

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Experiencias de Jóvenes ex usuarios de PB/paco en hospitales y centros de salud.

Romina Ramírez.

Cita:

Romina Ramírez (2015). *Experiencias de Jóvenes ex usuarios de PB/paco en hospitales y centros de salud. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/173>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Experiencias de Jóvenes ex usuarios de PB/paco en hospitales y centros de salud¹

Romina Ramírez²

Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA

rominaramirez@gmail.com

En Argentina el consumo problemático de PB/paco constituye un problema de salud pública abordado desde diversas aristas. El objetivo de este trabajo es analizar, considerando sus experiencias, los recorridos de los jóvenes ex consumidores de PB/paco por hospitales y centros de salud en situaciones de emergencia. La presente ponencia pretende describir cómo percibieron el trato recibido por los profesionales cuando se acercaron a los hospitales y centros de salud. El estudio, de carácter cualitativo, se realizó entre mediados 2012 y 2013 en la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires. Los datos se analizaron con el software Atlas.ti 7.0. Se trabajó con 12 varones y 10 mujeres ex consumidores de PB/paco que concurrieron a diferentes espacios del sistema de salud para resolver alguna situación que consideraron como una emergencia durante el período de consumo intensivo. Los resultados que se presentan, revelaron relación existente entre los hospitales, los centros de salud y los jóvenes ex consumidores de PB/ en los barrios. Por un lado, sintieron que en los hospitales, la mayoría de las veces, no había espacio para ellos cuando estuvieron en consumo intensivo. Sin embargo, los centros de salud que funcionaban en los barrios oficiaron como “facilitadores” para un posterior tratamiento, pero no podían cubrir sus necesidades.

Palabras clave: Jóvenes- Experiencia-Pasta Base/ Paco- Sistema de Salud

Introducción

Existen diversos trabajos sobre los cuidados que recibieron los usuarios de drogas una vez que accedieron a los centros de salud en nuestro país (Touzé *et al.*, 1999; Pawlowicz *et al.*, 2006; Rossi *et al.*, 2007; Canay *et al.*, 2012). El estudio realizado por

¹ Este trabajo es parte de una investigación mucho más amplia realizada en el marco de la tesis de maestría en Políticas Sociales.

² Becaria Doctoral. Miembro de equipo UBACYT "Procesos de vulnerabilidad y cuidados en las experiencias biográficas de jóvenes en barrios marginalizados del Área Metropolitana de Buenos Aires". Director Pablo Di Leo. Co Directora: Ana Clara Camarotti.

Rossi (*et al.*, 2007) tuvo como objetivo general analizar el modo en el que ingresaron los usuarios de drogas a los centros de salud del subsector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y del Municipio de Rosario (Provincia de Santa Fe). Este informe señaló los profesionales refirieron que la mayoría de las personas que se atendieron en los servicios de salud son jóvenes, fundamentalmente varones, de sectores sociales bajos y medios-bajos. El trabajo evidenció -a partir del relato de los entrevistados- que los pacientes usuarios de drogas concurren solo el 20% de las veces en compañía de familiares, amigos o parejas. Otra cuestión importante en la mencionada investigación fue que los profesionales relataron que son los acompañantes quienes les informan que la persona a ser atendida es usuaria de PB/paco para que se tomen los recaudos necesarios (Rossi *et al.*, 2009). Pero no existe información sobre las experiencias de quienes se acercaron solos por alguna dolencia que no podía esperar. Otro dato relevante que aportan, en la citada investigación, es que los profesionales remarcaron que en la mayoría de las ocasiones los usuarios comenzaron el tratamiento por algún malestar físico y luego lo abandonaron.

Según los médicos consultados para la realización de la mencionada investigación es habitual que los usuarios de drogas, especialmente de PB/paco, renuncien al tratamiento y luego lo retomen. En general, la vuelta se produce por alguna situación límite: un corte, una herida de bala, por la agudización de alguna enfermedad crónica, que genera malestares físicos, crisis emocionales o afectivas (con la familia, pareja, entre otros) y a casos de urgencia, como accidentes de tránsito.

Paralelamente, la investigación de Graciela Touzé y equipo (1999) evidenció que la mayoría de los profesionales de la salud presentaban una visión estigmatizante en torno a los consumidores de drogas (el usuario de droga es un delincuente/ violento/ peligroso/autodestructivo a quien no le importa su salud) que coincide con el modelo prohibicionista de las políticas públicas sobre drogas.

Según las investigaciones consultadas (Touzé, 2006; Rossi *et al.*, 2007; Míguez, 2007; Arizaga, 2007; SEDRONAR, 2009; 2011; Camarotti, 2013) existen barreras culturales generadas en torno al consumo de de PB/paco por parte de los profesionales. Lo que constituye uno de los problemas a considerar a la hora de trabajar la adherencia de los tratamientos de usuarios de PB/paco. Los profesionales se enfrentan al dilema existente entre la visión social discriminatoria de los consumidores de drogas y la obligación de atender a todos los sujetos. Así, los estudios antes relatados observaron matices en torno al trato y advirtieron que estos se corresponden con las desigualdades de tipo social,

cultural y económico. No obstante, la mencionada representación del usuario de PB/paco se forma en un escenario común que es la marginación y estigmatización de los sectores vulnerables (Salvia, 2012). En el caso de los usuarios se afianza mucho más por la condición de joven y pobre que los aleja de los patrones de “normalidad” (Arizaga, 2007; Míguez, 2007) y los convierte en grupos “estigmatizados”.³

En la construcción social del usuario de drogas intervienen tanto aspectos estructurales como simbólicos. En el estudio sobre accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud realizado por Rossi *et al.* (2007) se describen las barreras enumeradas por profesionales que trabajan en hospitales y centros de salud a la hora de atender a los usuarios de PB/paco, entre ellas se mencionan la expulsión de los sujetos por parte del personal administrativo o de seguridad sin otorgarles la posibilidad de ser atendidos. En este sentido, se puede observar la existencia de prácticas consensuadas tácitamente que se convierten en expulsivas, tales como bañar al usuario con una manguera antes de que reciba la atención, dejarlo en una camilla largas horas “hasta que se le pase” o atenderlo en último término porque no es considerado prioridad (Ramírez, 2013a).

Otro factor que colabora en el desencuentro son las distancias que hay entre los centros de salud y los lugares de residencia de los jóvenes. En ocasiones, según los profesionales, los jóvenes no cuentan con los fondos para realizar el traslado de un lugar a otro. En este sentido, los trabajos abocados a la temática resaltan que la mirada estigmatizante de los profesionales sobre los usuarios de drogas, condiciona la comunicación entre los servicios de salud y los pacientes, por lo tanto impide el acercamiento de los últimos (Menéndez, 2006; Comes, 2003; Engelman, 2006; Rossi *et al.*, 2007). Así, se produce una distancia entre la información requerida por los usuarios y la efectivamente otorgada por los profesionales (Pawlowicz *et al.*, 2007).⁴

³Erving Goffman (2006) define al estigma como un atributo no deseable que genera un estatus menospreciado en las personas que lo portan. Generalmente, las características biológicas son fuentes para la designación de estigmas. Las personas con adicciones, enfermos de VIH, entre otros grupos sociales, son colectivos estigmatizados socialmente. Estos sujetos son portadores de una identidad social deteriorada porque son considerados a partir su estigma y se omiten la mayoría de los aspectos de su persona. Richard Parker y Peter Aggleton (2003) destacan la importancia de una comprensión integral esta categoría y la analizan como una relación de devaluación. En este sentido, la estigmatización es un proceso ligado a estructuras de poder que constituyen una relación social de dominación con dinámicas que varían históricamente.

⁴A pesar de las barreras existen instancias en las cuales los profesionales y los pacientes interactúan para resolver determinados padecimientos de estos últimos (Rossi *et al.*, 2007)

A la mirada de los profesionales se agregan los obstáculos ligados a la organización de los servicios. Las normas, los valores morales y el financiamiento inciden directamente en el funcionamiento de los mismos. Paralelamente, pero en un plano individual, hay que destacar las barreras económicas presentadas por los usuarios que pretenden acceder a los servicios. Aquí cobran relevancia la disponibilidad de dinero para acceder al medicamento, la movilidad o los instrumentos que el tratamiento requiera. Para sortear las dificultades institucionales los especialistas recomiendan visualizar las barreras culturales en la interacción. Allí se entrecruzan los saberes, las costumbres y las prácticas del personal de servicio y los usuarios. Aquí son importantes los hábitos, las actitudes y creencias de los sujetos que pueden dificultar el acceso a un espacio de atención o facilitarlos (Comes, 2001; Stolkiner *et al*, 2006). Por todo lo expuesto el objetivo de este trabajo es analizar, considerando sus experiencias, los recorridos que realizaron los jóvenes ex consumidores de PB/paco por hospitales y centros de salud en situaciones de emergencia. La presente ponencia pretende describir cómo percibieron el trato recibido en los hospitales y los centros de salud.

Generalmente, la temática se aborda desde una perspectiva general que pocas veces incluye las *experiencias* previas a llegada a los espacios desde la perspectiva de los jóvenes. Esta omisión puede constituir una de las explicaciones posibles que contribuyan a la comprensión de la distancia existente entre los servicios de salud y los jóvenes. Por esa razón, en este trabajo se recurrirá al término experiencia para analizar el acercamiento que realizaron los jóvenes a los diversos espacios, como así también, los recorridos en busca del cuidado en los momentos en los que ni siquiera pensaban en la posibilidad de realizar un tratamiento. La riqueza del concepto *experiencia* radica en que podría dar origen a novedosas explicaciones sobre el funcionamiento de los espacios dedicados a la reinserción social de los jóvenes con consumos de PB/paco basados en una perspectiva teórica clásica.

La narración de la experiencia contribuye a la comprensión y a la capacidad de narración de situaciones concretas. El término permite reconstruir el sentido de las decisiones que se tomarán en el futuro. Así, constituye un recorrido que analiza una manera de concebir la existencia y el ser, configurando una ontología. Según Martín Heidegger (1987) la comprensión (como producto de la interpretación) es un modo de ser, de existir y habitar el mundo. Esta tarea sólo se logra por medio de la palabra, que las reconstruye, las reactualiza y les otorga sentidos particulares en el presente. Así, el

paso por instituciones de salud durante el período de consumo, cobra significaciones diversas una vez que se narran a la distancia.

Complementando la postura anterior, Hans-Georg Gadamer sostiene que no es pensable la experiencia humana fuera de los límites del lenguaje. Por lo tanto, si una experiencia no puede ser narrada, si no da cuenta del proceso que atravesó el sujeto que la relata, no se podría realizar una historización que rememore la vida del sujeto.⁵

En el mismo sentido que los autores antes mencionados, los aportes de Edward Palmer Thompson (1981) dan cuenta de que la experiencia siempre es *recuperada*. Así, Este concepto, se hace presente en la obra del autor mediante la pregunta en torno a la construcción del conocimiento. El teórico indaga respecto a una cuestión central: ¿Es posible generar conocimiento en torno a la experiencia? Su respuesta es afirmativa, ya que constituye una forma de conocimiento que sólo es válida si le asignan los límites precisos (Sorgentini, 2000; Thompson, 1981). Estos estarían dados por un proceso de historización que ayude a captar los cambios que el individuo, mediante sus prácticas concretas, experimenta en su contexto más próximo.

En sintonía con lo planteado por anteriormente, Joan Scott (2001) sostiene que el relato de las experiencias permite visibilizar no sólo a quien las relata, sino también a su contexto. Así, por medio de las narraciones de los sujetos se documenta la existencia de instituciones que aparecen y desaparecen de su cotidianeidad. De este modo, se obtiene una imagen clara que ayuda a evitar presupuestos y que, al mismo tiempo, tensiona las diferencias poniendo de relieve la lógica interna de funcionamiento que acerca o aleja a los jóvenes de los espacios de tratamiento.

Por lo tanto, recuperar el punto de vista de usuarios de PB/paco y sus experiencias en hospitales y centros de salud permitirá obtener información valiosa que ayudará a los decisores políticos y a los profesionales mejorar la calidad de atención en los espacios. A la vez, permitirá comprender que a partir de las experiencias se van modificando las conductas y se produce el proceso de toma de decisión. Todo lo expuesto, permite

⁵ Hay que recordar que las descripciones están mediadas por la interpretación que se realiza de los hechos recordados.

contextualizar el acercamiento a las instituciones de salud que realizaron los jóvenes ex consumidores de PB/ paco en las épocas en que estuvieron bajo consumo.

Según Raymond Williams (2003; 2001a) el concepto actúa como un testigo subjetivo y se ofrece como una forma de verdad que permite reflejar la vida de los sujetos de un modo cercano a la realidad. Así, la relación con las instituciones cobra una importancia central desde esta perspectiva porque historiza la existencia interna⁶ y externa⁷ de los individuos, logrando nada más ni nada menos que su visibilidad social e individual. Asimismo, la experiencia es algo que los sujetos tienen y que se transforma en central para el análisis porque constituye una herramienta privilegiada para reconstruir la subjetividad.

Complementando la definición anterior, se vuelve necesario recuperar los planteos de Thompson (1981) quien sostiene que las personas no sólo presentan sus experiencias como idea, sino que lo hacen desde sus sentimientos con la intención de crear una identidad común. En este caso, ese tipo de definición resulta imprescindible porque facilita la reconstrucción de los intentos de acercarse a las instituciones hospitalarias. Al mismo tiempo, permite poner de relieve los obstáculos que enfrentaron los jóvenes a la hora de comenzar a recuperarse de su consumo problemático. Así, resulta fundamental porque constituye un elemento clave para develar lo que no es evidente y las disputas - tanto internas como externas- que los jóvenes tuvieron que transitar hasta llegar hasta algún espacio.

Para estudiar las experiencias de los jóvenes Francois Dubet (1994) analiza las conductas heterogéneas de los individuos guiados por la intención de comprender el sentido de las mismas considerando el rasgo distintivo que cada una presenta. En este sentido, las conductas no se reducen a roles esperables o determinados, sino que adquieren dinámicas heterogéneas que aluden a las diferencias sociales y culturales que organizan las actitudes frente a los sucesos que deben enfrentar. Estas divergencias no presentan un orden temporal, ni espacial, sino que están mediadas por puntos de vista diferentes, pero que actúan simultáneamente configurando identidades.

Una vez expuesto el punto de partida será necesario resaltar, tal como plantean Dubet y Danilo Martuccelli (2001) que la experiencia solo puede ser pensada en términos sociales. De este modo, los autores explican que no pueden ser analizadas desde afuera,

⁶ Establece la existencia previa de los individuos.

⁷ Sobre este material actúa la conciencia.

sino que resulta necesario comprender e interpretar cuales son los significados que los individuos le otorgan a los sucesos acaecidos en su vida en situaciones puntuales. Estas definiciones, serán centrales para analizar el proceso de acercamiento a las instituciones, como así también la construcción de estrategias que ayudaron a que reciban algún tipo de atención médica durante el período de consumo.

Experiencias sobre la atención

Las experiencias de los jóvenes que han consumido PB/ paco están atravesadas por las barreras simbólicas pero también se asocian a las visiones estigmatizantes que el personal de salud tuvo al momento de atenderlos. En este sentido la relación se vio afectada negativamente, ya que en ocasiones, según los jóvenes, los profesionales no tomaron en consideración la historia del paciente, ni su contexto. Por lo expuesto anteriormente, resulta pertinente retomar el concepto de *interculturalidad* en salud planteado por Menéndez. El mismo alude a que todos los grupos sociales enfrentan los padecimientos mediante diferentes estrategias que incluyen significaciones y prácticas, producto de sus representaciones socioculturales, y de las experiencias particulares de los sujetos. Desde esta perspectiva, se consideran como modelos o formas de atención a *aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/ o curar un padecimiento determinado* (Menéndez, 2003:11).

Por lo tanto, las distancias culturales existentes entre el profesional de la salud y los jóvenes que estuvieron bajo consumo al momento que concurrieron a la atención suelen incrementarse y se evidencian en la relación que se establece.

Si el acceso y la permanencia al sistema de salud se comprende como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Solkiner *et al.*, 2006) se podría afirmar que en muchas ocasiones las distancias que se transforman en barreras al acceso a la atención en salud. En este sentido, es importante indagar las actitudes que están presentes en el vínculo mencionado y en qué medida obstaculizan el acceso.

Existen dos visiones de los profesionales acerca de los usuarios de drogas, (...) *por un lado se los identifica como delincuentes y por otro como enfermos; produciendo y reproduciendo procesos de normativización y estigmatización de los consumidores de drogas* (Pawlowicz *et al.*, 2006: 75). En el primer aspecto, se califica al usuario de drogas como alguien peligroso, autodestructivo y despreocupado respecto de su salud (Touzé *et al.*, 1999). En el caso de que un equipo de especialistas determine que está

enfermo, debe ser derivado a que realicen tratamientos que ayuden a finalizar el consumo intensivo.⁸

La visión antes mencionada está ligada con el modo en que se ha problematizado la cuestión de las "drogas". Si el usuario de drogas es pobre seguramente es delincuente, pero si pertenece a un sector social más elevado seguramente necesita ser tratado. Estas visiones incrementan las distancias entre diversos sectores sociales y a la vez influyen fuertemente en la opinión pública.

La mayoría de los profesionales de la salud se refieren a los usuarios de drogas como enfermos sin importar que tipo de sustancias consuman (Pawlowicz *et al.*, 2006). Así, esta denominación aplicada al usuario de drogas lo instauro como objeto de intervención de las prácticas de salud mental.

Las desigualdades sociales conducen a una vulnerabilidad acrecentada en los usuarios de drogas, en particular aquéllos que viven en situación de pobreza. Por lo tanto y retomando lo planteado al inicio de este trabajo, los estudios que se han realizado en nuestro país priorizan la indagación sobre la cultura del consumo pero poco conocemos sobre la percepción de los jóvenes sobre la atención que recibieron y sobre cómo es la relación que se establece entre trabajadores de la salud, servicios y usuarios.

La atención desde la experiencia de los jóvenes

En este apartado se intentará reconstruir el paso de los jóvenes por los hospitales y los centros de salud. Ellos comentaron que hubo ocasiones en las que se les hizo inevitable recurrir a los espacios hospitalarios para recibir ayuda. En general la puerta de entrada a estas instituciones fueron las guardias.

En este sentido, los entrevistados refirieron que durante el período de consumo evitaron asistir a los centros de salud y que solo recurrieron por emergencias –casi siempre llevados por otros, casi obligados- a las guardias médicas. En general, ellos llegaron con heridas provocadas durante alguna golpiza recibida en la calle,⁹ infecciones producto de algún accidente¹⁰ o problemas de salud crónicos como tuberculosis o HIV. Pero la

⁸ Aunque los jóvenes reconocieron que estas acciones son bien intencionadas, la crítica que realizaron es que no consideraron sus tiempos a la hora de tomar la decisión.

⁹ En estas golpizas es común que los jóvenes reciban puñaladas, fisuras o tiros.

¹⁰ Pinchadura de vidrios infectada

mayoría destacó que el acercamiento sólo se produjo si consideraban que “estaban de últimas”.

Aquí apareció una dimensión interesante para analizar que es la *autoexclusión* (Engelman, 2006). Los jóvenes relataron que en general preferían no ir a atenderse si estaban bajo los efectos del consumo de drogas porque “se encontraban sucios y con mal olor” o porque la atención tenía como causa algún hecho ilegal que los obligaba a mantenerse por fuera de la institución salud. Por lo tanto, esperaban que “pase un poco” el efecto del PB/ paco para ir al hospital y a la vez deshacerse de cualquier elemento que pudiera inculparlos de algún delito cometido previamente. Al mismo tiempo, la idea de no acercarse a centros asistenciales para recibir atención se fundamentó, en la vergüenza que sintieron de que los médicos los vieran en esas condiciones. A esto se le suma la mirada de “asco”¹¹ que percibieron por parte de los médicos/ enfermeras y administrativos a la hora de atenderlos o las largas esperas que debían hacer “hasta que se le pase” el efecto del consumo. En este sentido, se observaron barreras culturales y simbólicas. Si bien los jóvenes resaltaron que los hospitales o centros de salud se encuentran colapsados y que ellos “se dan cuenta que no están en condiciones”, pusieron de relieve que en general estuvieran o no bajo consumo se sintieron juzgados por los médicos a la hora de ser atendidos por éstos. En este sentido los profesionales son descritos según dos grupos: por un lado, los que tienen voluntad de atenderlos y, por el otro, los que prefieren que ellos se vayan del lugar.

En el primer grupo, se encuentran los profesionales que procuraron que se solucione el problema por el que los jóvenes acudieron a pedir ayuda. Una vez logrado este objetivo, les explican la gravedad de su problemática e insistieron -con las herramientas que tuvieron a su alcance- para que se queden en la institución a finalizar el tratamiento puntual y luego de eso los podrían derivar para comenzar con el proceso de recuperación por el consumo de PB/paco. Este tipo de profesionales, fue muy valorado por los jóvenes que destacaron que sintieron que alguien “se interesó” por ellos. Al mismo tiempo, estas acciones que intentan retener facilitan que se pueda comenzar con un tratamiento de desintoxicación que facilitaría algún encuentro con especialistas en salud mental:

Tenía una bronquitis galopante, y la doctora me preguntó y yo le dije que estaba

¹¹ Esta sensación se desarrolló en las entrevistas cuando relataban que los médicos usaban doble guante, los dejaban esperando en una camilla o mandaban a los enfermeros a que los bañen antes de atenderlos.

con bronquitis, fui a Hospital XXX y me tuvieron 10 días sin fumar, 4 días haciendo reposo absoluto no me movía ni para tomar agua, digamos. Ella me tuvo hasta que le dijeron de liberar la cama. Venía, me hablaba para que no consuma más, hasta una psicóloga me quiso presentar (Cata, 22 años).

(Durante la internación en el hospital) Estaba hablando con la psicóloga, todo. Es más, ella me habló de una la internación (Noly, 19 años).

El segundo grupo de profesionales médicos, mucho más presente en los testimonios de los entrevistados, está compuesto por quienes prefieren no atenderlos bajo los efectos del PB/paco. Por esa razón los dejaban esperando en camillas durante horas, en el mejor de los casos, o durante días completos.

Si vos vas a la guardia, prefieren atender a una persona común y corriente que tocar tu cabeza toda sucia, o tus pies todos olorosos, porque vos estás en situación de calle y tenés un olor bárbaro. Es preferible dejarte ahí un rato (Lito, 22 años).

Tratan mal, al hospital van muchos pibes que están en consumo. La mayoría están todos sucios, como que no los quieren atender. Los hacen esperar, los tratan mal. Más en ese hospital de ahí, los dejan morir (Negro, 31 años).

En los casos como el anterior, cuando los jóvenes recuperan sus fuerzas se escapan de la institución. El tema de la salida intempestiva apareció constantemente en casi todas las entrevistas. Así, cuando una situación los superaba durante el consumo la solución más eficaz fue la huída y la intensificación del consumo. A la hora de justificar la decisión afirmaron que lo hicieron por impotencia y vergüenza.

No sé si bronca, vergüenza de mí mismo, ir a un hospital y que no te quieran ni tocar ni un médico porque estás todo sucio. Te sentís humillado, con más dolor del que tenés. Andás drogado, en la calle, en situación de consumo y no te quiere tocar un doctor para coserte la cabeza. Es difícil. Te sentís mal de todos lados y te terminás yendo (...) (Los médicos y las enfermeras) Se ponían siete guantes en cada mano para tocarme, una aguja tipo espada, para tocarte bien de lejos, por el olor que uno lleva. Con asco te trataban. Estás con un olor tremendo. Yo me pongo en el lugar de ellos, a mí no me gustaría, pero bueno es lo que hay. Cuando te sentís mejor, si no te atendieron te vas (Lito, 22 años).

Por lo expuesto, los jóvenes aseveraron que hacen falta especialistas que tengan “vocación” para atender a la población que está en situación de consumo de PB/paco porque la indiferencia que sienten de los profesionales lleva a que en ocasiones el dolor y los efectos de la sustancia se mezclen y provoquen situaciones de violencia con el personal médico y administrativos.

Me acuerdo que un día había ido al hospital porque se infectó el pie. Cuando llegué el tipo de seguridad me quiso echar porque pensó que me quería quedar a dormir. Yo le digo me duele el pie, me quedo tranquilo pero dejá que me vea el médico y entonces me dejó. Me quedé 5 horas esperando a que me atiendan. Hasta que en un momento no había nadie en la guardia y pasa un médico y le digo: “me duele”. Se hizo el que no me vio, entonces cuando volvió a pasar le dije: “o me atendés o te

pego un tiro”. Él (el médico) se asustó y llamó a seguridad. Me echaron a patadas. Salí y de ahí y me fui de gira para olvidarme que el pie me dolía (Coqui, 29 años).

Los relatos permiten observar y describir las barreras que experimentan los jóvenes a la hora de recibir atención médica. Sin embargo, estas no son las únicas trabas que se experimentan para la atención. Si bien las situaciones antes mencionadas son de emergencias y no tratamientos crónicos, hay otro factor que interviene como un obstáculo y en la negativa de las ambulancias a entrar a los barrios marginalizados.

Estuve casi un año que me agarraba la epilepsia y yo seguía igual consumiendo, después me agarró un ataque en la villa. Estaba comiendo ese día, antes del mediodía y empecé a decir que me sentía mal, que me sentía mal y caí. No quería venir la ambulancia, tardaba mucho en entrar. Tardó mucho la ambulancia. Estaba mi padrino, que es el que maneja ahí...jodieron tanto que vino la ambulancia. Me agarraba el ataque, volvía, miraba y...volvía a caer y volvía a convulsionar. Tuve suerte que era de día y porque llamaron mil veces entró. Si era de noche me moría y no entraba (Negro, 31 años).

A pesar de todas las barreras descritas, cuando se indagó respecto de si el tiempo en el hospital era suficiente para ellos, la postura casi unánime fue que no querían quedarse porque el espacio no estaba preparado para ellos y cuando recuperaban la lucidez se sentían sumamente observados, incómodos e intimidados.

Sin embargo, a pesar de las dificultades atravesadas en los hospitales existen espacios un poco más amigables, tal es el caso de los Centros de atención barriales. Allí, los jóvenes encontraron alivio y se sintieron bien tratados. En casi todas las entrevistas se valoró muy positivamente el trabajo de los centros de salud barriales. Los centros de salud se encuentran ubicados en la mayoría de los barrios vulnerables de la zona sur del AMBA, son espacios de atención primaria en los cuales profesionales y jóvenes desarrollan una relación directa y cercana, debido a que contempla las necesidades comunitarias y respeta los tiempos del barrio. Los jóvenes reconocen estos espacios como lugares accesibles, ya que según los entrevistados allí conocen a los trabajadores y son lugares más amigables que los hospitales. Sin embargo, dejan en claro que si es una emergencia no hay elementos para poder atender a la población en general y menos a los usuarios de PB/paco. En estos lugares, el trato que han recibido no depende de la personalidad del médico y de los profesionales de la salud porque los profesionales son más accesibles, conocen a los jóvenes y los atienden “aunque lleguen de cualquier manera”.

Cuando se indagó por qué creían que existían estas diferencias ellos dijeron que quienes trabajan en los barrios conocen el contexto, sus historias familiares y pueden comprenderlos mejor. Estas relaciones de cercanía fueron positivamente valoradas por los jóvenes y tratan de mantenerlas en el tiempo porque son las que logran ayudarlos a resolver los problemas relacionados a su salud.

Muchos relataron que los centros de atención comunitaria fueron ámbitos claves a la hora de tomar la decisión de recuperarse. Esta situación se dio fundamentalmente en el caso de las mujeres:

Cada vez que la nena se siente mal voy a ver al Dr. XXX tenga o no tenga turno. Una vez fui [bajo consumo] y estaba para atrás. El se quedó conmigo como tres horas, me hablaba y me decía vos te tenés que cuidar y tenés que pedir ayuda. Podés ir a XXX. Yo estaba toda sucia y golpeada. Me daba vergüenza. Supongo que le daba asco, pero él se quedó conmigo y nunca me dijo nada. Ahora es el único al que le llevo a mi hija (Lía, 29 años)

Estas relaciones cercanas entre médicos y jóvenes se dan en el contexto del barrio. En muchas ocasiones, son los propios profesionales de los centros de salud quienes acercaron a los jóvenes a los tratamientos y los ayudaron a recuperar los documentos o a conseguir las entrevistas para comenzar otros institucionales.

Conclusiones

Retomar las experiencias sobre la el paso por hospitales y centros de salud permitió observar que en la búsqueda de ayuda para resolver una situación de emergencia, los jóvenes pasaron por hospitales en los que la mayoría de las veces se los atendió con desgano. Por eso, alentados por alguna experiencia indirecta (generalmente de algún conocido), prefirieron no ir porque en las guardias no los entendían rápidamente porque ellos llegaban sucios o desprolijos. En lo que respecta a la relación médico- paciente recordaban que, en general, los dejaban esperando hasta que los efectos del consumo desaparezcan. Sin embargo, algunos profesionales les indicaban internaciones para que puedan desintoxicarse y así poder ayudarlos a tomar la decisión de abandonar el consumo.

Paralelamente, se ha constatado que las mejores experiencias de atención que atravesaron los sujetos que participaron de este estudio en relación a la atención se

dieron en los centros barriales. Allí ellos conocían a los trabajadores del lugar porque eran del barrio y se sintieron contenidos.

A partir de los relatos de los diferentes jóvenes se pone de relieve la falta de políticas que consideren la atención que deben recibir los jóvenes bajo consumo de PB/paco en los espacios de salud. Esta población de pacientes todavía no tiene garantías para su atención.

Bibliografía

-Arizaga, C. (2007 a). *Aspectos Cualitativos del consumo de PB/paco de cocaína/paco*. Informe Final. Buenos Aires: SEDRONAR/OAD.

-Arizaga, C. (2007b). *La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de psicotrópicos en adultos*. Informe Final. Buenos Aires: SEDRONAR/ OAD.

-Camarotti A.C. (2013). “Investigación-acción con mujeres consumidoras de PB/paco: abordar la vulnerabilidad activando prácticas de cuidado”. Buenos Aires: Mimeo.

-Camarotti A.C. (2013). “Investigación-acción con mujeres consumidoras de PB/paco: abordar la vulnerabilidad activando prácticas de cuidado”. Buenos Aires: Mimeo.

-Camarotti A.C., Di Leo P., Kornblit AL. (2007). Ocio y tiempo libre en los jóvenes. En A. L. Kornblit (coord.) *Juventud y vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Biblos

-Camarotti, A. C. y Touris, C. (2010). “Consumo/uso de PB/paco en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires”, en *Artemisa*. Recuperado de: <http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/Mujeres%20PACO%20%20Camarotti%20Touris.pdf>

-Canay, R., Brasesco V., La Rosa, S., (2012). “La resiliencia en los tratamientos por consumo de paco”. *Revista Acta Psiquiátrica* N° 58. P.104-109. Buenos Aires.

-Comes, Y. (2003). “Accesibilidad: una revisión conceptual”. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, UBA, Argentina.

-Dubet, François; MArtucelli, D. (2001) *En la escuela: sociología de la experiencia escolar*. Buenos Aires: Losada

-Dubet, François (1994) *Sociologia da Experiencia*. Lisboa: Instituto Piaget

-Engelman, M. (2006): "Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud". Facultad de Psicología, UBA. Secretaria de investigaciones, Anuario de investigaciones, volumen XIV.

-Goffman, I. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

-Honneth, A., (1997) "*La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*" Barcelona: Ed. Crítica Grijalbo..

Scott, J (2001) "Experiencia". México: La ventana, Nº 13,

-Menéndez, Eduardo (2006) "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas" en Gerardo Fernández Juárez (Coordinador) SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA Antropología de la salud y Crítica Intercultural. Ediciones Abya-Yala: Quito. Disponible en https://www.uni-giessen.de/cms/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/KnipperM_2006_MedInterc

-Míguez H. (1997). Cocaína, pobreza y nueva pobreza. Acta psiquiát. Psicol Am. lat. 43(3) 231-236

-Míguez Hugo (2007) **El uso de *paco* y la segunda exclusión** en Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina. 53(1) 18-22.

-Pawlowicz, M; Rossi, D; Galante, A; Faraone, S; Goltzman, P; Zunino, S; Touzé, G; Silberberg, M; Cymerman, P. (2007): "Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario". Memoria de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Buenos Aires.

-Ramírez, Romina (2013 a). *Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de PB/paco. Límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona sur del AMBA desde la perspectiva de los jóvenes. Un acercamiento cualitativo*. Informe Final. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

-Ramírez, Romina (2013b). "El barrio, la iglesia y la escuela: instituciones donde los jóvenes construyen sus biografías" en Di Leo, P. Camarotti A.C. (Eds.) *Quiero escribir mi historia. Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.

-Rangugni V., Rossi D., Corda, A (2006). *Informe de Pasta Base de Cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

-Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

-Rossi, (2009) *Epidemiología de las drogas en América Latina*. Uso de sustancias y prevención, atención y apoyo sobre el HIV en América Latina 18-20 de septiembre de 2012 Antigua, Guatemala. Disponible en http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/1_DayOne_Rossi.pdf

-Rossi, D. Pawlowicz, M. Zunino, S. (2007). *La accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en la ciudad de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios/ Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito.

-Salvia, Agustín (comp.) (2008). *Jóvenes promesas. Trabajo, educación y exclusión social de jóvenes pobres en la Argentina*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

-SEDRONAR/OAD (2009). Censo Nacional de Tratamiento Argentina 2008. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.

-SEDRONAR/OAD (2010). Cuarta Fase del Registro Nacional Continuo de Pacientes en Tratamiento. Informe Regional de Resultados. Región Centro 2009. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones.

-SEDRONAR/OAD (2011) Estudio Nacional de Pacientes en centros de Tratamiento. Argentina 2010. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones Sociales- UBA.

-Sorgentini, H. (2000) La recuperación de la experiencia histórica : Un comentario sobre E. P. Thompson [en línea]. *Sociohistórica*, (7). Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2820/pr.2820.pdf

Stolkiner (comp), (2000): "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro *La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*". Buenos Aires: Ed. Dunken.

-Stolkiner, A; Mauro, M; Solitario, R; Garbus, P. (2006): "La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años". Buenos Aires: Anuario De Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.

-Thompson, E. P. (1981) "*Miseria de la teoría*". *Barcelona*: Editorial Crítica.

Touzé, G.; Rossi, D. *et al.* (1999). "Prevención del VIH/sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención". Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Williams, Raymond (2001) *Marxismo y literatura*, Barcelona: Península.

Williams, Raymond (2001a) *El campo y la ciudad*, Buenos Aires: Paidós

Williams, Raymond, (2003) *La larga revolución*, Buenos Aires: Nueva Visión

Williams, Raymond (2003) *Palabras clave. Un vocabulario de la cultura y la sociedad*, Buenos Aires: Nueva Visión,