



Tipo de documento: Trabajo Final de Carrera de Especialización

Título del documento: La comunidad terapéutica y sus usuarixs, ¿sujetxs de derecho? : un análisis sobre las comunidades terapéuticas en Gran Buenos Aires norte 2011-2015

Autores (en el caso de tesis y directores):

Cecilia Carranza

Juan Ignacio Lozano, tutor

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2019

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UBA Sociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES

Cohorte: 2015

Trabajo Integrador Final (TIF) para obtener el grado de
Especialista en Políticas Sociales

“La Comunidad Terapéutica y sus usuarixs, ¿sujetxs de
derecho? Un análisis sobre las Comunidades Terapéuticas
en Gran Buenos Aires norte 2011-2015”

ALUMNA: CARRANZA CECILIA (DNI 33.085.715)

DIRECTOR: LOZANO JUAN IGNACIO

Diciembre de 2018, CABA

Índice

Introducción

Capítulo 1 “La Comunidad Terapéutica como destino”

Capítulo 2 ¿Transformación subjetiva o arrasamiento en masa?

2.1 El tratamiento en una comunidad terapéutica

2.2 La Adicción y la Alienación

2.3 La salud ¿posible?

Capítulo 3 La comunidad terapéutica y las leyes

3.1 ¿Tratamiento o condena?

3.2 Más allá de las leyes. Una lectura geopolítica.

Conclusiones y desafíos Otro decir posible

Índice de Acrónimos (por orden de alfabético)

AA Alcohólicos Anónimos

APA American Psychiatric Association o Asociación Estadounidense de Psiquiatría

CENARESO Centro Nacional de Reeducción Social. Hoy Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones “Laura Bonaparte”. La institución adquirió dicho nombre a partir de julio de 2015 en honor a quien fuera integrante de Madres de Plaza de Mayo- Línea Fundadora. Bonaparte, además, como licenciada en psicología se desempeñó largamente en el campo de la salud pública, fue veedora de Amnistía Internacional en los campos de refugiados de El Salvador y Guatemala y trabajó con el sanitarista Floreal Ferrara cuando fue ministro bonaerense de Salud en los años 80. Su nombre se constituyó así en un emblema para la unión de los conceptos de salud mental y derechos humanos. Esto echó por tierra el previo nombre, asignado durante la gestión de José López Rega, que remitía a un paradigma en salud mental centrado en el encierro y la marginación como respuesta a la locura (anterior al propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental).

CT Comunidad Terapéutica

CPA Centros Provinciales de Atención en Adicciones

CPD Consumo Problemático de Drogas

DNOAD (Ex OAD) Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales

DUDH Declaración Universal de Derechos Humanos

LNSM Ley Nacional de Salud Mental

MMH Modelo Médico Hegemónico

NA Narcóticos Anónimos

OAD Observatorio Argentino de Drogas

Plan IACOP Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos

SEDRONAR Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico. Creada mediante el decreto 271 del 17 de julio de 1989 bajo la presidencia de Carlos Menem, reemplazó a lo que fuera la Comisión Nacional Coordinadora para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas. Desde el 12 de enero de 2017, bajo la gestión presidencial de Mauricio Macri y mediante decreto 33/17, se modificó el nombre a Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina y se redefinieron sus funciones incluyendo el paso de parte de sus unidades al Ministerio de Seguridad.

Resumen

El presente Trabajo Integrador Final se inscribe en el ámbito de las Comunidades Terapéuticas (CT de aquí en más) -dispositivo de internación ante el consumo problemático de drogas-.

En este trabajo me propongo un análisis de los tratamientos realizados en dicho dispositivo, centrado en lxs usuarixs, preguntándome si es respetada su condición de sujeto de derechos. Este análisis requiere pensar al dispositivo en su funcionamiento intramuros (su método y estrategias de intervención, la construcción simbólica del/la usuarix¹), y en su función extramuros: es decir, la Comunidad Terapéutica como institución (entre otras tantas) que opera en la producción del sentido, de las subjetividades, y en el control social de los cuerpos.

Si bien no es posible realizar un análisis "objetivo" de los fenómenos sociales, este trabajo es un intento de contribuir a la generación de conocimiento para la revisión y mejora de las prácticas en salud mental.

Palabras Clave Comunidad terapéutica - Consumo problemático de drogas - Sujeto de derechos

Abstract

The present Final Integrative Work is part of the field of Therapeutic Communities (TC from now on) - hospitalization device for problematic drug use-.

In this paper I propose an analysis of the treatments performed in this device, focused on users, asking if they're respected as subjects of rights. This analysis requires thinking of the device in its intramural functioning (its method and intervention strategies, the symbolic construction of the user), and its function outside the walls: that is, the Therapeutic Community as an institution (among many others) that operates in the production of meaning, of subjectivities, and in the social control of bodies.

Although it is not possible to carry out an "objective" analysis of social phenomena, this work is an attempt to contribute to the generation of knowledge in order to improve mental health practices.

Key Words Therapeutic community - Problematic drug use - Subject of rights

¹ Se utilizará la "x" para nombrar al género en lugar de aclarar "a" y "o" con el objetivo de introducir una perspectiva de género en el presente trabajo. De esta manera se nombran las identidades femeninas, las masculinas y también aquellas que no están incluidas en una lógica binaria de femenino-masculino.

Las adicciones, toxicomanías, o consumos problemáticos de drogas (como adhiero nombrarlo)² sin dudas se constituyen como un problema en la vida de muchas personas. Según el art. 2 de la ley 26.934 (Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos) “Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente (...) la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. (...) Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo.”

Existen distintos modos de abordaje y de interpretación de la problemática, todas ellas se encuentran en constante tensión y la discusión trasciende lo técnico- asistencial, de fondo lo que está en juego es una discusión ética y biopolítica.

En Argentina desde hace años las CT, granjas y otras instituciones de funcionamiento similar centradas en la internación -todas del tercer sector- han ofrecido respuesta a la población afectada por el consumo de drogas³. Con el paso del tiempo han ido importando modelos de asistencia desde Europa y Estados Unidos y así conformándose como instituciones “especializadas” en la problemática. De esta manera, dispositivos como este - de carácter abstencionistas- se han constituido (con el tiempo y con el vacío que ha dejado el Estado desde sus políticas públicas y legislación⁴) como la principal respuesta en lo que refiere a los consumos problemáticos de drogas⁵. Esto, considero, sucede como consecuencia de un complejo entramado de intereses y voluntades económicas y políticas que exceden las posibilidades del presente escrito. Bien conocido es el estado de desesperación con el que cualquier consumidor (o su entorno) solicita un tratamiento, así como también las dificultades con las que se topa una persona en situación de consumo problemático no sólo para dejar de consumir por su cuenta sino para acceder al sistema de salud. Es frente a este vacío que aparecen

² Cada modo de nombrar a la problemática refiere a una diferente construcción teórica y su consecuente modalidad de intervención dentro de las orientaciones en psicología. “Adicciones” se corresponde con la teoría y terapias de orientación Cognitivo- Conductual (TCC) en las que el foco está puesto en la presencia- ausencia de la sustancia en cuestión, en esta teoría se basan en general las CT para estructurar los tratamientos. “Toxicomanías” son para el psicoanálisis un modo de goce subjetivo, la sustancia ocupa un lugar privilegiado en la sexualidad de el/la sujetx en cuestión. Algunas escuelas del psicoanálisis también incluyen en su análisis a la época. “Consumo problemático” es una categoría de la psicología social-comunitaria que propone pensar no sólo un/a sujetx situadx sino también un análisis social, económico y político de los modos de padecer en el cuerpo.

³ Existe evidencia al respecto disponible en un informe de la DNOAD de SEDRONAR titulado “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017” . Entre otra tanta información respecto a usuarixs de drogas, características socio-demográficas y modalidades de consumo, aparece el siguiente dato sobre las demandas de tratamiento: “Los principales lugares de búsqueda de ayuda profesional fueron las iglesias o grupos religiosos (28,4%), Alcohólicos Anónimos (23%) y comunidades terapéuticas (19%).” (Sedronar, 2017)

⁴ En relación a este punto vale aclarar que recién a partir de que el paradigma de derechos se expandiera y entrara en la agenda pública se comenzó a contemplar la posibilidad de que la internación no fuera el único recurso al cual acudir en casos de consumo problemático. El marco legal de esto se fundamenta en la Ley Nacional de Salud Mental (2010).

⁵ Cabe mencionar al respecto que existen en el área metropolitana y GBA dispositivos públicos que interaccionan con las CT, sobre los cuales volveré a comentar luego. La distribución de los mismos en el resto del país existe pero resulta diversa y heterogénea. Un análisis sobre este punto (distribución de recursos, tipos de demandas, articulaciones posibles, etc.) requeriría de un análisis situado y más profundo que el presente en este escrito.

propuestas de internación y prometen salvar vidas -o como mínimo modificarlas para siempre- y permitir con ello recuperar algo de todo lo perdido.

En el presente trabajo me propondré realizar un análisis respecto al modo de intervención de la CT como dispositivo hegemónico frente al consumo problemático de drogas y su tensión con los derechos humanos. La pregunta central será si en dicho dispositivo el/la usuarix es consideradx y tratado en tanto sujetx de derechos que es. Cabe aclarar que existen diferentes tipos de instituciones: las de tipo “granja”, las de carácter religioso, y dos modelos de CT que funcionan como matriz sobre la cual se inscriben las variadas instituciones: modelo americano y modelo italiano. La primera incorpora la presencia de profesionales en el tratamiento; dado su origen vinculado al tratamiento para consumidores provenientes de los ámbitos carcelarios su funcionamiento se estructura en ordenamientos jerárquicos piramidales bien delimitados y por una terapéutica conductual basada en la implementación de premios y castigos. Por otro lado, el modelo italiano, de mayor influencia en nuestro país, debe su existencia al Progetto Uomo: programa terapéutico dirigido a consumidorxs, distinguido del anterior por ampliar su mirada proponiendo que no todxs lxs consumidorxs requieren la misma modalidad de intervención. El tratamiento aparece como un proceso terapéutico conformado por etapas (admisión, ingreso a CT, y reinserción), otra cuestión central distintiva es la inclusión de las familias al trabajo terapéutico.

A los fines del análisis teórico a realizarse en el presente TIF, es menester nombrar también aquellos aspectos compartidos generalmente por las CT. Con el objetivo de no proceder a un análisis tan exhaustivo, que podría alejarme de mi foco de análisis, mencionaré que en general las CT funcionan de manera piramidal, centrando la intervención en la internación prolongada, y en un proceso terapéutico estandarizado, rutinario, centrado en la implementación de pautas de conducta, muchas de las veces basado en premios y castigos. Otra de las cuestiones centrales es el abstencionismo como método de cura de un estado mórbido al que denominan “adicción”, ampliaré esta categoría luego.

Trabajaré desde un enfoque de derechos, el cual “se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional. (...) Desde esta perspectiva, los Derechos Humanos son pensados como una serie de propuestas que pueden guiar y orientar a las Políticas Sociales de los Estados y contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas.” (Carballeda, 2016). Desde este enfoque me preguntaré sobre el rol del Estado en relación a los tratamientos que tienen lugar en las CT, cuya lógica de funcionamiento es privada pero que -las más de las veces- se nutren de financiamiento estatal. Intentaré también dar cuenta de la solidaridad existente entre las disciplinas hegemónicas (medicina, psicología) que –a mi entender- patologizan y criminalizan el consumo de drogas, me propondré generar algunas reflexiones e interrogantes en relación al complejo entramado entre estas disciplinas y los negocios farmacéuticos y de las internaciones en CT.

El análisis tendrá como eje central los distintos elementos estructurantes de las CT pensados en constante tensión con el/la usuarix (como sujetx de derechos) y será planteado de la siguiente manera:

Como primer paso, y para delimitar el objeto de estudio, creo importante recorrer los antecedentes históricos en relación a este tipo de dispositivo, por lo que en el primer capítulo realizaré una historización sobre las CT en general y luego en particular en nuestro país.

A continuación detallaré la lógica interna de las CT así como los principios sobre los cuales funciona el tratamiento. Me preguntaré si estos tratamientos proponen transformaciones subjetivas desde una perspectiva del proceso de salud- enfermedad-

cuidado o si proponen un “arrasamiento en masa” en una lógica de rectificación conductual atravesada por la moral y diseñada desde el MMH. Para responder esta pregunta recorreré algunas dimensiones centrales, por ejemplo: ¿Cómo se conceptualiza a la problemática en este dispositivo? ¿Cómo se aborda lo subjetivo? ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento? ¿En instituciones que normativizan la conducta, se puede hacer lugar a lo subjetivo?

Una vez situadas las coordenadas en las que transcurre la cotidianeidad en una CT y de haber podido esbozar alguna respuesta acerca de qué es un tratamiento en ellas, continuaré sobre dos conceptos que considero solidarios, la “adicción” y la “alienación”. Finalmente, a la luz de lo reflexionado y desde un concepto de salud integral me preguntaré: ¿Son las CT espacios que propician o deterioran la salud? Como último eje a analizar realizaré una lectura sobre la legislación vigente a la luz de lo descrito hasta el momento. Abriré otras preguntas como ¿Qué ha hecho el Estado al respecto? ¿Qué leyes enmarcan el accionar Estatal actual? ¿Qué instituciones Estatales abordan la problemática y de qué manera?

Trabajaré también con la conceptualización de institución total para pensar a grandes rasgos ¿Qué similitudes y diferencias hay entre este dispositivo de encierro y la cárcel? Por último, me propondré pensar a las CT desde una mirada más allá de ellas mismas. Es decir, analizaré el contexto geo-político para pensar qué correlaciones de poder se dan alrededor de su funcionamiento (que lo trascienden y a su vez lo determinan). En el último capítulo, y a modo de conclusión, intentaré sintetizar lo situado a lo largo del trabajo para elaborar reflexiones y posibles desafíos que se desprendan de lo analizado.

Hemos sido testigos y partícipes de un histórico período de 12 años signado por conquistas en materia de derechos humanos que nos ha dejado como herencia leyes de vanguardia y de avances también en lo que refiere a salud mental y al consumo problemático de drogas (leyes 26.657 y 26.934). En este fragmento de nuestra historia sin dudas ha saldado muchísimas deudas pero no todas, no se ha logrado penetrar en ese tercer sector (ni privado ni público) que alberga la enorme mayoría de instituciones “especializadas” en -las llamadas- adicciones.

Lxs cientistas sociales heterodoxos, lxs militantes de derechos humanos, lxs trabajadorxs de la salud mental, las organizaciones por los derechos humanos en el campo de la salud mental (ej. Asociación Civil Intercambios en Argentina) tenemos un enorme desafío, afrontar la ardua tarea de generar evidencia científica en relación al modelo abstencionista, su tensión con los DDHH y su cuestionable eficacia. Y, agrego, no solo criticar con fundamentos dicho modelo sino también abrir el juego a investigar otros, como por ejemplo el de reducción de daños. Salir del prohibicionismo es también habilitar otros discursos, otros saberes, otras experiencias que nos permitan pensar alternativas menos violentas y totalitarias. Existen ejemplos de estas alternativas en algunos países europeos en los que se investiga a la marihuana como salida de la heroína, y no se centran los esfuerzos y recursos en construirla simbólicamente como el principal factor de acceso a otras drogas, tal como sucede predominantemente en nuestro país y en tantos otros. Otro ejemplo es lo que sucede en Suiza por impulso de organizaciones civiles desde mediados de la década de 1980, con las primeras salas de consumo controlado (mal conocidas como *narcosalas*), o el posterior programa de mantenimiento con heroína legal agregado a la oferta sanitaria⁶.

Y así, este escrito es un pequeño aporte a una lucha por los derechos humanos, un pequeño intento de dar voz a aquellos que por locos, enfermos o marginales pocxs parecen dispuestxs a escuchar.

⁶ Esta experiencia y otras alternativas al punitivismo se encuentran disponibles en “Un mundo con Drogas” de Emilio Ruchansky (2015, Ed. Debate).

La pregunta disparadora de este capítulo sería ¿por qué centrar el análisis en las CT? ¿Por qué este dispositivo de encierro continúa siendo una opción para dar respuesta a las situaciones de consumo problemático?

Si bien no resulta fácil acceder a los datos desde los cuales se conocería un estado de situación más certero acerca de la cantidad total de personas internadas en CT, la duración de la internación y otros tantos datos más, es posible aseverar algunas cosas:

- Las CT (tercer sector) son las instituciones a las que se acude desde el Estado (SEDRONAR) para internar personas en situación de consumo problemático. Según el DNOAD de la SEDRONAR “La temática del consumo de sustancias psicoactivas presenta una dificultad histórica en relación al relevamiento epidemiológico de datos. Uno de los motivos principales es que la atención por consumo problemático de sustancias suele ser absorbida por diferentes dependencias estatales (de salud, desarrollo social, justicia civil y penal, entre otras) sin coordinación programática, lo que dificulta contar con un sistema de vigilancia epidemiológica acorde a la complejidad del proceso de salud-padecimiento-atención por consumo de sustancias.”⁷ Respecto a lo asistencial, del mismo informe se desprende la totalidad de 2611 personas asistidas en el tercer trimestre 2017, siendo una cifra constante respecto a los años precedentes y entendiendo por la categoría “asistidos” a todos lxs pacientes que reciben un subsidio o beca para realizar su tratamiento en un centro conveniado con SEDRONAR, como a aquellos que concurrieron a una sede de SEDRONAR para efectuar una consulta/entrevista, así como también a todos lxs usuarixs que hayan realizado una consulta/entrevista o iniciado un tratamiento en una institución conveniada con SEDRONAR.

Este registro da cuenta de la insuficiente intervención estatal en relación a la problemática del consumo de drogas y del escaso relevamiento de datos con la que se cuenta, cuestión fundamental a la hora de diseñar cualquier nueva política/estrategia de intervención estatal.

- Ahora bien, ante las dificultades reveladas por el informe del observatorio en relación a las distintas dependencias (y sus variadas naturalezas y lógicas) que intervienen frente a situaciones de consumo problemático, se vuelve innegable que las CT se constituyen como respuesta frente a una problemática que pareciera excede las posibilidades de cada una de esas dependencias en particular. Es muy común escuchar sobre la dificultad que posee el CPD para ser alojado institucionalmente. Lxs usuarixs de drogas emergen en el escenario social en tanto *sujetxs inesperadxs*. En palabras de Carballada, nos encontramos con que “(...) el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otro, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. Irrumpe en este contexto ese sujeto inesperado, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de opresión que se expresa en biografías donde sobresalen los derechos vulnerados. Emerge allí, donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales

⁷ Disponible en http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/boletinZtercerZtrimestre_1.pdf
Consultado el día 11/1/2018.

de la cuestión social que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones. Así, el sujeto es solo individuo precario, temporal; donde se obtura su posibilidad de ser en su relación con otros.” (Carballeda, 2008)

Situada la categoría de sujetx inesperadx, se vuelve asequible la función social que poseen las instituciones que alojan las personas en situación de CPD.

La segregación de personas con conductas consideradas “*desviadas*” esta una práctica ya conocida y de larga data, no son las CT las primeras ni las últimas instituciones creadas con estos fines. Pese a su antigüedad la categorización de lo normal y lo desviado no pierde vigencia, pese a las constantes y dinámicas discusiones que se dan al interior de los ámbitos de ciencias sociales y jurídicas, las conductas desviadas siguen teniendo aún hoy como respuesta la segregación. Tal como explican las autoras López, Torres y Weber (2017) lo anteriormente planteado por el precursor en psiquiatría Pinel (1793) y su teoría alienista, la medicina con su tratamiento moral ejerció a través de la presión social el retorno del internado a los caminos de la razón. Lo planteado era que la internación y aislamiento no bastaban para alcanzar tales objetivos, el *alienista* debe intervenir para modificar las conductas inapropiadas producto de las pasiones. Se debe reubicar al paciente en el camino burgués de la virtud respetuosa del orden y del trabajo. Así, el manicomio se constituye en el lugar de encuentro de la locura con la medicina. (Pág. 15)

Pese a las constantes y fervientes discusiones que se dan al interior de los ámbitos de ciencias sociales y jurídicas, la categorización de lo normal y lo desviado no pierde vigencia aún en nuestros días y las conductas desviadas siguen teniendo como respuesta casi inmediata la segregación.

El consumo problemático de drogas pocas veces es interpretado y tratado en su complejidad, las más de las veces es tratado como una conducta desviada y por tanto entendido en ámbitos médicos y psicológicos como una “patología” (de la que no se sabe demasiado). Existen modos de interpretación e intervención que contribuyen a la creencia generalizada de que a las “adicciones” hay que curarlas y que esa cura debe darse en lugares específicos en donde se trabaje la problemática para que luego el/la sujetx en cuestión se “reinserte” en su contexto una vez ya “curado”. Así como las cárceles son los lugares en donde lxs sujetxs desviadx encontrarán el camino hacia una “reinserción social”, las internaciones en CT se ofrecen como espacios en donde se “recuperan” aquellas personas con consumo problemático de drogas.

Me dedicaré entonces a historizar a las CT en el mundo y en nuestro país, reconstruir la lógica del funcionamiento de estos dispositivos y sus bases tanto teóricas como prácticas. Considero a las CT como dispositivos privilegiados de de-construcción de la subjetividad. Los tratamientos que en ellas transcurren parten de una premisa en común: modificar la personalidad de lxs sujetxs consumidores por considerar a su subjetividad como “adictiva”, la cual se encuentra preñada de calificativos negativos. El problema de la “adicción o el *trastorno por consumo de sustancias*”⁸, tal como es nominado, remite a este tipo de personalidad pero además a determinados hábitos y conductas que también han de ser modificados por el tratamiento en cuestión. Así, la “recuperación” se logra valiéndose de rígidas estructuras (que pueden variar en su forma según la institución) en

⁸Se puede ver más sobre la nosología psiquiátrica en “DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, editado por la APA, es una obra que contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas. La edición vigente es la quinta y se publicó en Mayo de 2013.

la que se centra el tratamiento con vistas a incidir y modificar dicho “trastorno”. Desde hace mucho tiempo algunas ciencias, como la medicina (en general pero especialmente con la psiquiatría) y la psicología han contribuido fuertemente a la creación y el éxito de dispositivos como el manicomio, y también las CT -versión aggiornada del clásico manicomio pero para “adictxs”-, ambos al servicio del control social. Tal como se describe en la nota del diario La Nación ⁹, la crisis de legitimidad que en 1980 enfrentaba la psiquiatría dio el puntapié inicial para que ocurrieran cambios determinantes. El DSM-III de la APA auguró un gran cambio en la forma en la que fueran a ser definidas y diagnosticadas las enfermedades mentales. Escrito por el psiquiatra Robert Spitzer y su equipo, se ofreció como referencia bibliográfica para clasificar cada condición mental, incluyendo nuevos desórdenes que se fueran identificando. El DSM-III introdujo 265 categorías diagnósticas y transformó la teoría y práctica de la salud mental para siempre. Dicha categorización le permitió a las compañías farmacéuticas crear nichos para el desarrollo de toda una serie de nuevos medicamentos, que luego eran tenazmente comercializados. Para cuando se publicó la cuarta versión del DSM en 1994, más de la mitad de los miembros del panel tenían uno o más vínculos financieros con las compañías farmacéuticas.

Tanto el DSM IV como el V han incrementado el repertorio de enfermedades mentales progresivamente, patologizando cada vez más la actividad humana. Entre estas categorías encontramos numerosas referidas al consumo de drogas y que le dan estatuto de “trastorno”¹⁰ del cual se sirven numerosas instituciones para dedicarse a “curar”. Para comprender este complejo y particular abordaje es necesario recorrer los antecedentes históricos, en el mundo y en Argentina.

“La modalidad de las CT para el tratamiento del uso de drogas remite a una serie de abordajes en el campo de la salud que le han dado forma hasta configurarla tal como la conocemos hoy en día.” (Epele, 2013)

“Las primeras iniciativas en el abordaje del uso de drogas articulan la metodología y filosofía de AA con algunas herramientas y elementos de la CT psiquiátrica creada por el psiquiatra Maxwell Jones al comienzo de la década del ´50 en Inglaterra. De los grupos de autoayuda conocidos como AA, se heredó el trabajo en grupos de reconocimiento mutuo y ayuda recíproca, como así también el trabajo no profesionalizado. Pero sobre todo, la idea de concebir la adicción como una “enfermedad” que compete tanto a las emociones, el espíritu y el cuerpo y la de que para permanecer sobrio y reparar los “errores” cometidos era relevante compartir con otros la experiencia de la enfermedad a través del habla.

Fue Charles Dederich, ex alcohólico e integrante de AA quien, de forma casi fortuita, funda en 1958 en California el primer programa de CT llamado “Synanon” (...). Dederich (...) comprobó que a partir de este tipo “diferente” de organización social se podía lograr también la abstinencia de la heroína sin intervención médica. Synanon se constituyó así en la primera experiencia en tratamiento por uso de drogas con residencia permanente. También fue pionera en la rígida normativa, en la estructura jerárquica, en la autosuficiencia de la comunidad y el afecto del entorno para incidir en lo que luego se caracterizará como la “personalidad adictiva”. (Epele, 2013)

⁹Nota del Diario La Nación <http://www.lanacion.com.ar/2077351-el-negocio-multimillonario-que-hizo-que-vivir-se-convirtiera-en-una-enfermedad> (2-1-18)

¹⁰ Ver en ANEXO listado completo de trastornos. Detalle ampliado de cada uno disponible en “DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”

Agrega también la autora que “El psiquiatra escocés Maxwell Jones influencia, hacia fines de la Segunda Guerra Mundial, la configuración de las CT al haber comenzado a “sacudir” los cimientos conceptuales de la internación psiquiátrica, asociada a la pasividad del paciente. Su objetivo radicaba en formar una institución donde albergar a ex combatientes de la Segunda Guerra Mundial para darles tratamiento psiquiátrico en condiciones diferentes a las de hasta entonces. Mientras la psiquiatría venía privilegiando la contemplación de la enfermedad y convertía al paciente en un objeto que merece una descripción objetiva, y una clasificación, Maxwell Jones incorpora la participación de los pacientes psiquiátricos en el tratamiento a través de su inclusión en las actividades y grupos terapéuticos. (...) Esta nueva modalidad implicaba una asamblea donde todos los integrantes de la institución organizaban las actividades diarias en el marco de jerarquías bien señaladas y en la que el paciente participaba activamente de su propio tratamiento. Todos estos elementos serían sumamente influyentes en la configuración de dos modelos de CT que se expandirán en todo el mundo: el modelo americano y el modelo italiano de CT.” (Epele, 2013)

María Epele describe que “El modelo americano de CT debe su origen a egresados de Synanon que en 1963 fundan Daytop Lodge (que luego se llamaría Daytop Village) que a diferencia de la anterior, comienza a incorporar la presencia de profesionales en el tratamiento. Debido a que empezó como un tratamiento para adictos a las drogas provenientes de los ámbitos carcelarios, su funcionamiento se regía por el respeto de un orden jerárquico bien demarcado y piramidal y por una terapéutica conductual basada en premios y castigos. Pero fue el modelo italiano, llamado Progetto Uomo, el que influyó de forma más contundente en nuestro país. Constituido como un programa terapéutico dirigido específicamente a toxicodependientes, el Progetto Uomo se distinguirá por ampliar y diversificar la oferta de sus servicios, entendiendo que no todos los usuarios de drogas requieren la misma modalidad de intervención. Retomará las experiencias anteriores como el énfasis en el trabajo grupal aportado por Daytop, adicionando nuevas estrategias e instrumentos terapéuticos más adecuados a las realidades europeas y latinoamericanas. Una de ellas consistirá en entender el tratamiento como un “proceso terapéutico” conformado por tres etapas claves: la admisión al tratamiento (en el que se trabaja sobre la motivación, y la relación de la persona con la sustancia); el ingreso a la CT (y la adaptación a la estructura y desarrollo de actividades) y la reinserción (como una transición progresiva de la comunidad hacia el medio social). Otro de los aportes de este modelo tiene que ver con la incorporación del trabajo con las familias de las personas bajo tratamiento, a través de reuniones periódicas en la CT, con el propósito de crear un espacio de contención al momento del egreso del tratamiento.”¹¹ (Epele, 2013)

Este breve resumen recorre las primeras experiencias en el mundo, de las cuales se extrae la metodología que luego se aplicará en Argentina. Es evidente cómo va conformándose como campo teórico y práctico para dar respuesta a una problemática sobre la cual, desde siempre, hubo más preguntas que certezas.

En relación a los antecedentes locales: “En Argentina, las primeras intervenciones asistenciales en materia de drogas datan de la década del ´70. A nivel gubernamental, en

¹¹Es importante resaltar la influencia de la corriente antipsiquiátrica desarrollada contemporáneamente en el mismo país por Franco Basaglia, que entre otras cuestiones postulaba la modificación de una ley que posibilitara la externación de pacientes crónicos de hospitales neuropsiquiátricos y la incorporación de las familias como factor clave en el proceso terapéutico de externación.

1973 se crea el CENARESO¹², cuyo objeto se definió como “(...) la asistencia integral de personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencia psíquica y social, como asimismo de capacitación en servicio para personal especializado” (Ley 20.332, art. 2). Mientras que en sus informes “epidemiológicos” durante el período dictatorial el CENARESO hacía hincapié en el estatuto jurídico de las drogas consumidas por sus pacientes, con la democracia su intervención dio un giro al interesarse por la situación social de sus pacientes y la vinculación que mantenían con las sustancias sean éstas legales o ilegales.¹³ A partir de allí, y a través de un equipo de trabajo interdisciplinario, el CENARESO, promovía una intervención asociada al modelo psicosocial, con una fuerte centralidad en el carácter reeducador tendiente a la formación de actitudes y comportamientos de los pacientes. “(Epele, 2013)

Además, “En forma paralela a la atención “médica”, comenzaban a gestarse en el país grupos de autoayuda organizados alrededor de ex adictxs con frecuencia ligados a una institución religiosa que planteaban la búsqueda de estilos de vida “alternativos”. Surgió por entonces la primera iniciativa en el país, afín a la metodología propia de las CT ligadas al modelo norteamericano, encabezada por el Pastor Carlos Novelli, quien funda en 1978 el Programa Andrés, vigente aún hoy en día. “(Epele, 2013)

Sin embargo, “la expansión de las CT en Argentina terminó de consolidarse con el retorno de la democracia y la proliferación de organizaciones no gubernamentales¹⁴ que comenzaron a trabajar en la problemática de las drogas. Jugó un papel central en ello un proyecto de capacitación impulsado por Naciones Unidas a través del cual se capacitaron en el modelo del Progetto Uomo 27 operadores socioterapéuticos en prevención y tratamiento de adictos a drogas en Italia y 189 en Argentina. (...) Fue así que, mientras a mediados de la década del ochenta pocas organizaciones lideraban el trabajo en la problemática de las drogas, hacia sus finales las ONGs que brindaban asistencia en toxicomanías se habían multiplicado y su número crecería en forma sustantiva durante la década del noventa.” (Epele, 2013)

Resulta esclarecedor el aporte que agrega la autora, en donde agrega que “Esta irrupción en la década del noventa remite también, por un lado, a la sanción de la ley 23.737 en

¹²Con vigencia en la actualidad, constituyéndose en el único hospital dependiente del Ministerio de Salud que atiende específicamente la problemática de las adicciones con distintas modalidades de intervención (centro de día, ambulatorio y residencial). Renombrado producto de un proyecto votado en la cámara de diputados en julio de 2015, actualmente se llama “Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones: Laura Bonaparte”

¹³Este cambio demuestra la influencia del proceso de democratización sobre la percepción del uso de las drogas a partir del Gobierno presidido por Alfonsín, pasando a considerarse como las causas principales de la toxicomanía la pobreza, el “desencanto”, la escasa participación comunitaria de los jóvenes, etc.

¹⁴Tal es así, que hacia fines de la década del ochenta se creó la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA) cuyo principal objetivo es “(...) el de articular y fortalecer el trabajo de las instituciones federadas, desarrollando políticas complementarias de capacitación e integración de recursos, evaluación y desarrollo de modelos de gestión y calidad institucional y proyectos comunes de investigación”. Al mismo tiempo, hacia mediados de 1985 queda conformada la Federación Argentina de Comunidades Terapéuticas (FACT) y se comienzan variadas actividades de intercambio, capacitación y desarrollo constituyéndose en la red no gubernamental de asistencia a el/la usuari/x de drogas más importante de Argentina. La FACT fue motor preponderante en la creación de la FLACT (Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas) y coorganizadora de la 1° CLACT (Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas) en Campinas, Brasil, en el año 1986 y de la 2° CLACT en Buenos Aires en 1988. De esta forma la FACT se convierte en animadora del desarrollo del movimiento de CT en América Latina, cumpliendo una destacada labor en el ámbito de la Federación Mundial.

1989 que dispone como medida alternativa a la pena de prisión por tenencia de drogas para consumo personal, una medida curativa, es decir un tratamiento coactivo a efectuarse en diversos centros de tratamiento de modalidad internativa. Por otro lado y contemporáneamente se crea la SEDRONAR, que entre otros objetivos implementó dos programas de subsidios, uno destinado a “(...) brindar ayuda técnica y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país (...) el segundo (...) se orienta a personas de más bajos recursos”¹⁵ permitiendo acceder a tratamiento en instituciones privadas y ONGs. Ambas disposiciones, junto a la particularidad del sistema de atención de la salud en Argentina en una década enmarcada por la reconversión de las políticas sociales, explican el marcado crecimiento de la oferta institucional de servicios en materia de drogas, sobre todo de la mano de las ONGs.” (Epele, 2013)

También es interesante reparar en los cambios producidos en el abordaje del uso problemático de drogas: algunos autores registran un pasaje en el tratamiento del uso problemático de drogas que pasa de ser considerado un problema psiquiátrico-toxicológico cuyo control se confía a profesionales médicos, a ser redefinido como problema psico-socio-cultural que requiere la intervención de diversas disciplinas y, con la figura del “ex adictx” en el inicio de una nueva disputa por la hegemonía del control. “En la actualidad, existe un híbrido y una multiplicidad en las orientaciones terapéuticas sustentadas por las diversas CT, como así también en sus modalidades de financiación. Por otro lado, si bien la modalidad de CT conjuga los elementos descritos anteriormente, existen ciertas diferencias en el conjunto de CT que responden a los siguientes criterios: CT a puertas cerradas o abiertas, que atienden/ no atienden a pacientes con patología dual (psiquiátrica y de adicciones), que trabajan sólo con adultos/ niños, con/sin orientación religiosa, mixtos, sólo de varones/mujeres, que aceptan/no aceptan derivaciones judiciales, profesionalizadas/ no profesionalizadas/ mixtas, entre otras.” (Epele, 2013)

Son pocas las investigaciones sociales realizadas al respecto del funcionamiento de estas instituciones. Existen algunos testimonios¹⁶ que me encargaré de citar en la tesis de maestría sobre personas que han sobrevivido tras haber pasado largos períodos internados y respecto a los cuales existen también algunos pocos expedientes judiciales, más o menos cajoneados, de los cuales nada se sabe a nivel mediático y poco se avanza con el paso de los años.

Cabe mencionar que en nuestro país existen convenciones y organismos de derechos humanos de larga trayectoria de los cuales me siento orgullosa como mujer y como militante. Pese a su enorme y constante recorrido gracias al cual han tenido lugar importantes conquistas democráticas en materia de derechos humanos, debo decir que poco se sabe acerca de la injerencia de los mismos en ámbitos como éste.

Volviendo al presente escrito, las CT que me encargaré de analizar, poseen lógica y mecanismos propios, construyen ideología y reproducen lógicas de consumismo a la vez que condenan a los consumidores. También representan y ejercen prácticas del MMH. Muchas son las discusiones pendientes sobre estas instituciones y sus modos de intervención. Siempre se ofrecen como solución para lxs desesperadxs, para lxs que sufren porque sienten que ya no saben cómo soportar la vida. Y siempre se respaldaron

¹⁵ Extraído de Lestelle, 1994:132.

¹⁶ Disponibles en el libro “La Comunidad” (2017, Ed. Sudestada) producto de la investigación realizada por el periodista Galfré Pablo.

en la medicina y la psicología para diagnosticar la adicción y enseñarle cómo ser un buen consumidor, aquel que consume los objetos que el mercado ofrece y que adormece su ser con drogas legales que los psiquiatras recetan.

Muchas CT reciben sumas de dinero provenientes del Estado¹⁷ -cuya oferta es escasa y deja más vacantes que soluciones-, algunas se encuentran alejadas de los centros urbanos, a veces son conocidas como granjas de recuperación, a veces religiosas, a veces dirigidas por “ex-adictxs”, ofrecen tratamientos que duran años, las más de las veces funcionando con el viejo modelo conductista de “premios y castigos” como estandarte, casi siempre son un dispositivo de *puerta giratoria* por el que sus usuarixs ingresan y reingresan... y vuelven a ingresar, aparecen en el paisaje urbano ofreciendo la *cura* al *flagelo* que las adicciones son en el imaginario colectivo, son escenarios de las prácticas en salud más parecidas a la tortura que existen: son el lugar a donde acudir cuando ya no se sabe qué hacer y del cual se vuelve muy difícil salir.

Capítulo 2- ¿Transformación subjetiva o arrasamiento en masa?

Esta es la pregunta que me atrapó desde un principio. ¿Son estos tratamientos una apuesta a que emerja algo de lo subjetivo? ¿Se habilita, a través del tratamiento, un nuevo saber sobre sí mismo? ¿O en realidad son una serie de mecanismos de control sobre cuerpos que se muestran indomables?

Como punto de partida me propongo un análisis discursivo: la propuesta de tratamiento de las CT usualmente se presenta como *recuperación*, según la definición, recuperar es “Volver a tomar o adquirir lo que antes se tenía/ Trabajar un determinado tiempo para compensar lo que no se había hecho por algún motivo/ Volver en sí/ Volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil.” (Real Academia Española)¹⁸

En mi experiencia como psicóloga, las personas en situación de consumo problemático manifiestan sentirse aquejadxs por haber perdido, cosas y sobre todo vínculos. Siempre pierden y siempre esto les duele, aunque no puedan dejar de hacerlo. Y suele ser ese dolor el que lxs lleva a buscar un tratamiento y que hace aparecer el pedido explícito de querer *recuperar*: Recuperar un trabajo, una pareja, una forma de vivir que ya no es lo que era, un sentirse consigo mismo de otra manera, un ser para otrxs, una familia, las ganas de vivir, los deseos, la dignidad y tantos etcéteras como historias las hay. Planteo entonces que ese *recuperar* es una escritura a realizarse -las más de las veces con otrxs- y que un tratamiento puede (y debe) ser variable en tiempo y forma, pero nunca ser sin pasado.

Desde el MMH, cuya lógica impregna de sentido a las CT, se “entiende el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como

¹⁷ En relación a la intervención Estatal fallida hay mucho para pensar e investigar. Sólo los CPA (Centros Provinciales de Atención en Adicciones) ofrecen tratamientos ambulatorios, además de algunas áreas específicas de toxicomanías en hospitales. Por su parte la SEDRONAR, que creció en los años de Kirchnerismo, brindan asesoramiento, orientación, y becas para que las personas sean atendidas en el tercer sector. Cabría preguntarse qué intereses políticos y/o económicos se ponen en juego cuando hablamos de consumos problemáticos y tratamientos, pero no me extenderé en este punto en el presente trabajo.

¹⁸ Definición de “recuperar” en el sitio web de la Real Academia Española, disponible en <http://dle.rae.es/?id=c33Avl1> (19/10/2017)

subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.”... “Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.” (Menéndez, 1988) Personal y profesionalmente no adhiero a las caracterizaciones que se realizan desde las disciplinas hegemónicas (psicología y psiquiatría) acerca del ser “adicto”, ni las recetas sobre cómo volverse un/a buen/a consumidor/a (como aquel que reemplaza su consumo problemático por el que le autoriza el psiquiatra en términos de “medicación”) desconfío de esa categoría (a mi entender, sesgada de valoraciones morales) tanto como de cualquier otro manual que indique cómo hay que vivir, desear o morir. Más bien me inclino a conceptualizar la salud de manera integral y en tanto proceso, a reconocerla como un objeto complejo de conocimiento y rechazar la idea de la existencia de un estado de salud o de enfermedad “mental”. Tal como señala la autora Stolkiner al respecto: “Éste es un constructo fuertemente ligado a las formas institucionales y a los modelos de respuesta que la modernidad dio a la problemática de la locura. (...) Los dispositivos sociales configuran también los cuerpos, y es difícil hoy pretender pensar una salud humana donde lo biológico pueda ser comprendido sin considerar las formas en que se gestiona la vida en general.” (Stolkiner, 2013)

En base a esta definición el consumo problemático de drogas se inscribe en la historia subjetiva como un momento de padecimiento, de dificultad frente a innumerables cuestiones que hacen a la compleja vida cotidiana de los seres hablantes. Considero necesario pensar en el contexto micro y macro de cada sujetx en cuestión y no solamente en su manía por consumir tal o cual droga. Por supuesto que es necesaria una lectura individual y minuciosa sobre cómo ese consumo llegó, se instaló y funcionó en esa vida y en tal o cual momento determinado. Toda esta ampliación del análisis de situación: individual, familiar, social, económico, cultural, etc. hace a la complejidad del asunto y nos exige también hacernos parte del todo. La intervención “no es natural sino construcción en el tiempo, en la historia y junto con lxs sujetxs. Viene de la palabra “intervenio” que significa, venir entre, o interponerse; puede ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación; y por otra parte intromisión, coerción o represión.” (Carballeda, 2007).

Situado este punto de partida es que cualquier tratamiento debe acompañar, con los tiempos y necesidades de quien se encuentra en situación de consumo problemático, hacia un modo de vivir menos mortificante, operando para que algo del deseo emerja y dé otro sentido a la vida. Recuperando siempre lo propio de cada sujeto en su contexto, inscripto como tal a través de su historia y sus vínculos, valores y marcas subjetivas de toda índole (culturales, políticas, etc.).

Dicho todo esto, desde hace mucho tiempo me vengo preguntando si existe una apuesta a lo subjetivo en una internación en CT.

Conociendo la historia de las CT en el mundo y en nuestro país, considero de especial importancia realizar una breve descripción sobre cómo se conforma habitualmente la propuesta de tratamiento dentro de las mismas. Al considerar a los consumos problemáticos como patologías, uno de los objetivos que dicen poseer las CT es la transformación subjetiva (cuestión que opera transversalmente en cada una de las herramientas propuestas y en las instituciones en general).

Me pregunto si esta “transformación” respeta esa historia, esa procedencia cultural, familiar, si en verdad se trata de responder a un llamado que es sujeto realiza, de acompañar y de respetar procesos, prácticas y deseos o si más bien se trata de un arrasamiento subjetivo, una imposición moral sobre cómo ser un buen ciudadano ante la ley, ante la moral, ante el sistema. Para esbozar una respuesta al respecto es fundamental repasar el funcionamiento puertas adentro de las instituciones que existen.

2.1 El tratamiento en una comunidad terapéutica

A continuación describiré con el máximo detalle posible los elementos básicos comunes a las internaciones en CT. Para eso me serviré de una investigación socio-antropológica cuyo trabajo de campo fue realizado en 3 CT de la provincia de Buenos Aires. Por tratarse del mismo objeto de estudio y realizar, a mi consideración, una sólida descripción de los discursos y prácticas presentes en las CT es que tomaré parte de lo investigado para realizar una breve descripción.

Respecto a la institución analizada: “Residen en ellas algunas pocas decenas de personas cuyo rasgo identificador remite al haber consumido drogas. Emplean elementos propios de la modalidad americana de CT y elementos constitutivos de la modalidad italiana, pero como ambos modelos, plantean la abstinencia total de drogas como condición necesaria al inicio del tratamiento.” (Epele, 2013) Las instituciones que comparten esta modalidad por lo general consideran al uso de drogas “como síntoma de una enfermedad preexistente y al mismo tiempo como una enfermedad en sí misma. En tanto síntoma de enfermedad, tanto los profesionales como los operadores terapéuticos en su mayoría, refieren a la existencia de problemas preexistentes al consumo, asociados en general a vínculos relacionales problemáticos (abusos, abandonos, etc.) que no lograron trabajarse terapéuticamente a tiempo y que se manifiestan a través de ciertos indicadores, como el consumo abusivo de drogas.(...) Junto a esta definición, los mismos profesionales entienden que una vez que se genera una dependencia física y psíquica con la sustancia, el consumo de droga constituye una enfermedad en sí misma, que exige –en la extensa mayoría de los casos y al menos en los primeros meses de tratamiento- medicación psiquiátrica. Se habla de la “enfermedad de la adicción”: en el discurso de los profesionales y operadores terapéuticos pero también y consecuentemente en el de los usuarios en tratamiento: es la adicción misma la que genera en el sujeto la necesidad compulsiva de consumir; es la adicción la que despierta en el sujeto ciertas actitudes como la manipulación hacia el otro, el egoísmo, la soberbia; es la adicción la que hace que hoy el objeto sea las drogas pero que mañana pueda ser el juego, el sexo o la comida.” (Epele, 2013)

Existe, por lo general, un ordenamiento piramidal al interior de las CT que distribuye el poder de manera desigual. “En el vértice superior el staff (compuesto por el director, vicedirector, profesionales, administrativos, operadores socioterapéuticos¹⁹ y terapeutas) y en la base a los residentes. Quien recién ingresa a cada CT pasa a formar parte de los “hermanos menores”, es decir, aquellos residentes que por su reciente incorporación no manejan aún todas las herramientas promovidas por el tratamiento. Cada “hermano

¹⁹ Los OT son en general, aunque no necesariamente, personas que han atravesado por situaciones problemáticas asociadas al uso de drogas y que en función de haber pasado satisfactoriamente por diversos tratamientos están en condiciones de trabajar en el tratamiento para, a través de la analogía, brindar su ayuda y comprensión a los residentes. Los OT constituyen el componente no profesionalizado del equipo terapéutico, y son quienes manejan la casa durante toda la jornada (se encargan de una diversidad de tareas que incluyen desde hacer respetar los tiempos programados para los grupos, la comida, la limpieza y coordinar actividades grupales, hasta distribuir la medicación entre los residentes).

menor” tiene destinado a su ingreso un “hermano mayor”, aquel otro residente que el staff considera tuvo una trayectoria de consumo análoga y que por esta condición tendrá la capacidad de guiarlo, ayudarlo, acompañarlo y por sobre todo “entrenarlo” durante las primeras semanas para su rápida adaptación al tratamiento. Manejar las herramientas terapéuticas, y hacer un buen uso de ellas. Las mismas constituyen la parte axial del tratamiento, puesto que son las técnicas de las que se vale la CT para incidir en la conducta de los residentes.” (Epele, 2013)

Quien recién ingresa a una CT se encuentra restringido a conversar sólo con su “hermano mayor” por un tiempo que determina el staff en cada caso. El manejo de la comunicación (o mejor dicho de la incomunicación) es una de las herramientas centrales en los tratamientos de cualquier CT, y esta restricción es ejercida para controlar los vínculos no solo al interior de las CT sino afuera.

En lo que me interesa centrarme es en la manipulación (en el sentido más concreto de la palabra) que se realiza sobre los vínculos dentro de la CT desde un inicio. No importa cómo se sienta ni qué diga una persona recién internada en la institución, aunque se encuentre en sus primeros días de abstinencia en un lugar que le es ajeno y rodeado de personas a las que desconoce, no importa tampoco si está siendo internadx en contra de su voluntad: las normas son “iguales²⁰” para todxs y el primer paso es la incomunicación y el despoje de casi todo lo que le sea propio en algún sentido por ejemplo: alguna ropa que no califique como digna de ser usada en ese contexto, celular, pertenencias, elementos de maquillaje, y demás pertenencias, etc. Volveré sobre este punto en el próximo apartado.

“El equipo tratante evalúa periódicamente la “evolución” de los residentes que se concreta en los pases de fases, hasta obtener el alta, y con ella la libertad. Por ejemplo, a aquel que recién ingresa a la institución se le imponen para pasar a otra fase del tratamiento los siguientes objetivos a cumplir: aceptar los límites, respetar las normas comunitarias, respetar la figura de la autoridad, adquirir los hábitos de higiene personal. La siguiente fase suele relacionarse con “saber manejar las herramientas terapéuticas”, es decir los grupos y las actividades que componen el tratamiento. Cuando ya han logrado adaptarse al mismo, pueden pasar a la siguiente fase cuyos objetivos están fuertemente asociados a asumir un rol de control de sí mismo y del entorno respecto a aquellas conductas, motivaciones y situaciones que implicaron el consumo de drogas (tener “mayor conciencia de enfermedad”, lograr un compromiso “responsable” con la libertad, reconocer aquellas situaciones que los implican en el consumo, entre otras). Las fases siguientes tienen que ver con lograr ser el “referente positivo del tratamiento”, mediante el sostenimiento de los objetivos anteriores y con la asunción de nuevas y cada vez mayores responsabilidades dentro del tratamiento, pero también con sostener los cambios en sus subjetividades (mayor tolerancia, honestidad, compromiso con el “amor responsable”, promoción de valores positivos en la convivencia) y en su relación con el exterior (el equipo terapéutico evalúa sus nuevas relaciones sociales, el desarrollo de su “reinserción social”). Estos objetivos presentes en cada una de las fases parten de relacionar el uso de drogas con un tipo de personalidad asociada a la falta de límites, responsabilidad, amor responsable, honestidad, tolerancia, etc. que se le atribuye a toda “persona adicta”.” (Epele, 2013)

²⁰ En este sentido, en base a lo observado en mi experiencia, no existen condiciones y trato “para todxs”. Algunos factores como: nivel cultural-socio-económico, la forma de pago (a través de beca de Sedronar, obra social, prepaga o particular), vínculo establecido con el staff o con la dirección, incluso ser una figura pública o familiar de ella, etc. son algunas de las cuestiones que determinarán la suerte y las posibilidades dentro de la institución.

La metodología para el disciplinamiento es variada y se aplica en función de lo que el staff determine, algunos ejemplos de esto: se premia y castiga a los residentes ya sea a través de la adjudicación de roles y/o posicionamiento en la pirámide, o bien autorizando/rechazando salidas y/o visitas, o también asignando lo que se llama “S.A. (situación de aprendizaje)” que implica básicamente algún castigo que el staff considere acorde a la situación de transgresión a las normas y/o estructura. Todas y cada una de las estrategias utilizadas tienen como fin un impacto en lo subjetivo.²¹ Foucault aporta al respecto: “La distribución según los rangos o los grados tiene un doble papel: señalar las desviaciones, jerarquizar las cualidades, las competencias y las aptitudes; pero también castigar y recompensar. (...) La disciplina recompensa por el único juego de los ascensos, permitiendo ganar rangos y puestos, castiga haciendo retroceder y degradando” (Foucault, 2001) Así es como un residente puede ascender o descender en la pirámide según lo considere el staff.

Estas, y algunas otras, son las prácticas más comunes en una CT. Es muy frecuente escuchar que lxs personas que han transitado por otras instituciones semejantes ya posean un conocimiento sobre el funcionamiento, incluso hay quienes muestran enormes dificultades para salir al “mundo exterior” por haber estado internados por largos períodos y para quienes es inconcebible una vida por fuera de estas instituciones, así como sucede a veces con los neuropsiquiátricos.

Resulta necesario el análisis de estas prácticas desde un enfoque de derechos humanos. Con estos nuevos paradigmas, las prácticas en salud se han vuelto un nuevo territorio de lucha para poner en discusión prácticas que ya, por instaladas, parecían las únicas posibles. Pensar alternativas al encierro y al aislamiento que propongan otras lógicas, inclusivas y no estigmatizantes, se nos ha constituido una deuda en materia de salud mental.

2.2 La Adicción y la Alienación

Tomaré estos dos conceptos a los que considero solidarios entre sí. El primero aparece como la nominación elegida por las CT para la problemática en cuestión, el segundo considero aparece *entre líneas*, como algo no dicho pero no por eso menos presente. Ya he desarrollado el marco teórico desde el cual llevaré a cabo el trabajo de investigación, mi posición en la escucha, observación y análisis de fuentes será desde un enfoque de derechos.

La teoría -sin dudas- hace a la práctica, es indisoluble su vínculo, de ahí el título de este apartado, las palabras construyen realidad y esta no es la excepción. Resulta una deducción lógica que si la definición de una problemática de consumo es “adicción” entonces todas las prácticas en función de ellas estén impregnadas de la misma lógica: individual, prohibicionista, reduccionista y segregacionista. Ahora bien, ¿qué es la alienación? ¿por qué pensar en este concepto como solidario del diagnóstico de adicción?

“Tanto el “encierro” como la “opción custodial” en manos de un saber científico sobre el comportamiento de la población segregada –enfermos, criminales, leprosos, vagabundos-

²¹En relación a esto es necesario aclarar que el grado de castigo aplicado y el criterio de aplicación del mismo depende de cada institución y de cada miembro del staff. Se han conocido casos de instituciones que trabajan bajo esta modalidad (régimen abstencionista con internación) y cuyas prácticas -de tortura- se han vuelto de público conocimiento. En algunos de estos casos ha intervenido la justicia satisfactoriamente y se ha avanzado con la causa, hasta con la clausura establecimientos, otros aún siguen impunes aún habiendo sido denunciadas violaciones a los derechos humanos e inclusive muertes.

En el libro “La Comunidad” de Pablo Galfré, se encuentran sistematizadas algunas de estas situaciones.

han sido prácticas legitimadas desde la antigüedad. Numerosa literatura da cuenta de cómo entre el final de la Edad Media y la paulatina aparición del capitalismo surgieron en Europa las primeras prácticas de segregación masiva de individuos a través de instituciones diversas: manicomio, hospicios, casas de corrección, lazaretos, cárceles. Progresivamente y atendiendo a determinados procesos históricos, políticos, económicos, sociales, la segregación, luego la disciplina y la vigilancia, el castigo y la normalización se fueron convirtiendo en las tecnologías de poder-saber de estas instituciones. A través del desarrollo del positivismo y de la construcción de un “saber científico” sobre la personalidad de lxs sujetxs de intervención (delincuentes, enfermos, locos), la resocialización y la adopción de nuevos valores acordes al orden social –a través de los llamados sistemas punitivo/premiales y mediante los aportes del conductismo- se reinstalaron como objetivos terapéuticos de los lugares de encierro. Las CT no han escapado a este proceso: a partir del conjunto heterogéneo de discursos, prácticas, técnicas y herramientas terapéuticas de las que se valen, constituyen un privilegiado dispositivo de producción de subjetividad. Partiendo de las prenociones con las que configuran a la “subjetividad adictiva”, preñada de calificativos moralmente negativos, centran el tratamiento en lograr la modificación en el/la sujetx. Para ello, la CT recurre, entre otros mecanismos, al ejercicio de la disciplina. Foucault conceptualizó a las disciplinas como: “(...) métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación docilidad-utilidad” (Foucault, 2001).

A través de las disciplinas, se forma una política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, sus gestos, comportamientos. En este sentido, Foucault advierte que el poder disciplinario tiene como función primordial “enderezar conductas”, “fabricar”, individuos. A través de una coerción ininterrumpida, constante, las disciplinas no trabajan sobre el cuerpo “en masa”, sino que operan sobre sus partes, como “presas al mismo nivel de la mecánica”: sobre sus movimientos, gestos, actitudes.” (Epele, 2013)

Existe entonces, desde una concepción hegemónica y de clase, un diagnóstico que encierra, en sentido literal y metafórico. Lo primero se entiende fácilmente en la arquitectura de cualquier CT, sus muros y rejas. El sentido metafórico se explica en la definición que de la adicción se realiza, en la que lxs sujetxs parecieran quedar atrapadxs sin salida.

Esta autora detalla muy claramente a la operación que desde este tipo de instituciones se apuesta a realizar. Y agrega: “Desde el punto de vista institucional, la condición de “adictx” arrasa toda singularidad, historicidad propia de cada usuarix: es decir, no hay sujetos que consumen drogas, sino adictxs, y en esta sobresignificación de lo “adicto” queda excluido el sujeto. Al mismo tiempo, a partir de esta adjudicación masiva de identidad, la historicidad y singularidad propia de cada usuarix queda consagrada a lo que se ha dicho de él/ella se ha petrificado en un decir que no es el propio. (...) En este modelo se suele utilizar aquella versión de la concepción etimológica de “adictx” que lo coloca en el lugar del que “no ha dicho”, por eso se propone como clave del tratamiento el hablar.” (Epele, 2013) Y ese hablar también es disciplinado.

Cabe agregar que el significado de la palabra “adictx” difundido es errado. Proviene del latín “addictus” lo que se traduce como Add: “a, hacia, junto, a, ante, para”, mientras que dictum es “decir”. También “addictus” significa “esclavo por causa de una deuda”, “vendido en un remate”, “destinado”, “endeudado”, o “comprometido”. Sin embargo, la primera definición que refiere acerca del “no ha dicho” es la que más fuertemente se encuentra difundida y sobre la que se sostienen las intervenciones basadas en el hacer hablar como estrategia central de los tratamientos en CT.

Quiero detenerme en otra trampa discursiva en la que se hace caer desde este tipo de

tratamientos. Realizado el diagnóstico, la persona “adicta” sabe que podrá recuperarse (para eso se interna) y entrar en estado de *remisión*²², pero no curarse dada la cronicidad del trastorno del que padece. “La diferencia entre remisión y curación es que nunca podrá volver a consumir de forma controlada la sustancia a la que es adictx si no quiere enfermar de nuevo muy rápidamente. Además deberá tener cuidado con algunas situaciones, lugares o personas que puedan aumentar el riesgo de una recaída.”(...) “Las tasas de recaída por adicción son similares a las tasas por otras enfermedades crónicas que muchas personas padecen, como hipertensión, diabetes y asma, que también tienen componentes tanto fisiológicos como de comportamiento.”²³ Impacta la conceptualización que se realiza de la “enfermedad” en tanto estado crónico en el cual se encuentra el/la sujetx en cuestión, del que -según el discurso científico- ya no podrá salir ni siquiera apelando a los tratamientos que la misma ciencia diseña. Sin embargo, poco se dice acerca de los efectos que los mismos tratamientos pueden tener por basarse la mayoría de las veces en el uso -consumo/abuso- de psicofármacos y en medidas compulsivas como las antes mencionadas.

Pareciera entonces que estos tratamientos guardan trampas en su interior, y que son dispositivos a los que se ingresa fácilmente pero de los que se vuelve muy difícil salir. ¿Qué perspectiva de vida tiene una persona cuyo padecimiento se encarna en su ser “adictx” y cuyo pronóstico es ser un(a) incurable? ¿Qué otra opción queda más que intentar ser de otra manera, un no-adictx?

Entregarse al disciplinamiento aparece como la única opción para tener otra vida en la que se vuelva posible *recuperar* algo de lo perdido... Respecto al disciplinamiento, la antropóloga señala: “Ese manejo tiene que ver en principio con adaptarse a la estructura, a través de la cual se regula el tiempo y el espacio. Con el objetivo de que los residentes logren introyectar y respetar un orden en su vida cotidiana- bajo el presupuesto de que durante sus trayectorias de consumo no respetaban los horarios convencionales de almuerzo, cena, descanso, actividades, etc.- cada día en el tratamiento está organizado bajo un rígido cronograma. De esta manera, cada día de la semana se hacen a la misma hora las mismas actividades terapéuticas, se come la misma comida, se dispone del mismo tiempo de ocio. Y así día tras día.” (...)

“En tanto dispositivo de producción de subjetividad, las técnicas dispensadas en el tratamiento tienen como objetivo recurrir a la reflexividad de los residentes. A través de diversas técnicas grupales se insta a los residentes a confrontar aquellas actitudes que los predisponen al consumo: a “soberbia”, la “mentira”, la “manipulación”, entre otras son consideradas como actitudes propias de una persona adicta, que necesariamente deben ser confrontadas durante el tratamiento con el propósito de movilizar al residente y lograr modificar su conducta” (Epele, 2013).

Estos adjetivos calificativos (o bien, “rasgos de carácter” según el tecnicismo en psicología) también son transmitidos a las familias y/o acompañantes de los internos (en reuniones de las que ellos no participan). Se apela a que la persona en tratamiento resuelva aspectos de su personalidad (que, paradójicamente, le son atribuidos en el mismo tratamiento). De esta manera, se contribuye a generar una mirada estigmatizante sobre el/la “adictx” como aquel individuo que porta la enfermedad, con todo lo que ella implica. Todo lo que esa persona fue vuelve a ser puesto en cuestión, su trabajo, sus amigxs, su pareja, su entorno, sus gustos musicales, sus grupos de pertenencia, sus aficiones, etc. Cuestiones que hacen a las marcas subjetivas, que nos definen como

²² En términos bio-médicos este concepto, utilizado en relación a patologías crónicas, simboliza la pérdida o disminución de la intensidad de una cosa, especialmente de los síntomas de una enfermedad.

²³ <https://www.drugabuse.gov/es/temas-relacionados/que-hacer-si-usted-o-un-ser-querido-tiene-un-problema-con-las-drogas> (15-1-18)

sujetxs deseantes, desde cómo nos vestimos, con quien nos vinculamos, qué palabras elegimos usar, qué lugares transitamos, en qué horario hacemos lo que elegimos hacer, el trabajo que tenemos, los ahorros que pudimos haber ahorrado, lo que decidimos contar sobre nosotrxs, el color de uñas, el maquillaje, el piercing, las fotos de los seres queridos, etc. Absolutamente toda nuestra definición subjetiva, eso que nos hace infinitamente diferentes serán aspectos supeditados a la interpretación y decisión del staff. Por eso creo que estas intervenciones se acercan a un proceso de alienación, por el constante, minucioso y perseverante esmero para borrar aquello considerado indeseado y producir subjetividades que parecen premoldeadas. Y creo también que es esta una transformación cargada de sentido político y de clase: son los que detentan el poder los que le dicen a los otros cómo ser. Tras este *reset* subjetivo quedan sentadas las bases sobre la cual serán avaladas prácticas discriminatorias que asocian sectores y prácticas populares con el consumo de drogas, por ej: las remeras de rock, las camisetas de fútbol, las gorras, cualquier insignia vinculada a la cumbia o al reggae, etc. Este acto de censura cultural es semejante al que se ha ejercido a lo largo de la historia desde grupos de poder hacia otros subordinados.

Recuerdo la primera vez que presencié cómo el staff elegía la ropa de una persona recién internada para determinar cuáles usaría y cuáles no (dentro y fuera de la institución). Me sentí en una cárcel. El tiempo y los devenires laborales de mi vida me hicieron trabajar en penales y comprobé que no había trajes a rayas y que las coincidencias entre lógicas institucionales eran más de las que creía. Volveré sobre este paralelismo en otro capítulo. Para finalizar, es imposible reducir en una única conclusión lo que sucede en todos y cada uno de los tratamientos, es posible que haya quienes escapen de la lógica predominante y de alienar y arrasar. Si yo afirmara un “para todos y por igual” no podría entonces seguir sosteniendo la lógica que me guía, la del caso por caso.

Pero hay algo que creo poder concluir, y es que para distanciarse de estas prácticas es necesario pensar al otrx de manera situada, ubicado en una trama subjetiva en y entre otrxs. Así como también creo que es necesario escuchar que un consumo es alguna otra cosa más, y que ese otro sentido está en la trama discursiva como lo no-dicho (nadie consume porque sí, la droga que sea y en cualquier circunstancia. Nadie deja de hacerlo tan livianamente tampoco) No existe un sujetx por fuera del colectivo que lo aloja. No hay texto sin contexto.

2.3 La salud ¿posible?

Existen incontables definiciones de salud: las hay según la época, el lugar, autorxs, disciplinas, marcos teóricos e ideologías. Es este un concepto profundamente político, es siempre definido según el o la portavoz, sus intenciones, el contexto en el que se encuentre y la mirada que tenga sobre lxs otrxs.

¿Qué es entonces la enfermedad mental? Según Alicia Stolkiner “Éste es un constructo fuertemente ligado a las formas institucionales y a los modelos de respuesta que la modernidad dio a la problemática de la locura, pero mal puede pensarse en una salud fragmentada en mente –cuerpo- sociedad. Como tampoco puede pensarse en una salud separada de las formas de cuidado y de las respuestas que la sociedad da frente a las problemáticas del enfermar. Salud mental es, básicamente, un término que define un campo de prácticas sociales. Aquellas que se configuraron como respuesta a los modelos asilares manicomiales de asistencia a la locura, pero no un tipo particular de salud-enfermedad. Se trata de un subcampo dentro del de la salud, que se define por las instituciones y los actores que lo configuran, y también por las formas particulares de producción de sentido que le son propias. Uno de esos sentidos que las instituciones

mismas recrean es el de salud-enfermedad mental y una serie de discursos y prácticas consecuentes.” (2013).

Si nos situamos en las CT, nos encontramos con un dispositivo dirigido a quienes padecen la “enfermedad” de la adicción a la que definen como patología crónica. Presentan como condición y como fin último el abstencionismo, pero no introducen la cuestión de la salud mental, ni como proceso ni como estado posible para estxs sujetxs. Nos encontramos aquí ante una encrucijada sin salida, los tratamientos en CT configuran prácticas cuya producción de sentido nos ofrece una mirada fragmentada en la que no se sitúa a la problemática de consumo como propia de una época en la que todo adquiere valor en tanto objeto de consumo (inclusive las personas). Tampoco se repara en las formas institucionales y en el impacto en la producción subjetiva que estas tienen, ni en cómo la cuestión social configura modos de vivir, desear y padecer. Muchas son las linealidades y reduccionismos en las que se incurre desde estos dispositivos, pero vale entonces volver a preguntarse ¿qué salud es posible en ellos?

Quiero mencionar que un diagnóstico (tanto en medicina como en psicología) es una construcción necesaria, falible pero necesaria, para poder situar más claramente las coordenadas en las que se desenvolverá una intervención terapéutica determinada. El problema lo tenemos, al menos en el campo de la salud mental, cuando ese diagnóstico se vuelve una verdad absoluta, estanca y cuando en lugar de habilitar un movimiento hacia un mejor estado de salud sólo genera más sufrimiento.

En el caso de las (a mi entender mal llamadas) “adicciones”, todo indica que basta con generar esa “etiqueta” para nunca más volver a quitarla.²⁴ Se es adicto en sus dos versiones: en tratamiento o recuperado. ¿Y el ser más allá del acto del consumo? ¿En donde queda todo lo que nos constituye como sujetxs deseantes, lo que nos hace estar y sentir vivos, por fuera de ese acto concreto de consumir?

Es por eso que, desde este escrito me (y les) propongo pensar a la salud como un proceso y no como un estado. Esto nos invitaría a pensar más en situaciones que en diagnósticos estancos, más en padecimiento subjetivo que en enfermedad mental, más en procesos de cuidado (en los que no sólo participa el personal de salud, sino que lo hacemos todxs todo el tiempo) que en tratamientos psi como eje central de todo lo demás, y otros tantos etcéteras que nos harían replantearnos el modo de ver y de tratar al otrx en cuestión. Tal como afirma la autora “Las condiciones concretas en que se generan los padecimientos le otorgan a éstos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas; y cuya utilización conduce a una patologización de las situaciones cotidianas” (Stolkiner, 2013)

Volviendo a la pregunta inicial del capítulo, ¿alienación o transformación subjetiva? Está claro que cada situación particular es distinta y que cada persona que atraviesa una internación lo hace de manera diferente. También es sabido que el devenir subjetivo no está solamente condicionado por lo que le acontece a su alrededor a el/la sujetx, existen innumerables determinantes y tantos otros modos de hacer y de elaborar lo que a cada quien le toca. Con esto quiero dejar claro que no hay un método *bueno* ni uno *malo*, sino que el objetivo de estas líneas es pensar el dispositivo y qué procesos fomentan u obstaculizan en términos generales.

Las “recetas” aplicadas en un “para todxs y por igual” no suelen hacer lugar a lo subjetivo, sino que son más bien métodos sistemáticos de modificación de prácticas, emociones, significaciones, actitudes, etc. de una manera generalizada y que (entiendo) suelen tener por finalidad implícita acabar con aquello que molesta, que hace ruido y que atenta el orden establecido. El disciplinamiento de los cuerpos y de las emociones, ya antes descrito como metodología de cabecera de las CT, es la característica central de los

²⁴ Sobre este punto volveré más adelante al trabajar la Ley Nacional de Salud Mental (2010).

dispositivos de control. El no lugar a las huellas de lo subjetivo, el desapego a lo que alguna vez fue propio se me parece más a un proceso autoritario de arrasamiento que a cualquier transformación subjetiva posible.

Considero posible y necesario revisar y poner en discusión los principios de los tratamientos de tinte abstencionista, desde los cuales lo central es la presencia-ausencia de sustancia y el consumo de drogas una patología individual. De esta manera vuelvo a la contradicción semántica en la que una “recuperación” se hace sin recuperar nada de lo subjetivo, de lo que a cada uno de nosotros nos pertenece (y que sin dudas hace a la salud entendida como proceso), mientras que lo único que se propone es la rectificación de las conductas consideradas desviadas hacia otras que se parezcan más a las del buen ciudadano, uno que no molesta con su consumo ni cuestiona demasiado el orden establecido.

Capítulo 3-

La CT y las leyes

Citaré a continuación, de manera resumida, el marco legal respecto a las internaciones en salud mental.

Las convenciones de derechos humanos han sentado las bases jurídicas para los derechos y garantías constitucionales de las que debemos gozar las personas. La DUDH, adoptada y proclamada por la Asamblea General desde 1948, establece en sus artículos que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (...) “Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.” (...) “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley.” y por último “Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.”, entre muchos otros artículos que establecen, en términos generales, cuáles son las garantías de todos y cada uno de nosotros.

Remitiéndome al territorio nacional, existen, desde no hace tantos años -aunque no por esto no suficiente tiempo- dos leyes que han sido consecuencia de procesos sociales y culturales de gran importancia, y que, por su espíritu, impulsaron un cambio de paradigma en lo que respecta a la salud mental y los derechos humanos hacia uno con perspectiva de derechos humanos y salud comunitaria.

La primera de ellas, la LNSM (n° 26.657), la cual tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional. La LNSM reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. En línea con esto, se plantea como derecho que cualquier padecimiento mental no sea considerado como inmodificable. Según esta ley las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, las personas con uso problemático de drogas (legales e ilegales) tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

La modalidad de abordaje propuesta –en el capítulo V de la LNSM N° 26.657- consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad. Se considera el paradigma de Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial, es el modelo a seguir.

Lo establecido en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (suscripta por la Argentina en las Naciones Unidas en 2007 y ratificada por el Congreso Nacional en 2009) es que todas las personas tenemos derecho a recibir la atención de salud que necesitamos, con el acompañamiento de nuestros afectos, en nuestra comunidad. Así, queda claro que cualquier internación que no fuera breve y que se constituyera como única estrategia, contribuyen a procesos de estigmatización y aislamiento, y no se constituye como una opción viable a la luz de esta ley. La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social -salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente-.

Dicha breve descripción, entiendo, refleja el espíritu de la ley. La lógica de las CT no parece alineada ni compatible con los criterios planteados por esta ley nacional, muchas internaciones son evitables, pocas de ellas se realizan por períodos breves y sólo en excepciones no contribuyen a procesos de estigmatización sobre los consumidores de drogas. Otro de los tantos puntos de disenso lo constituye la participación que se espera (según la LNSM) por parte del “paciente”, a quien no se le debe identificar ni discriminar por sus acciones presentes o pasadas, a quien se le debe facilitar el conocimiento de sus derechos y participar de las decisiones respecto al curso de su tratamiento, por mencionar algunos.

Cabe aclarar que esta ley surgió en 2010 (contexto político propicio para la conquista de derechos) como producto de décadas de aberraciones cometidas en nombre de la medicina y del orden social. A esta innovadora y disruptiva ley la antecedieron otras, de carácter conservador, como por ejemplo la ley de “Tenencia y Tráfico de Estupefacientes” (n° 23.737) nació en 1989 en pleno auge de lo que fuera la “Guerra contra las Drogas”²⁵ que criminaliza al consumidor de drogas, poniendo el foco en su accionar calificado como delictivo²⁶. Pese a que en 2009 sus disposiciones fueron declaradas inconstitucionales por la Corte Suprema, esta ley aún sigue vigente y es funcional para los sectores más conservadores que no solo penalizan el consumo sino que son parte fundamental de que las internaciones compulsivas constituyan la mejor opción frente a la posibilidad de cumplir una condena en un establecimiento penitenciario.

La ley 23.737 generó siempre controversias en los distintos sectores. Tal como data en la

²⁵ La Guerra contra las drogas (en inglés *War on Drugs*) fue una iniciativa liderada por el gobierno de los Estados Unidos orientada a la persecución de la producción, comercio y consumo de ciertas sustancias psicoactivas a las que se atribuye el status legal de drogas prohibidas. Iniciada durante el gobierno de Nixon, demostró con el paso de los años su fracaso por traer como principal resultado una persecución feroz y un aumento radical de personas en conflicto con la ley. Más info disponible sobre este tema en artículo del diario New York Times: <https://www.nytimes.com/es/2018/01/03/la-guerra-fallida-contra-las-drogas/>

²⁶ Más info sobre el espíritu de la ley 23737 en artículo “Cambios en la ley de drogas: Por un debate informado” de Asociación Civil Intercambios (Octubre de 2012). Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/cambios-en-la-ley-de-drogas-por-un-debate-informado/>

nota del diario Página12²⁷, en 2012, en la Cámara de Diputados se debatió acerca de la posible modificación de esta ley. Durante aquel debate, parecía existir consenso respecto al carácter criminalizador de la ley y los proyectos abordados pretendían retirar la intervención penal, es decir despenalizar la conducta de lxs usuarixs. Finalmente la reforma quedó paralizada en ese entonces.

Discusiones al respecto fueron retomadas y en octubre de 2012 se realizó un plenario de las Comisiones de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico, Acción social y Salud pública, y Presupuesto y Hacienda de la Cámara de Diputados de la Nación. Allí obtuvo dictamen de mayoría el proyecto de ley del diputado Horacio Pietragalla (Frente para la Victoria, provincia de Buenos Aires), que propuso la creación del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Este fue el proyecto de ley que finalmente obtuvo el 14 de noviembre de 2012²⁸ la aprobación por unanimidad de la Cámara de Diputados y dio lugar a la posterior Ley 26.934 “Plan IACOP” a fines de 2014, en el cual se contemplaron mejoras en los dispositivos de atención para lxs usuarixs. El Plan IACOP apareció reforzando principios ya establecidos en la LNSM, ubicándose desde una perspectiva de descriminalización, contemplando los derechos de lxs sujetxs, y brindando herramientas y recursos concretos para el abordaje de la temática de los consumos problemáticos. El foco no está puesto en la sustancia, pues se contemplan como consumo “las conductas compulsivas hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo diagnosticado como compulsivo por un profesional de la salud” (Plan IACOP, 2014).

Propone incorporar una mirada transdisciplinaria, interjurisdiccional e intersectorial, incluyendo la vinculación de los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral. Además, el artículo 10 del proyecto que obtuvo media sanción especifica las pautas que deberán cumplir las obras sociales, las prepagas y el sistema de salud pública de las provincias que adhieran a la norma. El Plan IACOP prioriza la asistencia en hospitales polivalentes, incorpora el modelo de reducción de daños y garantiza la disposición de camas cuando sea requerida una internación de casos extremos. Según lo establecido en esta ley, ningún hospital público podrá rechazar el ingreso de personas afectadas por consumos problemáticos aduciendo falta de camas, lo que sucede de forma habitual en la actualidad.

Realizada esta breve mención sobre tres leyes que hacen al accionar jurídico y sanitario en materia de consumo de drogas, es necesario decir que la vida cotidiana en su totalidad se encuentra atravesada por lo establecido en convenios internacionales, leyes, normas, etc. Pero las leyes no construyen realidad de manera directa, y el consumo problemático de drogas no es la excepción. Las tradiciones, la historia, lo simbólico en juego, lo cultural y los intereses que se ponen en puja son determinantes a la hora de preguntarse qué efecto tienen sobre la vida cotidiana estas y otras leyes. El cambio de paradigma al que contribuyen todas estas leyes (de manera irremplazable) se nos aparece como un horizonte hacia el cual vamos. Vamos y venimos según los devenires históricos, son muchos los intereses en juego. Sobre este punto volveré luego, sólo adelantaré que en estos vaivenes en los que nos vemos inmersos hay mucho por pensar y mucho por inscribir.

²⁷ Nota del diario Página12 disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-206025-2012-10-21.html>

²⁸ Más info en artículo “El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos tiene media sanción” de Asociación Civil Intercambios (Noviembre de 2012). Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/el-plan-integral-para-el-abordaje-de-los-consumos-problematicos-tiene-media-sancion/>

3.1 ¿Condena o tratamiento?

Volviendo a centrarme en la realidad intramuros de las CT, quisiera detenerme en una cuestión que me ocupa el pensamiento y que creo fundamental. Si bien una CT no es una cárcel y no es mi intención realizar un análisis comparado de ambas instituciones, resulta evidente que los mecanismos de control y la lógica de funcionamiento interno guardan ciertas similitudes.

Pienso en lo que Erving Goffman definió en 1961 como “institución total”. Las instituciones totales (las cárceles y las CT como ejemplos de ellas) se presentan como ruptura al ordenamiento social básico. De esta manera, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única, todas las actividades se hacen con otros y se desarrollan de manera estrictamente programada, orden y estructura que garantizan el logro de los objetivos que la misma institución define. Hay algo fundamental que distingue a una institución de la otra, la privación de la libertad como único derecho en suspenso. Cualquier persona que esté detenida tiene privado el acceso a la libertad, y ese es el único derecho que debería tener comprometido. Cualquier persona que conozca algún penal -o que cuente con cierta sensibilidad social- puede dar cuenta que esa no es la realidad de casi ningún/a preso/a, que los derechos humanos se ven comprometidos en casi todas las situaciones de detención. De igual manera sucedía en las internaciones de salud mental²⁹, y ese -entre otros- ha sido el sustento para que tuviera lugar una ley como la de Salud Mental. Pero, ¿se han modificado las prácticas en salud mental a partir de las leyes de salud mental y el Plan IACOP? ¿Ha alcanzado el tiempo, la voluntad política, los procesos socio-culturales, el tiempo?

Años de discusiones y de debates han arrojado la conceptualización del consumo problemático como un problema complejo que compromete el estado de salud de una persona. Según la ley 26.934 por consumo problemático “Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente (...) la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. (...) Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas — legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo.”

Dada esta conceptualización, y todo el marco legal dispuesto en el tema, nadie esperaría de una institución destinada a mejorar el estado de salud -como debiera ser una CT- semejante violencia hacia las libertades individuales. Más aún, las cárceles -por ser exclusivamente estatales- disponen de una serie de normativas y cuentan con la supervisión e intervención de distintos órganos e instituciones (nacionales e internacionales) que tienen injerencia sobre su funcionamiento y su accionar. Claramente no funcionan como debieran, y sobrevivir en ellas se vuelve un gran desafío diario, pero aún en ese escenario imperfecto y deficiente hay Estado. Un Estado que falla, que no alcanza, que no puede (y a veces no quiere) transformar sustancialmente la realidad intramuros. Pero está ahí y considero que, aún así, su presencia garantiza una serie de cuestiones.

A la luz de las experiencias (y en contra de lo que establece la ley) aún muchas internaciones se realizan de manera compulsiva, en contra de la voluntad de quien se va

²⁹ Existe más información al respecto disponible en el documento elaborado por el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) “Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina” (2007, Ed. Siglo Veintiuno) en el que se describen y sistematizan algunas prácticas de abandono y tortura a personas segregadas en asilos psiquiátricos.

a internar³⁰, o bien con su consentimiento obtenido a través mecanismos de coerción, y aun así en los casos en los que las personas se internan por voluntad propia, la internación implica las más de las veces la privación de libertad. Podría considerarse esta una aseveración infundada y hasta exagerada, mi experiencia (y lo que -espero- puedan contar mis futurxs entrevistadxs) revela que, para un/a internx, salir de una CT implica escaparse al modo de fuga (a escondidas, apelando a ciertos riesgos y sin consentimiento del staff), y además conlleva (cuando se vuelve) a determinados castigos individuales y generalizados al resto de lxs internxs. Este castigo puede ir desde un impedimento de contacto con lxs familiares, restricción de actividades, acompañamiento de otrx internx 24x7, y muchos etcéteras hasta la misma expulsión del tratamiento. Sí, ese tratamiento cuyo objetivo resulta siendo condición del mismo: la abstinencia.

Siendo vulnerado el derecho a la libertad, tratándose de el único criterio que permite diferenciar una institución (CT) de la otra (cárcel) ¿se puede decir que el/la internx en una CT es sujetx de derechos? ¿Es sometido el/la consumidor/a a la privación de su libertad? ¿Existe un/a sujetx de derechos donde no hay Ley³¹? Yendo más allá, agregó: ¿Son las CT instituciones que violentan aún más que la cárcel?

Volviendo a la pregunta inicial ¿Condena o tratamiento? Deberíamos preguntarnos entonces por qué -y aún por fuera del marco normativo vigente- se sigue tratando un CPD como un delito ¿A qué responde este modo de segregación?

Intentaré encontrar alguna respuesta a este modelo punitivista en el apartado que sigue.

3.2 Más allá de las leyes. Una lectura geopolítica.

El mundo de las leyes resulta complejo para la mayoría de los mortales, y más aún al contrastarlo con la realidad. Las leyes suelen ser el resultado de procesos de puja política, que las más de las veces exceden a la discusión parlamentaria. Existe siempre un contexto que habilita u obstaculiza tal o cual discusión, hacer un serio análisis sobre esto requiere siempre de una interpretación de la coyuntura política y económica intra e internacional.

Cabe preguntarse cómo es posible que existieran (al menos hasta 2015) prácticas y realidades tan alejadas de lo que aparece en la letra de las leyes recientemente descritas, más aún con la vigencia del gobierno que las impulsó y acompañó. ¿Como pueden existir -no una- cientos de instituciones cuya práctica y lógica de funcionamiento se da a contrapelo de lo que está establecido en más de una ley? ¿Cómo tan pocas personas -entre trabajadorxs, profesionales, familiares e internxs- desconocen la legislación vigente, o adhieren a modalidades de tratamiento alejados de los nuevos paradigmas en salud mental? ¿Por qué el foco se realiza en la presencia/ausencia de sustancia y no en lo que le sucede al (lxs) sujetxs en tanto sujetxs situadxs, a las comunidades?

Todo suele ser más complejo de lo que parece. Estas prácticas, y la adhesión a ellas, tienen su propia historia y aún hoy persiste y opera en las subjetividades. Reveamos un poco el contexto histórico y los procesos internacionales:

Para comenzar diré que la política prohibicionista no encuentra sus orígenes en Argentina, es necesario situar procesos geopolíticos regionales y mundiales para comprender lo que sucede, entre otros, en nuestro país. “La Convención Única sobre

³⁰ Existen detallados testimonios de este *modus operandi* disponibles en la investigación realizada por el periodista Galfré, todos ellos publicados en el libro “La Comunidad” (2017, Ed. Sudestada).

³¹ Este concepto (la Ley, con mayúscula) implica una lectura desde el psicoanálisis. Introducir la Ley implica sentar las coordenadas simbólicas necesarias para la constitución subjetiva. La contracara a esta situación, la falta de Ley, es lo “siniestro”, lo indecible y lo que arrasa al sujeto.

Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961 constituye la piedra fundamental de la actual política prohibicionista. Previamente, entre 1909 y 1953, proliferaron varios acuerdos multilaterales para acabar con la costumbre de fumar opio, manteniendo su cultivo para medicamentos analgésicos y controlando su tráfico. El cannabis aparecía en algunos tratados, también la hoja de coca y la de cocaína. Todos tenían como objeto eliminar los “excedentes” originados por la propia prohibición. De inmediato ocurrió el mismo fenómeno que en Estados Unidos con la ley seca en la década del 1920: surgió y se consolidó un mercado ilícito, de opio principalmente.

En este contexto de tratados dispersos la Secretaría General de Naciones Unidas aceptó en 1948 una resolución de su flamante Comisión de Estupefacientes (CND, *Comission on Narcotic Drugs*) para unificar criterios y ampliar la fiscalización del tráfico internacional. La resolución había sido promovida por un grupo de prohibicionistas (...) para asegurarse la prioridad del enfoque punitivo consiguieron que la CND quedara a cargo del sistema de control de las drogas, apartando a las entidades médicas o sociales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). (...)

En el texto final del acuerdo primaron los objetivos de las naciones industrializadas y fabricantes de fármacos: Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Suiza, Holanda, Japón y la entonces Alemania Occidental, apoyadas por adalides de la prohibición como China, Francia, Suecia y Brasil.” cabe aclarar que “en ninguna parte del texto aprobado en 1961 se provee una definición del concepto de “estupefacientes”. (...) El preámbulo de la convención antepone la necesidad de prevenir el “uso indebido de estupefacientes”. No hay distinción en lo *indebido*, solo la forma de obtención. Da lo mismo si es ocasional o experimental o si configura un padecimiento crónico. Tampoco se distinguen las vías de administración. Parece ser tan dañino coquear -una costumbre de millones de personas en Sudamérica- que padecer dependencia a la heroína inyectable. No se habla de hábito ni de enfermedad, solo de *toxicomanía*, un fenómeno que constituye “un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”. La adaptación oficial al castellano del preámbulo de la convención de 1961 resulta reveladora (...) *the health and welfare of mankind*, pero la traducción castellana refiere a “la salud física y moral de la humanidad”. Al despojar la palabra *bienestar* se instituyó por conjunción el concepto de “salud moral”. ” (Ruchansky, 2015)

Esta modificación que aparenta ser un detalle constituye una definición política que sentó las bases para que se realizaran “recomendaciones” de manera abierta a reprimir a quienes -supuestamente- se buscaba proteger: lxs consumidorxs. Aquellos de los cuales nada se dice, nada se sabe. El foco está situado en la sustancia en tanto bien de mercado.

El segundo párrafo del último tratado, firmado en 1988, indicaba que en adelante “cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para el consumo personal” con la única excepción en relación a los casos de “usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica” (Ruchansky, 2015).

Existían contradicciones frente a la postura punitivista entre las entidades de injerencia mundial y la OMS, que, por su parte se inclinaba a considerar enfermedades a las toxicomanías y no delitos. En el libro *los primeros años de la Organización Mundial de la Salud* de 1958 refería que “el problema no se reduce solamente a la pérdida de la mano de obra y a sus consecuencias económicas y financieras: la toxicomanía fomenta el crimen y puede constituir una amenaza para la estructura económica y social de ciertos países. (...) Dice en otro tramo: en 1956 un grupo de psiquiatras y farmacólogos estudió la cuestión de los métodos de tratamiento de los toxicómanos e insistió en que debe

considerarse a los toxicómanos como enfermos y no como delincuentes; por consiguiente, el tratamiento de los toxicómanos es esencialmente un problema médico” (Ruchansky, 2015)

La OMS siempre reconoció la inexistencia de investigaciones serias sobre el daño que causaban las sustancias y su posterior clasificación en legales e ilegales. Como consecuencia surgió un intento de encarar este desafío creando el Programa sobre Abuso de Sustancias (PSA), cuyo documento estratégico advirtió que el alcohol se constituía como la mayor causa de morbilidad y mortalidad, y además señaló que se realizaba más hincapié en la represión de la oferta de drogas y no tanto en la disminución en demanda de las mismas. Tras algunos años, los estudios continuaron y fueron incomodando al sector prohibicionista ligado a las agencias de control de la ONU. Como consecuencia de esto, la OMS tomó decisiones a contramano de lo establecido por el PSA y creó el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) en 1992 y lo difundió mundialmente dos años más tarde.

El sistema de clasificación que predomina en las prácticas de salud actualmente no se encuentra nada lejos de las definiciones que hace varias décadas se realizaban desde ambas instituciones. Todas ellas, definiciones de carácter político, basadas en intereses de sectores económica y políticamente poderosos, aún hoy son el “saber” con el que se impregnan las prácticas medico-hegemónicas en relación al consumo de drogas y su “rehabilitación” de carácter abstencionista.

Se continúa considerando a el/la consumidor/a de drogas como un delincuente³², cuya peligrosidad se funda en su personalidad “adictiva” y sus rasgos “psicopáticos”. Se constituye así un laberinto sin salida y una puerta giratoria en las CT, que aparecen como la mejor alternativa frente a los lugares posibles para “adictxs”: *el hospital, la cárcel o el cementerio*³³.

En la búsqueda de alternativas el panorama es desalentador. La existencia de las leyes cuyo eje central es la garantía de derechos en detrimento de los negociados en salud mental es un hecho, con ellas se ha avanzado mucho en lo que respecta a la construcción de alternativas con enfoques socio-comunitarios y este año, 2018, hubiera sido el último año para que termine de implementarse la LNSM. Pero aunque sin las leyes sería imposible, con ellas no alcanza.

Claro está que con el abrupto cambio que implicó desde 2015 la gestión de la Alianza Cambiemos en la Nación, las desigualdades y los procesos de injusticia social se profundizaron. El profundo retroceso en materia de derechos es indiscutible y continúa acentuándose. Sin embargo, no es el fin de este trabajo ahondar en eso, y más aún, tampoco sabemos qué hubiera ocurrido de sostenerse el proceso de reconstrucción de la soberanía política, independencia económica y justicia social iniciado con Néstor Kirchner en 2003, continuado y profundizado por Cristina Fernández en 2007 y 2011. No se puede saber si la voluntad política expresada en esas leyes y en otras tantas políticas públicas hubiera sido suficiente para enfrentarse al lobby farmacéutico y al poder médico hegemónico que las CT (y otras modalidades de tratamientos abstencionistas) reivindican. Son grandes los intereses económicos alrededor de cada persona en situación de consumo problemático teniendo en cuenta que si recibe un diagnóstico en el ya mencionado manual de psiquiatría le será indicado un régimen de internación (en la esfera privada) y un esquema de medicación (proveniente de laboratorios, también

³² Aún hoy, según el criterio del/la juez/a un consumidor puede ser condenado a prisión por portar o consumir drogas ilegales. También puede ser -a través de probation o suspensión de juicio a prueba- sometido a tratamiento en el régimen y por el tiempo que el/la juez/a considere.

³³ Esta es una expresión típica de organizaciones tipo AA o NA cuyos tratamientos son, también, de carácter abstencionista.

privados). Además, se desconoce el entramado político que sostiene y avala las prácticas de tales instituciones, poco se sabe acerca de los fondos que reciben, lxs personas que circulan, los acontecimientos intramuros y demás datos (cuanti y cuali) que podrían reflejar en números y en palabras la praxis. Los negociados y las complicidades parecieran estar a la orden del día frente a un asunto tan importante como difuso e inaccesible. Todo este ensamblado de prestaciones, por tiempo y cantidad indefinida, construyen al mercado de la salud un perfecto cliente: el/la “adictx”.

Conclusiones y Desafíos

Otro decir posible

Muchas son las aristas para pensar qué lugar a el/la sujetx de derechos en las CT. La pregunta central ¿Es el/la usuarix un/a sujetx de derechos? Para responderme esta pregunta he apelado a variados temas y en distinta profundidad. Me he preguntado por el dispositivo en general, su lugar en el escenario de efectores en salud mental, el paso a paso de su propuesta y su razón de ser como dispositivo de control. Luego también he trabajado en lo que sucede con lxs internxs -en tanto sujetxs de derecho, porque se me hace inconcebible pensarlx de otro modo- con sus necesidades, sus sentires, sus padeceres. Me he encontrado con que la estructuración de los tratamientos en CT responden a lógicas de encierro, de desubjetivación y de alienación, en línea con un modelo de abordaje “moralista-normativo” que, en un esfuerzo de contraponerlo al modelo “integral comunitario” es definido por las autoras de la siguiente manera: con una concepción de salud centrada en la enfermedad individual, y cuyo objetivo se centra en modificar pautas de comportamiento en sujetxs considerados destinatarixs pasivxs. (Camarotti y Kornblit, 2015).

También he analizado estos dispositivos de salud mental en relación a las posibles formas de entender dicho concepto, y a su relación dialéctica con la sociedad y el poder médico hegemónico. Luego, acudí a una comparación frente a las instituciones totales y de control por excelencia que son las cárceles, me pregunté sobre lxs usuarixs de ambos dispositivos. Finalmente acudí a un más allá de las instituciones, para leerlas y entender su sentido en la arena política y pensarlas en un escenario entre otros muchos actores sociales y en un sinfín de correlaciones de fuerza.

Creo, para finalizar, que quedan claros algunos puntos de conflicto respecto al ser un/a sujetx de derechos y tener que acceder a un tratamiento para el consumo problemático de drogas:

Como primer punto, no hay una real posibilidad de elección respecto a qué tratamiento hacer, con qué objetivos y en qué modalidad. Rebotar entre instituciones y apelar a internaciones, a veces por voluntad propia y otras no, se vuelve casi el único destino posible frente a una innumerable cantidad de coyunturas singulares en las que puede estar una persona en situación de consumo problemático.

Ya ingresadx en la CT, aparecen una serie de cuestiones pre-moldeadas acerca de qué hacer, decir y sentir de ahí en más. Las libertades individuales se ven abruptamente interrumpidas bajo la consigna generalizada: “no consumir y no transgredir normas”. La pasividad de la persona internada es un punto central. No participará de las decisiones respecto al uso de sus tiempos, actividades, vínculos, ni nada que se aleje del cronograma previsto. Todo lo que suceda será en función de lo evaluado por otrxs a quienes se les supone el saber y el poder (MMH).

Otro punto central es la interminable estigmatización hecha, de una vez y para siempre. Basta con el diagnóstico: “adictx”, para que sepamos que no dejará de ser enfermxx nunca.

Ni en recaída, ni en recuperación, ni con el alta terapéutica. El diagnóstico se vuelve un estigma comparable a los antecedentes penales, imborrables y suficientes para desencadenar cualquier proceso discriminatorio y/o de exclusión social. En relación a este punto, y ofreciendo otra mirada posible, las autoras Camarotti y Kornblit aportan desde el modelo de abordaje “integral comunitario”: “La vulnerabilidad no es binaria, sino multidimensional y relacional; no es unitaria, siempre hay graduaciones; no es estable, muta constantemente a lo largo del tiempo; las personas no son vulnerables, sino que están vulnerables” (...) y agregan que “el cambio hacia un comportamiento protector no se alcanza solo con la información y la voluntad, sino con recursos culturales, económicos y jurídicos que están en la actualidad desigualmente distribuidos entre los grupos sociales” (2015).

A pesar de la existencia de valiosos aportes teóricos como éste -y algunos otros en los últimos tiempos-, el análisis no nos arroja con un panorama alentador en lo que respecta a la situación actual y al porvenir en materia de políticas de prevención y asistencia en el consumo problemático de drogas. En diciembre de 2015, con la asunción como jefe de Estado de Mauricio Macri, se dio inicio a una etapa signada por un profundo proceso de transformaciones hasta el momento orientadas a constantes retrocesos en materia de inclusión social y de derechos humanos, entre otros temas no menos importantes. He fundamentado anteriormente cómo los contextos geopolíticos siempre son escenarios que habilitan u obstruyen procesos de cambios en paradigmas de intervención. Ha quedado descrita la situación actual al respecto y se desprende del análisis una necesaria y profunda transformación y revisión de importantes cuestiones.

He decidido, porque excedería el alcance de este trabajo, no profundizar en los recientes cambios en materia de políticas públicas y sus consecuentes producciones de sentido en relación al CPD. Mucho hay para analizar al respecto, no sólo en relación al desmantelamiento del Estado sino también a las transformaciones culturales (a través de medios de comunicación principalmente) con las que se tiende a una construcción de sentido que asocia las intervenciones en CPD con el castigo y a la lógica de “mano dura”. Se desprende del análisis realizado que, como sociedad democrática, tenemos pendientes saldar discusiones en relación al rol del Estado como garante y como agente de intervención frente a una problemática compleja vinculada a los modos de producción, a la necesidad de consumo que el capitalismo genera y a la desigualdad propia del neoliberalismo.

Los procesos de exclusión social son un determinante social a la hora de pensar en la salud integral en tanto proceso. Desde este punto de vista, se vuelve indispensable una transformación profunda en los paradigmas de intervención de las instituciones democráticas (en la justicia, la educación, la salud, las políticas públicas) que abran paso a nuevos modos de entender el CPD, no desde una lógica punitivista, sino más bien desde una perspectiva de el/la consumidor/a en tanto sujetx de derechos y cuya problemática es ante todo social. Con jueces menos moralistas, con un poder judicial independiente, con un Estado cuya intervención al respecto no sea camuflada en la políticamente correcta pero vacía “lucha contra las drogas”, con una comunidad que desee hacerse cargo y parte del problema.

Los aportes desde el ámbito académico no puede quedar por fuera de todo este gran desafío, es necesario embarrarnos en el terreno para volver a preguntarnos sobre prácticas que parecen instaladas, sobre diagnósticos que parecen cerrados, sobre vidas que se creen descartables. Existen investigaciones basadas en experiencias de algunos países (Holanda, Estados Unidos, España, Suiza, Bolivia y Uruguay) que dan cuenta de otros posibles paradigmas de acción frente al consumo problemático de drogas. Tanto desde organizaciones del tercer sector como desde el mismo Estado se han diseñado políticas de intervención y de prevención orientadas más a una lógica de

acompañamiento y reducción de daños que a la punitivista y estigmatizante de la que tanto conocemos en Argentina.³⁴

Nuevas preguntas para nuevas respuestas. Otras lecturas serán necesarias para escribir historias de vida diferentes a las que fueron. Este, creo, es el gran desafío que tendremos cuando el Estado deje de ser un aparato al servicio del lobby corporativo y vuelva a ser parte esencial de un proyecto para la reconstrucción de una patria justa, libre y soberana.

³⁴ Se puede conocer más sobre las investigaciones realizadas en Ruchansky, Emilio (2015). *Un Mundo con drogas*. Buenos Aires: Debate.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Camarotti Ana Clara, Kornblit Ana Lía (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús*, 11 (2), 211-221.
- Carballada, Alfredo (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. *Revista Margen* (N° 82, Octubre 2016).
- Carballada, Alfredo (2007). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Editorial Paidós. Buenos Aires
- Carballada, Alfredo (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen* (N° 48, Verano 2008).
- Epele, María (comp.). (2013). *Padecer, cuidar y tratar: Estudios Socio-Antropológicos sobre Consumo Problemático de Drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Foucault, Michel (2009) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Galfré, Pablo. (2017). *La Comunidad. Viaje al abismo de una granja de rehabilitación*. Buenos Aires: Sudestada.
- López María Noelia, Torres Jacqueline, Weber Suardiaz Clara (coord.) (2017). *Debates en el campo de la salud mental. Práctica profesional y políticas públicas*. La Plata: EDULP.
- Menéndez E. L. "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf (28/12/2015)
- Real Academia Española, disponible en <http://dle.rae.es/?id=c33Avl1> (19/10/2017)
- Ruchansky Emilio. (2015) *Un mundo con drogas*. Buenos Aires: Debate.
- Sedronar. (2017). "Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017". Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/index.php/epidemiologia/item/16-estudios-de-poblacion-general>
- Stolkiner Alicia (2013). Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud mental: actores y escenarios. *Novedades Educativas*, No 268 Año 25. Págs. 40-46. Recuperado de <http://www.bnm.me.gov.ar/catalogo/Record/000203801>

LEYES CONSULTADAS

- Ley 26.934/14: Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm> (27/3/18)
- Ley n° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, Buenos Aires. 2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> (27/3/18)
- Ley n° 23.737, Buenos Aires. 1989. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm> (27/3/18)

Anexo

Encuadre Metodológico

La investigación se desarrollará dentro de un marco metodológico de tipo predominantemente cualitativo.

Emplearé como principales herramientas las entrevistas en profundidad, las cuales se relizarán según el siguiente criterio de selección:

Personas (3 mujeres y 3 hombres) que hayan estado internadxs en la institución en el período seleccionado. En todos los casos se resguardará las identidades reales de lxs usuarixs.

Realizaré también observación y análisis documentales de fuentes primarias y secundarias. Entre las primarias se considerarán los documentos producidos por las CT. Entre las segundas se realizará un relevamiento y análisis de las producciones periodísticas locales referidas al objeto de nuestra investigación.

Respecto del enfoque de la investigación, se diseñará una estrategia a partir de la triangulación de varias fuentes (documentales, orales, estadísticas) para una comprensión multidimensional del proceso.

Unidad de análisis: Comunidad Terapéutica de zona norte GBA basada en método abstencionista.

4. Trastornos relacionados con sustancias

4. Trastornos relacionados con sustancias	
Trastornos por consumo de sustancias	
F1x.2x	Dependencia de sustancias
F1x.1	Abuso de sustancias
Trastornos inducidos por sustancias	
F1x.00	Intoxicación por sustancias
F1x.3	Abstinencia de sustancias
Trastornos relacionados con el alcohol	
Trastornos por consumo de alcohol	
F10.2x	Dependencia del alcohol (303.90)
F10.1	Abuso de alcohol (305.00)
Trastornos inducidos por el alcohol	
F10.00	Intoxicación por alcohol (303.00)
F10.3	Abstinencia de alcohol (291.81)
F10.03	Delirium por intoxicación por alcohol (291.0)
F10.4	Delirium por abstinencia de alcohol (291.0)
F10.73	Demencia persistente inducida por el alcohol (291.2)
F10.6	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (291.1)
F10.51	Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes (291.5)
F10.52	Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones (291.3)
F10.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol (291.8)
F10.8	Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol (291.8)
F10.8	Trastorno sexual inducido por alcohol (291.8)
F10.8	Trastorno de sueño inducido por alcohol (291.8)
F10.9	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (291.9)
Trastornos relacionados con alucinógenos	
Trastorno por consumo de alucinógenos	
F16.2x	Dependencia de alucinógenos (304.50)
F16.1	Abuso de alucinógenos (305.30)
Trastornos inducidos por alucinógenos	
F16.00	Intoxicación por alucinógenos (292.89)
F16.70	Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks) (292.89)
F16.03	Delirium por intoxicación por alucinógenos (292.81)
F16.51	Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes (292.11)
F16.52	Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con alucinaciones (292.12)
F16.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos (292.84)
F16.8	Trastorno del estado de ansiedad inducido por alucinógenos (292.89)
F16.9	Trastorno relacionado con el alucinógenos no especificado (292.9)

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)	
Trastornos por consumo de anfetamina	
F15.2x	Dependencia de anfetamina (304.50)
F15.1	Abuso de anfetamina (305.30)
Trastornos inducidos por anfetamina	
F15.00	Intoxicación por anfetamina (292.89)
F15.04	Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
F15.3	Abstinencia de anfetamina (292.0)
F15.03	Delirium por intoxicación por anfetamina (292.81)
F15.51	Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con ideas delirantes (292.11)
F15.52	Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con alucinaciones (292.12)
F15.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina (292.84)
F15.8	Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina (292.89)
F15.8	Trastorno sexual inducido por anfetamina (292.89)
F15.8	Trastorno del sueño inducido por anfetamina (292.89)
F15.9	Trastorno relacionado con anfetamina no especificado (292.9)
Trastornos relacionados con cafeína	
Trastornos inducidos por cafeína	
F15.00	Intoxicación por cafeína (305.90)
F15.8	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína (292.89)
F15.8	Trastorno del sueño inducido por cafeína (292.89)
F15.9	Trastorno relacionado con cafeína no especificado (292.9)
Trastornos relacionados con el Cannabis	
Trastornos por consumo de Cannabis	
F12.2x	Dependencia de Cannabis (304.30)
F12.1	Abuso de Cannabis (305.20)
Trastornos inducidos por Cannabis	
F12.00	Intoxicación por Cannabis (292.89)
F12.04	Intoxicación por Cannabis, con alteraciones perceptivas
F12.03	Delirium por intoxicación por Cannabis (292.81)
F12.51	Trastorno psicótico inducido por Cannabis: con ideas delirantes (292.11)
F12.52	Trastorno psicótico inducido por Cannabis: con alucinaciones (292.12)
F12.8	Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis (292.89)
F12.9	Trastorno relacionado con Cannabis no especificado (292.9)
Trastornos relacionados con cocaína	
Trastornos por consumo de cocaína	
F14.2x	Dependencia de cocaína (304.50)
F14.1	Abuso de cocaína (305.30)
Trastornos inducidos por cocaína	
F14.00	Intoxicación por cocaína (292.89)
F14.04	Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas
F14.3	Abstinencia de cocaína (292.0)
F14.03	Delirium por intoxicación por cocaína (292.81)
F14.51	Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes (292.11)
F14.52	Trastorno psicótico inducido por cocaína: con alucinaciones (292.12)
F14.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína (292.84)
F14.8	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína (292.89)
F14.8	Trastorno sexual inducido por cocaína (292.89)
F14.8	Trastorno del sueño inducido por cocaína (292.89)
F14.9	Trastorno relacionado con cocaína no especificado (292.9)

	Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)
	Trastornos por consumo de fenciclidina
F19.2x	Dependencia de fenciclidina (304.60)
F19.1	Abuso de fenciclidina (305.90)
	Trastornos inducidos por fenciclidina
F19.00	Intoxicación por fenciclidina (292.89)
F19.04	Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas
F19.03	Delirium por intoxicación por fenciclidina (292.81)
F19.51	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes (292.11)
F19.52	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con alucinaciones (292.12)
F19.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina (292.84)
F19.8	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina (292.89)
F19.9	Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (292.9)
	Trastornos relacionados con inhalantes
	Trastornos por consumo de inhalantes
F18.2x	Dependencia de inhalantes (304.60)
F18.1	Abuso de inhalantes (305.90)
	Trastornos inducidos por inhalantes
F18.00	Intoxicación por inhalantes (292.89)
F18.03	Delirium por intoxicación por inhalantes (292.81)
F18.73	Demencia persistente inducida por inhalantes (292.82)
F18.51	Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes (292.11)
F18.52	Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con alucinaciones (292.12)
F18.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes (292.84)
F18.8	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes (292.89)
F18.9	Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (292.9)
	Trastornos relacionados con la nicotina
	Trastornos por consumo de nicotina
F17.2x	Dependencia de nicotina (305.1)
	Trastornos inducidos por nicotina
F17.3	Abstinencia de nicotina (292.0)
F17.9	Trastorno relacionado con nicotina no especificado (292.9)
	Trastornos relacionados con opiáceos
	Trastornos por consumo de opiáceos
F11.2x	Dependencia de opiáceos (304.00)
F11.1	Abuso de opiáceos (305.50)
	Trastornos inducidos por opiáceos
F11.00	Intoxicación por opiáceos (292.89)
F11.04	Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
F11.3	Abstinencia de opiáceos (292.0)
F11.03	Delirium por intoxicación por opiáceos (292.81)
F11.51	Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes (292.11)
F11.52	Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con alucinaciones (292.12)
F11.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos (292.84)
F11.8	Trastorno sexual inducido por opiáceos (292.89)
F11.8	Trastorno del sueño inducido por opiáceos (292.89)
F11.9	Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (292.9)

	Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
	Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.2x	Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (304.10)
F13.1	Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (305.40)
	Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.00	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)
F13.3	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.0)
F13.03	Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.81)
F13.4	Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.81)
F13.73	Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.82)
F13.6	Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.83)
F13.51	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes (292.11)
F13.52	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con alucinaciones (292.12)
F13.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.84)
F13.8	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)
F11.8	Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)
F11.8	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)
F11.9	Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (292.9)
	Trastornos relacionados con varias sustancias
F19.2x	Dependencia de varias sustancias (304.80)
	Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas)
	Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)
F19.2x	Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) (304.90)
F19.1	Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (305.90)
	Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)
F19.00	Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (292.89)
F19.04	Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con trastornos perceptivos
F19.3	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (292.0)
F19.03	Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) (292.81)
F19.4	Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas), de inicio durante la abstinencia
F19.73	Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas) (292.82)
F19.6	Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas) (292.83)
F19.51	Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas): con ideas delirantes (292.11)
F19.52	Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas): con alucinaciones (292.12)
F19.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) (292.84)
F19.8	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) (292.89)
F19.8	Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas) (292.89)
F19.8	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) (292.89)
F19.9	Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado (292.9)