidad se inserta en un contexto de lucha por los derechos humanos y de ciudadanía.

5. Capítulo 4. Modelos de atención psicosocial frente a la moralidad, cuidado y salud.

5.1 Prohibicionismo, moralidad, cuidado y salud.

La búsqueda de nuevas experiencias y la alteración de la conciencia ha acompañado al hombre a lo largo de su evolución, asimismo, su relación con la naturaleza lo ha hecho estar en contacto con diversas sustancias y efectos. Las drogas han estado presentes en casi todas las sociedades desde tiempos inmemoriales, en principio, reguladas por valores ceremoniales, tenían una presencia religiosa, festiva o ritualística, sin embargo, sin dejar de tener este significado, se han convertido también en un objeto con el cual una persona se intoxica, se aísla, o intenta calmar algún malestar (GANGLI, 2020).

Las drogas pueden ser cura o veneno, pueden haber buenas y malas y siempre hay una en circulación pues nunca dejan de ser producidas, sean obtenidas de la naturaleza o fabricadas por medio de laboratorio. Algunas drogas son consideradas buenas, saludables y necesarias para garantizar una buena cirugía, una condición estable del ciudadano, enfrentando a la competitividad neoliberal, la melancolía y la soledad en las sociedades contemporáneas, funcionando como complementos en la gestión de la salud de la población productiva. Rodríguez (2004). Las drogas legales deben funcionar para alcanzar la estabilidad ideal, sin embargo, en medio de todo, hay una situación.

Como coloca Rodríguez (2004), “al mismo tiempo en que la industria farmacéutica entrena los elementos de la naturaleza presentes en varias culturas, estimula la producción de esas materias primas también para el mercado llamado ilegal, conformando el campo productivo capitalista del prohibicionismo propiamente dicho.” y continúa argumentando que en nombre de la salud de la población, “el control de la producción de sustancias, la producción de nuevos equipos de coerción e inteligencia, la diversificación de armamentos, los criterios de normalización y las leyes penales, se produce una sucesión de gobiernos sobre las drogas, entre los cuales están el narcotráfico, los Estados, las industrias, los bancos, los ejércitos y las policías, los políticos y los investigadores, el gobierno de los súbditos sobre ellos mismos, pero principalmente las imprevisibles resistencias.” Y por supuesto un gobierno moral, la cuestión de las drogas coloca en dinámica una serie de luchas en un juego político gestado por una guerra sin perspectiva de paz, *contra las drogas* que termina siendo *contra* ciertos cuerpos y ciertas personas y dejando consecuencias nocivas y posiciones complejas a nivel social, económico y político.

Con la prohibición de las sustancias, la visión en ciertos aspectos negativa sobre el consumo y los consumidores se incrementa, convirtiéndose en un discurso criminalizador

impulsado por otros países ya que estas posturas extranjeras permean el discurso de políticos, figuras públicas del área médica, de justicia y de medios de comunicación. A partir de esto, el consumo de sustancias se asocia de manera permanente con vagancia, robo, embriaguez, agresión y otras actividades consideradas negativas.

Con esto, coloca Rodrigues (2004) que “el tratamiento por consumo de drogas se vuelve prácticamente obligatorio y las personas tienen el deber de denunciar a los usuarios habituales de drogas ilícitas; de la sustancia en sí se decía que envenenaba al individuo y degeneraba la raza. Toxicómano es una palabra especializada que en 1940 sirve para combatir, perseguir y denunciar a los usuarios de drogas sin fines terapéuticos. En las primeras décadas del siglo XX se crea esta visión del consumidor de drogas como desviado y adicto, que permanece aún”. La ilegalidad de ciertas prácticas provoca que quienes las ejecutan sean vistos como marginales, desviados u outsiders, según Becker (2009). Éste es el caso de los consumidores de drogas en estos países, se discute que el acto no es la raíz del problema sino cómo lo perciben ciertos grupos sociales.

Para Rodriguez (2004), el surgimiento de los centros de rehabilitación es en parte resultado de la reacción social, que ve en el consumo de drogas un problema de salud que, por esa razón, debe ser tratado y curado; mientras que en otras ocasiones y para algunos grupos representa también un mal del espíritu que debe ser sanado mediante intervención divina. Ambas posiciones se ven colocadas en la realidad de las comunidades visitadas, por una parte es una manera efectiva y fácil de solucionar o buscar solucionar un problema presentado como un uso excesivo donde las familias ya no saben que hacer y ven la oportunidad de entregar a instituciones especializadas, atiende las cuestiones inmediatas que preocupan, claro que sino tuviera una connotación negativa y si las personas no empezaran a enfermar a partir de usos abusivos no existiría un lugar donde tratar esto, por otro lado el uso de una religión resulta en un elemento de afinidad y pertenecimiento.

Al final, las opciones para las personas que consideran que tienen un problema en relación con el consumo de estas sustancias no son muy variadas como puede observarse y se limitan al internamiento en algún tipo de centro. Según Goffman (2004) sobre las instituciones totales describe un tipo dónde institución fue erigida para cuidar de aquellas personas que son incapaces de cuidarse por sí mismas y constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad, las comunidades terapéuticas podrían encajar con esta definición, describe que:

“Las instituciones totales se presentan como una ruptura ante estas situaciones: en todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única; cada etapa de la actividad

diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros; todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas; finalmente las diversas actividades obligatorias se integran en un sólo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.”(pag 122)

Las instituciones totales, como menciona Goffman (2004), tienen la capacidad de desculturización, desfiguración y mortificación del yo, lo que contribuye a una desadaptación de las condiciones de vida que son necesarias para vivir en libertad y una pérdida del sentido de autorresponsabilidad (autonomía) desde el punto de vista social y económico. Aún así cabe aclarar que la institución total que el autor propone es un tipo ideal, no todos los centros de rehabilitación o comunidades terapéuticas necesariamente se apegan a las generalidades que describe, tal como expone la Sagrada Familia y Rescatados Por Su Sangre también tienen sus particularidades.

Cuando se habla de drogas aparece la perspectiva de la tolerancia cero que busca erradicar o disminuir significativamente el consumo de drogas a través de medidas punitivas que pueden tener efectos secundarios negativos en términos de violencia, descriminalización y desigualdad, además que conserva una visión moralista que se enfoca en las consecuencias legales y sociales del consumo lo que limita la prevención y las intervenciones en términos de salud pública y atención integral. Por otro lado, el modelo que nace para lidiar con personas que hacen uso de drogas, la reducción de daños en su concepto busca prevenir y minimizar los daños últimamente se ha expandido y busca atender agravios de orden social que son muy decurrentes del uso de drogas, sin necesariamente exigir la abstinencia.

Por otro lado, son diversos los estudios que apuntan la relevancia de la práctica de una religión y de la fé para la manutención y mejora de las condiciones de salud, Van Der Meer Sanchez & Nappo, (2007), trae un poco de la historia y explica que luego de la segunda guerra mundial, las iglesias de corriente protestante incursionaron implementando programas de recuperación en las iglesias evangélicas de Chicago, la iglesia católica desde los 60s también se presentó como proveedora de “tratamiento” y rehabilitación. Siguiendo la revisión de la bibliografía que hace el autor, aparece que independiente de la religión profesada, se observa un fuerte impacto de la religiosidad y la espiritualidad en el tratamiento de la dependencia de drogas, sugiriendo que el vínculo religioso facilita la recuperación y disminuye los índices de recaída de los pacientes sometidos a los diversos tipos de tratamiento así como la evidencia de que quienes frecuentan grupos de mutua ayuda y tienen vínculo con alguna religión, presentan más éxito en el mantenimiento de la abstinencia.

Teorías que respaldan un posible papel de la religiosidad en la recuperación del usuario de drogas y en el control de las recaídas, argumentan que “el aumento del optimismo, una mejor percepción del apoyo social, una mayor resiliencia al estrés y la disminución de los niveles de ansiedad serían responsables del éxito de estos programas. Otros apuntan a que este mecanismo estaría más “relacionado con cuestiones sociales, como la resocialización del joven a través de la reestructuración de su red de amigos, colocándolo en un ambiente más saludable y sin la oferta de drogas.” Van Der Meer Sanchez & Nappo, (2007).

Los programas que visité combinan la religiosidad, la comunidad y el trabajo, sobre la ayuda mutua el autor plantea que “a pesar de que estos se autodenominen grupos de autoayuda, su proceso básico de funcionamiento indica una fuerte estructura en la ayuda mutua entre sus miembros. Su modo de actuar, mucho más que un trabajo solitario de reconstrucción de valores, se basa en el apoyo incondicional de los compañeros que se encuentran en la misma condición emocional, lo que permite que los miembros se ayuden mutuamente”. El valor terapéutico de la ayuda de un dependiente al otro es fundamental para la recuperación, en la SG donde los vínculos se fortalecían por la cercanía, eran fuertes, tanto que había señores que continuaban yendo aún después de culminar como el *vovô*, algunas personas sin familia encuentran afinidad con personas dentro lo cual impulsa a ambos y sirve de apoyo para mantenerse limpio. En Bogotá, la población usuaria de Rescatados por su Sangre en su mayoría es de escasos recursos y estas comunidades son la opción a la que pueden acudir, los tratamientos biomédicos están fuera de sus alcances.

5.2 RAPS - CAPS ad

La Red de Atención Psicosocial, RAPS forma parte del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño y está constituida por un conjunto articulado en diferentes puntos de atención que busca atender personas en sufrimiento psíquico y con necesidades derivadas del uso perjudicial del alcohol y otras drogas. La atención en salud mental en el país es realizado en las Atención Primaria a la Salud (APS) y en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) que están esparcidos a lo largo del país donde el usuario recibe asistencia multiprofesional y cuidado terapéutico conforme a la situación de personas.

El atendimiento puede ser iniciado por elección propia, cuando el usuario busca la ayuda o puede ser dirigido por medio de otro sector. Según el ministerio de salud las directrices que orientan la labor de la RAPS son el respeto a los derechos humanos, garantizando la autonomía y la libertad de las personas, la equidad, la lucha contra el estigma, el acceso de calidad, la atención integral, la humanización y las estrategias de Reducción de Daños. Los CAPS ad son

centros específicos dentro de esta red, orientados al tratamiento de personas con adicción al alcohol y otras drogas, brindando servicios ambulatorios y comunitarios. Ambos representan un enfoque más humano y accesible frente a la problemática de las adicciones evitando la institucionalización innecesaria de las personas afectadas. Sin embargo, la remisión de personas desde los CAPS ad a las CTs se debe a la necesidad de un nivel de atención más intensivo, los CAPS ad ofrecen tratamientos ambulatorios, es decir que las personas pueden ir y recibir atención durante el día y luego volver a sus casas mientras que el modelo residencial de una comunidad podría ayudar a personas con niveles mayores de dependencias y trastornos asociados, de igual forma están diseñadas para intervenir en el consumo de forma más efectiva, prohibiendo completamente, además la familia es una figura de la que muchos carecen, presencia de una red de apoyo en la misma situación es juega un papel importante aquí.

5.3 Puntos positivos y negativos

El modelo de comunidad terapéutica ofrece un cambio radical dentro de un entorno controlado y un tratamiento intensivo que combina el trabajo y la oración. Desde la perspectiva de quien acude al lugar, las personas que buscan este servicio dan un primer paso importante en camino a una mudanza drástica en el hábito perjudicial del consumo de alguna sustancia, para quien consume en exceso es recomendable el acompañamiento profesional y requiere un compromiso fuerte de cada persona.

A partir de mis observaciones, puntos positivos que puedo destacar son el apoyo comunitario, compartir la experiencia de internación hace que se generen lazos que resultan beneficiosos para sobrellevarlo, aunque fuera muchas veces no se tenga ese apoyo. Otro aspecto a rescatar es el apoyo psicológico, la *rehabilitación* tiene un enfoque integral que no solo abarca el consumo de sustancias, sino también problemas emocionales, psicológicos y sociales. Algo negativo es que a pesar de que el servicio es gratuito, el acceso es limitado y puede ser excluyente con cierta población. La rigidez y estructura puede ser demasiado restrictiva y alejarse de la realidad, además no es garantía de que vaya a funcionar para todos. El modelo de reducción de daños tiene un enfoque más flexible, no propone una rehabilitación sino que permite que las personas con usos menos fuertes continúen con su vida mientras se minimizan los riesgos inmediatos, como la transmisión de enfermedades por lo tanto ofrece una efectividad limitada a un corto plazo y puede perpetuar el consumo. Ambos modelos se ofrecen como alternativas para quien busca un cambio o mejoría en su estilo de vida.

6 . CONCLUSIONES

La mirada hacia drogas y usuarios está apoyada en discursos de raíces morales y plagada de estigmas y prejuicios. Con el prohibicionismo el problema moral se torna un problema de seguridad pública y son creadas nuevas categorías de criminales, así no se abolen los hábitos sino que se traslada para la ilegalidad e impulsa todo un ámbito de economía ilegal y los problemas para la salud derivados de prácticas no legales se agravan provocando mayores riesgos. La prohibición produce criminales, busca encarcelar, castigar, recluir a las personas usuarias sin grandes cambios en la estructura subyacente.

Desde algunos años hacia acá ya aparecen análisis críticas sobre el combate militarizado y su ineficacia para resolver un problema de salud pública porque realmente existen usuarios consumidores problemáticos y los que no tienen problemas con relación a esto, entonces por un lado surgen las comunidades terapéuticas como un tipo de institución que busca reinsertar a las personas en la vida productiva, la meta es la abstinencia total y la metodología es la internación prolongada, se apoyan en discursos religiosos y la combinación del trabajo con el fin de ofrecer un tratamiento que abarque todas las dimensiones a nivel de acompañamiento comunitario, psicológico, espiritual y de ocupación del tiempo con el trabajo.

De esta manera se presenta en Foz de Iguazú, tal como lo retraté en lo visto en la Sagrada Familia que aparece como una comunidad católica y bien estructurada con alta trayectoria y reconocimiento que acoge a los hombres que pasan por ella y los entrega como hombres nuevos, reformados en abstinencia y más devotos, dóciles, con una rutina y apoyo comunitario, terminar el tratamiento no implica que no exista la posibilidad de recaer, al final se adjudica al hombre la fuerza de voluntad y discernimiento para evitar las recaídas y cuando esto sucede la única opción es iniciar de nuevo el tratamiento como un camino que se tiene que cumplir, que simbólicamente se tiene que atravesar porque *“as grandes esperanças fazem os grandes homens”* cuando la retórica católica no resulta persuasiva la misma comunidad impide el tratamiento involuntariamente, sin embargo, es un punto destacable que dentro reciban acompañamiento psicológico, este punto permitió una comparación frente a Bogotá y Rescatados por su Sangre donde existe el cristianismo como punto de partida y de llegada sin cabida a un tratamiento psicológico, aunque, para este caso la función que la CT desempeña otorgando acceso a los internos a derechos básicos como vivienda y alimentación aunque sea de manera temporal ayuda a quienes ingresan por lo general en malas condiciones, ya que el foco son las personas en situación de habitantes de calle, muchas veces para las personas que cruzan por este lugares seguir los lineamientos de la institución es un precio a pagar a cambio

de estos beneficios, se está y se cumple por obligación y no por interiorización del modelo. La falta de centros de salud del gobierno que se dediquen exclusivamente a la atención de personas con problemas de dependencia hace que se expandan las comunidades terapéuticas basadas en la filosofía de NA y religiosos en ambos países. Sin una gran oferta la población usuaria (de escasos recursos en su mayoría) se encuentra limitada a atenderse entre esas dos opciones.

Cabe mencionar que a nivel micro, a la comunidad terapéutica, la mayoría de quienes llegan tomaron una decisión impulsados por el apoyo familiar, al ver sus vidas “*estragadas*” acuden motivados por la posibilidad de un cambio. Algunos tuvieron que luchar para estar ahí, como el caso de un joven en la última *triagem* que estuve, había llegado a las seis de la mañana, caminó la ciudad toda la noche porque sabía que si paraba iba a conseguir crack, solo caminando pudo resistir a la tentación y sabía que tenía que estar ahí al día siguiente, dijo que *necesitaba* ingresar porque estaba en un punto donde no podía más; estaba teniendo alucinaciones, cuando consumía, solo podía andar en medio de la calle porque si se iba hacía los costados o la acera sentía y pensaba que la grama que había en el piso lo iba a atacar, según lo que contaba y cómo se veía estaba afectado por los años de uso, reconocí como una decisión desesperada pero valiente el que estuviera en ese lugar ese día.

La esperanza se mezcla con la incertidumbre. En estas instituciones, según un relato que trae Kozelka (2018) “los internos deben nacer de nuevo y formar una relación personal con Jesús. Después de eso, se darán cuenta de su verdadera naturaleza y no necesitarán llenar el hueco en su corazón con drogas; de esta forma, empezarán a contribuir a difundir la palabra de Dios”. En ambas ciudades las creencias religiosas de las personas juegan un papel importante y de ellas depende en gran parte la eficacia o no de su recuperación por eso se impulsa a que la persona abrace, refuerce y exprese su creencia en un poder superior aunque también en sí mismo y su fuerza de voluntad.

Por otro lado, cuando se refiere a usuarios no problemáticos, surge más recientemente la alternativa de reducción de daños que rápidamente crece como una política pública más humana que aún dentro del marco de ilegalidad busca disminuir los riesgos a la salud a los usuarios de por ejemplo drogas inyectables con la entrega de jeringas de uso individual para prevenir contagios de enfermedades, también se crean salas de consumo supervisado, lugares de testeo de drogas y campañas informativas, en todo este proyecto europa fue pionera, sin embargo, en Colombia también se está desarrollando un proyecto de reducción de daños en las ciudades principales que recientemente incluyó en Bogotá la primera sala de consumo supervisado. En Bogotá, La Metodología para la Acción Técnica Social (MATS) de la Corporación ATS combina investigación e intervención multidisciplinaria. Su enfoque busca

involucrar a las comunidades y poblaciones a través de estrategias de comunicación y movilización social. Esto permite que los participantes se conviertan en agentes de cambio, desarrollando habilidades que ayudan a alcanzar los objetivos de políticas públicas relacionados con la regulación de drogas y la reducción de daños. A partir de las propias personas se gesta el cambio y la continuidad de las acciones. En Foz de Iguazú esta alternativa es escasa y considero que hace falta más información en el tema porque además de representar mayor información y prácticas más saludables para las personas que por la ubicación de la ciudad son más propensas a tener múltiples consumos, esta metodología también supone mayor investigación en drogas y usos médicos de las mismas.

Con relación a las negociaciones en mi entrada y mi posición en campo, ahora puedo concluir que inevitablemente somos observadores y observados, no hay forma de ser un elemento invisible, factores como mi edad, género, nacionalidad me hacían diferente, me hacían una extraña en la comunidad, no tenía el lugar privilegiado de quien es miembro de la comunidad donde va a investigar, los diferenciales se agudizaba por las relaciones de poder; no era yo quien lo ostentaba, más bien al contrario, aún así era consciente de mis propias limitaciones y sesgos y cuestionando estas relaciones y posiciones procuré reducir el impacto de estos factores en la investigación. La investigación antropológica no es una actividad neutral u objetiva, se alimenta de la propia reflexividad del autor en campo tal cual presenté lo visto.

7. REFERENCIAS

- Acción Técnica Social.** (s.f.). *Proyecto: Cambié el rol de las salas de consumo supervisado en la reducción de riesgos y daños.* Acción Técnica Social. Recuperado de <https://www.acciontecnicasocial.com/proyecto-cambie-el-rol-de-las-salas-de-consumo-supervisado-en-la-reduccion-de-riesgos-y-danos/>.
- Ayarza, R. E. M.** (1996). Comunidades terapéuticas (CT). *Cuadernos Médico Sociales*, 37(3), 24-36.
- De La Torre, R.** (2003). La diversidad católica vista desde los nuevos rostros de Dios. *Ciencias Sociales y Religión*, 5(5), 11-36.]
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana*, 1-25.
- Marlon Da Silva, Claudio.** (2022). *Comunidades Terapêuticas em Região de Fronteira: Saúde Mental e Direitos Humanos na América Latina.* Unila.edu.br. <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/6906>
- Odgers Ortiz, Olga & Jaimes, Ramiro & Olivas, Olga & Velázquez, Benelli & González Tamayo, Eduardo & Granados, Gloria & Kozelka, Ellen & García, Ebermih & Rodríguez Mascareño, Daniel. (2018). ¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencias de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos.
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. D. S.** (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 515-526.
- Rodrigues, T.** (2004). *Política e drogas nas Américas.* EDUCC.
- Rui, T.** (2014). *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção.* São Paulo: Terceiro Nome.
- Van Der Meer Sanchez, Z., & Nappo, S. A.** (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 73-81. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832007000700010>
- Santos, M. P. G. D.** (2018). Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil.