

ABS

DIFERENTES MODELOS TEORICOS-TERAPEUTICOS EN PRACTICA SOBRE ESTA
PROBLEMATICA

INTRODUCCION

Desde hace unos años se produce en nuestro país un aumento en la frecuencia con que los medios de comunicación tratan la problemática de las drogas al mismo tiempo que desde la esfera estatal y privada se lanzan costosas campañas de prevención sin que exista como correlato una evaluación del impacto social de estas intervenciones.

La población asiste con desconcierto a la falta de respuestas organizadas y coherentes, lo que incrementa la angustia frente a la problemática de la drogadicción que se convierte en lugar de depositación de temores o fenómenos diversos: la delincuencia, la violencia y la inseguridad civil, sin generar alternativas participativas y creando estereotipos sociales. Distintos políticos, planes y programas de prevención y asistencia del uso indebido de drogas se refieren al fenómeno de la droga como si éste fuera conocido, dimensionado y dignosticado inequívocamente. Sin embargo, éste no es un fenómeno "natural", sino una producción social que está atavesada por distintos marcos históricos, conceptuales, intereses ideológicos,, políticos y económicos. Por lo tanto las distintas instancias y propuestas preventivo-asistenciales contienen en sus ofertas a la comunidad una caracterización particular de la problemática y una concepción también heterogénea en cuanto a qué significa prevención y asistencia.

En el presente trabajo se exponen los distintos modelos institucionales preventivo asistenciales que se corresponden con los discursos y encuadres conceptuales existentes, y se analizan algunas instituciones representativas de cada orientación.

DISCURSOS Y ENCUADRES CONCEPTUALES

Distintos discursos contruidos sobre las drogas caracterizan las variables en torno al uso de las mismas y depende de dicha caracterización diversas modalidades de abordaje preventivo-asistencial. Cada uno de estos encuadras en producto de un momento histórico particular que responde a condicionantes sociopolíticos, culturales y económicos.

No es objeto de este estudio el análisis de dicho proceso en cada país.

En la actualidad, los distintos modelos coexisten, se entrelazan y alternativizan siendo algunas instituciones representantes más nítidas de algunos de ellos, y otras, expresiones condensadas, de más de uno de ellos, poniendo el acento en uno o en otro discurso según la población a la que se dirijan.

El siguiente es un esquema orientativo para analizar a posteriori cómo se traduce cada forma de abordar en cada institución en particular.

MODELO ETICO-JURIDICO

Considera a la droga como agente activo en sí misma. Asocia traficante y consumidor y ambos son considerados delincuentes. La causa y responsabilidad del problema es individual. Distingue nitidamente la frontera entre drogas legales e ilegales.

Los políticos, programas y propuestas de acción en prevención se basan en: censura, crítica moral y ética. Se resaltan los efectos nocivos de la droga. Se da impulso a políticas represivas. Se criminaliza la problemática del uso de drogas. Se advierte sobre las consecuencias legales que ocasiona el tráfico y consumo de drogas. Plantea una visión individualista y atomista del problema. Se destaca la "peligrosidad" indistintamente del traficante y del consumidor.

Los responsables de las políticas son: Ministerio de Justicia, Poder Judicial, Organismos de Seguridad del Estado.

Este discurso crea el estereotipo moral-delictivo. Legitima la diferencia entre "el bien y el mal" al declarar ilegal sólo la conducta que tenga que ver con la droga definida por ese mismo discurso como ilegal, no por sus cualidades farmacológicas, sino porque se percibe como amenaza ética, aunque en el fondo, la razón real de su ilegalidad sea económica.

MODELO MEDICO-SANITARIO

Al igual que en el modelo ético-jurídico, "la droga" es considerada como agente activo. Se considera al Medio Ambiente como "contaminado", y a los consumidores como "infectados". Las causas del problema son individuales. La población de riesgo está

constituida por jóvenes. No se ocupa específicamente del problema del tráfico, ya que éste es considerado como parte del Medio Ambiente.

Las acciones preventivas se basan sobre el consumo, son de carácter Sanitario y consisten principalmente en brindar información y educación acerca de las drogas. Se medicaliza el problema de las drogas. El objetivo es eliminar los efectos de las drogas en el organismo viviente ya sea humano o animal. Se incluye en la prevención tanto las drogas legales como ilegales, por lo tanto abarca el tabaco, el alcohol y el café.

Este modelo queda atrapado en su propio discurso al no dar la misma relevancia al uso indiscriminado de psicofármacos (en este sentido algunas propuestas asistenciales sustituyen el uso de la heroína por la metadona, creando de este modo en el tratamiento una nueva adicción).

Se pone el énfasis en que los individuos que abusan de las drogas ponen en peligro su salud, su vida y la de los demás por "contagio".

Asocia droga-juventud.

Producto de éste modelo surge el estereotipo de la dependencia, al señalar al drogadicto como "enfermo" y a la droga como "virus o plaga". El problema se centra en la salud pública.

Los responsables de los planes son los organismos estatales y privados del Sector Salud.

MODELO PSICO-SOCIAL

A diferencia de los dos modelos anteriores, se refiere a "las drogas" en lugar de a "la droga". Esta pluralización reviste importancia ya que al diversificar las sustancias u objetos considerados como tales, relativiza el valor omnipotente, mágico que se desliza tras su nominación en singular y que le confiere actividad en sí misma, colocando a los consumidores o abusadores en el lugar de objetos.

En este modelo tienen lugar los consumidores con sus comportamientos y actitudes y su entorno individual: la familia y el contexto social reducido a los grupos de pertenencia directa (trabajo, educación, grupos de pares).

La responsabilidad y las causales del fenómeno trascienden lo estrictamente individual y abarcan la familia y grupos de influencia "desviados". De este encuadre se deriva en algunos casos que en lugar de considerar las causales de fondo, se "culpabiliza" al entorno familiar y grupal.

El accionar preventivo es inespecífico y se basa en la búsqueda de las motivaciones y actitudes personales, familiares y grupales que promueven el consumo.

Considera insuficientes las prácticas asistenciales y no comparte las políticas represivas hacia el consumidor o abusador. Se psicologiza la problemática del uso de drogas. Señala que las drogas alteran el comportamiento de las personas. Se promueve la toma de conciencia de que las presiones del medio inducen al uso de drogas (problemas familiares, escolares, laborales, influencia de los medios de comunicación que promueven el consumismo). Destaca que el uso o no de drogas, depende del individuo y propicia la posibilidad de una suma de decisiones afirmada en los principios, motivaciones, intereses y habilidades que conducen a superar los conflictos causales de la problemática.

Las responsabilidades de llevar adelante las políticas preventivas son el Sector Salud, Educación y la comunidad.

MODELO SOCIO-CULTURAL

Según este enfoque, las drogas no son activas en sí mismas, las causales del problema son factores culturales y socio-económicos, y los consumidores son productos de una situación estructural.

Las propuestas preventivas se basan en brindar información sobre los usos diversos de las drogas según los países, sus momentos históricos y sistema social y las interrelaciones entre éstos en un mundo interdependiente.

Destaca la pobreza, la desigualdad de oportunidades, la no visualización de proyectos individuales y grupales de crecimiento, la discriminación y la exclusión social como causa primordiales del consumo.

Promueve un accionar preventivo basado en la generación de alternativas de participación social transformadoras, a partir de la toma de conciencia de que el consumo de drogas no resuelve la marginación individual o como sector social, sino que la profundiza.

En la práctica de muchas instituciones, este modelo coexiste e incluso se entrecruza con el modelo PSICO-SOCIAL al punto de fundar lo que podría llamarse el MODELO PSICO-SOCIAL-CULTURAL. Del mismo modo es común la interpretación de los modelos ETICO-JURIDICO y MEDICO-SANITARIO y MEDICO-SANITARIO y PSICO-SOCIAL.

Como se analizó en un comienzo, esta conceptualización esquemática, es sólo guía para desentrañar en cada INSTITUCION, qué concepciones subyacen a lo explícito en sus mensajes, a lo que "muestran" a la sociedad; pero la realidad como cada uno opera es un entretejido de prácticas, discursos y poderes imposibles de ceñir en un único MODELO.

EXPRESIONES PROGRAMATICAS Y PROPUESTAS OPERATIVAS EN EL CAMPO DE LA PREVENCIÓN

Los marcos conceptuales analizados anteriormente, tienen expresión concreta en el accionar preventivo que desarrollan las diferentes instituciones.

Las diferencias entre los distintos modelos, pueden ser analizadas también a partir de sus propias expresiones programáticas y del modo en que éstas llegan a la comunidad a través del material gráfico, de los mensajes producidos y las actividades propuestas.

En el plano operativo, se puede considerar que este accionar tiene dos expresiones fundamentales:

1 - El que está basado en la sustancia (droga) y la considera activa en sí misma; por lo tanto la "oferta de drogas" causa el fenómeno adictivo.

2 - El que entiende el fenómeno adictivo como producto de un entrecruzamiento de factores sociales, históricos, económicos e individuales que marcan la aparición de ese síntoma y la modalidad del mismo.

El enfoque que privilegia las sustancias, es expresión de los modelos ETICO-JURIDICO y MEDICO-SANITARIO.

Esta concepción se traduce en un accionar preventivo que se desarrolla fundamentalmente a través de la información sobre las distintas sustancias, su modalidad de uso, efectos y niveles de dependencia que crea. Para esta modalidad, prevención es sinónimo de información sobre riesgos.

Este material "introduce" en muchos casos terminología antes desconocidas, nombres de drogas inexistentes en el país y narraciones alarmantes sobre los efectos que en muchos casos despiertan curiosidad, al punto que en las charlas producidas a posteriori de la difusión del material, abundan las preguntas sobre los efectos.

La experiencia ha demostrado la poca operatividad de este tipo de acciones por lo parcializada y porque sutura de datos y detalles donde quizá ni siquiera había una pregunta. Se podría hacer un paralelo y afirmar que este tipo de mensaje es tan válido como intentar prevenir sobre la violencia informando sobre las características técnicas de un arma.

Ejemplo de estos materiales gráficos, es la cartilla publicada por la SECRETARIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO.

Otra modalidad utilizada desde esta orientación es la difusión de material testimonial, donde se relatan brevemente historias de vida de drogadependientes que abandonaron la adicción por medio de una salida mística.

"Daniel, por ejemplo, se deliraba con la coca y los ácidos, saliendo por ahí con patotas para destrozar todo lo que quisiera cruzarse delante de ellos ... Un día de esos, se cruzó en nuestro camino y las "ONDAS DE AMOR Y PAZ" de Jesús lo dieron vuelta y le mostraron cosas de locos y los viajes celestiales que está haciendo desde entonces lo convirtieron en un ser feliz por mil." (Cartilla de "Ondas de Amor y Paz" del Pastor Gimenez).

Otra práctica común de orden místico es la de repetir todas las mañanas una "filosofía diaria".

"Estamos aquí porque no hay ningún lugar donde escondernos de nosotros mismos, hasta cuando una persona, no confronta a sí misma, en los ojos y en el corazón de los demás; escapa, hasta cuando no les permita a los demás compartir sus secretos, éstos no le dan descanso, temerosos de ser conocido, no podrá conocerse a sí mismo ni a los demás, estará solo. Dónde sino, en nuestros puntos comunes, podremos encontrar un espejo. Aquí, juntos, una persona, puede por fin manifestarse claramente a sí misma; no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos, sino como un hombre, parte de un todo, con una contribución para ofrecer. Sobre este terreno, podremos enraizarnos y crecer; no más solos como en la muerte, sino vivos, para nosotros mismos y para los demás."

Esta "filosofía" se dice todas las mañanas en la comunidad "El Castillo" dependiente del Programa Andrés. Esta modalidad de empezar el día con una oración, supone que repetir un decir que no es propio, produce un sentimiento y creencia en lo que se dice. Esta técnica no hace más que consolidar una dificultad que existe en todos los seres humanos y que la adicción encubre, que es la de lograr una identidad a partir de la propia historia y por la construcción de proyectos personales; proceso que sólo puede darse posibilitando el propio decir.

Otro tipo de discurso preventivo es el que difunde supuestas conductas, actitudes y perfiles característicos de los jóvenes que son adictos. Se promueve así la vigilancia, control y sospecha sobre la juventud, reforzando la asociación juventud-transgresión; drogas-delincuencia.

Este camino tiende a acentuar la exclusión que ya afecta a la población juvenil por la inexistencia de alternativas sociales de inserción y realización de proyectos.

Un ejemplo de estos mensajes dirigidos a padres y educadores en una cartilla de prevención: "Poco a poco se van alejando de la familia, salen de casa sin pedir permiso. Algunos llegan con mucho apetito. En cambio hay quienes llegan totalmente inapetentes. Se les notará (de acuerdo a la droga consumida), la cara sudorosa. Otros cuando llegan a la casa lo hacen sin mirar a nadie. Muchos se fanatizan con la música Pop y la escuchan estridentemente. Gustan de afiches de cantantes de moda. Poco a poco se convierten en irresponsables. Les gusta el auto-stop. Practican un hippismo muy latinoamericano."

Esta descripción es válida para cualquier adolescente, y por qué no, para cualquier adulto; en definitiva, se promueve la sospecha: "cualquiera puede ser drogadicto".

Aunque otras cartillas sean menos burdas en esta intención de definir el "perfil del drogadicto" es conveniente reconocer su esencia, pues no sólo no resulta eficaz como método preventivo, sino que promueve (con toda razón) el descrédito de la población juvenil a mensajes tan engañosos y encubridores, en el mejor de los casos; y persecutorios y represivos en general.

Este tipo de acciones preventivas se sectorizan cada vez más, generando áreas de prevención para jóvenes, adolescente, preadolescentes, líderes barriales, etc. La sectorización

refuerza la superespecialización que se observa en los discursos, y cada vez más profesionales se especializan en recortes más estrechos de lo social, contribuyendo a la pérdida de integralidad y resquebrajamiento de los lazos solidarios, que es quizás una de las causas fundantes de la problemática del uso indebido de drogas.

Esta parcialización hace que se "culpabilice" a distintos sectores sociales, en lugar de posibilitar que éstos se asuman como artifices de las modificaciones de las propias circunstancias que generan el mal social. Esta forma de abordaje tiende a dar prioridad a programas inespecíficos en los cuales el problema de las drogas pasa a un segundo plano.

En el campo de la prevención inespecífica, los programas preventivos dejan de recaer en "expertos" que en general desconocen la realidad de cada zona, barrio o comunidad.

Este tipo de programas preventivos se encuadran dentro de los modelos PSICO-SOCIAL y SOCIO-CULTURAL.

El desarrollo de programas de prevención en el uso de drogas, basados en la participación de la familia y la comunidad, requieren nuevos enfoques para motivar a incorporar de manera más significativa a la población, quienes al conocer con mayor profundidad sus problemas y formas de solucionarlos, adquieren más seguridad en sí mismos, más capacidad para resolver otros problemas y mayor garantía para la continuidad y permanencia de los programas (Investigación sobre métodos de prevención en América Latina, realizado por el Instituto de relaciones Europeo-Latinoamericana).

Este tipo de prevención tiene un importante desarrollo en América Latina y coexisten diversos criterios, pues al poner el eje en la participación comunitaria, reconoce y responde a las características sociales, culturales y económicas regionales.

Desde este enfoque, se determina la relación del sujeto con las drogas en tres categorías: Uso, abuso y dependencia, e incluye el alcohol y los psicofármacos dentro de la actividad preventiva.

Esta modalidad tiene otra característica fundamental y es que plantea una división tajante entre las políticas de represión del tráfico y la prevención del uso indebido de drogas. Además de considerar los factores estructurales económicos, políticos y sociales, se denuncia abiertamente los mecanismos por los que en esta sociedad se estimula la conducta adictiva: la propaganda médica, el consumismo exaltado, el sentido simbólico propuesto en las propagandas de alcohol y cigarrillos.

De esta manera, se produce una inversión: el objetivo no es informar, alarmar sobre lo que las sustancias producen; ni estigmatizar, rotular o "detectar" adictos-delinquentes potenciales, sino incentivar la transformación del tiempo libre en tiempo creador, propiciando técnicas de juego y recreación que sean propuestas por los mismos interesados y que los expresen.

En definitiva esta forma de prevención implica una concepción mucho más elaborada y abarcadora del fenómeno del uso indebido de drogas: "Tal vez esto avale el hallazgo, a nivel de la clínica, de la falta de una personalidad toxicomaniaca, en la medida que la drogadicción sería una manera de estar en el mundo a la que subyacen una diversidad de situaciones que tienen como común denominador, la pérdida de valores y del sentido del para qué la propia existencia... Un programa de prevención de drogas es un programa social, y por lo tanto debe ser encarado desde una óptica reparadora y no represora hacia la persona sujeto del problema." (Estudios sobre drogadicción en la Argentina, Ana María Kornblit y colaboradores).

Distintas técnicas responden a este enfoque. El taller de trabajo pone el acento en la reflexión de las causas y condicionantes de una problemática e incorpora la visión propia de los participantes, o sea, cómo se ubican ellas a partir de sus propias experiencias. En esta modalidad, los interesados son sujeto de cuestionamiento y transformación.

Esta metodología alternativiza las consabidas "charlas de especialistas".

El psicodrama promueve (a partir de un espacio que incorpora lo lúdico y lo creativo) la posibilidad de expresar y poner en juego conflictos que están latentes y evita la intelectualización ligera de los problemas.

A continuación se analizan distintas instituciones que plasman en su accionar estas dos grandes concepciones:

FONDO DE AYUDA TOXICOLOGICA (F.A.T.)

Esta institución se encuadra dentro de un discurso y de una práctica en lo asistencial y preventivo que responde al modelo PSICO-SOCIAL, con influencias y entrecruzamientos de los discursos MEDICO-SANITARIO y SOCIO-CULTURAL.

La misma tiene su origen en la experiencia llevada adelante por la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina. En el marco de la creciente demanda social que crea el fenómeno de la farmacodependencia, a partir de la década del sesenta, se crea en 1966, el Fondo de Ayuda Toxicológica (F.A.T.), institución privada sin fines de lucro que se dedica a dar respuesta a la problemática en dos niveles:

a) La investigación en el área biológica para trabajos de toxicología experimental y avances del A.D.N., toxicidad cancerígena, rechazo de transplantes, etc.

b) El área de prevención primaria y tratamiento de la farmacodependencia (alcoholismo y drogadicción) siendo en este campo el más antiguo del país.

A partir del año 1975, el equipo de profesionales de F.A.T., desarrolla el modelo ETICO-SOCIAL. El mismo es presentado ante la UNESCO y recomendado por éste como modelo de Prevención Primaria aplicable a Latinoamérica en lo concerniente a la educación relativa a drogas". (Publicaciones técnicas de F.A.T. No2).

Si bien esta institución nace a partir de un discurso médico-toxicológico, en el transcurso de su propia práctica modifica su concepción y se encuadra dentro de los modelos asistenciales y preventivos en Farmacodependencia, que entienden a ésta como una expresión sintomática de una problemática estructural. De esta manera invierte su concepción y pasa de poner el acento en el objeto droga como agente tóxico, para plantear que el adicto hace a la droga y no la droga al adicto.

El problema de la dependencia o uso de las drogas no se produce a partir de la oferta de éstas, sino por múltiples causales sociales, históricas y económicas del contexto que desencadenan en un individuo, la aparición del síntoma adictivo y la particularidad de la droga elegida.

"Ante todo consideramos que el protagonismo no puede responder a un qué, sino a un quién. Quién es un adicto? Un adicto es fundamentalmente una persona. Una persona enferma cuyo síntoma es la farmacodependencia." (Publicaciones Técnicas de F.A.T.)

Esta es considerada una respuesta a una situación

psicológica y familiar patológicas y su aparición depende por lo menos de tres factores:

- 1) Antecedentes (estructura psico-biológica)
- 2) Condicionantes (medio socio-cultural)
- 3) Desencadenantes (sucesos adversos)

El modelo ETICO-SOCIAL aporta dos postulados de base para encarar el accionar tanto preventivo como asistencial:

- a) La utilización del tiempo libre como tiempo creador.
- b) El compromiso ético para la comprensión y resolución de problemas.

Desde esta perspectiva LA PREVENCIÓN pasa principalmente por la posibilidad de ofrecer alternativas de inserción social al adolescente (población con la que la institución trabaja mayoritariamente), que éste pueda concebir su propio proyecto vital y que la sociedad se asuma como responsable. La droga es considerada como una "producción social" y así se explica la variabilidad de "la moda de las drogas".

En la década del 60, el fármaco más utilizado era la anfetamina porque ayudaba a satisfacer la meta social de "la producción" en forma más rápida.

En estos momentos F.A.T. está profundizando el estudio del "tipo de drogas" según el momento histórico en nuestro país.

Desde esta perspectiva, la Prevención Primaria que encara la institución consiste en un accionar basado en el contacto directo con grupos que tienen relación íntima con el problema de la adicción: adolescentes, padres, docentes, profesionales. El equipo de profesionales es interdisciplinario: médicos, sociólogos, psicólogos, asistentes sociales. Entre las actividades se destacan las charlas, jornadas, talleres en los que se evalúa tres momentos:

- 1) Un primer momento en que se elabora un diagnóstico sobre las motivaciones de la demanda y el contexto en que se produce.

- 2) Análisis del nivel actitudinal y participativo del auditorio.

- 3) Registro textual de las inquietudes de los participantes para cotejar centros de interés comunes.

El propósito es que la evaluación se haga en "proceso" y no como punto final, como culminación.

Su objetivo es la construcción conjunta del accionar entre participantes y profesionales.

F.A.T. desarrolla también en el área de prevención cursos de capacitación para estudiantes universitarios, docentes primarios y secundarios, y graduados.

Se puede resumir la actividad en prevención primaria desarrollada por la institución en acciones destinadas a:

- a) Un circuito informal, de tipo comunitario, centrado fundamentalmente en la familia.

- b) El sistema educativo formal (incluye convenios con instituciones oficiales como el CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION TECNICA, la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, etc.).

En lo referido a la Prevención Secundaria (Asistencia-Tratamiento) la metodología terapéutica apunta no sólo a eliminar el síntoma sino a las causas estructurales que le dieron origen a partir de la reconstrucción y reelaboración de las situaciones traumáticas, el trabajo con la familia y el aliento a la construcción de un proyecto vital propio. El tratamiento consiste en una psicoterapia con control médico; no incluye deshabitación y desintoxicación forzados. En situaciones en que la familia no puede brindar la dedicación requerida se recurre al "terapeuta acompañante" que cumple la función de colaborar para la reorientación del tiempo libre del paciente a partir de sus

motivaciones y potencialidades hasta que pueda desenvolverse sólo o la familia le brinde el continente necesario.

"El objetivo del tratamiento ambulatorio es no aislar al paciente de su medio familiar, lo que impide que la familia deposite masivamente la enfermedad y sus causas en el paciente y en la institución que lo toma a su cargo". (Publicaciones Técnicas de F.A.T. N.º 2).

F.A.T. ofrece (como otras instituciones que basan su tratamiento en formas ambulatorias) la opción de "HOSPITAL DE DIA" donde el paciente pasa de 6 a 8 horas diarias realizando tareas recreativas, de capacitación (entretenimiento en diversas técnicas, oficios y habilidades con posibilidad de cierta ampliación laboral) e integrando la psicoterapia individual y grupal.

No es factible brindar estadísticas de casos de recuperación de tratamientos realizados en la institución ya que en ella (y esto es un hecho general de la mayoría de las instituciones que trabajan en la problemática), no está delimitada claramente la población base, ya que varían los criterios para considerar como iniciado un tratamiento "y medir a partir de allí la efectividad." Del mismo modo al considerar la "conducta adictiva" como un fenómeno complejo y que abarca diversas sustancias legales e ilegales, valdría preguntarse si ese sujeto que hipotéticamente deja de abusar de una droga ilegal y fuma uno o más atados de cigarrillos diarios y toma tranquilizantes ha modificado la adicción como forma de vínculo con los objetos, o simplemente ha reemplazado una forma de dependencia por otra.

En este sentido se puede avanzar en un trabajo interdisciplinario y con participación de organizaciones del área estatal y no gubernamentales, en el establecimiento de criterios comunes que posibiliten una aproximación a criterios cualitativos y cuantitativos comunes como herramienta que coadyuve a la evaluación permanente de las distintas acciones.

CENTRO NACIONAL DE REEDUCACION SOCIAL (CE.NA.RE.SO.)

En la década del 70 se crean una serie de organismos nacionales y provinciales, entre ellos, en 1973, durante el gobierno de Lanusse, el primer organismo asistencial del país dependiente del sector estatal: CE.NA.RE.SO.

Hasta aproximadamente el año 86, esta institución propone la psiquiatrización del problema del uso indebido. Creada como ámbito alternativo a la cárcel, pero siendo los tratamientos e internaciones realizados mayoritariamente de manera coercitiva, ya que la opción es la cárcel o la internación, mantiene la estigmatización del supuesto "adicto".

Proclama (como la institución penal) su objetivo resocializador, siendo en la práctica como aquella, una herramienta que refuerza la marginalidad y la dificultad de inserción en proyectos constructivos en la sociedad a posteriori de la internación.

En esta primera etapa, es una institución cerrada, su labor es de las puertas para adentro, se producen fugas con frecuencia, existe personal policial de custodia, la organización de profesionales es verticalista y autoritaria.

A partir del inicio de la democracia, se empieza a modificar su concepción fuertemente asentada en los modelos ETICO-JURIDICO y MEDICO-SANITARIO y se produce un deslizamiento hacia la concepción PSICO-SOCIAL y SOCIO-CULTURAL, que hoy es llamado por la institución ECOLOGICO-SOCIAL.

Este cambio se hace efectivo, a pesar de las tendencias que resisten en cualquier institución psiquiátrica que se plantee su modificación (el ejemplo más extremo de esta situación es el caso de los hospitales psiquiátricos como el Borda o el Moyano). Esto se debe a la compleja red de discursos, prácticas y poderes que se entrecruzan y pugnan por sostenerse.

En concreto la modificación de un discurso en lo que hace a sus enunciados no basta para producir una nueva práctica. Una concepción necesita de un discurso que la legitime, pero se asienta también en: una organización y dependencia administrativa, un espacio edilicio concreto, las pugnas políticas por el poder en la institución, la formación de los recursos humanos y fundamentalmente el imaginario que la sociedad construye y deposita en una institución.

De todas maneras CE.NA.RE.SO. posee hoy pautas y prácticas afirmadas en una concepción que privilegia la inserción comunitaria, el tratamiento ambulatorio, la prevención inespecífica, el desarrollo de aptitudes constructivas y creadoras.

El tratamiento en la institución no se apoya en la "desintoxicación" (modelo médico-sanitario) y desde su dirección se cuestiona profundamente la existencia de derivaciones judiciales sin la aceptación voluntaria del interesado.

En este sentido surge de la comunidad profesional no sólo de esta organización, sino de todas las encuadradas en el modelo PSICO-SOCIO-CULTURAL, un cuestionamiento de la recientemente sancionada "ley de represión contra el tráfico ilícito de estupefacientes" por la cual se penaliza con prisión el consumo y tenencia de estupefacientes. Por ejemplo, en el servicio de toxicología del Hospital Fernández se registra últimamente una menor demanda de atención y, se descarta que la causa sea la disminución de casos de uso indebido de drogas.

Los servicios que presta en la actualidad CE.NA.RE.SO. son:

Servicios del Area Asistencial:

- Orientación e información
- Diagnóstico, Admisión y Planeamiento de Tratamiento.
- Asistencia ambulatoria (Consultorios externos)
- Centro de día
- Residencia urbana adolescente
- Residencia urbana adulto

Servicio del Area Acción Comunitaria:

- Prevención
- Acción social
- Reinserción Social
- Asociación cooperadora

Servicio del Area Capacitación e Investigación

- Documentación e información - Biblioteca.
- Capacitación
- Investigación
- Estadística

Servicio del Area Juridica

- Asesoría a Dirección y Area Administrativa
- Asesoría a la Red Asistencial
- Tareas de interrelación con otras instituciones

El CE.NA.RE.SO. promueve una concepción antiestigmatizante y

antirotuladora, se refiere a las personas que demandan servicios como "asistidos" y no como "adictos".

Distingue claramente entre el uso-abuso y adicción.

En relación a los mensajes y campañas preventivas impulsan: una orientación que contempla no producir miedo, apuntar a las causas más que a los efectos, evitar la asociación droga-delinuencia, promover discursos coherentes y no encubridores, apuntalar la prevención y no la represión.

Su lema es "Por una libertad sin dependencias". En una de sus cartillas preventivas propone:

"Nos preguntamos:

... Nos sentimos vacíos, sin proyectos?

...queremos:

... empezar a darnos cuenta que podemos hacer otra historia...

como?

con ideas, participando en actividades que nosotros mismos podemos proponer

La respuesta es:

... participemos, construyamos nuestro futuro

... salgamos del vacío transformando nuestra realidad."

En el aspecto de capacitación, esta institución realiza múltiples actividades: seminarios, becas, ofrece formación práctica a partir de las concurrencias. Existen convenios con el área de Educación de la Municipalidad de Buenos Aires.

COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Esta forma de tratamiento tiene su origen en los E.E.U.U., en una institución en SYNNANON (California) que fue fundada en 1958, como un desprendimiento de Alcohólicos Anónimos. En 1963 se fundó DAYTOP VILLAGE en New York, a partir de la iniciativa de varios magistrados de la Corte Suprema de NEW YORK que buscan una alternativa de tratamiento a la pena de cárcel para los consumidores o dependientes.

Esta modalidad terapéutica es introducida en Europa donde el Centro Italiano de Solidaridad se plantea el trabajo comunitario con "adictos" en Roma. De estas reuniones nace el Proyecto Hombre del CEIS, cuyo objetivo es el "cambio de vida" a través de una comunidad de personas comprometidas.

Este tipo de abordaje se desarrolla también en España, desde esferas tan disímiles como el Sector Estatal en el Ayuntamiento de Madrid, que ofrece entre sus alternativas de rehabilitación, la opción de Comunidades Terapéuticas y también desde AGIPAD (Asociación Gipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas) que está subvencionada por el SERVICIO VASCO DE SALUD.

En la Argentina se desarrolla este modelo a partir de 1986, existen diversas instituciones que llevan a cabo esta modalidad terapéutica, las más conocidas son: PROGRAMA ANDRES y VIAJE DE VUELTA.

El Programa Andrés funciona desde hace 12 años. En sus comienzos su accionar se limita a lecturas de la Biblia y prácticas religiosas.

Está dirigido fundamentalmente por ex-adictos. En un principio no se planteaba como alternativa de rehabilitación y reinserción en la sociedad. En 1987, comienza a funcionar como Comunidad Terapéutica por la influencia que este movimiento cobra en el mundo, dedicándose entonces a la recuperación de adictos.

Este tipo de tratamientos se encuadra dentro de los que ponen el acento en trocar una conducta indeseada vinculada con la ilegalidad por otra de carácter legal y que cuente con el consenso social.

Supone un proceso de reeducación, de adaptación de una conducta desviada pero que no toma en cuenta la situación estructural de la que esa conducta es emergente. Busca "encauzar" la esfera externa e inmediata a partir de un régimen de premios y castigos. El paciente debe ir superando obstáculos, alcanzando metas, incluso asumiendo jerarquías institucionales. Es un sistema de disciplinización, entrenamiento y transmisión de valores.

La caracterización que se hace del drogadependiente es la de "desviado" o "frágil", y esto es explicado como detención del desarrollo.

"La persona que llega al programa es emocionalmente un niño, el objetivo es ayudarlo a crecer hacia su autonomía y arribará a la última fase con características semejantes a un adolescente."

Estas instituciones que responden al modelo de Comunidad Terapéutica coinciden en tres etapas básicas en que se divide el tratamiento, aunque hay bastante variabilidad en relación a la duración y características de los mismos.

COMUNIDAD VASCA

Admisión: (2 a 5 meses)

Es una fase preparatoria para la vida en comunidad. El equipo de educadores decide si se está preparado para "subir" a la comunidad.

NORMAS: No consumir. Se hacen análisis periódicos de orina. No tener relaciones sexuales. No salir solo a la calle. No tener dinero propio. Ocupar el día con horarios y obligaciones. Escribir un diario contando cómo se siente el interno. Entrevistas con terapeutas tres veces por semana. Una reunión semanal con los padres y responsables.

Cuando el terapeuta opina que la admisión es bien llevada se visita el caserío donde se desarrolla la siguiente etapa:

Comunidad: (1 año)

Existen tres subetapas

- Incomunicación (4 meses)
- Salidas (cada 15 días)
- Última fase (se pasa más tiempo en la calle)

Se realizan diversas actividades: cocina, taller, limpieza, huertas.

Seguimiento: Se mantiene el contacto con la Comunidad y el tiempo es variable.

Fuente: Revista de expresión Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN - Junio 1989. Nº 17.

COMUNIDAD DE MADRID

Acogida: (2 horas)

El director del centro informa sobre el régimen, funcionamiento y características del tratamiento.

El equipo sanitario abre la historia médica y le asigna enseres (vajilla, ropa de cama, toallas).

Entrevista con el psicólogo responsable a lo largo de toda la estancia en la Comunidad Terapéutica.

Evaluación: (10 días)

El psicólogo a través de entrevista contempla las diferentes áreas: familia, pareja, sexualidad, laboral, relaciones interpersonales, escolarización, aspecto legal, habilidades, resolución de problemas, autoestima, hábitos de consumo, recaídas, conductas características, antecedentes psiquiátricos.

El objetivo es determinar si corresponde la indicación del usuario a Comunidad Terapéutica y confirmar el contrato y establecer una hipótesis de trabajo para el tratamiento.

Tratamiento: Comprende los Programas de intervención psicológica (grupos terapéuticos, terapia individual, grupos de discusión) y actividades complementarias: talleres, cultura, deportes.

Primer mes: No acceso al exterior, ni correspondencia ni visitas.

Segundo mes: Dos llamadas, un día de la semana primera salida acompañado. Mandar y recibir correspondencia.

Tercer mes: dos salidas de un día.

Cuarto mes: las salidas van aumentando gradualmente.

PROGRAMA ANDRES

Internación: (6 a 8 meses)

Preinserción: (una semana)

Reinserción: (un año)

Existen las mismas prohibiciones en relación al consumo, la tenencia de dinero, documentos, agenda, relaciones sexuales, etc.

Las salidas y el contacto con el exterior están reglamentadas.

Las actividades están planificadas estrictamente con horarios.

Programa de un día:

HORARIO	MIERCOLES
7.30 hs.	Levantarse
8.00 hs.	Desayuno
8.30 hs.	Diario:recortes
9.00 hs.	Matinal
10.00 hs.	Trabajos
12.00 hs.	Almuerzo
13.00 hs.	Reunión espiritual
14.00 hs.	Grupo estático
15.30 hs.	Evaluación
16.30 hs.	Comunicación
17.00 hs.	Trabajo
18.30 hs.	Socialización
19.30 hs.	Aseo personal
20.25 hs.	Cena
21.30 hs.	Levantar la mesa
22.30 hs.	Dormir

A través de los esquemas pautados en etapas a lo largo del tratamiento, las prohibiciones, la graduación de los premios (salidas) o la organización de un día, y a pesar de la gran variabilidad en los tiempos de duración de las mismas y sin una lógica que las fundamente, es posible ver que el objetivo

fundamental es disciplinar, entrenar las vidas de los internados: sus cuerpos, pensamientos, sentimientos.

En algunos aspectos las reglamentaciones de este régimen no presentan ninguna diferencia en lo estructural con el carcelario, e inclusive las palabras y los actos son los mismos: "incomunicación", por ejemplo, o el hecho de despojar de efectos personales (documentos, papeles, dinero) que coincide con la primer medida a que es sometido un detenido. Este abordaje plantea de entrada la necesidad de arrebatarse la identidad del residente. Despojarlo de sus relaciones personales, marcos de referencia, lugar de vivienda y los conflictos suscitados en su contexto social, es reducir su ser como persona al "ser adicto". De este modo se produce un reforzamiento de esta identificación, que en la persona que abusa de drogas viene a sustituir, a tapar, a ocultar aquello que justamente debiera enfrentarse. La nueva identidad pasa a ser: "no ser adicto" pero el sujeto queda oscilando entre dos alternativas que no implican resolver los conflictos que originaron la adicción. De este modo puede explicarse que aquellos residentes que han atravesado las distintas etapas de la Comunidad y estarían listos para "egresar", encuentran un rol profesional como ex-adictos y pasan a atrabajar en la institución.

Ser ex-adicto es (para esta concepción) tener un saber sobre las drogas. Nuevamente se vislumbra que para este modelo lo central es la droga, es el qué y no el quién ni el por qué.

El ex-adicto tiene una autoridad casi mística porque ha vencido a "la droga" que, en esta modalidad de abordaje es activa y tiene poder mágico. Por otra parte, cabría preguntarse si consolidar una identidad en torno a algo que uno fue pero que "ya no es" no es una nueva forma de dependencia.

El sistema de premios y castigos incorporado a las distintas etapas, hará que el paciente ingrese como "trabajador", pase a "responsable", "supervisor", "coordinador" y "anciano" (según el proyecto HUOMO desarrollado en Italia). Esta sucesión de etapas conforman una especie de alegoría de la promoción social, que la propia institución, construye, califica, premia o castiga lo que denota cierta concepción de la estructura de la sociedad y las clases sociales.

El hecho de emplear medidas coercitivas tiende a provocar crisis en el paciente; que éste las puede resolver al existir una contención terapéutica.

En este modelo subyace una concepción de que el ser humano "desviado", "adicto" puede ser sometido a experimentos dentro de situaciones artificiales y reproducidas a semejanza de la sociedad en esta especie de "laboratorio" que constituye la Comunidad Terapéutica, la idea es que, a través del entrenamiento que promueve el régimen de premios y castigos se va obteniendo gradualmente la conducta deseada. En ocasiones, se usan carteles, que los pacientes que han cometido alguna falta deben colgarse, aludiendo al error cometido.

Es claro el sentido rotulador y etiquetante y que en definitiva promueve y refuerza la exclusión a que es sometido el paciente en la medida que es llamado "drogadicto" primero, y luego aceptando voluntariamente estigmas que lo identifiquen por sus errores, "debilidades" o "defectos".

El tratamiento se transforma en una transmisión de valores. En la medida que el trabajo está centrado en una comunidad cerrada, artificial, el proceso es ahistórico y asocial por lo que a pesar de plantearse a través de técnicas grupales, es altamente individualizado.

En relación a las estadísticas para evaluar los resultados,

es costoso, sino que ha demostrado no ser suficiente para eliminar la farmacodependencia ni aún evitar su proliferación.

(Cuadernillo de Centros de Integración Juvenil, mayo 1982)

El proyecto global abarca distintas áreas: escuelas, capacitación, orientación, familia, formación de recursos humanos, propuestas institucionales.

ESCUELAS, cuyo objetivo fundamental es, de acuerdo al nivel de los estudiantes, informar y orientar desde aspectos relativos a la promoción y preservación de la salud hasta los relacionados con la sensibilización en contra del uso de fármacos. Por otra parte, se capacita a maestros y a padres para que actúen como multiplicadores de la acción preventiva.

CAPACITACION A LA COMUNIDAD, con el fin de informar a la población sobre la farmacodependencia, y capacitar como informantes potenciales a miembros de la comunidad con la que se está trabajando que deseen colaborar en la prevención del problema. Además, se propicia la organización autogestiva de estrategias preventivas no específicas.

INFORMACION PERIODICA PUBLICA, a través de la cual se informa a la población sobre diversos aspectos de la farmacodependencia en lugares públicos y accesibles, como sindicatos y clubes de servicio y se trabaja en colaboración con otras instituciones y grupos, como Alcohólicos Anónimos.

ORIENTACION FAMILIAR PREVENTIVA, su objetivo es la identificación y resolución de problemas de familia del farmacodependiente, así como el esclarecimiento de la posición de sus miembros ante el uso y abuso de drogas causantes de dependencia, para lograr un mejoramiento en las relaciones interpersonales dentro del mismo grupo.

ORIENTACION A CONCURRENTES, dirigido fundamentalmente a aquellas personas que acuden a los Centros de Integración Juvenil con fines no terapéuticos y que representan posibles multiplicadores de acción preventiva.

VOLUNTARIADO Y PERSONAL EN SERVICIO SOCIAL, a través del cual se capacita a universitarios que realizan su servicio social en la Institución o a voluntarios, con el fin de que se preparen adecuadamente para el mejor desempeño de su trabajo en los proyectos que participan.

INTERINSTITUCIONAL, mediante su desarrollo se establecen convenios de asesoría, colaboración y apoyo a los proyectos que realizan los Centros de Integración Juvenil con otras instituciones y se ejerce influencia para que éstas tomen conciencia del problema del uso indiscriminado de fármacos.

En cuanto a las acciones de tratamiento y rehabilitación, encaminadas a rescatar a los farmacodependientes mediante la asistencia terapéutica especializada e integrarlos al medio social, y que por estar basadas en conceptos de salud tienden naturalmente hacia el modelo médico-sanitario, mantienen presente las otras facetas del problema al que se enfrentan en cada caso que atienden.

Este tipo de institución, toma elementos de los distintos modelos pero su perfil está dado fundamentalmente por la presencia de la comunidad como autora de cualquier programa preventivo o asistencial propuesto.

Es importante mencionar que la participación comunitaria tiene un amplio margen de trabajo en el proceso de atención al problema que nos ocupa, ya que desde la experiencia institucional, es evidente su intervención en todas las fases del proceso que va desde la identificación del problema, la participación en programas preventivos, hasta favorecer la integración del individuo farmacodependiente a su contexto

social, proporcionando alternativas educativas, laborales,
culturales y recreativas.

(Cuadernillo del Centro de Integración Juvenil. Mayo 1982)

Pero...¿Está todo bien?.

Lic. Patricia Sorokin.

El presente artículo intenta describir las experiencias vividas durante el transcurso de la investigación "Drogadicción y Mujer Joven". A tal fin sólo serán relatadas aquellas situaciones de carácter institucional, que por su valor informativo o paradigmático, se consideraron significativas. Se omitirá todo dato que permita identificar a personas y/o instituciones de rehabilitación, entendiéndose que difundir cuestiones esta índole resultarían una intromisión en la privacidad de las personas.

* Comunicación telefónica: -Buenas tardes, la entrevista que Ud. había solicitado con... no va a ser posible porque la información sobre nuestros métodos de trabajo únicamente la explicitamos en congresos. Dentro de un mes presentamos un trabajo que luego van a publicar en una revista especializada; si a Ud. le interesa la información luego que salga se la entregamos, porque el requisito para que lo editen es que el trabajo sea inédito y si Ud. lo lee, no lo vamos a poder publicar.

** Luego de acordar una entrevista con el cuerpo directivo de cierta institución, me recibe uno de sus representantes quien me solicita que espere unos cinco minutos. Acto seguido se retira para aparecer, luego, con once (11) adictos "internos" cuya función será la de "contarme cómo se vive allí". Se ubican alrededor de la mesa y comienzan a relatar los motivos por los cuales debieron ser institucionalizados para su rehabilitación; dado el caudal informativo y las voces superpuestas, les solicito permiso para grabar sus historias, acceden inmediatamente pero modifican la consigna: ya no desean hablar de ellos sino "jugar a la ruleta rusa" consistente en "nombrar drogas hasta que la persona que no sabe pum".

*** -Discúlpeme, Srta ¿Ud. me viene a decir que investiga sobre las mujeres y las drogas?; -Sí; -"Ah, no, no, yo como profesional nunca me sentí discriminada por ser mujer, llegué a este cargo por votación y también dirigí..., nunca tuve problemas, me tratan

como a un hombre".

**** Durante una entrevista institucional realizada con todo el equipo técnico y profesional, comienzan a surgir demandas salariales, reclamos gremiales, propuestas -para mejorar la atención- que se ven frustradas por la falta de presupuesto, ante mi cara de asombro frente a la situación inesperada, me plantean que "éste es el único medio que se les ocurre porque sino no pueden seguir trabajando en esas condiciones".

***** Luego de efectuar en un congreso, un avance de investigación -enumerando los resultados parciales-, se acerca una de las concurrentes a felicitarme -"Muy bien, querida, suerte en la gestión". Le explico que mi cargo no es político sino técnico a lo cual responde "no importa, se hace lo que se puede".

***** Concurro a cierta institución y al intentar ingresar un miembro del staff me interroga: "-Che loca, vos te dás ¿no?; -No; -¿sos careta?; -Sí; -¿Tu novio o alguno de tu familia se droga?; -No; ¿y entonces para que carajo investigas de ésto?".

***** Trás realizar todos los pasos correspondientes a "medidas de seguridad" me permiten comunicarme en forma telefónica con uno de los directivos de la institución. -Espere cinco minutos, ya bajo; esperé algo más de una hora y finalmente llegó el momento de poder entrevistar a dicha persona, quien al verme dudo de sus sentidos. -"¿Ud. es la investigadora (enfaticando la frase), pero ¿qué edad tiene?; -25 años; -Pero escúcheme, ésto es una vergüenza, ¿no había otra persona que venga a entrevistarme, sólo ud. que es una piba? A ver espere ¿Ud. a qué se dedica?; -Soy psicopedagoga; -Ah, que bien, acá hay algunos internos que no simbolizan y Ud. podría ayudarlos; -Le agradezco, pero yo vengo exclusivamente a entrevistar al personal jerárquico y a aquellos adictos que se considere oportuno; -Bueno, venga otro día, que va a recibirla otra persona". La entrevista se realizó a una mujer de menor rango, quien desconocía determinadas cuestiones internas, por haberse

integrado a la institución sólo un mes antes.

***** Accedo a realizar la entrevista a una "interna" (internada) quien lleva colgado a modo de collar un cartel con la inscripción "drogadicta". Al verme encender el grabador comienza a llorar desconsoladamente y pregunta: "-Oí algo ¿después van a filmar lo que me pasó?; -No; -Que lástima, porque acá nos pasaron la película "Hombre mirando al sudeste" y a mí me copó y ahora quiero ser como Rantés. Tengo un cuaderno con dibujos y poesías que escribí antes de entrar acá y esta rebueno y si querés te lo doy y me hago famosa". Utilizo el término internada por considerar que el de interna connota de modo estigmatizante a los presos privados de la libertad ambulatoria.

Luego de esta breve síntesis, en donde pareciera que todo fueron obstáculos, quisiera plantear algunos factores que coadyuvaron en forma determinante a modificar el marco teórico. Investigar sobre problemáticas específicas de género (femenino, masculino), de grupo etario, y de estratificación social, implicó que el personal jerárquico de las instituciones me viese como su posible hija/nieta y fundamentalmente como mujer a la que "todavía le falta mucho". Cabe destacar de modo excepcional la conducta de dos profesionales, ambos jefes de servicio quienes me recibieron en reiteradas oportunidades, me asesoraron y no me discriminaron por ser joven, mujer o profesional de una "disciplina que poco tiene que ver con las drogas".

En cuanto a los jóvenes internados en las instituciones de rehabilitación la relación fue de tipo fraterna, hecho que en ciertos casos entorpeció el encuadre. Dicha situación, en ciertos casos, se debió a que las autoridades al presentarme lo hacían como "esta chica".

Para finalizar, quisiera plantear que la necesidad de discriminar está tan internalizada en la estructura social, que se fabrican "diferentes" "otros" y "nosotros" somos los que estamos bien.