

---

Dossier - Conferencia

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

Acerca de la construcción de una trama conceptual y práctica para  
acompañar trayectorias atravesadas por consumos problemáticos

---

**Eugenia Decca<sup>1</sup>**

Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina

eugenia.decca@unc.edu.ar

eugeniadecca@programadelsol.com.ar

**Contextos de Educación**

núm. 38, 2025

Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina

ISSN-E: 2314-3932

Periodicidad: Semestral

contextos@hum.unrc.edu.ar

## PRESENTACIÓN

Este escrito reproduce la conferencia de apertura a cargo de Eugenia Decca en la Segunda Jornada Interuniversitaria de Salud Mental. “La emergencia de una Salud Mental con sentido social y comunitario ante los discursos y prácticas de odio en los tiempos que corren”<sup>2</sup>.

Mi formación más importante tiene que ver con la institución a la cual pertenezco que es el “Programa del Sol”. La idea hoy es compartirles una construcción del marco teórico que venimos trabajando en el programa. Antes de arrancar quiero decirles que sabemos que hay otros marcos teóricos, que éste es el nuestro, es el que defendemos, es el que nos parece o el que hemos elegido para trabajar y que entendemos que pueda haber divergencias, que podrán ser conversadas en este espacio.

Quiero centrar la presentación en algunos conceptos que me parecen claves, uno tiene que ver con la integralidad en el abordaje, otro retomando un poco lo que presentaba Martín de Lellis al principio de esta conferencia es cuanto a la accesibilidad, y dentro de la accesibilidad algunas cuestiones particulares retomando también algunas ideas que traía Fer en relación a qué pasa con el atravesamiento transversal del patriarcado en situaciones vinculadas al consumo.

Voy a intentar hacer un resumen, para presentarlo en poco tiempo y pensar en algunas pistas o algunos ejes que nos ayuden a llevar adelante prácticas y también a problematizar prácticas existentes. Retomando esta cuestión de los discursos de odio, lo primero que les quiero compartir es ¿cómo se construyen los discursos vinculados a los consumos problemáticos de sustancias?

Inicialmente el consumo no es una cuestión de época, el uso de sustancias psicoactivas no es algo que aparece de repente en estos últimos tiempos. Históricamente ha existido, y lo que va cambiando en el transcurso de la historia es la funcionalidad que ese consumo tiene para cada sociedad en particular y los mecanismos de control social que éstas han puesto en marcha para definir qué es lo permitido y que no, en qué contextos y en qué momentos se pueden dar determinados consumos, quiénes son los que pueden consumir. Si pienso en el uso de las comunidades originarias, pienso en cierto sector de esas sociedades que tenían permitido el uso de determinadas sustancias en cuestiones más rituales, vinculados al proceso de la infancia, del paso de la infancia a la vida adulta o el uso medicinal de determinadas sustancias psicoactivas.

Lo que va cambiando con el transcurso del tiempo tiene que ver con la funcionalidad y con los mecanismos de control social también asociados a las sociedades industriales, a la primera sociedad industrial y al capitalismo. Cuando el consumo de sustancias empieza a incidir en las condiciones o en las posibilidades de producción de este modelo industrial y capitalista empieza a ser un problema a nivel de la salud pública y ahí ingresa en el marco del Estado. Una introducción de la historia del consumo para llegar a pensar que los mecanismos de control social que cada sociedad tiene es también lo que construye discursos en relación a quiénes son los consumidores.

Estos mecanismos de control social tienen que ver con mecanismos normalizadores de cuerpos y de prácticas que se ponen en marcha, éstos son múltiples. No pensemos solamente en un marco legal, también podemos pensar en políticas públicas, en los discursos que se construyen socialmente en torno al consumo y consumidores que normalizan, que determinan “qué es lo normal y que no”, más allá de lo que esté permitido o lo que esté prohibido a partir del marco legal. Los mismos funcionan como sanciones morales o legales y también son transmitidos socialmente a través de procesos de socialización, construyen una percepción social en torno a la problemática vinculada a los consumos, pero también construyen una idea de consumidor particular asociado, sobre todo, en el discurso médico hegemónico y en el discurso más legal o ético jurídico, asociado a una imagen del consumidor de sustancias como alguien peligroso, culpable, delincuente y/o anormal.

Esta última idea abona la antigua psiquiatría vinculada al encierro como la única opción posible y viene a desarmar el nuevo paradigma o el paradigma de la nueva psiquiatría que es también a donde ancla la ley actual de Salud Mental comunitaria o de Salud Mental con una “pata comunitaria”. Estas percepciones construyen a su vez estereotipos desde esta idea de Goffman, prejuicios en torno a consumidores, a per-

sonas consumidoras de sustancias que terminan estigmatizando, generando discriminación y hacen que las personas usuarias de sustancias no sean reconocidas como sujetos de derecho que tienen el mismo derecho que el resto a acceder al sistema de salud, al sistema de educación, a trabajo, entre otros.

Desde el Programa del Sol, nuestras intervenciones tienen que ver con volver a ubicarlos y a reconocerlos como sujetos de derecho y pensar nuestras intervenciones desde esos lugares. No desde el prohibicionismo, no desde lugares culpabilizantes. Básicamente trabajamos desde lo que entendemos como estrategias de reducción de riesgos y daños en el marco de abordajes integrales. Entonces, lo primero que invitamos a pensar, a la hora de pensar estrategias de acompañamiento a personas vinculadas con el consumo de sustancias o en situación de consumo de sustancias, es a no repetir esos prejuicios en nuestras intervenciones. Mirar críticamente las intervenciones y esas construcciones que hacemos en relación a los usuarios de sustancias, para que nuestras propias intervenciones no funcionen como barrera de acceso a los dispositivos de salud. Porque básicamente, si yo pienso que aquella persona que tiene problemas con el consumo de sustancias es un “drogon”, “no le importa nada”, “es peligroso”, “es violento”, difícilmente el espacio que yo le ofrezca sea un espacio amigable donde esa persona pueda acercarse a acceder a un dispositivo de salud que acompañe su problema. Es importante pensarlo como un problema de salud mental y no solo como un problema legal, ni médico.

Una de las cuestiones que necesitamos es diferenciar modalidades y patrones de consumo, pensar que no todos los consumos son iguales, que podemos pensar en consumos experimentales, ocasionales; o habituales y dependientes, y que no necesariamente el único consumo problemático sea dependiente. Por ejemplo, yo puedo consumir una sustancia por única vez para experimentar de qué se trata y consumirla de tal manera o con desconocimiento sin saber en qué situación física o emocional después estoy y ese consumo puede resultar problemático. Digamos, “lo problemático” no tiene que ver exclusivamente con la sustancia, con el tipo de sustancia legal o no, con la composición química y demás, sino con una tríada que entra en contacto al momento en que la persona decide consumir, cualquiera sea la sustancia, legal o ilegal, el sujeto que decide consumir y el contexto en el que ese consumo tiene lugar. Esto es lo que tengo que mirar a la hora de pensar si un consumo es problemático o no, y pensarlo también situacionalmente, yo puedo en algún momento de mi vida tener un consumo problemático y eso no me hace consumidor problemático de por vida, es una cuestión situacional. Por ejemplo, si tomamos alcohol con una amiga en mi casa y me caí en mi casa, es una situación y puede ser que ese consumo no sea problemático; pero si posterior a tomarme varios litros de alcohol me subo a un auto y conduzco, ese consumo situacionalmente está siendo problemático porque me pongo en riesgo a mí y pongo en riesgo a otra persona.

Pensarlo de esa manera, porque eso es lo que nos va a permitir también definir estrategias acordes a la situación particular de esa persona y en ese momento. Pensar siempre lo situacional para pensar lo problemático o definir cuándo un consumo está siendo problemático. Proponemos como estas cuatro áreas o estos cuatro ejes que invitan a pensar desde “El Abrojo”, que es una organización territorial de Uruguay, que nos ayuda a analizar cuándo empieza un consumo a ser problemático para una persona: primero cuando afecta su salud física o su salud emocional; segundo cuando empieza a afectar sus relaciones primarias; tercero cuando empieza a afectar sus relaciones secundarias y cuarto cuando empieza a tener esa persona dificultades con la ley vinculadas al uso de determinada sustancias. No pensemos en cosas extremas, no es la imagen del consumidor que se está muriendo medio blanco y pálido de una sobredosis. Yo soy fumadora y tengo un problema pulmonar, quizás decidido seguir fumando tabaco, marihuana o cualquier sustancia que le haga ingresar humo a mi sistema respiratorio, y si yo ya tengo un problema en mi sistema respiratorio ese consumo claramente es problemático, entiendo que empiezo a caminar y cuando hago esfuerzo tengo más dificultad para sostener una caminata o subir a un cerro. Pensarlo desde las actividades de la vida cotidiana, nos permite pensar en las campañas preventivas que presentan imágenes de la gente casi muriéndose, lo que nos impide problematizar consumos que están naturalizados.

Hay que pensar siempre en la tríada, qué es lo que proponemos. Definiendo qué es lo problemático al consumo, teniendo en cuenta esta idea de la construcción social de la problemática y una problemática compleja, lo que proponemos son abordajes integrales.

Lo básico de estos abordajes integrales es no centrarlos pensando en las sustancias sino centrarlos pensados en las personas, y básicamente una cuestión básica que nosotros proponemos es el trabajo de reducción de riesgos y daños, que tiene que ver con reconocer que el consumo existe, que no todas las personas tienen como objetivo de su tratamiento el abandonar el consumo, que se puede tener consumos o que se puede sostener consumos que no sean problemáticos y que existen estrategias que permiten mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de sustancias, sin necesidad de que el consumo desaparezca, aún cuando nosotros no estemos de acuerdo. El objetivo del acompañamiento nunca lo tiene que poner el equipo, es algo que se construye con las personas usuarias de los dispositivos. No importa si yo estoy de acuerdo, o no. Yo estoy acompañando un proceso de construcción de salud de otra persona y como lo indica la ley, cualquiera de nosotros que trabajamos en salud, la voz del usuario de ese dispositivo es lo primero que tiene que aparecer.

¿Cómo construir esos diagnósticos? ¿o cómo armar esas estrategias de intervención? como lo indica la ley de salud mental, de manera interdisciplinar, en construcción con otras personas y también registrando, no solamente la situación actual de esa persona, qué es lo que le está pasando en este momento, sino pudiendo “historizar los itinerarios terapéuticos” siguiendo a Marc Augé. No sé si alguien lo ha leído, pero él habla de “itinerarios terapéuticos” y tiene que ver con poder construir itinerarios que me permiten conocer qué le fue pasando a esa persona para llegar a tener un consumo problemático de sustancias. A mí no me importa saber cuánto está consumiendo, ni que está consumiendo en ese momento, eso es un dato más dentro de su trayectoria vital, lo que yo tengo que hacer es construir un diagnóstico que incluya su trayectoria vital y que me permita entender y acompañar un proceso donde también ésta persona pueda descubrir qué le viene pasando para que ese consumo termine siendo problemático y poder entender qué funcionalidad tienen esos consumos en esa vida particular. Y a partir de eso, pensar en reducir o no y esto incluye el armado del itinerario terapéutico que tiene que ver con reconocer cuáles son todos los recursos que esta persona puso en funcionamiento durante toda su vida para intentar buscar salud, vinculada a sus consumos, que no necesariamente tienen que ver con paso por instituciones vinculadas a la salud mental o al consumo. Puedo compartir por mi experiencia el hecho de que esas personas hayan ido a una iglesia, tenga un grupo que trabaje con consumo a lo mejor, yo trabajo desde otro paradigma y no lo comparto, pero esa persona sí y en ese momento le sirvió como estrategia. A lo mejor fue empezar algún deporte o fue juntarse a hablar con un grupo de amigas o todo lo que cada persona va intentando durante su trayectoria.

La otra cuestión tiene que ver con los abordajes desde la perspectiva de género, que reconoce el atravesamiento del patriarcado en las situaciones de consumo y en las posibilidades de acceder y permanecer en un espacio de tratamiento. Esto es lo que pensamos como integralidad en el abordaje, nosotros no tenemos que pensar en qué pasa con esa persona que está consumiendo, sino lo que tenemos que pensar y preguntar tiene que ver con qué aspectos de la vida de esa persona, de ese consumo está incidiendo y nuestros acompañamientos o el abordaje integral que realicemos tiene que ver con algo clínico terapéutico pero también tiene que ver con acompañar los procesos de incidencia o la incidencia que el consumo está teniendo en todos estos ámbitos de la vida de una persona.

Lo real es que a veces, reduciendo la incidencia del consumo en alguno de estos aspectos de la vida de esta persona, el consumo se reduce por sí mismo. No necesariamente lo primero que aparezca en los espacios de tratamiento sea trabajar en la reducción del consumo, yo trabajo básicamente con mujeres y disidencias en situación de consumo, las situaciones de vulnerabilidad y de vulneración de derechos de mujeres y disidencias es mucho mayor y llegan en situaciones mucho más complejas al tratamiento que los varones cis. Aquí aparece la cuestión del atravesamiento del patriarcado básicamente porque las mujeres, y también es el lugar que ocupan muchas disidencias, somos la que cuidamos entonces llegan muchas mujeres a espacios de tratamiento acompañando a varones, hijos, hermanos, padres, amigos.

Del 80% de las mujeres que llegan a tratamiento, o que llaman para demandar tratamiento, podemos decir que el 30% demanda tratamiento para ellas, y esto tiene que ver con una mirada del patriarcado vinculado a los roles que son asignados a las mujeres socialmente, esta idea de la mujer que tiene que cuidar.

También se entiende socialmente que si una mujer consume drogas, no es una mujer que está apta para cumplir con ninguno de los roles que el patriarcado le indica, entonces no demandan porque la primera intervención que hay desde el estado, y desde muchos de los equipos de salud, es culpabilizadora y tiene que ver en general con medidas excepcionales de retención o restitución de derechos, que es lo que no ocurre justamente. La justicia interviene para retirar los niños del ámbito materno, no importa que haya padre y madre en esa situación de consumo, a quién se culpabiliza por el consumo de sustancias y a quien se obliga a hacer tratamiento es a las mujeres.

Cuando hablamos de accesibilidad no estamos pensando solamente en lo geográfico, que es esto de si hay o no algún espacio de tratamiento cercano en el barrio, sino que pensamos más en una dimensión relacional del concepto de accesibilidad, que tiene que ver justamente con la posibilidad de encontrarse. El encuentro entre un equipo de salud y una persona que viene a demandar tratamiento, tiene que ver más específicamente con la accesibilidad cultural o simbólica y además hay algunas cuestiones dentro de la accesibilidad administrativa que para mí son básicas y que justamente tienen que ver con la ley identidad de género, el desconocimiento del marco legal general, pero específicamente de la ley de identidad de género y del derecho a ser registrados en historias clínicas y a ser nombrados con el nombre elegido, funciona muchas veces como barrera de acceso. En muchos equipos de salud se desconoce la forma de registro y el derecho a las personas a ser nombradas como eligen ser nombradas según su autopercepción de identidad de género. Entonces suele ocurrir un montón que en los espacios de salud, lo primero que se haga es pedirle el documento, y ocurre que no todas las personas tienen el cambio registral en el DNI, entonces pedir el documento y anotar en la historia clínica y después cuando le toca el turno llamar a “Carlos” y a lo mejor no es Carlos, a lo mejor hay otra identidad construida, hay otro nombre elegido. Y eso funciona como barrera de acceso, si mi primer derecho que es el derecho a la identidad está anulado al espacio al que yo voy a demandar salud, claramente no es un espacio amigable al que vaya a volver.

El marco legal que proponemos tiene que ver con la ley identidad de género, la ley de Salud Mental, la ley de violencia, la ley de derecho del paciente, la ley 26.061 que es la ley de protección integral de niños niñas y adolescentes, la ley de IVE ILE, la ley Micaela y para trabajar también y para saber la ley 26.737 que es la ley conocida como ley de narcotráfico, que es una ley que pertenece al código penal y que lo que hace es tipificar delito.

Lo que proponemos dentro de los abordajes integrales es desarmar estereotipos de los equipos de salud, pero también de las comunidades. Hablar de abordajes integrales no significa solamente trabajar con las personas que llegan a demandar tratamiento, sino poder deconstruir estereotipos, preconceptos y prejuicios que hay en relación a consumidores y sustancias en los territorios, en colegios, en los espacios de salud, en los espacios públicos, en los organismos públicos. Para hacer que sean espacios accesibles desde esta accesibilidad cultural y simbólica de la que hablaba antes, entender que trabajamos con vidas cotidianas, con redes frágiles entonces uno de nuestros objetivos iniciales tiene que ver con el rearmado de una red subjetiva que acompañe. Es súper complicado, súper difícil atravesar estos procesos de salud vinculados a la salud mental y al consumo en soledad y en general sobre todo si son mujeres y disidencias, ya que vienen con estas redes absolutamente desarmadas. Entonces el primer trabajo va a tener que ser reconstruir, rearmar esa red subjetiva de acompañamiento y también las redes sociales comunitarias, nuestro rol ahí sobre todo como trabajadores sociales, puedo pensarlo es el rol de articulador social.

Dentro de estos entramados frágiles vamos a ser los articuladores entre estas personas que llegan y todas las organizaciones territoriales que nos permitan de alguna manera acompañar estos abordajes integrales, dentro de esta lógica que habíamos visto antes de persona en situación de consumo y todos los ámbitos que deberíamos acompañar. Se trata de pensar en respuestas flexibles, no hay un proceso de tratamiento que se deba ser de inicio al final y que sea un proceso lineal, estas estrategias se arman y se desarman permanentemente pensando en qué cosas le van pasando a esta persona que está en tratamiento, pensar también en un proceso de “reinscripción de los sujetos”.

Nosotros no hablamos de rehabilitación, porque para rehabilitar debe haber alguien antes que indique que esa persona no está habilitada para determinada cosa, y en general para lo que no está habilitada es

para cuestiones vinculadas con el sistema capitalista, no está habilitada para cuidar dentro del marco de los roles patriarcales, no está habilitada para producir, no está habilitada para trabajar, por eso no hablamos de rehabilitación sino que hablamos de “reinscripción” y esa reinscripción se da exclusivamente reconociendo al sujeto como sujeto de derechos. Reinscribimos volviendo a reconocerlos como sujetos de derecho, volviendo a reconocerlos como sujetos sociales, con todos los derechos que incluye el ser ciudadano.

Cuando escuchamos trayectorias vitales, escuchamos rupturas y dentro de esas trayectorias vitales vemos cómo intervenir dentro de esas rupturas biográficas, de esas trayectorias vitales que nos permitan armar procesos de salud-enfermedad dentro de su tratamiento. No escuchamos a una persona que solamente tiene problemas con el consumo de sustancias, esa es una de las veinte cosas que le están pasando a esa persona. El consumo, está ahí por algún motivo, tiene alguna funcionalidad, escuchamos lo que le pasó para llegar ahí. Por último, escuchamos accediendo al mundo del otro, interpelándonos con eso y no desde nuestro lugar de sabelotodo, sino analizando qué le está pasando.

## NOTAS

1. Eugenia Decca Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba, su experiencia laboral en los últimos 15 años se ha centrado en un quehacer en torno al “Programa del Sol”, un centro de abordaje integral de salud mental y consumos problemáticos. El mismo está organizado en dos áreas centrales que Eugenia coordina e integra, un área de formación y promoción de salud mental donde se trabaja desde los espacios de capacitación y con abordajes territoriales en situaciones de consumo problemático y salud mental integral; y también un área terapéutica estructurada en dos módulos: mujeres y disidencias, jóvenes y adultos. Así mismo se ha desempeñado y se desempeña actualmente en espacios de docencia de grado y posgrado desde la facultad de Ciencias Sociales en la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba en temáticas vinculadas al consumo problemático de drogas, la perspectiva de género y la salud mental. Es referente institucional para el desarrollo de prácticas profesionales de trabajo social interdisciplinario “RISAM” (residencia en Salud Mental en los Hospitales de la Pcia. de Córdoba) y de formación en temáticas mencionadas en hospitales públicos, en organismos públicos como así también en espacios comunitarios y territoriales.

2. Transcripción realizada por Gastón Strazzi. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social. Universidad Nacional de Río Cuarto.