



**Tipo de documento: Tesis de Maestría**

**Título del documento: Alcances y límites en la aplicación de la ley nacional de salud mental (no 26.657) en la comunidad terapéutica según la perspectiva de usuarixs durante el período 2011-2015**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Cecilia Carranza**

**Juan Ignacio Lozano, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2022**

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](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



**Maestría en Intervención Social**  
**Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires**

**Autora: Cecilia Carranza**

Licenciada en Psicología, UBA  
Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales, UBA

Director de Tesis: Dr. Lozano Juan Ignacio

Tesis para optar por el título de Magister en Intervención Social  
Universidad de Buenos Aires

**“Alcances y límites en la aplicación de la ley nacional  
de salud mental (nº 26.657) en la comunidad terapéutica  
según la perspectiva de usuarios durante el período 2011-2015”**



Buenos Aires  
2022

## **Agradecimientos**

---

A quienes con su generoso testimonio hicieron posible esta tesis y apostaron a una transformación a otros modos de alojar.

A mi compañero Gabi, por ceder tiempo compartido, dedicar esfuerzos y todo lo necesario para hacer posible este proceso.

A mi hija Hele, gestada y criada sus primeros tres años de vida en paralelo a este trabajo de pensar, reflexionar, escribir. Motivación permanente y pausa necesaria en la tarea.

A mi tutor Juan, por sostenerme e impulsarme con dedicación, afecto y humor cada vez que necesité.

## **Resumen**

---

Este trabajo propone un entrecruzamiento entre la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) y las internaciones en comunidades terapéuticas, intentando dar cuenta de los alcances que dicho marco legal tuvo sobre estas instituciones en el período analizado (2011-2015).

Este análisis se realiza en dos etapas: inicialmente a partir de la descripción de las internaciones en comunidades terapéuticas, la conceptualización de la problemática del consumo de drogas presente en ellas y un punteo de aspectos de la ley 26.657 que resultan pertinentes al tema. Luego, a través de entrevistas realizadas a personas con experiencia de internación en comunidad terapéutica, se exploran dichos aspectos apelando a un relato de la experiencia en primera persona.

Se utilizó metodología cualitativa, entrevistas individuales semiestructuradas y un posterior análisis apoyado en las construcciones discursivas de lxs entrevistadxs.

## **Palabras Clave**

---

Comunidad terapéutica- Consumo problemático de drogas- Adicción<sup>1</sup>- Sujeto de derechos

## **Abstract**

---

This essay proposes a crossover between the National Mental Health Law (26.657) and hospitalizations in therapeutic communities, trying to account for the scope that this law had on these institutions in the analyzed period (2011-2015).

This analysis is carried out in two stages: initially from the description of the hospitalizations in therapeutic communities, its problematic drug use conceptualization and many Law 26.657 relevant scoring aspects to the subject. Then, through interviews with people who have been hospitalized in therapeutic community, these aspects are explored by appealing to a first-person account of the experience.

Qualitative methodology, semi-structured individual interviews and a subsequent analysis supported by the discursive constructions of the interviewees were used.

## **Key Words**

---

Therapeutic Community- Problematic drug use- Addiction- Subject of rights

---

<sup>1</sup> Se incluyen ambos conceptos: "consumo problemático" y "adicción" por referir a fenómenos clínicos distintos y por anclarse en referencias teóricas diversas.

## Índice

---

<b>Introducción</b>	<i>Página 5</i>
<b>Objetivos, Hipótesis y Marco Metodológico</b>	<i>Página 9</i>
<b>Capítulo N° 1 La salud mental: un territorio en disputa</b>	<i>Página 13</i>
1.2 Una lectura a la ley 26657	
1.3 Lo que el prohibicionismo habilita	
<b>Capítulo N° 2 La adicción como problema</b>	<i>Página 26</i>
2.2 Lo individual como problema	
2.3 El problema de lo individual	
<b>Capítulo N° 3 La ley 26657 en la CT, una lectura posible</b>	<i>Página 38</i>
3.2 El tratamiento en una CT	
3.3 Salud mental ¿posible?	
<b>Capítulo N° 4 La escucha como camino. La CT en primera persona (Axel, Miguel, Marixa, María)</b>	<i>Página 49</i>
<b>Capítulo N° 5 Un decir que sea propio</b>	<i>Página 84</i>
<b>En los márgenes también se escribe. Conclusiones, preguntas, desafíos</b>	<i>Página 88</i>
<b>Bibliografía y leyes consultadas</b>	<i>Página 93</i>
<b>Anexo</b>	<i>Página 95</i>

## 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

**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

**ONU** Organización de Naciones Unidas

**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.

---

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.

## Introducción

---

El presente trabajo tiene como objetivo explorar, desde la perspectiva de lxs usuarixs, qué alcances y limitaciones existen en la aplicación de la ley 26.657 en el dispositivo de la comunidad terapéutica (instituciones que abordan las adicciones, toxicomanías, o consumos problemáticos de drogas -como adhiero nombrarlo-<sup>2</sup>), las cuales se constituyen como un problema en el campo de la salud, tanto en la esfera privada como en la pública.

Dicha ley (sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010) es elegida como marco de referencia del presente trabajo por su novedosa e integral mirada sobre el campo de la salud mental desde una perspectiva de derechos. Sin precedentes legislativos comparables, enmarca el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental, así como su autonomía y capacidad para decidir. Postula a la internación en tanto recurso excepcional, breve, voluntario (excepto casos puntuales) y transitorio en el proceso terapéutico, desalentando las internaciones indefinidas y prohibiendo la creación de nuevas instituciones psiquiátricas monovalentes con características asilares. Promueve el trabajo interdisciplinario de los equipos de salud y establece que el diez por ciento del presupuesto de la cartera del área debe estar destinado a la salud mental.

En la práctica profesional actual existen distintas alternativas que proponen con importantes diferencias miradas y modos de hacer respecto a la problemática. Coexisten diversos abordajes que ofrecen respuestas a preguntas de distinta índole, construyen su conocimiento de diferente modo, se fundamentan en principios y hacen uso de marcos teóricos diversos. Y hay más aún, detrás de esa diferencia teórica y técnico- asistencial se encuentra una disputa aún más compleja, más profunda, una de índole ética y biopolítica. Estas diferencias no alcanzan sólo a la técnica terapéutica sino a la problematización más profunda del fenómeno, nos dan cuenta de cómo miramos al otrx y qué hacemos al respecto. Las diferentes miradas sobre el consumo, ya sea en tanto patología individual o más bien entendida como una expresión subjetiva en un contexto con múltiples determinaciones y atravesamientos, habilita intervenciones respectivas: con lógica culpabilizante, individualizante y atravesada por la moral, o bien nos abre el juego a complejizar la mirada hasta interpelarnos a nosotrxs mismos y hacernos parte del problema. Estas diferentes interpretaciones de lo que al otrx le pasa, sin dudas nos habilitan posiciones bien distintas también.

En el presente trabajo tomaré el modelo de tratamiento abstencionista (centrado en la abstinencia del consumo como condición para el tratamiento) aplicado mayoritariamente en las comunidades terapéuticas (CT de aquí en más) para preguntarme acerca de los modos, fundamentos, características y la aplicación de la ley 26.657 (LNSM) en dispositivos de este tipo.

Tomando como referencia normativas pertinentes en vigencia y algunos recortes teóricos que hacen a las bases del funcionamiento de las CT realizaré un entrecruzamiento, para luego

---

<sup>2</sup> 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.

avanzar hacia lo referido por un grupo de personas entrevistadas en cuyas trayectorias de vida data la internación en una CT durante el período 2011-2015.

Tomaré como referencia la definición del “consumo problemático de drogas” presente en el art. 2 de la ley 26.934<sup>3</sup> (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.”

A continuación, algunas cuestiones que hicieron a la elección de las CT en tanto objeto de análisis del presente trabajo. En Argentina desde hace años han sido principalmente las CT, granjas y otras instituciones de funcionamiento similar centradas en la internación y en el abstencionismo -mayoritariamente del tercer sector y privadas- las instituciones que han ofrecido respuesta a la población afectada por el consumo de drogas<sup>4</sup>. Estos modelos de asistencia fueron importados desde Europa y Estados Unidos y con el tiempo lograron conformarse como instituciones “especializadas” en la problemática en Argentina y constituirse (con una creciente demanda y la insuficiente respuesta desde el Estado en sus políticas públicas y legislación<sup>5</sup>) como la principal y más prometedora respuesta en lo que refiere a los consumos problemáticos de drogas<sup>6</sup>. Este último punto, a mi entender, sucede como consecuencia de un complejo entramado político económico cuyo análisis exhaustivo del mismo excede las posibilidades del presente escrito, sin embargo realizaré algunas puntualizaciones breves al respecto.

Para quienes habitamos el campo de la salud mental en tanto trabajadorxs, bien conocido es el estado de urgencia subjetiva con el que cualquier persona en situación de CPD (o su entorno) solicita un tratamiento, así como también lo son las dificultades para acceder y ser acogidx por el sistema de salud<sup>7</sup>.

Considero que es ese vacío uno de los factores que contribuyeron a la proliferación de las propuestas de internación (como las CT) con su promesa de recuperar algo de todo lo perdido en el proceso de consumo y en algunos casos incluso con la mesiánica consigna de “salvar vidas”.

En el presente trabajo, en términos generales, el análisis será respecto al modo en el que la CT (en tanto dispositivo hegemónico de tratamiento para el consumo problemático de drogas) interviene y su consecuente tensión con el acceso al derecho a la salud mental. La pregunta

---

<sup>3</sup> Ley sancionada y promulgada en 2014 pero no reglamentada al momento (2021)

<sup>4</sup> 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)

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Ampliaré sobre la falta de acogimiento y el fenómeno del “sujeto inesperado” luego

central será si dicho dispositivo, con sus particulares características (estructura, objetivos, teoría, técnica, método y principios) resulta en sí mismo un obstáculo al derecho a la salud mental, o bien si aún con estas particularidades puede resultar la CT un espacio institucional más, en el cual puede tener lugar la garantía de derechos.

Tal como mencioné anteriormente, la respuesta a estas preguntas será producto de un entrecruzamiento entre el marco teórico de referencia y la palabra de lxs protagonistas en cuestión, de aquí en más lxs sujetxs de intervención de las CT: personas que habiendo alcanzado la mayoría de edad hayan estado en situación de consumo problemático de drogas, que por ello hayan optado<sup>8</sup> por la internación en una comunidad terapéutica de GBA norte de carácter abstencionista (modelo italiano) durante por lo menos 6 meses.

Mencionado esto, 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 variadas instituciones: modelo americano y modelo italiano. El primero 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. El segundo, el modelo italiano, con fuerte influencia del psiquiatra Franco Basaglia y 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. Bajo esta modalidad, y a diferencia del primero, el tratamiento se inscribe como un proceso terapéutico conformado por etapas (admisión, ingreso a CT, y reinserción) y con la inclusión de las familias al trabajo terapéutico.

Salvando dichas diferencias, y a los fines de posibilitar el análisis a realizarse en la presente tesis, es menester nombrar también aquellos aspectos principales compartidos generalmente por las CT que constituyen mi objeto de estudio: funcionan de manera piramidal, centrando la intervención en la internación prolongada, en un proceso terapéutico estandarizado, rutinario, centrado en la implementación de pautas de conducta, muchas de las veces basado en premios y castigos. El abstencionismo se constituye como principal condición (y objetivo a la vez) en el tratamiento del “estado mórbido” denominado “adicción”, ampliaré esta categoría y lo que ella implica especialmente en el capítulo 2.

La perspectiva principal desde la cual abordaré la lectura, el análisis de datos y escritura será 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, y en sintonía con la referencia citada, me preguntaré sobre el rol instituyente del Estado en relación a los tratamientos que tienen lugar en las CT, cuya lógica de funcionamiento es privada pero -las más de las veces- se nutren de financiamiento estatal. Intentaré también dar cuenta de la solidaridad existente entre las disciplinas hegemónicas (medicina, psicología y otras en menor medida) preguntándome si con sus aseveraciones y accionar patologizan y/o criminalizan el consumo de drogas. Me propondré también generar

---

<sup>8</sup> Aclaración en relación a este término, la palabra “optar” refiere a la mera no judicialización de la internación. No se hace alusión al término “optar” en tanto elección frente a opciones posibles dadas las previas aclaraciones en la escasa oferta de tratamientos. A su vez, es importante destacar que muchxs “optan” por internarse en situaciones de cuestionable acceso a la conciencia.

algunas reflexiones e interrogantes -cuyo análisis no saldré en el presente escrito pero que creo no pueden ser omitidos- en relación al complejo entramado entre estas disciplinas y los negocios farmacéuticos y de las internaciones en CT.

La escritura de los capítulos será estructurada de la siguiente manera:

Como primer paso, realizaré un breve estado de situación en relación al campo de la salud mental, al cual nombro como un territorio en disputa por considerar la confluencia en él de intereses y fuerzas contrapuestas que permanentemente construyen sentido y hacen lugar a las diferentes prácticas en salud. Para esto, tomaré como punto de partida algunos antecedentes (nacionales) históricos que considero relevantes a la hora de pensar en la salud mental en clave de derechos humanos y también haré referencia a los marcos legales vigentes.

En segunda instancia, y para delimitar el objeto de estudio, realizaré una historización sobre las CT en general y luego en particular en nuestro país.

El análisis estará enfocado en el control sobre los cuerpos propuesto desde el dispositivo, la pregunta a desarrollar aquí es si esto es un medio de “cura” o un fin en sí mismo.

Continuaré problematizando la concepción que de la problemática (y de lxs sujetxs) circula en dichos dispositivos, preguntándome: ¿Cómo se nombra a la problemática y qué se le asocia? ¿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 cuestiones que considero problemáticas: la adicción como nosología y la individualización del padecimiento subjetivo. Me adentraré en la definición que se realiza sobre la considerada enfermedad de la adicción y la individualización del problema del consumo problemático de drogas en tanto adicción.

Lo siguiente, y en línea con avanzar en la delimitación del objeto de estudio, será realizar un recorte descriptivo sobre la ley 26.657 para seleccionar los elementos centrales desde los cuales analizaré el fenómeno de las CT. En un permanente ida y vuelta, me propongo realizar un entrecruzamiento discursivo entre lo que se plantea como tratamiento en las CT y lo que se establece como marco normativo al respecto. La pregunta central es sobre el ejercicio del derecho a la salud en ese contexto.

En el capítulo 4 realizaré un recorrido transversal por las entrevistas realizadas para situar, desde el discurso de lxs entrevistadxs, los entrecruzamientos posibles entre la ley 26.657 y sus experiencias de internación. Las preguntas guías serán: ¿qué elementos de la ley alcanzaron a percibir en sus experiencias? ¿cuáles quedaron por fuera? Apelaré a aspectos como: el aislamiento social, el consentimiento informado, la medicalización, el acceso al trabajo como derecho, los derechos sexuales, la violencia simbólica, la violencia institucional, la violencia de género, etc.

En síntesis, intentaré establecer en qué medida -y a partir de sus relatos sobre sus experiencias- coexisten en una misma escena la ley 26.657 y el tratamiento en CT tal como les fuera planteado.

Por último, en conclusiones, en una lectura más integral de todo lo planteado en el presente trabajo, intentaré tamizar algunas cuestiones que se desprenden del análisis previamente realizado así como establecer nuevos interrogantes como potenciales puntos de partida hacia nuevos horizontes.

## **Objetivo General**

Analizar las Comunidades Terapéuticas y su tensión con el derecho a la salud mental (conforme a la ley 26.657) en GBA norte, período 2011-2015.

## **Objetivos Específicos**

1. Describir el funcionamiento interno de las CT en cuanto a metodología y estandarización de la intervención y la vigencia del modelo médico hegemónico.
2. Detectar las tensiones entre el funcionamiento de las CT y la LNSM (nº 26.657).
3. Analizar el impacto subjetivo (de la internación) referido por lxs entrevistadxs en relación a la vulneración/garantía de sus derechos, así como su evaluación al dispositivo.

## **Hipótesis de trabajo:**

En las comunidades terapéuticas el abordaje psicológico y psiquiátrico prevalece fuertemente respecto de otros, dejando por fuera determinantes fundamentales de la problemática como por ejemplo: lo cultural, político, social, antropológico, etc. Dicha individualización y patologización resultan en intervenciones que pretenden modificar aspectos meramente conductuales para eliminar la situación de consumo. Esta mirada obstaculiza la aplicación de la ley nacional de salud mental (Ley nº 26.657), la cual postula una mirada integral de la salud (con sus determinantes sociales) desde una perspectiva de derechos.

## **Marco Metodológico:**

La realidad social contemporánea es compleja y presenta múltiples aspectos apreciables de modo diferente según el posicionamiento subjetivo a partir del cual se la aborde. El consumo problemático de drogas, su interpretación teórica, las intervenciones posibles, la posterior reconstrucción que las y los protagonistas puedan realizar, todas y cada una de estas instancias pueden ser analizadas y problematizadas a la luz de distintos enfoques. En todos los casos nos toparemos con sesgos múltiples, interpretaciones variadas y conclusiones diversas. Pero hay en toda esta diversidad un denominador común, y es que al tomar como punto de partida la complejidad de lo real se vuelve necesario seleccionar ciertos aspectos en el acto de conocimiento.

Al respecto, Max Weber, señaló: “No existe ningún análisis científico “objetivo” de la vida cultural o bien de los “fenómenos sociales” que fuese independiente de unas perspectivas especiales y “parciales” que de forma expresa o tácita, consciente o inconsciente, las eligiese, analizase y articulase plásticamente”<sup>9</sup>.

Adoptando el enfoque metodológico weberiano, desarrollo –en los capítulos de esta tesis- una serie de cuestiones que, a mi entender, hacen posible un análisis crítico al tan vigente dispositivo de intervención sobre el consumo problemático de drogas: la comunidad terapéutica. Un análisis que mira a este dispositivo a la luz de los marcos normativos vigentes, ni más ni menos que lo que debiera suceder cualquier espacio terapéutico en suelo argentino conforme al marco jurídico vigente. Para esto, no sólo consulto a las bases académicas y

---

<sup>9</sup> Weber, Max: (1984) “La acción social: ensayos metodológicos”, pág 140. Editorial Península, Barcelona.

legales en el tema, vuelvo sobre preguntas e inquietudes que resonaron y resuenan en mi práctica profesional como psicóloga, sino que fundamentalmente acudo a un espacio productor de conocimiento, poco consultado: la voz de lxs usuarixs (en el doble sentido de este término, usuarixs de drogas y del dispositivo en cuestión).

Es en ese complejo entramado, tras un inagotable entrecruzamiento de palabras, de discursos, de saberes y de experiencias es que apelo a construir una narrativa nueva. Me propongo volver a lo simple para buscar respuestas a lo complejo.

En Argentina las investigaciones del fenómeno del consumo de drogas, en términos de variaciones a lo largo del tiempo y de patrones de consumo por provincia y por región es escasa y no se encuentra debidamente centralizada<sup>10</sup>. Esta falta de sistematización de los datos hace que se desconozcan aspectos centrales a la hora de analizar la intervención sobre el consumo de drogas, por ejemplo: cuántxs usuarixs de CT decidieron y a cuántxs se les impuso hacer un tratamiento en internación, cuántxs recurrieron a otras alternativas ambulatorias (u otras por ejemplo de índole comunitaria) para modificar su situación y las vicisitudes de ese proceso, o bien a cuántxs ya internadxs se les asignó un plan de medicación y en qué medida se los participó del proceso, cuál es el promedio de permanencia en internación, cómo se acompaña y contiene en el acceso al mercado laboral, cuántxs obtuvieron un alta terapéutica, qué criterios se establecen para consignar tal instancia, cuál es el porcentaje de “recaídas”, cuál es la definición consensuada de dicha categoría, qué estrategias se implementan ante esa coyuntura, por mencionar algunos aspectos entre tantos otros posibles. No existe, en el ámbito de la República Argentina, relevamientos accesibles y confiables que arrojen datos cuali y/o cuantitativos sobre lo recién mencionado ni sistematización alguna sobre las CT en vigencia (creadas con anterioridad o en contemporaneidad a la sanción de la ley 26657, pese a lo que su letra indica) y menos aún evaluaciones de impacto.

De acuerdo con este contexto, y a los fines de suplir este déficit, se ponderan a lo largo de este escrito fuentes de diversa índole, entendiendo que el cruce de diferentes fuentes se constituye como una estrategia válida para acceder a cierta información no tan accesible. En función de esto aparecerá información estadística disponible sobre consumo de drogas<sup>11</sup>, citaré material académico en función del cual se sientan las bases del tratamiento y expondré lo extraído de entrevistas a informantes claves (ex usuarixs del dispositivo).

Antes de avanzar en el desarrollo considero pertinente aclarar la posición desde la que realizo esta tarea. En primer lugar, mi experiencia durante unos pocos años como psicóloga en comunidad terapéutica primero y centro ambulatorio luego. En segundo lugar mi actual

---

<sup>10</sup> Resumen ejecutivo: “Estado de conocimiento y agenda de prioridades sobre los consumos problemáticos de drogas y sus respuestas socio – sanitarias en argentina”, realizado por Camarotti, Capriati, Touris, Anciola, Barbieri y Ortiz, como resultado del Estudio Colaborativo Multicéntrico 2008/2009 “Nuevos abordajes para la fijación de prioridades de investigación en salud: hacia la construcción de un sistema de fijación de prioridades”, apoyado por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>11</sup> Hasta hace pocos años no existía ningún tipo de investigación sobre el tema (oferta y demanda). Recién en el año 2005 se creó el Observatorio, dependiente de la SEDRONAR, que realizó cuatro encuestas sobre consumo en población general (2004, 2006, 2008 y 2010), las que no son comparables entre sí.

Si son comparables y arrojan resultados que no alejan al país de la media internacional, tanto en drogas lícitas como ilícitas, la encuesta realizada por iniciativa del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos denomina “Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas –ENPreCoSP 2008, con la precedente del 2004 efectuada con la colaboración del SEDRONAR y el INDEC. Esta encuesta relevó que 51.000 hogares, siendo el trabajo más exhaustivo que se haya realizado por su dimensión (más del 90% de la población nacional). Los datos obtenidos de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población de 16 a 65 años son los siguientes: Tabaco 76,2%, Alcohol 52,6%, Marihuana 6,9%, Tranquilizantes 3,5%, Cocaína 2,1%, Estimulantes 0,8%, Inhalables 0,6%, Éxtasis 0,4%, Pasta Base 0,2%

inserción laboral dentro del Ministerio de Salud de la Nación (si bien no en el área con directa y específica pertinencia en salud mental y consumo problemático, en áreas vinculadas a la garantía de derechos vinculados a la salud) además de mi implicancia subjetiva y mi convicción en relación a los DDHH y el indelegable rol del Estado como garante y también fiscalizador de actividades vinculadas a los mismos. Estos antecedentes y particularidades constituyen mi presente, y aunque no trabaje actualmente en CT me encuentro fuertemente motivada a preguntarme e investigar por la salud mental en clave de derechos humanos.

Considero que la experiencia adquirida, el interés, el conocimiento sobre el campo, los vínculos establecidos allí, etc. se constituyen como factores que motorizan y a su vez hacen de obstáculo dada la implicancia con el objeto de estudio.

Para finalizar, daré pauta de los pasos que implicaron la elaboración del presente escrito:

- a) Familiarización con el marco teórico de intervención de las CT: análisis de la posición teórica e ideológica. Es decir, material académico existente sobre la construcción de la problemática del consumo de drogas en tanto adicciones, fundamentación teórica del dispositivo, su historia en el mundo y en el país, y la descripción del funcionamiento del mismo.
- b) Lectura de marcos normativos vigentes, particularmente en detalle la ley 26.657 para un análisis de las CT a la luz de lo que dispone la misma. También relevamiento y análisis de algunas fuentes secundarias encontradas.
- c) Entrevistas semi estructuradas a 4 (cuatro) personas mayores de edad que transitaron su internación voluntaria en una comunidad terapéutica con enfoque abstencionista, en zona norte de GBA, en el transcurso del período 2011-2015. En todos los casos se resguardó las identidades reales de lxs usuarixs.

El trabajo de investigación es de carácter cualitativo. La estrategia de investigación se apoya en las construcciones discursivas de lxs informantes clave. El relato de las experiencias en el marco de entrevistas semiestructuradas, con la consecuente delimitación de la muestra por considerarse saturada, será central para repensar las formas actuales de construcción del problema y las intervenciones posibles. Las dimensiones a estudiar serán abordadas utilizando diversas estrategias y técnicas de manera flexible, intentando comprender el fenómeno en su amplia extensión y complejidad, lo que supone apelar al principio de triangulación metodológica de varias fuentes (documentales, orales, estadísticas), es decir de datos y teoría para una comprensión multidimensional del proceso.

### **Unidad de análisis:**

Comunidad Terapéutica de zona norte GBA con método abstencionista (basada en el modelo italiano).

### **Fuentes de datos**

- a) Primarias:
  - Entrevistas semi estructuradas a 4 (cuatro) personas mayores de edad que transitaron su internación voluntaria en una comunidad terapéutica con enfoque abstencionista, en zona norte de GBA, en el transcurso del período 2011-2015.
- b) Secundarias:
  - Información estadística sobre las tendencias del fenómeno
  - Instrumentos jurídicos (debates parlamentarios, leyes)

- Investigaciones complementarias
- artículos académicos
- notas periodísticas

Se escogió a la entrevista como técnica privilegiada de recolección de información dada su versatilidad y correspondencia con el enfoque metodológico adoptado. La misma – como forma de conocimiento - permite captar sentidos y significados que no son posibles de aseguir de otro modo.

## Capítulo N° 1 La salud mental: un territorio en disputa

---

*“La utopía está en el horizonte.  
Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos.  
Camino diez pasos y el horizonte se desplaza diez pasos más allá.  
Por mucho que camine, nunca la alcanzaré.  
Entonces, ¿para qué sirve la utopía?  
Para eso: sirve para caminar.”  
Eduardo Galeano*

Para aproximarme al objeto de estudio (CT) y desarrollar luego el problema que ocupa al presente trabajo, situaré en este capítulo inicial el proceso, aún en marcha, del efectivo advenimiento de la salud mental como derecho, entendiendo a la misma como un proceso dinámico, en el que transitamos estados de mayor o menor bienestar emocional, psíquico y social, que nos permiten afrontar la propia vida y de la comunidad en la que vivimos, con sus malestares y problemáticas.

Producto del complejo entrecruzamiento de intereses y fuerzas, a la salud mental se le han otorgado distintos estatutos en diversos momentos históricos. Si bien la segregación de las personas con conductas consideradas desviadas es una práctica ya de larga data, los modos de hacer al respecto se ha ido transformando y continúan transformándose permanentemente, en este sentido -y en nuestro país en particular- se avanza (y retrocede) en el proceso de conquista de derechos. En este sentido, se ha propuesto una transformación en las prácticas en salud mental a partir de la creación y progresiva aplicación de la ley nacional 26.657. Proceso que va teniendo lugar, no sin vaivenes, resistencias y obstáculos. De esta manera, aún tras varios años de creada la ley e iniciada su implementación, los dispositivos como las CT (basados en el aislamiento y en la categorización de lo normal y lo desviado) no pierden vigencia.

El campo de la salud mental, lejos de ser la excepción, ha sido históricamente -por sus vacíos legales y su particular objeto de intervención, la locura- un terreno fértil para el destrato y la violencia. Como contracara de esa violencia, y como sucede ante lo siniestro, incontables e incansables han sido los esfuerzos (políticos, académicos, militantes, etc) realizados hacia la reivindicación de los derechos humanos vulnerados y de intentar reparar sus drásticas consecuencias. Es este un proceso que antecede por mucho a la ley 26657, de la que me ocuparé en el presente trabajo, pero que sienta las bases y enmarca la razón de ser de la misma.

Escribo y dedico tiempo y espacio hoy, aún con tanto institucionalizado, porque esta batalla sigue vigente. Tal como señala el título de este capítulo, considero que la salud mental continúa siendo objeto de disputa entre sectores de poder, disciplinas y saberes varios.

Dicho esto, centraré mi análisis en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) y el proceso de transformación que con ella se inició. Proceso gradual y progresivo, ya que cuando de procesos de profunda transformación se trata, nada es de una vez y para siempre.

Visto desde un contexto mundial, la historia de nuestra humanidad ha sido signada por distintos conflictos bélicos cuyos efectos continúan teniendo repercusiones en nuestro presente. Producto de estos y teniendo como punto crítico la segunda guerra mundial, durante el siglo pasado comenzaron a surgir distintas declaraciones e instituciones que buscaron regular y

proteger los derechos de las personas. A partir de la creación de la Organización de Naciones Unidas (ONU de ahora en adelante) el 24 de octubre del año 1945, luego de que 51 países ratificaran la carta de la ONU en la que se facultara a esta instancia, se comenzaron a pensar medidas sobre distintos problemas de la humanidad durante el siglo XX (ONU, 1945). Desde ese momento, dichos “problemas” adquirieron la entidad de violaciones a los derechos humanos, a partir de los cuales se gestaron distintos documentos con el objetivo de no volver a permitir más situaciones de esa índole (ONU, 1948). Este proceso culminó con la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) el 24 de octubre de 1948, que se plantea como un ideal común por el que todas las naciones participantes deben esforzarse en conseguir, promoviendo el respeto a estos derechos y libertades (ONU, 1948). 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.

Si bien es importante tener en claro ciertos hitos históricos, la historia nos demuestra que los movimientos en relación a las conquistas en materia de derechos humanos no son lineales sino más bien fluctuantes. Se trata, en casi todos los casos, de procesos dinámicos y complejos que se ven condicionados por distintos factores: político, económico, cultural, social, etc. Por situar algunos ejemplos: existen convenios internacionales a los que adhieren países de diferente manera; leyes que son impulsadas por demandas de la sociedad civil que de otra manera serían inexistentes; proyectos de ley impulsados fuertemente por la agenda mediática; iniciativas poderosamente transformadoras que por no contar con el respaldo de la política institucional no logran materializarse; etc.

En este sentido, en Argentina y con el paso de los años, han ido (re) configurándose los marcos normativos y la manera de interpretar la realidad. Se puede observar cómo cobraron visibilización e identidad en la arena política, progresivamente, distintos sujetos y circunstancias sociales que hicieron evidentes nuevas necesidades y problemas que debieron ser consideradas en lo general y en lo particular. El campo de la salud mental ha sido históricamente terreno fértil para la vulneración de derechos humanos fundamentales, pero estos problemas (en la medida que se consideraron tales y a costa de sufrimiento y luchas) han ido logrando ocupar la agenda pública. Es por esto que, si bien preexisten convenios internacionales a los que Argentina desde hace muchos años suscribe, las leyes nacionales en clave de protección y promoción de derechos en salud mental no son de larga data y han sido producto de enormes luchas políticas.

La ley 26.657 surgió entonces como marco normativo, necesario -indispensable- pero no suficiente. Vino a otorgar entidad jurídica e institucional a una lucha que la antecede, una lucha enmarcada en otras históricas, las que siempre prevalecieron y reivindicaron los derechos humanos ante todo aquello que intenta avasallar la dignidad individual y colectiva de personas con padecimientos mentales.

Claro está que las resistencias no son pocas, desterrar viejas prácticas arraigadas, ir a contrapelo de intereses que exceden a los actores sociales -pero que los condicionan fuertemente- no es sencillo. La formación académica, lo cultural, el orden social, el lobby farmacéutico, el sector más reaccionario, conservador y antiderechos (rara vez disociado), las viejas



prácticas sanitarias expulsivas, en resumen: el quehacer instituido sobre la locura es el escenario sobre el cual hay que operar para instituir nuevas lógicas emancipatorias para el sujeto, para devolver voz y derechos a los “nadies”.

¿Una utopía? ¿un imposible? Elijo nombrarlo como una disputa. Un proceso dinámico, no lineal, atemporal, atravesado por las más fuertes tensiones económicas y políticas, en jaque -nada menos- que con la poderosa industria farmacéutica.

## 1.2 Una lectura a la ley 26657.

Dentro de las múltiples miradas y abordajes que se pueden realizar sobre la ley, de cada uno de sus artículos, de lo que incluye y excluye en su letra, su retórica, la construcción del problema, del proceso de su implementación, el análisis de los obstáculos, etc. la presente lectura se adecua al contexto de los objetivos y alcances de este trabajo. Es decir, acotada a los intereses de analizar las CT y los modos en que la ley propone operar sobre los tratamientos en dicho contexto.

Para comenzar, situaré algunas cuestiones históricas que hicieron al contexto mundial y local para que fuera posible -y necesario- el surgimiento de la misma en Argentina.

Tal como mencioné previamente, los manicomios han sido históricamente el lugar para la locura, han brindado a la sociedad la comodidad de hacer de la locura un asunto privado y han funcionado como espacio de desecho, de aquello que se presentaba como desviación de lo “normal”<sup>12</sup>. En nombre de la medicina y de la salud mental, y con el -podríamos llamar- aparato represivo de la salud mental<sup>13</sup>, se ha arrasado la dignidad e integridad de quienes, en su padecer, necesitaban todo menos una condena perpetua como consecuencia a su padecimiento mental.

Entre 2004 y 2007 el CELS<sup>14</sup> junto al MDRI<sup>15</sup> realizaron una investigación, y en 2008 publicaron un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina, para realizarlo se nutrió de experiencias de segregación de personas en asilos psiquiátricos. En este informe se

<sup>12</sup> Vale problematizar este término teniendo en cuenta que cada coyuntura histórica y política ofrece a la psiquiatría una posible conceptualización de “normal” y “desviado”

<sup>13</sup> Los manicomios y el paradigma alienante

<sup>14</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales. Organización no gubernamental fundada en 1979 y dedicada a la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina.

<sup>15</sup> Mental Disability Rights International

visibilizaron y denunciaron violaciones a los derechos humanos (por ejemplo falta de higiene, las condiciones inseguras, sobrepoblación, falta de atención médica, etc) con el objetivo de incidir en la formulación de políticas públicas basadas en el respeto por los mismos, impulsar reformas legales e institucionales tendientes al mejoramiento de la calidad de las instituciones democráticas y promover el mayor ejercicio de estos derechos para los sectores más desprotegidos de la sociedad. Más allá de lo trascendente de este informe y del impacto que tuviera, me interesa citarlo ya que pone de manifiesto situaciones aberrantes que se encontraban (y algunas de ellas lamentablemente continúan) naturalizadas. También da cuenta de cómo puede el sistema sanitario patologizar cuestiones de índole sociales y a su vez las instituciones de salud mental reproducir malestar y padecimiento subjetivo. El informe da cuenta, entre otras cosas, de cómo a partir de algún evento de carácter de salud mental se han trazado trayectorias irreversibles haciendo uso de diagnósticos y tratamientos médicos que solo han vuelto crónico e irresoluble el problema que, considero, exigen las más de las veces miradas de salud integral. Dicho en palabras de los autores: “En la mayoría de los casos, las personas internadas eran “pacientes sociales”, que no contaban con alternativas para desarrollar su vida fuera de la institución, que permanecían asiladas por períodos prolongados, sin contar con asistencia médica, psiquiátrica, psicosocial o legal que podría haberlas ayudado a poner fin a su encierro. La investigación también rescata y analiza algunas experiencias de reforma con la expectativa de que puedan funcionar como un ejemplo para las políticas públicas de otras zonas del país.”<sup>16</sup> Este antecedente cobra un valor fundamental si lo pensamos como una interpelación, una invitación a pensar en la mirada y la construcción del otro (y de los problemas) que podemos realizar de cara a abandonar la lógica manicomial.

Afortunadamente podemos decir que poco a poco, en un mundo en movimiento, las locas y locos han empezado a ser mirados, la locura problematizada, y sus padeceres (como cuestión pública) ingresaron en la agenda pública de una vez y para siempre. Muchas viejas discusiones propias de la academia y de la militancia por los derechos humanos hicieron eco en la arena política y, tras un largo proceso, se materializaron en nuestro país en la (no más “nueva” sino ya conocida) Ley Nacional de Salud Mental (26.657). En particular, fue posible problematizar algo que conocemos como el derecho a la salud mental, que no es ni más ni menos que el poder pensar a la salud mental en clave de derechos humanos, desde una perspectiva integral de la salud y en tanto derecho inalienable e universal. Dicho así de sencillo y de resumido invita a una fuerte reconstrucción del paradigma sanitario nacional, a importantes modificaciones en cuanto a procedimientos, protocolos, prácticas, etc. y fundamentalmente a un cambio de mirada sobre un otro que padece de algo que no nos es ajeno, una mirada comunitaria sobre los lazos, sobre lo que somos como sociedad y sobre lo que podemos hacer para mejorar las condiciones de vida de todos y todas.

Ahora bien, ¿en qué escenario político nacional se inscribió esta ley? Sancionada en 2010 (pleno contexto político signado por la conquista de derechos) halla antecedentes en otras leyes de carácter conservador, como por ejemplo de “Tenencia y Tráfico de Estupefacientes” (n° 23.737) que nació en 1989 en pleno auge de lo que fuera la “Guerra contra las Drogas”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> La investigación completa en CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina*, s. - 1a ed. - Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

<sup>17</sup> 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

que criminaliza al consumidor de drogas, poniendo el foco en su accionar calificado como delictivo<sup>18</sup>. 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. Cabe mencionar que esta ley (23.737) generó ciertas controversias en algunos sectores. Tal como data en la nota citada del diario Página12<sup>19</sup> 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, en una clara tendencia despenalizadora a la conducta de los usuarios. Si bien la reforma quedó paralizada en ese entonces, las 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 2012<sup>20</sup> 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 los usuarios.

El Plan IACOP apareció reforzando principios ya establecidos en la LNSM, ubicándose desde una perspectiva de descriminalización, contemplando los derechos de los sujetos, 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. A partir de lo establecido en esta ley, ningún hospital público podrá rechazar el ingreso de personas afectadas por consumos problemáticos aduciendo falta de camas, lo que suele suceder de forma habitual en la actualidad. Un detalle no menor respecto a esta ley, que en mucho afectaría el normal funcionamiento de las instituciones de salud y legales, es que aún no ha sido reglamentada.

Realizada esta breve mención sobre el marco legal que acompaña y apunta a transformar la

---

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/>

<sup>18</sup> 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/>

<sup>19</sup> Nota del diario Página12 disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-206025-2012-10-21.html>

<sup>20</sup> 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/>

praxis en salud mental, es necesario decir que si bien la vida cotidiana en su totalidad se encuentra atravesada por lo establecido en convenios internacionales, leyes, normas, etc. estas nunca construyen realidad por sí mismas ni de manera directa. El consumo problemático de drogas y su intervención no son la excepción al respecto, aunque existan determinados marcos legales no alcanza con ellos para modificar la realidad de las personas en situación de consumo.

Las tradiciones, la historia, lo simbólico están siempre operando, 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 estas leyes se nos aparece como un horizonte hacia el cual vamos. Vamos pero también venimos según los devenires históricos, según las condiciones de posibilidad. Como ya mencioné, son muchos los factores, intereses y pujas de poder en juego.

Entonces, podemos afirmar que con la sanción e implementación de la Ley 26.657 se dió un paso importantísimo en la vieja disputa sobre los saberes en salud mental: se saldaron (aunque no en los hechos, en materia legislativa) e institucionalizaron discusiones para dar entidad normativa a prácticas que ya no aceptaremos como sociedad. Con jerarquía constitucional, esta ley tiene el central objetivo de “proteger la salud mental de todas las personas y asegurar el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental”<sup>21</sup> y se hace hincapié sobre algunos puntos centrales:

En primer lugar, y creo que en uno de sus planteos más audaces, la interpelación del saber médico hegemónico y con ella la inclusión a otras disciplinas y ¡al sujeto! en cuestión para la evaluación y toma de decisiones en relación a los tratamientos. En su 3er artículo, ofrece una novedosa (no es nueva la concepción en sí misma mas si lo es en términos jurídicos) mirada sobre la salud como proceso complejo (multideterminada por lo histórico, socio-económico, cultural, biológico, religioso, vincular, político, etc) cuya preservación y mejoramiento supone la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. En palabras de la ley “Se 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.” (Ley 226.657, art. 3º)

Además, en el mismo artículo realiza hincapié respecto a que los diagnósticos no puedan ser realizados en base a la pertenencia social, religiosa, política que posea el sujeto, a sus antecedentes en tratamientos u hospitalización, a su elección y/o identidad sexual, y a la (no) adecuación moral de esa persona a la comunidad en donde viva. Y a que sea cual fuera el diagnóstico en cuestión, pueda entrar en cuestión la voluntariedad y el consentimiento de la persona a realizar el tratamiento. Resulta tan central este punto, y tan disruptivo respecto a las instauradas prácticas, que se le dedica un entero capítulo (IV) en el cual se detallan artículo por artículo todos y cada uno de los derechos a los cuales debe tener acceso la persona con padecimiento mental: “a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y

---

<sup>21</sup> Ley Nacional de Salud Mental (2010)

comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.” (Ley 26.657, Capítulo IV)

En línea con lo anterior, en el 5º artículo se señala que “La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.” (Ley 26.657, art. 5º) Con este artículo no sólo se abre el juego a la intervención de otras miradas sobre el campo de la salud mental, sino que se plantea que cualquier padecimiento mental de las personas no sea considerado como un estado inmodificable, apuntando a desandar de alguna manera el camino de los estigmas vinculados a los diagnósticos en salud mental. Con esto se comienza a adentrar en un punto que resulta central en esta ley, el proceso de desmanicomialización: el manicomio (ni otras instituciones de salud) no es un lugar para vivir, ni mucho menos para quedar depositadxs al olvido social. En su 9º artículo plantea: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.” (Ley 26.657, art. 9º) De esta manera queda claro que internación debe constituirse como un recurso, no ya un destino ineludible.

Además, otro punto central (presente en el artículo 4º) es que invita a considerar a las adicciones como un problema concerniente al campo (y a las políticas) de la salud mental: esto es, hace del consumo problemático parte de los problemas en el campo de la salud mental y hace de este campo parte de la solución al problema. Se afirma que las personas con uso problemático de drogas (legales e ilegales) tienen todos los derechos y garantías que se establecen en dicha ley en su relación con los servicios de salud. Incluye a las prácticas históricamente segregadas del campo de la salud, sostiene que las prácticas en salud mental deben adecuar sus lógicas a las de cualquier otra práctica en salud. Nos convoca así a hacernos parte del problema y a hacer parte también a ese otrx que siempre nos pareció tan distinto, por irrumpir y cuestionar todo lo establecido por no “encajar” en ningún lado, no ser el sujeto “esperado” (volveré sobre esto) en las familias, en las escuelas, en las empresas, en los

valores morales, ni siquiera en los establecimientos de salud mental.

Pareciera que con la ley se hizo visible un problema (que la antecede y la trasciende) y es que para el sujeto con consumo problemático no había un lugar. Podríamos preguntarnos, post creación de la ley ¿lo hay?, seguramente la respuesta sea redundante, no alcanza con la mera existencia de la ley sino con un sinfín de factores transformadores no sólo en el ámbito sanitario sino en lo cultural también. Esta ley nos convoca, nos interpela, nos ayuda a visibilizar un problema y es innegable que somos parte de él, pero también de la solución. Dar un lugar al sujeto en situación de CPD es una operación primordial para luego discutir otras cosas, pero no un lugar con rejas y muros, no un lugar de castigo para que reflexione sus malos hábitos y sus errores. Darle un lugar -además de darle medicación y una cama en un hospital general o una internación breve acorde a sus necesidades y deseos-, significa en un sentido simbólico hacerle parte de lo común, situar su problema como algo esperable y alojable en esta sociedad, es entender que de consumo padecemos todos, que es un problema intrínseco al modo de vida que llevamos, que la sociedad que tenemos necesita de esos “don nadie” para premiar a otros porque supuestamente con su mérito logran consumir, pero haciéndola bien, como si hubiera un consumir bien y un consumir mal. El primero acorde a lo que el mercado nos vende y a lo socialmente aceptado, el segundo vinculado a lo ilegal o al “mal” uso de lo permitido, mientras unos pocos ganan muchos otros perdemos. Entonces, dar un lugar a ese otro distinto es hacerlo parte del entramado social, construir lazos solidarios, es hacernos parte de la solución y empezar a poder pensar qué hacer colectivamente para acompañar ese proceso que (mal) llamamos “cura”.

Entonces, cuando hablamos de transformar lo cultural, los saberes hegemónicos y arraigadas lógicas institucionales no es sólo en relación a los manicomios (sobre los cuales la ley propone operar de manera directa) sino a todas las instituciones presentes en la sociedad: desde las universidades que forman en medicina o psicología, hasta los lugares de trabajo, las familias, las escuelas, las fuerzas de seguridad, los juzgados, las universidades, etc. Todas ellas, instituciones que operan en la construcción y reproducción subjetiva y del sentido común, se pretende sean alcanzadas por el proceso de transformación al que nos invita este cambio de paradigma porque centralmente nos invita a (re) pensar en un otro, distinto (como todos) pero a su vez semejante y sujeto de derechos. Esto es, entonces, un puntapié para construir otra otredad posible que sea mirada con más amabilidad y menos moral.

Y es en este arduo proceso (en sus idas y venidas) que aquel ¿viejo? orden social, aquel que descansaba en mantener alejados y reclusos a todos, todos, todos que osaran ser de otra manera, va dejando de ser la solución al problema de la locura y los padecimientos mentales.

Es con este movimiento que vamos construyendo, vamos saldando viejas discusiones y empezando a dar movimiento a algunas categorías que estaban estancas, nos animamos a cuestionar saberes absolutos que entonces van dejando de serlo. Empezamos a romper algunas ya oxidadas cadenas. Por supuesto, e insisto, que no alcanza con la ley, pero sin ella hubiera sido utópico.

Lo cierto es que a partir de su implementación, y paso a paso, los manicomios van dejando de ser el único y fatídico destino para la locura<sup>22</sup>, de ser rincones oscuros sin ley. Lentamente, y con mucho esfuerzo, comienzan a abrirse a otras lógicas y a hacer posibles nuevos espacios (físicos y simbólicos) para alojarla.

En la LNSM se hace especial mención a esto, a la construcción de otro espacio más amable, que aloje y que se sustente en prácticas de cuidado centradas en el derecho a la salud mental, textualmente se establecen (en sentido práctico y taxativo) pautas sobre qué resulta aceptable

---

<sup>22</sup> Término coloquial para nombrar problemas de salud mental

hacer (y qué no) y sobre cómo hacerlo (y cómo no). Así, en los capítulos V y VII se hace hincapié en los modos de abordaje necesarios para adecuar las intervenciones y alinearlas al marco legal, mencionando por ejemplo que los equipos sean compuestos de manera interdisciplinaria y que el tratamiento (bajo consentimiento informado) no sea en una institución monovalente, lo que llevaría a una mirada de hegemonía médica, sino que tenga lugar fuera del ámbito hospitalario (o bien en hospital general, como un padecimiento más) y su diseño y ejecución guarden una lógica más social-comunitaria que médico-biologicista. En todos los casos se propone una orientación a la restitución o promoción de lazos sociales teniendo en cuenta que si de un problema complejo (y multideterminado) se trata, entonces las estrategias deben ser situadas en el marco de esa determinación múltiple y como resultado del interjuego de voces y miradas diversas.

La modalidad de abordaje propuesta –en el capítulo V- 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.

Según 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) todas las personas tenemos derecho a recibir la atención de salud que necesitamos, con el acompañamiento de nuestros afectos, en nuestra comunidad. Planteado así, queda claro que cualquier internación que no fuera breve y que se constituyera como única estrategia, contribuye a procesos de estigmatización y aislamiento, y no se constituye como una opción viable a la luz de esta ley.

Por último, no por ello menos importante, en el art.12 se hace mención especial al problema de la administración de la medicación (en particular psicofármacos). En línea con reconocer las facultades de las personas y de presumirlas intactas, se espera que el plan de medicación responda a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y que se administre únicamente con fines terapéuticos y no como una herramienta de control con la que se ejercen premios y castigos o para suplir la necesidad de cuidados terapéuticos. Además, el proceso de medicación se espera se de en el marco del tratamiento, no como una acción aislada y automática, sino guardando relación con la evolución clínica de la persona en cuestión.

Las internaciones, siguiendo la letra de la ley, son una opción pero no la única. No la primera, no la mejor en todos los casos. En tanto opción, siempre debe ser evaluada junto a otras, teniendo presente que constituye un recurso de excepción (al volverse inviables los modos ambulatorios), voluntario<sup>23</sup> (en todo momento y sin excepción), breve (de no más de 60 días de duración). Se debe optar por la internación cuando -a criterio del equipo de salud- se considera que se trata de la opción que aporta mayores beneficios terapéuticos frente al resto de las posibilidades. Al ser considerada un recurso de carácter restrictivo, mientras la internación suceda se debe promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación con las personas allegadas (sean del entorno que sean) excepto en casos contraindicados por razones terapéuticas -debidamente fundadas- .

Cabe aclarar que, conforme lo dispuesto en la ley 26657, queda prohibida la creación de nuevos nosocomios y establecida la adecuación de los existentes a los objetivos y principios desarrollados en la misma. A su vez, y en consonancia con todo lo descrito, se espera que las

---

<sup>23</sup> Existen también internaciones de carácter involuntarias que suceden bajo orden y/o conocimiento de autoridad judicial competente. Además de los requisitos comunes, no deben ser posibles los abordajes ambulatorios y “sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. No ahondaré en esta modalidad particular en el presente trabajo.

internaciones por razones de salud mental sean en hospitales generales, constituyéndose su negativa un acto discriminatorio.

Tras este breve punteo de lo que parecen cambios concretos, sencillos y viables, cabe mencionar que todo lo recientemente señalado constituye un profundo cambio de paradigma y pone en (mayor) tensión muchos de los ya conocidos problemas en el campo de salud mental.

Retomando el interrogante central del capítulo, ¿están saldadas, a partir de la LNSM las disputas en relación a lo que debiera suceder y lo que efectivamente sucede? Algunos interrogantes posibles a retomar en el campo de investigación son: ¿Se trata en todos los casos de internaciones en CT como recursos excepcionales y necesarios? ¿Se promueve el mantenimiento de los vínculos extramuro durante las mismas? ¿Se facilita a quienes están internadxs y a sus familias el conocimiento de los derechos vigentes? ¿Son convocadxs a participar de las decisiones respecto al curso de su tratamiento? por mencionar algunos.

Algunos otros interrogantes que pueden servir para orientarnos: ¿Está/estará en el corto plazo nuestro sistema de salud (insumos, personal, establecimientos) preparados para alojar y responder a estos problemas, en muchos casos por primera vez? ¿Puede el Estado frente al lobby farmacéutico con una industria de las terapias cognitivo conductuales al frente de batalla? ¿Estamos preparados culturalmente como sociedad para dar el giro político que nos propone este paradigma? ¿Se trata de un viejo orden social o más bien vigente? ¿Lo hemos desterrado y con él sus prácticas? ¿Nos encaminamos hacia un orden social nuevo y superador? ¿Esla salud mental un derecho inalienable para todos, todas, todes?

Seguramente las respuestas no sean suficientes ni tan alentadoras como deseamos, ciertamente hay escenarios que nos funcionan como utopías y nos orientan hacia dónde deseamos ir. Posiblemente el camino a recorrer no sea de inmediata respuesta ni se acomode perfectamente a las demandas, ni tan sencillo ni tan directo. No suelen ser así los cambios como el requerido, no al menos en un mundo como el que nos toca habitar: con el neoliberalismo como creador de subjetividades acorde a la lógica de mercado.

Aún así las cosas, son muchas las disputas que se han logrado poner en marcha y que no cesarán sin antes transformar la realidad en una más digna y justa. Y es esa la utopía que nos guía.

### 1.3 Lo que el prohibicionismo habilita

Quien haya transitado por el territorio elegido para el presente escrito sabrá que la realidad en las CT aún al 2021 dista de lo establecido en la LNSM. Volveré sobre este análisis luego, pero cabe preguntarse cómo es posible que existieran (en el período de tiempo analizado) prácticas y realidades tan alejadas de lo que aparece en la letra de las leyes recientemente descritas, más aún con vigencia del gobierno cuya fuerza política impulsó y acompañó desde el poder legislativo y ejecutivo. ¿Cómo pueden coexistir tantas instituciones cuyas prácticas y lógicas de funcionamiento se dan a contrapelo de lo establecido aún tras años de creada la ley? ¿Cómo pueden tan pocas personas -entre trabajadorxs, profesionales, familiares e internxs- conocer la legislación vigente, o continuar con modalidades de tratamiento alejadas de los nuevos paradigmas en salud mental? ¿Por qué el foco de los tratamientos en CT aún se centra en la presencia/ausencia de sustancia y no en lo que le sucede al (lxs) sujetxs en tanto sujetxs situadxs? ¿En qué lógica encuentran arraigado su funcionamiento las CT, que tantas veces son la alternativa a la cárcel? Más aún ¿por qué las CT se asemejan en ciertos puntos a los establecimientos penitenciarios?

Recapitulando un poco sobre el contexto histórico y los procesos internacionales del

prohibicionismo, mencionaré algunas cuestiones:

Para comenzar, 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 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 ese contexto de tratados dispersos la Secretaría General de Naciones Unidas aceptó en 1948 una resolución de su flamante Comisión de Estupefacientes (CND, *Commission 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” a reprimir a quienes -supuestamente- se buscaba proteger: lxs consumidorxs. Aquellos de los cuales poco se dice y se sabe. El foco permanece situado en la sustancia en tanto bien de mercado. Y la connotación de consumidorxs está puesta en su aspecto mercantil, dejando por fuera cualquier perspectiva de derechos.

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 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 con sesgo fuertemente político, influenciadas por intereses de sectores económica y políticamente poderosos, que 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 social y legalmente asociando al consumo de drogas como un delito y asociando dicho accionar a lxs consumidorxs<sup>24</sup>, impregnando de cierta peligrosidad a su ser, cuestión se funda en considerar la personalidad “adictiva” y sus rasgos “psicopáticos”. Se constituye así un camino directo hacia las CT, que aparecen como la mejor alternativa frente a los lugares posibles para “adictxs”: *el hospital, la cárcel o el cementerio*<sup>25</sup>. Cabe mencionar que es alta la reinserción de personas a las CT que ya previamente egresaron de las mismas, constituyéndose el ingreso a dichas instituciones como de “puerta giratoria”.

La existencia de las leyes cuyo eje central es la tendencia a la garantía de derechos prevaleciendo ante los negociados en salud mental que van en su detrimento es un hecho, con ellas se continúa avanzando en lo que respecta a la construcción de alternativas con enfoques socio-comunitarios y para el año 2018 se esperaba la total implementación de la LNSM. Claro está que los cambios políticos son un factor determinante en las condiciones de posibilidad, y que con el abrupto cambio que implicó desde 2015 la gestión de la Alianza Cambiemos en la presidencia de la Nación, las medidas tendientes a la profundización de las desigualdades y la acentuación de la injusticia social, este horizonte se volvió cada vez más utópico.

No ahondaré sobre el análisis de lo que esa gestión de gobierno implicó para todas y todos los argentinxs, entre otros catastróficos hechos como por ejemplo la disolución del Ministerio de Salud de la Nación, la salvaje reducción presupuestaria, el vaciamiento institucional, la

---

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Esta es una expresión típica de organizaciones tipo AA o NA cuyos tratamientos son, también, de carácter abstencionista.

banalización de los derechos humanos, la persecución de líderes políticos, etc. porque excede al presente escrito y al período analizado, pero el profundo retroceso en materia de derechos que significó el período 2015-2019 resulta indiscutible e imposible de omitir en cualquier análisis en la materia.

Para concluir, teniendo en cuenta que si una persona recibe un diagnóstico en el ya mencionado manual de psiquiatría muy probablemente le será indicado un régimen de internación (en el período analizado solo tenía lugar en la esfera privada) y un esquema de medicación (proveniente de laboratorios, también privados), por lo que considero queda claro el atravesamiento de intereses mercantiles alrededor de cada situación de consumo problemático, quizás de una forma más recrudescida que en otras afecciones de la salud, e inclusive aún más que en otras situaciones de padecimiento mental quizás por tratarse de “buenos enfermos” a los ojos de la sociedad. Por citar un ejemplo, hasta los establecimientos penitenciarios (bien conocidos como espacios no respetuosos de los derechos humanos) se encuentran más regulados e intervenidos por el Estado y otros organismos que las CT.

Distinto resulta en el caso de las CT, avaladas por entramados políticos poco transparentes ante la ley, que traccionan y sostienen su vigencia y sus prácticas. Poco se sabe acerca de los fondos que reciben, las 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 sensible 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”. Sin embargo, y pese a lo complejo del proceso, a los vaivenes políticos y a las tensiones siempre presentes, la implementación de la ley es y será una causa persistente, como he escuchado alguna vez “lo que no existe insiste hasta existir”. Son muchos los intereses a favor de la protección de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, es enorme la organización no solo del sector político sino de la sociedad civil que acompaña y sostiene la transformación. Este proceso continúa y con un horizonte claro: la garantía de la salud mental como derecho humano inalienable.

## Capítulo N° 2 La adicción como problema

---

Afrontar el desafío de hacernos preguntas acerca de la intervención sobre un problema implica en sí mismo otras problematizaciones. En este caso: poder pensar y desandar el camino de lo naturalizado en las CT implica poner en cuestión aquello que, desde lo teórico e intangible, sostiene a esa práctica. Empezaré, en el presente capítulo, por



recuperar antecedentes históricos en relación a las CT, así como también analizar la construcción de aquello denominado “adicción” para poder situar algunas cuestiones inherentes a dicha conceptualización que conforman al dispositivo tal cual es.

### 2.2 Lo individual como problema

Como ya mencioné, existen distintas maneras de conceptualizar el fenómeno del consumo de drogas, todas y cada una de estas interpretaciones suponen posicionamientos subjetivos frente al problema y se corresponden con modos de intervención diferentes. Basta escuchar los relatos de personas que hayan experimentado uno u otro tratamiento para comprender que no hay uno mejor que otro, y que en definitiva los tratamientos se conforman acorde a los vínculos posibles entre “pacientes” y el equipo tratante. Dicho esto, y salvando que la forma más justa de realizar un análisis es apelar al ya conocido “caso por caso”<sup>26</sup>, menciono también que las construcciones teóricas suponen a un otrx y la elección por parte de lxs que intervienen de una u otra teoría (y técnica) hace al vínculo que construiremos con ese otrx.

Dicho de otro modo, las palabras construyen realidad y los modos en que nombramos las cosas nos (y las) determinan. Pensar en una intervención para un problema (la adicción como enfermedad crónica) en un otrx (adictx, para siempre) no es lo mismo que pensarla en clave de problemática compleja situada, pudiendo así contemplar en un estado modificable vinculado a cuestiones de orden individual pero con un determinado trasfondo social, político, antropológico, educativo, cultural, etc.

Dicho esto, me centraré en la concepción que en las CT se realiza acerca del problema sobre el que se interviene. La categoría de “adicción”, en tanto nosología, supone un individuo enfermo crónico, y requiere siempre de tratamiento que puede darse (por meses, años) en el contexto de una internación acompañada de tratamiento psiquiátrico o bien puede hacerse

---

<sup>26</sup> Esta concepción remite al análisis basado en la singularidad de cada caso en cuestión.

-bajo el criterio de algunos pocos profesionales y dadas ciertas condiciones- hacerse de manera ambulatoria. Resulta importante mencionar algunas cuestiones, aún cuando el tratamiento se propone en modalidad ambulatoria sigue conservando el mismo espíritu que en las CT con el -no menor- hecho de la no internación (aunque siempre está presente como recurso cuando la situación no es la esperada), por ejemplo: la intervención está centrada en la abstinencia y en la adhesión a estrictas normas institucionales, la carga horaria del tratamiento es alta (lo previsto por SEDRONAR suelen ser 20 horas semanales) y siempre permanece presente la amenaza de internación en los casos en que no se observa (por parte del equipo tratante) una adhesión a las pautas de tratamiento. Cabría preguntarse qué lugar hay en ese esquema de tratamiento para la vinculación del sujeto con otras áreas que resultan determinantes de la salud (y a la calidad de vida toda), como por ejemplo: el trabajo, los vínculos sociales, las tareas de cuidado en el hogar, actividades académicas, etc.

Para no alejarme del foco de análisis, otra cuestión no menor con la que me he topado al intentar sistematizar datos de relevancia para el análisis es lo que se describe en el siguiente extracto del DNOAD<sup>27</sup> de 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.”<sup>28</sup> 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 concurren 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.

Otra mención adicional del mismo informe, en relación a las distintas dependencias que intervienen frente a situaciones de consumo problemático y a sus variadas naturalezas y lógicas, es el hecho de que las CT acaban constituyéndose como principal respuesta cuando pareciera que la problemática excede las posibilidades de cada una de esas dependencias en particular, es decir no dando lugar a una respuesta integral e intersectorial al problema.

Continúo mencionando algunas generalidades de las CT, ahora concernientes a la construcción teórica del problema: desde la psiquiatría (y también algunas escuelas de la psicología) se considera al consumo como una patología dual, un estado co-mórbido, dos (por lo menos) trastornos mentales asociados que hacen a la situación total: por un lado el *trastorno por consumo de sustancias*<sup>29</sup> y por otro por ej. *Bipolaridad*. En un artículo, un reconocido psicólogo

---

<sup>27</sup> Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas, disponible en [http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/boletinZtercerZtrimestre\\_1.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/boletinZtercerZtrimestre_1.pdf) Consultado el día 11/1/2018.

<sup>28</sup> Disponible en [http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/boletinZtercerZtrimestre\\_1.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/boletinZtercerZtrimestre_1.pdf) Consultado el día 11/1/2018.

<sup>29</sup> En el DSM-IV aparece el “Trastorno por consumo de sustancias” y los criterios diagnósticos son la presencia de: “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses” y aparecen ítems (o síntomas) como la tolerancia a la sustancia, la abstinencia, el incremento de la frecuencia inicial en el consumo, la disposición de “mucho” (¿cuánto será?) tiempo en acciones vinculadas a la obtención de la sustancia, la presencia de esfuerzos

clínico y profesor universitario<sup>30</sup> describe “En la perspectiva cognitivo-conductual se considera que las personas con dificultades para regular las emociones son las más vulnerables al consumo. Se suele hablar de patología dual, cuando el abuso de sustancias se da en forma paralela, comórbida, con otra patología mental. Para los modelos cognitivo-conductuales la conducta de consumo es un intento disfuncional de lidiar con serias dificultades en la regulación emocional, unidas a creencias acerca del consumo, las sustancias, y sus consecuencias. Por este motivo, uno de los objetivos principales de los tratamientos es ayudar al paciente a desarrollar estrategias adecuadas para la regulación emocional. En el lenguaje conductual, eso equivale a cambiar una conducta por otra capaz de cumplir con la misma función, pero sin las consecuencias graves que tiene el abuso.” (Keegan, 2012)

También en algunos casos (más heterodoxos o tal vez reproductores de otra escuela de psiquiatría) se diagnostica al trastorno por consumo de sustancias sin que esta patología per se se encuentre asociada a otro trastorno mental.

Aquí, más allá de las posibles y variadas diferencias, lo que aparece como denominador común es la individualización del problema. Todo lo que concierne a la “adicción” se reduce a las acciones u omisiones de una persona en particular, a su conciencia y a su moral. En todos los casos el problema es del otro, no me implica, no me interpela. Así, las teorías que dan sustento a las CT, no solo centran su mirada en el reemplazo de las drogas ilegales por los psicofármacos -promesa de regulación- sino que también limitan la problemática a la voluntad individual: “Los fármacos crean condiciones biológicas que son invalorable para obtener éxito, pero dado que el consumo es una conducta voluntaria, todo tratamiento exitoso involucra, en última instancia, que el paciente decida dejar de consumir y que cuente con los recursos necesarios para dejar de hacerlo en forma perdurable.” (Keegan, 2012)

Aún en los tratamientos en los que se convoca a participar a las familias (o vínculos afectivos) dicha participación se circunscribe a pensar cómo ese problema individual (crónico y nada menos que una patología mental) puede ser alojado por esa familia para que se acompañe a la recuperación que apunta a mejorar el estado de salud, pero ¿de qué salud hablamos cuando consideramos enfermedades crónicas a los padecimientos mentales? ¿Alcanza la remisión de síntomas a ser indicador de una mejora en el estado de salud de una persona?. En efecto, la conceptualización de la salud y de la enfermedad constituyen un problema en sí mismo.

“Lo individual como problema” es entonces una invitación a replantearnos algunas cuestiones acerca de la conceptualización de esta enfermedad tal como está planteada y la intervención que de ella se desprende.

A partir de esta conceptualización resulta más comprensible quizás el hecho de que las personas en situación de consumo problemático no hallen otro espacio sino el de la CT para el específico abordaje que requiere su patología mental. De hecho, es frecuente para distintos actores/actrices sociales del campo de la salud (médicos, trabajadores sociales, psicólogos,

---

infructuosos en dejar de consumir, la reducción de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del consumo. Más info al respecto y a otras nosologías disponible en:

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

<sup>30</sup> Eduardo Keegan es Doctor en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, profesor universitario y psicólogo clínico, reconocido por su papel en el impulso de la Terapia Cognitiva en la Argentina. Realiza tratamientos clínicos y, desde hace quince años, forma profesionales y entrena terapeutas en psicoterapia cognitivo-conductual en la Argentina y el exterior. Como psicólogo clínico atiende pacientes con diversas patologías desde hace más de dos décadas. Es profesor e investigador de la Universidad de Buenos Aires desde 1984 siendo, actualmente, catedrático de Psicología.

etc.) toparse con lo dificultoso que resulta alojar institucionalmente al CPD en el sistema de salud. Dada así la conceptualización del problema, las personas en situación de CPD irrumpen en la escena sanitaria, como ya describí, bajo dos rótulos diagnósticos posibles: “toxicomanía” o “patología dual”. En ninguno de los casos se reúne con las condiciones clínicas admisibles en las instituciones sanitarias de salud excepto en algunos espacios de salud mental, como hospitales monovalentes, en los que tampoco resulta tan sencillo su acogimiento.

Quienes eligen trabajar con las terapias cognitivo-conductuales como marco refieren que las intervenciones sobre las denominadas adicciones “(...) son diseñadas para sustancias específicas, debido al impacto que las características biológicas de las sustancias tienen sobre el patrón de consumo. Hay numerosos estudios que acreditan su eficacia, lo cual da sustento genérico a las intervenciones y al modelo en el que se basan.”(Keegan, 2012) proponiendo así una diferenciación entre los procedimientos terapéuticos genéricos y los específicos.

Si bien existe un consenso respecto a considerar el consumo de drogas en tanto problemática compleja, lo que se entiende por tal y lo que se propone como intervención es radicalmente distinto según se lo mire desde un marco teórico u otro. La psicología cognitivo conductual se propone abordar un fenómeno complejo a través de intervenciones también complejas, pero ¿qué implica esto que llaman “perspectiva biopsicosocial”? Pese a que el nombre de la perspectiva pueda sugerir cierta problematización de lo social o la inclusión de dimensiones no centradas en el individuo, la propuesta en verdad se circunscribe a lo siguiente: “Se pueden prescribir fármacos que reduzcan las ganas compulsivas para consumir, dar recursos de afrontamiento a la persona afectada para que pueda capitalizar esa ventaja y convertirla en habilidades para controlar el consumo, así como crear estrategias contextuales que modelen una conducta de abstinencia y recompensen la conducta de control.” (Keegan, 2012)

Resulta llamativo pero existe mucha más permeabilidad en las instituciones actuales a alojar situaciones conceptualizadas como “psicosis” que a situaciones de consumo problemático. Pareciera que frente a estas últimas no hay un saber hacer consensuado, o bien que no están dadas las condiciones institucionales para el caso y que cada profesional/institución hace lo que puede/quiere.

La recién descrita patologización del consumo que la vuelve un problema tan específico podría ser uno de los factores que explique la escasez de instituciones y la insuficiente respuesta estatal a la demanda existente. Al prevalecer en el sistema de salud (público y privado) una construcción discursiva de la problemática centrada en lo individual y bajo rótulos psiquiátricos, lxs usuarixs de drogas emergen en el escenario sanitario en tanto *sujetxs inesperadx*s. Retomando palabras de Carballeda, 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 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)

Se vuelve asequible el vacío que la lógica institucional estatal genera y la compleja función social que adquieren entonces las instituciones privadas y del tercer sector que alojan a personas en situación de CPD. Ahora bien, ¿cómo se aloja entonces en ese otro escenario, el único posible? Retomaré este punto con una descripción detallada de cómo es la intervención

en las CT.

Hasta aquí, queda clara la dificultad que implica alojar en el sistema de salud al consumo problemático. El sujeto se vuelve inesperado, los saberes caen y las certezas desaparecen. Consecuentemente, frente a lo salvaje de la situación, signada por la urgencia y la desaprobación moral aparece una solución de compromiso, vieja y conocida: la expulsión y el intento de rectificación. Una estrategia como consecuencia del entrecruzamiento entre la medicina y el control social. En términos de las autoras López, Torres y Weber (2017) quienes apelan al 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 bastan 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)

Aún hoy, pese a los comprobados fracasos de la segregación como método hacia la reinserción <sup>31</sup> a la sociedad y a las vigentes discusiones que se dan en distintos 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. Las CT se pliegan a esta lógica y hacen de la segregación lo central de su intervención. Es entonces a través del aislamiento de las personas (no en tanto medida excepcional, transitoria, voluntaria sino más bien como un estándar para todxs y por igual) que proponen los tratamientos a tiempo indefinido y sobre la base de un condicionamiento de la conducta basado en la metodología más primitiva de premios y castigos. En una propuesta rectificatoria se intenta, con la internación y sus rutinas, modificar ciertas conductas y generar otras nuevas en el individuo, en coherencia con la individualización y la patologización del problema. Volveré sobre este asunto para realizar una detallada descripción luego.

Como ya expuse anteriormente, considero que el consumo problemático de drogas pocas veces es interpretado y tratado en su complejidad, y que, pese a los esfuerzos de muchxs y a la ley 26657 que invita a desandar ese camino, las más de las veces es tratado como una conducta desviada y por tanto entendido en ámbitos médicos y psicológicos como una “patología” del individuo. No casualmente el sentido común y el saber popular nos indican (aún) <sup>32</sup> 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 (en teoría) los lugares para depositar sujetxs desviadxs en pos de su “reinserción social”, las internaciones en CT son los espacios en donde se “recuperan” aquellas personas con consumo problemático de drogas. Si bien en materia jurídica han habido cambios (más o menos recientes, por ej el fallo arriola, la ley nacional de salud mental, el plan iacop, etc.) en relación a considerar al consumo un delito o como una problemática de salud, aún persiste la asociación directa del sujeto consumidor como potencial delincuente dado su

---

<sup>31</sup> Este concepto es utilizado para definir los objetivos de instituciones totales como la cárcel. Guarda en su retórica una trampa conceptual ya que propone la “reinserción” social de personas cuya existencia previa de inserción social es cuestionable. En la mayoría de los casos se trata de personas marginadas y vulneradas socialmente.

<sup>32</sup> El sentido común es el reflejo de lo que se simboliza masivamente en una determinada época. Signadas por lo hegemónico, sus construcciones de sentido son construidas para ser reproducidas sin que medie análisis crítico.

diagnóstico asociado, los rasgos psicopáticos supuestos y los muy frecuentemente daños cerebrales producidos por algunos consumos en el lóbulo frontal del cerebro con la consecuente falla en el freno inhibitorio casi como una consecuencia ineludible. Es muy común oír que psiquiatras solicitan TAC (tomografía axial computarizada) u otros estudios para evaluar el daño cerebral ocasionado tras anoticiarse de consumos de cocaína, por ejemplo. Claro está que el problema no es la evaluación que se realice sobre el estado de salud de las personas sino las frecuentes asociaciones a estados incapacitantes y los prejuicios de quienes presentan algún daño cerebral.

En línea con esto, llega a señalarse a las personas que consumen como quienes contribuyen a la existencia del narcotráfico: “El consumo recreativo también tiene una consecuencia grave: hace mucho más rentable el negocio de la producción y distribución de drogas ilegales. Los consumidores recreativos deberían tener presente que aunque lo consideren como algo natural, lo cierto es que su conducta recompensa al crimen organizado.” (Keegan, 2012)

Lo hasta aquí mencionado constituye una breve sistematización de cómo la problemática es construida socialmente y desde algunos marcos teóricos. Como continuación a este análisis y en sintonía con estas concepciones, me dedicaré a historizar a las CT en el mundo y en nuestro país, para reconstruir la lógica del funcionamiento de estos dispositivos en sus bases tanto teóricas como prácticas.

Tal como fue descrito, es importante no perder de vista que los tratamientos que en ellas transcurren parten (y partieron siempre) de una premisa en común: la personalidad de los sujetos consumidores considerada “adictiva”, lo cual implica que se encuentra preñada de calificativos negativos y por tanto, debe ser modificada. El problema de la “adicción o el trastorno por consumo de sustancias<sup>33</sup>”, 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 -rutinas- (que pueden variar en su forma según la institución) en 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 <sup>34</sup>, 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.

---

<sup>33</sup>Se 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.

<sup>34</sup>Nota 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)

De esta manera, 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”<sup>35</sup> del cual se sirven numerosas instituciones para dedicarse a “curar”.

Ahora bien, ¿cómo surgen en la escena mundial y nacional las CT? ¿por qué con tanto éxito? ¿qué sucede que aún no pierden vigencia? Para comprender este complejo y particular modelo de abordaje es necesario recorrer los antecedentes históricos, en el mundo y en Argentina.

“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)

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

---

<sup>35</sup> Ver en ANEXO listado completo de trastornos. Detalle ampliado de cada uno disponible en “DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”

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.<sup>36</sup>” (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 fue 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 1973 se crea el CENARESO<sup>37</sup>, 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.<sup>38</sup>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 gubernamentales<sup>39</sup> que comenzaron a

---

<sup>36</sup>Es 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.

<sup>37</sup>Con 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”

<sup>38</sup>Este 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.

<sup>39</sup>Tal 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

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 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”<sup>40</sup> 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)

Las CT, a las que refiero en el presente escrito, poseen lógica y mecanismos propios, se ajustan en sus prácticas al MMH, construyen ideología y reproducen lógicas de consumo a la vez que estigmatizan a los consumidores bajo criterios teñidos de valoraciones morales.

Es así como se consolida este escenario en el que muchas CT reciben sumas de dinero

---

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.

<sup>40</sup> Extraído de Lestelle, 1994:132.

provenientes del Estado<sup>41</sup> -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”. En general hallan su asidero en una individualización y medicalización del problema y hacen uso del control social para proponer una solución. Usualmente se centran en el viejo modelo conductista de “premios y castigos”, dispositivo que acaba siendo *puerta giratoria* por el que sus usuarixs ingresan y reingresan... y vuelven a ingresar. Se dice, desde la TCC, al respecto “(...) la prevención de recaídas consiste en entrenar al paciente en el manejo de las ganas compulsivas y de la presión social para consumir. Las ganas compulsivas tienen raíces biológicas y psicológicas. El consumo continuo las elimina de forma transitoria pero al precio de su consolidación creciente. Una persona que desea mantenerse abstinentes deberá adquirir habilidades para resistir la compulsión y la presión de los pares consumidores para reanudar el uso de drogas.” (Keegan, 2012) Aquí no solo, una vez más, se hace énfasis en el individuo y en su voluntad para explicar lo que (le) sucede, sino que además se sitúa a lo social en tanto “otros consumidores” para explicar las recaídas en la presión que estos ejercen. Aquí el otrx, como dimensión de lo colectivo, aparece sólo como amenaza. Me pregunto ¿cómo se explica la constitución subjetiva sino con otrxs? ¿es posible la salud en soledad? ¿por qué la medicina, la psicología, insisten en lo individual? ¿por qué buscamos diagnósticos aunque nos enfermen y aunque la ciencia haya ya caído como saber absoluto?, ¿qué hay en el CPD, en un mundo capitalista, tan complejo de alojar? ¿se trata de una resistencia a ver la cara oculta del consumo, que se nos aparece siempre prometiendo felicidad? ¿por qué (aún después de tanto tiempo y tanto fracaso) reducimos la solución a la exclusión de ese otrx que irrumpe en el orden social y nos molesta?

Existen a mi entender muchos motivos por los cuales el consumo problemático de drogas sigue siendo relegado al ámbito privado e individual. Sin intentar ahondar en la búsqueda de respuestas por la enorme asociación de ideas y de reflexiones que eso implicaría, sólo pienso en que cuando el individualismo triunfa perdemos todxs porque no hay sujeto posible, sino en lo colectivo.

### 2.3 El problema de lo individual (el sujeto no dividido)

A modo de comentario final, y para dar cierre al capítulo, quiero detenerme en un punto que creo central. Se trata de una pregunta que disparó desde el inicio mi interés por abordar este tema. El alto nivel de “adherencia” a los tratamientos, o mejor dicho, la elección de estos dispositivos por frente a otros. La vuelta a dispositivos de CT aún después de experiencias no tan memorables, de intervenciones que podríamos considerar salvajes, suele ser muy común. Personas que habiendo transitado por CT (y padecido en carne propia ciertos atropellos), realizan reivindicaciones de esa experiencia que (según textuales palabras de entrevistadxs) “enseña”, “cura”, “repara”, “ayuda”, “sirve”, etc.

Muchísimas veces me detuve a pensar en cuánto más tiene para ofrecer el psicoanálisis (teoría a la que suscribo y elijo como profesional y como analizante hace muchos años). Pareciera que dicho marco teórico (y quienes lo ejercen) suelen proponer procesos individuales y que pocas veces logran hacer lugar a lo colectivo. Ahora bien, hablar de lo individual supone un individuo

---

<sup>41</sup> 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.

y en la etiología de la palabra “individuo” encontramos que proviene del latín *individūus* lo cual significa indivisible, que no se puede dividir.

Desde una perspectiva psicoanalítica la división subjetiva implica una operación en la que el sujeto hace lugar a la (su) falta, entra en la lógica del no-todo. Da lugar a preguntas como “¿qué hago yo para ser lo que soy? ¿Por qué me sucede siempre lo mismo? ¿Por qué me pasa esto y no eso otro? ¿Qué hay de mí en lo que soy?, etc.”

Si hay algo que escasea en el constante e incesante funcionamiento de las CT es el lugar a las preguntas subjetivas, aquellas que con su insistencia propician la emergencia de un sujeto barrado, dividido, capaz de reconocerse en falta, que no atribuye al destino su devenir, ni a la mala suerte, ni a la biología algo que le es propio. Estar dividido es poder llegar a ver que es unx (y sus circunstancias) quien escribe y quien puede preguntarse por eso que forja por sí mismo pero que también padece. Ese unx nunca es solx, porque nunca se está solx, somos siempre con y a través de otrxs. Volverse autor es alcanzar un punto de emancipación, avanzar hacia un tiempo posterior desde el cual se puede volver a reescribir lo pasado para darle a lo que fue otro sentido distinto. Es alcanzar un posicionamiento subjetivo diferente al que hubo, desde el que las preguntas -no siempre pasibles de ser respondidas- vuelven en lugar de ser dirigidas a los otrxs. Empezar esa reescritura implica autorizarse a ser quien sabe al respecto, no el/la psicologx, no el/la médicx, nadie más que el/la autor/a de esas palabras es quien puede elegir las.

Se vuelve complejo entonces imaginar la posibilidad de este proceso subjetivo en el marco de cualquier estructura de premios y castigos, en la que el saber la tiene un otrx que da indicaciones médicas, en un proceso estandarizado que establece que la evolución terapéutica exitosa debe ser lineal y unidireccional, que considera cuáles son las actividades/intereses recomendados o los contraindicados en función de lo que se cree mejor o peor para una persona a pesar de que eso pueda despojar de lo identitario más primario.

Se vuelve complejo situar la pregunta de “¿qué quiere el otrx de mí?” o “¿qué soy yo para el otrx?” mientras nos centramos en la presencia/ausencia de sustancia y en función de eso la continuidad/expulsión del tratamiento. Resulta tarea ardua como terapeuta psicoanalista dar lugar a las preguntas subjetiva mientras las lógicas institucionales indican interrumpir tratamiento, cerrar la puerta o dejar de atender el teléfono a una persona simplemente porque consumió. ¿Acaso las intervenciones sobre el consumo problemático nos sitúa a lxs terapeutas en un lugar de control? ¿en qué queda la escucha y lo subjetivo frente a ese rol? Dicha asociación de terapeuta-controlador resulta un imposible desde un abordaje psicoanalítico, social-comunitario o bien desde una perspectiva de derechos. Más sencillamente deberíamos concluir que dicha combinación solo es sostenible en una lógica médico hegemónica, desde la cual las intervenciones de salud son dirigidas por un profesional que actúa ejerciendo poder a partir de un vínculo asimétrico respecto a su paciente.

Retomando la pregunta inicial, y del por qué las CT son recurrentemente elegidas y valoradas por sus usuarixs, quizás podríamos pensar que no siempre las preguntas son bien recibidas, que muchas veces es tan fuerte el no querer saber (sobre aquello que se sabe) que es mejor obedecer y alienarse a un orden que, por lo menos, me garantiza que algunas cosas funcionen. Porque aunque esas estructuras rígidas de funcionamiento en el día a día luego se oxiden, durante cierto período de tiempo garantizan otro modo de transitar la vida posible. Podemos sin dudas cuestionar qué tan efectiva y ética es dicha transformación subjetiva, podemos también preguntarnos por qué ese “como si” propuesto por las normas institucionales contenta tanto a quienes por ellas transitan. Quizás encontremos que rechazo social a las subjetividades “consumidoras” nos ofrece una respuesta. Tal vez con la transformación conductual que ofrecen las CT y su adecuación a ciertos parámetros socio-culturales que espera la sociedad y

sus instituciones (familias, escuelas, lugares de trabajo, juzgados, etc.), puedan estxs sujetxs ser aceptados, tal vez mas que lo que hayan sido nunca.

Debo agregar que esta prevalencia de quienes optan por las CT también tiene asidero en la desigual oferta de tratamientos de otra índole. Y que además también existen quienes huyen de estas estructuras por no sentirse suficientemente alojadx o por no estar dispuestos a ceder en ningún aspecto.

Aún así, aunque minoritario, podríamos situar un tercer escenario, el de quienes eligen el camino de las preguntas, aventuradx dispuestxs a encontrarse cara a cara con aquello de lo que huyeron siempre, animadx a un profundo proceso terapéutico: un encuentro con aquello de lo que no se quiere saber.

Se vuelve innegable la mayoritaria elección de estos tratamientos basados en estructuras que se imponen fuertemente (algo así como un gran Otro que les dice, al modo de lo que le dicen las voces en su cabeza al loco) y marcan el camino a andar sin hacerlx del todo responsables (mas si culpables) de sus pasos. Pensándolo así, no es casual que los tratamientos del estilo TCC tengan tanto éxito (aún por fuera de la problemática del consumo de drogas), ya que prometen resultados sin pedir más que plata y -de manera preestablecida y limitada- la presencia en las sesiones.

Avanzada esta reflexión, pienso que hay algo más en el dispositivo que lo hace prevalecer frente a otros y que explica su “éxito”. Algo de lo más potente, que sostiene y contiene siempre, aún cuando pareciera que no hay nada más: la grupalidad.

Ya mencioné que siempre somos con otrxs, nuestra psiquis necesita prestadas palabras para conformarse y nuestro cuerpo ser mirado para existir como tal. Las CT, sin excepciones, se nutren de lo grupal, y ese reflejo en lxs otrxs es lo que motoriza los grupos y también los tratamientos con esta particularidad. Los encuentros humanos, cualquiera sea su ámbito y situación, son constitutivos y resuenan en lo subjetivo. Se prestan para llevarnos a escenas ya conocidas y nos invitan también a elaborarlas, son potentes como pocas otras cosas. Creo que ahí hay una importante herramienta terapéutica, lo humano. Unx otrx que escucha, que relata situaciones más o menos familiares, que me hace sentir menos solx, menos rarx, que me demuestra que puedo ser otra cosa distinta a la que soy, que no estoy tan mal -o que puedo estar mejor-, que me hace acordar a esx amigx, que se vincula conmigo como mi mamá, que me habla como mi padre, etc. Miles son las resonancias y los seres humanos (por seres hablantes y sociales) inconscientemente nos movemos de una escena a la otra (re)elaborando una y otra vez.

Nunca se está solo, siempre somos con y para otrxs. De esto se tratan las preguntas, de quién soy y para quién, de por qué estoy acá y a quién le hablo cuando digo las cosas que digo. Y ese hacer con y para otrxs no es desde una presencia física sino simbólica, se remonta a lo más arcaico de nuestras huellas mnémicas y está en permanente movimiento. Somos seres sociales, nos debemos a otrxs, todo aquello que nos ocurre es en clave de nuestros vínculos, de nuestro lazo social.

Pienso entonces en que debemos escuchar que, aún con todas sus particularidades -algunas inaceptables para mí- hay algo en ese dispositivo que funciona, que genera movimiento más allá de la mera repetición de rutinas y consignas. Estoy convencida de que la circulación de la palabra y el vínculo con un otrx nos sostiene y de que lo grupal constituye un escenario imprescindible ya no hay sujeto sino en lo colectivo.

### Capítulo N° 3 La ley 26657 en la CT, una lectura posible

---

Ya mencioné previamente sobre los antecedentes a partir de los cuales se han ido trazando las coordenadas para dar lugar a las instituciones que hoy conocemos como CT. También en el precedente capítulo me dediqué a reflexionar acerca de la mirada que prevalece en las CT sobre la denominada adicción, considerada una patología individual (en ocasiones también familiar). En este sentido, me propuse reflexionar sobre lo problemático que resulta situar lo individual (lo no ligado a otros ni a lo otro) y luego destacué que esa construcción del problema como “adicción” acaba siendo -entre otras cosas- culpabilizante ya que la intervención misma se agota en que ese sujeto se haga culpable (mas no responsable) y que, como consecuencia, deje de consumir en una suerte de acto reparatorio.

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

A partir de la descripción realizada previamente, y con una aproximación ya realizada sobre las nociones básicas de la LNSM, es posible situar algunos entrecruzamientos y otros puntos de desencuentro entre las CT y la mencionada ley.

El objetivo de cualquier tratamiento abstencionista es que desaparezca el consumo, una vez alcanzada esa meta desaparece el vínculo con la institución y con lxs personas que fueron parte de ese proceso (equipo interviniente, compañerxs). Ahora bien, a lo largo de este proceso de tratamiento y según criterio de cada institución, pueden estar contempladas -en diferente medida- distintas dimensiones: subjetiva (la pregunta sobre por qué esa persona consume, en qué condiciones, cuál es su vínculo con esa sustancia, qué busca decir cuando consume, a quiénes habla cuando lo hace, etc.) y la familiar (cómo se conforma esa familia, qué valor simbólico tiene en ese entramado familiar el consumo, etc.). El sentido de abordar estas dimensiones en los distintos espacios terapéuticos es situar en la trama subjetiva la toma de decisiones más o menos concientes vinculadas al acto de consumo y las consecuencias que éste tiene en su entorno, en sus vínculos, en su emocionalidad.

Hago hincapié en una diferenciación que me parece central, sujetxs culpables mas no responsables, donde se es culpable no se es responsable, ¿por qué?: porque el sentimiento de culpa construye aseveraciones, conclusiones, afirmaciones desde las cuales no se habilitan preguntas. La culpa (neurótica) no es solidaria con el ir y venir propio de los movimientos subjetivos, necesarios para encontrar otra posición posible, frente al consumo o cualquier otra cosa.

Cabe aclarar también que no todas las personas pueden sentirse culpables, el sentimiento de

culpa es un fenómeno compatible con una estructura neurótica -en términos psicoanalíticos- y no así con una estructura perversa, en donde siempre el problema es (y está en) el otro. En los primeros casos la culpa es una respuesta que obstaculiza cualquier elaboración más allá de los actos, la pregunta de por qué hicimos o elegimos una cosa y no otra. Como ya mencioné anteriormente el fenómeno de la culpa y de cierta adecuación subjetiva puede traer como consecuencia ciertos movimientos en relación a su ser, podemos toparnos con cierto reconocimiento o gratificación social por volverse el sujeto en cuestión un buen consumidor/a tras no consumir drogas ilegales o bien no hacerlo escandalosamente.

Esta posibilidad neurótica vinculada al sentimiento de culpa, si bien puede funcionar y satisfacer por ofrecer al sujeto y a su entorno otra forma posible de andar por la vida, en términos clínicos no nos garantiza avanzar hacia ninguna verdad subjetiva. En cambio, en los casos de estructuras psíquicas perversas, la culpa no es un operador posible, más aún tiende a servir al propio sujeto como herramienta para obtener lo necesario a los fines de nunca perder. Es decir: no hay un sentimiento de culpa, pero sí hay un nombrarse culpable frente a los demás asumiendo una posición pasiva y dócil llamativamente diferente a la propia. Este acto de nombrarse culpable de su consumo y adoptar ciertos mecanismos que generan empatía en el otro se vuelve la manera efectiva de salir del dispositivo. Estos sujetos pueden dejar de consumir por ser esta es la forma de perder -en términos subjetivos- lo menos posible.

Hechos estos comentarios, avanzo a esclarecer por qué importan a la hora de pensar en la salud mental y las CT. Porque un problema -a mi entender- en este tipo de dispositivos es que si hay culpa no hay pregunta, y si no hay pregunta no hay movimiento subjetivo alguno. Entonces el ingreso al dispositivo puede acabar siendo un intento de rectificación moral de aquello que sucede vinculado al consumo de drogas, situando al tratamiento en el lugar de acto punitivo, perdiéndose de vista la dimensión subjetiva, la perspectiva de derechos de quien accede al tratamiento y el fenómeno del consumo de drogas como un problema de salud pública.

No hay entonces en este dispositivo una apuesta a hacer emerger algo de la responsabilidad subjetiva, del "hacerse cargo" no en un sentido moral sino empezar a saber quién y cómo soy, a saberme con los otros -y con el consumo- de una u otra manera, saber algo de mí más allá de lo que se, poder acceder al tan renombrado "saber no sabido"<sup>42</sup>. Lo que sucede cuando no hay preguntas y en su lugar hay aseveraciones generalizadas, afirmadas como verdades es que no hay una apuesta para dar lugar a otra construcción posible que incluya las distintas dimensiones de ese sujeto, con la apuesta al deseo como horizonte.

Quiero mencionar que en este sentido la ley 26657 -desde una perspectiva social comunitaria- se inscribe en la práctica reivindicando lo subjetivo. Nos viene a recordar que las personas no son sus diagnósticos sino que son con su historia, sino que más bien atraviesan momentos posibles de ser descritos y nombrados por la medicina. No hay un ser adicto sino una persona en situación de consumo problemático de drogas, el rol de los equipos de salud (acompañar en el transitar de ese estado a otro mejor, haciendo uso de las intervenciones lo menos invasivas posibles) debe encontrarse enmarcado en lógicas de cuidado y no de castigo o culpabilización, ese proceso debe poder darse en el marco del que se da cualquier otro tratamiento y no por fuera de la regulación estatal. Esta ley nos invita a mirar a ese otro que padece en tanto semejante, sujeto de derechos cuya autonomía y capacidad de decisión en todo lo que le respecta, con su historia, sus sentires, sus decisiones, sus vínculos, etc.

En resumen, en su esencia la ley 26657 nos convoca a humanizar las prácticas en salud

---

<sup>42</sup> Es esta una expresión muy común en psicoanálisis, extraída de la obra de Lacan, que hace alusión al saber inconciente al que se accede y que en un primer tiempo es reprimido por tanto "no sabido".

mental y a dejarnos interpelar por ellas sea cual sea el rol que ejerzamos (profesional/no profesional/ familiar/ amigx, etc), en definitiva: a hacernos parte del proceso.

Todas las personas, sea cual sea su estructura psíquica, situación ante la ley, condición socioeconómica, tipo e historia de consumo, antecedentes de salud, edad, género, etnia, etc. tienen derecho a ser asistidas sin perjuicio de sus libertades y sus deseos. Todas ellas deben ser alojadas en espacios de cuidado con personas que no apunten con dedos ni valoren moralmente sus actos, sino que desde sus trayectorias técnicas y profesionales puedan ofrecer acompañamiento al proceso que cada persona pueda transitar. Cada recorrido es válido y diferente y nuestra labor como agentes de salud es respetar y cuidar todas y cada una de las trayectorias.

Para comenzar a adentrarme en el presente capítulo, retomaré la pregunta central del trabajo sobre la presencia de la ley 26657 en las comunidades terapéuticas. Para pensar de qué manera opera esta ley en ese contexto, con qué alcances y qué limitaciones describiré el funcionamiento interno, reglamentos, generalidades, estructura de una CT.

### 3.2 El tratamiento en una CT

En mi experiencia como psicóloga, las personas en situación de consumo problemático manifiestan sentirse aquejadxs por haber perdido y por no encontrar la manera de dejar de hacer una y otra vez lo mismo. Suele ser ese dolor, ese malestar, 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. *Recuperación*, que según definición de diccionario -y de sentido común- 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)<sup>43</sup>

Ese *recuperar* (tan presente como slogan) que aparece como una promesa de volver hacia algo perdido, no solo se basa en un imposible porque el sujetx nunca es el mismo que fue, no puede volver a un estado anterior o de ¿normalidad? sino que además en cada uno de sus posibilidades omite la complejidad subjetiva, su historicidad y sus particularidades.

Antes de iniciar la descripción del dispositivo considero importante, para adentrarnos en el marco teórico que predomina, mencionar al MMH en tanto “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 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.” El modelo médico hegemónico es un importante operador y organizador de la práctica en las CT, sus “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)

La internación se presenta como un recurso que se sirve del aislamiento para operar en lo

---

<sup>43</sup> Definición de “recuperar” en el sitio web de la Real Academia Española, disponible en <http://dle.rae.es/?id=c33Av11> (19/10/2017)

subjetivo apelando a muchos de estos rasgos antes mencionados. Un famoso referente de la TCC afirma al respecto que “puede proveer un entorno libre de oferta de drogas, en el que la persona puede compartir con otros la experiencia vivida, siendo temporariamente relevado de sus responsabilidades de estudio o trabajo, con la oportunidad de trabajar intensivamente en la adquisición de habilidades para resistir el consumo y manejar emociones negativas-gatillo.” (Keegan, 2012)

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 síntesis descriptiva y que pueda generalizar la realidad de las CT.

“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)

En relación a la organización interna, 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 socioterapéuticos<sup>44</sup> 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 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

---

<sup>44</sup> 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).

primeras semanas para su rápida adaptación al tratamiento. Manejar las herramientas también tiene que ver con conocer los objetivos de cada una de 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 para con el afuera.

Un primer punto para reflexionar es el control que se realiza sobre los vínculos dentro de la CT desde el inicio de un tratamiento, cuestión de importancia para pensar la CT en clave de la LNSM. Dadas estas normas, rígidas y generalizables, no importa cómo se sienta la persona recientemente internada ni qué diga, 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, lo cual también sería un punto de conflicto importante con la ley de SM: las normas son “iguales<sup>45</sup>” 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. Estas primeras medidas mencionadas no se alinean con lo establecido por la LNSM, y no son detalles sino que hacen al ejercicio pleno de los derechos de las personas. En este caso personas que se encuentran internadas en instituciones totales, las más de las veces sin acceso a comunicación con el afuera.

Continuando, “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)

---

<sup>45</sup> 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.

Resulta llamativo cómo se invalida la autonomía de las personas internadas, considerándolas inicialmente incapaces hasta que demuestren lo contrario. Esta incapacidad está asociada de manera directa al “trastorno por consumo de sustancias”, diagnóstico asignado para el ingreso a la institución. En este sentido, LNSM establece que no se debe considerar suspendida la autonomía de las personas por la mera existencia del diagnóstico y que estos no pueden ser considerados estados inmodificables ni tampoco realizados en función a determinados rasgos, evitando posibles diagnósticos basados en estereotipos y en prejuicios y haciendo prevalecer los derechos de las personas ante las opiniones profesionales. Este planteo técnico-legal opera políticamente estableciendo nuevos alcances del poder que siempre han tenido los médicos psiquiatras por sobre las personas.

Es clave pensar en las enormes transformaciones que implican determinados detalles de la letra de la ley. Estas transformaciones políticas son también culturales y constituyen una apuesta a transformar no sólo el peso de la palabra profesional sino también el lugar que socialmente se le atribuye a la locura y a los diagnósticos psiquiátricos.

Quienes nos formamos en salud antes de 2010 acostumbramos a naturalizar la entidad jerárquica que tiene cualquier aseveración (por más disparatada que pueda ser) proveniente de un juez, un médico, un profesional, etc. Si bien determinados saberes continúan siendo hegemónicos, los diagnósticos en salud mental (a partir de la LNSM y de los cambios que la acompañan) ya no son realidades permanentes e inmodificables y no alcanza con un diagnóstico para forzar a las personas a determinadas acciones.

Otra cuestión a destacar de los tratamientos en CT, es el foco siempre permanece en la presencia/ausencia de la sustancia consumida y no en la persona, ni en sus particulares necesidades o características. 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 puede llamarse “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, en búsqueda de una suerte de rectificación.<sup>46</sup> 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, cuestión que -por definición- atenta a un funcionamiento con lógica social- comunitaria, sino que es más bien del estilo corporativo en el que los ascensos y “progresos” de una persona pueden encontrarse en tensión con los de otra, además de centrar el tratamiento en la trayectoria individual en la que las distintas personas avanzan hacia una misma meta: el alta médica.

Continuando LNSM y su importante hincapié sobre la autonomía de las personas,

---

<sup>46</sup>En 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.

especialmente en referencia a la necesaria y expresa decisión de las personas de internarse voluntariamente para que ésta suceda bajo lo establecido legalmente. Es en relación a este punto que han tenido que irse modificando algunas instaladas prácticas en las que se solicitaba a lxs familiares que apelaran a un diagnóstico psiquiátrico para declarar la insanía de la persona a quien deseaban internar en las CT. Dada esta condición se podía proceder en una internación que podríamos considerar forzada, ya que tras este paso se inducía a la persona ya declarada legalmente incapaz en sus facultades mentales a que se interne bajo la voluntad del juez. Este es un punto en el que los *modus operandi* de las CT, con sus particulares modos de reclutamiento, debieron ser modificados a favor de aquellas personas cuyos derechos fueron violentados.

Continuando con el análisis, tomando las prenociones con las que configuran a la “subjetividad adictiva”, preñada de calificativos moralmente negativos, y el esmero del tratamiento en lograr la modificación en el/la sujetx, queda claro como el funcionamiento de la CT se basa en recurrir, 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 físico y lingüístico. Lo primero se entiende fácilmente en la arquitectura de cualquier CT, con sus imponentes muros y rejas. Mientras que el sentido lingüístico aparece en la definición que de la adicción se realiza, en tanto enfermedad crónica.

Es, justamente, en relación a estas características típicas que la existencia de una ley con el espíritu de la 26657 se volvió necesaria. Era fundamental que existiera un marco legal que diera pautas sobre el accionar en un terreno que -aparentemente- era (¿y sigue siendo?) fértil para la violencia sobre los cuerpos. La letra de la ley es explícita en este punto y otorga especial importancia a problematizar las internaciones en casos de consumo problemático de drogas. Es decir, se lo menciona continúa siendo un recurso válido y necesario pero ya no asociado de manera directa, forzada e inevitable. Se convoca a que todxs pensemos cuándo, cómo y de qué manera deben llevarse a cabo las internaciones. Posibles y necesarias en tanto recurso excepcional, de manera voluntaria, consensuada con la persona a internarse, y durante el menor tiempo posible. Claro está, haciendo uso de estrategias terapéuticas, no extorsivas, no punitivas. ¿Será que entonces hemos alcanzado un nivel de acceso de los derechos? ¿Será que la salud mental está garantizada como tal?

María Epele, autora del libro que relata un trabajo de investigación previamente citado en este escrito, detalla muy claramente la operación que desde este tipo de instituciones se apuesta a realizar. Dice: “Desde el punto de vista institucional, la condición de “adictx” arrasa toda singularidad, historicidad propia de cada usarix: 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 usarix 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”<sup>47</sup>, por eso se propone como clave del tratamiento el hablar.” (Epele, 2013) Y, agrego, ese hablar no solo reduce su ser al consumo sino que -como todas las acciones en la CT- también es disciplinado. Respecto al disciplinamiento en el día a día, la antropóloga señala que en las CT: “... 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.” (...)

Para volver sobre una tensión entre el dispositivo y lo dispuesto en la LNSM, retomo la “sobresignificación de lo adicto” y la consecuente exclusión del sujeto, encuentro allí una adjudicación de actitudes asociadas al adicto (por ej: la “soberbia”, la “mentira”, la “manipulación”, etc.) las cuales se establece deben ser confrontadas durante el tratamiento con el propósito de modificar su conducta de consumo. Estos adjetivos calificativos (o bien, “rasgos de carácter” como se nombra 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 amigos, 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 sujetos 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 nosotros, el color de uñas, el maquillaje, el piercing, las fotos de los seres queridos, etc. Cuestiones concernientes a nuestra definición subjetiva, aquello que compone a nuestra singularidad, serán aspectos supeditados a la interpretación y decisión del staff.

Considero que, lejos está esta mirada y este modo de hacer, respecto a lo que se propone en la ley de SM. Una intervención en clave de interdisciplina, desde la cual se aporta con distintos saberes una mirada diferente acerca de lo que sucede, con el/la sujeto como parte de ese saber, desde una lógica más social-comunitaria que médico-biologicista, un quehacer centrado en la restitución/promoción de lazos sociales y derechos como base en cualquier tratamiento.

Desde la disciplina que ejerzo, psicología, creo que nos debemos reflexiones acerca del rol que lo comunitario adquiere en tratamientos con esta problemática. Aquí creo que es necesario poner en suspenso la centralidad de lo individual para dar más lugar a las redes, no solamente a las que puedan surgir como producto de la interacción humana que suceda en la CT (las cuales también se busca controlar) sino aquellas comunitarias, que hacen a su identidad y conforman su historia. No es raro escuchar a profesionales aseverar que como tal persona

---

<sup>47</sup> Cabe agregar que el significado de la palabra “adictx” tan difundido resulta cuestionable. 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.

consume o ha consumido con un grupo de amigxs, entonces no debería seguir vinculándose. O bien, que la familia no es el mejor lugar para una persona por encontrarse allí imbricados ciertos asuntos a resolver en la terapia. Tiene lugar, en términos de lo descrito por Alicia Stolkiner, un proceso de patologización de la vida cotidiana tras lo cual aquello no expresado en las clasificaciones mórbidas pero presente en los padecimientos subjetivos queda asociado a lo patológico también. (Stolkiner, 2013)

Pienso que no hay respuestas generalizables ni de antemano, pero también creo que de nada serviría tenerlas porque lo importante, en definitiva, es estar ahí para acompañar -no guiar, no dirigir- sino sostener ese espacio prestado, construido entre todxs, para ese proceso que cada sujetx pueda dar(se).

No se trata de problematizar solo desde lo profesional cómo y qué alcances debe tener nuestro rol, sino también de preguntarnos en un sentido político qué ser para ese otrx: ¿queremos ser aquellos que, con su poder le dicen a los otros cómo ser? ¿Buscamos un *reset* subjetivo para sentar las bases sobre la cual serán avaladas prácticas discriminatorias que asocian sectores y prácticas populares con el consumo de drogas? Así sucede, por ej con: 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, considero, es semejante al que se ha ejercido a lo largo de la historia desde grupos de poder hacia otros subordinados.

Para finalizar, 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 para saber sobre un otrx hay que poder ir mucho más allá de la conducta, incluso del discurso. Pero más aún, hay que poder ir más allá del individuo.

No existe un sujetx por fuera del colectivo que lo aloja. No hay texto sin contexto.

### 3.3 Salud mental ¿posible?

Ya mencioné previamente que coexisten incontables definiciones de salud: las hay según la época, el lugar, autorxs, disciplinas, marcos teóricos e ideologías. Es este un concepto atravesado por lo político, 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 salud 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 como modelo de respuesta frente a la problemática del consumo, nos encontramos con un dispositivo dirigido a quienes padecen la “enfermedad” de la adicción, definida como patología crónica. Aparece como condición de permanencia y como fin último el abstencionismo. La salud mental parecería, por deducción (aunque también como un imposible, por tratarse de una enfermedad crónica) como ausencia de dicha enfermedad. ¿Qué

otros destinos posibles hay para un/a “adictx”? ¿existe otro estado posible?

Poco se dice sobre el contexto que aloja a exxs sujetxs por siempre problemáticos, poco se problematiza ¿por qué necesitamos esa diferenciación diagnóstica? ¿Por qué el sistema premia determinados consumos y estigmatiza otros? Efectivamente estamos aquí ante una concepción de salud “fragmentada” que deja por fuera lo colectivo, lo social, lo que interpela. No se dimensiona al consumo problemático en clave de la época que lo aloja, una en la que todo aquello posible de ser mercancía (y ser consumido) adquiere valor de mercado, inclusive las personas, los vínculos, las experiencias, etc. Tampoco se repara en las formas institucionales (muchas veces en tensión con el ejercicio de derechos fundamentales) y en el impacto en la producción subjetiva que estas tienen, ni en cómo la cuestión social configura modos de vivir, desear y padecer.

Vale entonces reformular la pregunta ¿qué salud es posible?

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 está, al menos en el campo de la salud mental, cuando ese diagnóstico se vuelve una verdad absoluta, estanca y no habilita un movimiento hacia un mejor estado de salud. En el caso de las “adicciones”, basta con generar esa “etiqueta” para nunca más volver a quitarla.<sup>48</sup> 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?

Está claro que el devenir subjetivo no se explica únicamente por una experiencia en un dispositivo, las posibilidades en cada experiencia varían y cada situación particular de internación es distinta, aunque se de en mismo lugar y espacio que la de otrx. 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 a partir de este.

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 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 movimiento subjetivo posible.

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 unx de nosotrxs nos pertenece, 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. Un recuperar que implique lo subjetivo, que posibilite otras formas posibles de vivir menos mortíferas quizás se parezca más a un tratamiento en salud. Tal vez sea mucho lo pendiente a modificar desde lo institucional, pero también lo hay desde lo social y desde lo técnico-académico.

Nos debemos reflexiones que nos permitan crear otros espacios más amigables con eso “otro” que tanto cuesta alojar. Sólo haciendo lugar a lo que rompe el silencio, a lo que no encaja en la “normalidad” nos encaminaremos hacia una salud mental posible. Con todo eso “otro” que no se nos parece, pero ¿no se nos parece? ¿no es sino una expresión posible entre tantas? ¿cómo y quién define qué es lo normal, qué no y que hacer con eso? ¿No somos acaso todxs un “otro” para alguien?

---

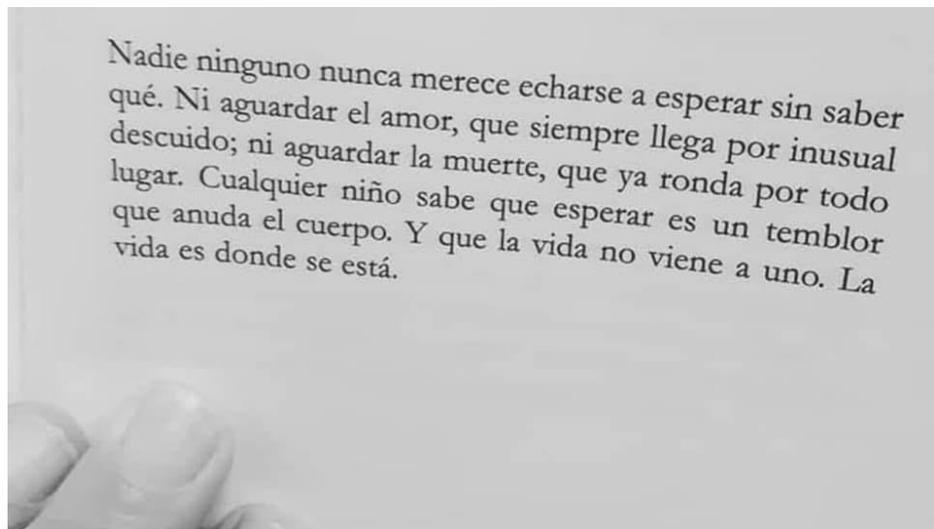
<sup>48</sup> Sobre este punto volveré más adelante al trabajar la Ley Nacional de Salud Mental (2010).

Ciertamente la “normalidad” es un problema a repensar, reconstruir y reformular. Y creo que ese es el punto del partida desde el cual debemos diseñar nuevas prácticas en salud mental. Pero antes que todo eso, propongo escuchar. Desde ahí, y con la escucha como camino, fue llevado a cabo este trabajo.



## Capítulo N° 4 La escucha como camino. La CT en primera persona (Axel, Miguel, Marixa, María)

---



Llegó el momento de estar. Hasta aquí me he propuesto un recorrido más bien orientativo respecto al marco legal actualizado en materia de intervenciones sobre salud mental, a cómo generalmente funciona una CT y cuales son las bases teóricas que sostienen dicha práctica. Tal como indica el título del presente trabajo, es tiempo de avanzar hacia una escucha más allá de lo que debiera ser o de lo que nos dicen que es la internación en CT, es momento de dar lugar a la palabra de quienes han vivido la experiencia para que den cuenta en calidad de pacientes de lo que vá, de sus implicancias en el cuerpo, subjetivas, familiares, vitales, etc. Es momento de estar ahí, así mas no sea por un rato leyendo, intentando trasladarnos hacia esa otra realidad. Porque haciéndolo esta nuestra escucha para un otrx que se abre a nosotrxs su sentir, su vivencia, su emocionalidad.

Realicé una serie de entrevistas a personas que, en un acto de confianza, compromiso y buena voluntad, se dispusieron a recordar conmigo esa etapa de su vida, por momentos haciendo de nuestra charla una movilizante vuelta a aquellas vivencias. Deseo que ese -para mí riquísimo-intercambio, además de permitirme a mí ir por la escritura de mi tesis, haya habilitado nuevas escrituras para cada uno/a de ellos/as. Me pidieron que difundiera sus palabras y este escrito para "ayudar" a quienes están atravesando un momento difícil, y también que luego les comparta el escrito.

Conté, a la hora de invitarles a hablar sobre su experiencia, con la ventaja de conocerlas y conocerlos, de que me conozcan a mi por fuera del rol de psicóloga clínica, y tuve la suerte de que sus respuestas hayan sido satisfactorias. Conocí a ellas y ellos por haber trabajado en instituciones autodenominadas especializadas en adicciones. La comunidad terapéutica fue para mí la entrada en acción inmediatamente luego de obtener mi matrícula, fue mi primer trabajo y aún recuerdo la emoción que eso significó para mí. Por algún motivo, que aún tiene lugar en mis reflexiones, era muy importante trabajar con esa problemática.

Aunque trabajábamos muchas horas sin poder dormir, en espacios poco "amables", a veces abordando situaciones complejas y con un equipo que ofrecía reuniones de equipo pero que no estaba 24 hs. disponible más que para responder preguntar por teléfono a veces acompañadas por algún reproche, por un escasísimo sueldo (aún por debajo de lo que podemos imaginar

cualquier trabajo en salud, usualmente mal pago), aún así sentí aquella oportunidad laboral un privilegio. Recuerdo cómo en esas guardias de fin de semana fui adentrándome en la pregunta de ser psicóloga para un otrx. ¿Qué se hace, qué se dice? ¿qué no? ¿Cómo se es psicóloga en ese contexto, distinto a cualquier otro que me hayan enseñado en la facultad? Muchas preguntas, contextos y problemáticas para las que me sentía sin herramientas, situación por momentos angustiante pero que era a la vez una enorme experiencia y desafío. Recuerdo lo pesado que me resultaba estar, junto con algún par, toda la noche o día de fin de semana “a cargo” de una casa que alojaba unas veinte personas en diferentes estados, desde la abstinencia hasta situaciones de violencia, pasando también por autolesiones o actos pasibles de considerarse intentos de suicidio. Como dije, podíamos comunicarnos al celular de la o el psiquiatra para realizar alguna consulta sobre alguna urgencia psiquiátrica o médica, pero todo lo demás estaba por armarse e inventarse en el día a día según nuestras posibilidades. En esa normalidad transcurría el día a día, y si bien éramos dos personas matriculadas para ejercer una profesión no hacíamos más que apoyarnos en la grupalidad y en los vínculos que esas personas tenían entre sí para sobrellevar cualquier emergente. Y en esa búsqueda nos encontrábamos lxs que trabajábamos en el staff: muchos eran los estilos de mis compañerxs, desde el autoritarismo con gritos y extorsiones, pasando por estilos *laissez faire*<sup>49</sup>, neutralidades propias del psicoanalista de diván, y también -creo buena parte- quienes podían conectar y empatizar con los distintos climas grupales, la historia de lxs pacientes, sus sentires, momentos personales, posibilidades y limitaciones, etc.

Al poco tiempo sentí que para que las cosas funcionaran en la casa, a veces tenía que ser psicóloga pero a veces tocaba ser otras cosas. Ese fue mi primer aprendizaje: quienes trabajábamos teníamos que procurar que quienes vivían ahí pasaran sus días de la mejor manera posible, y este desafío era posible no de forma unilateral sino con una cooperación colectiva.

Esa experiencia laboral duró menos de dos años, fue intensa y frustró mi ideal que tenía respecto a las instituciones que “curan” adicciones. Fui parte de un equipo que tomaba decisiones con las que muchas veces no me sentía cómoda, trabajar ahí me instó a mirar a lxs pacientes de una manera con la que nunca me sentí identificada, sucedieron muchas cosas con las cuales tuve que lidiar internamente porque me generaban conflictos y hasta ponían en jaque mi ética personal y profesional. Mucho fue lo vivido y aprendido, me sentí -aunque confundida- muy agradecida también. Ese ideal de que existía una respuesta única para situaciones tan diversas como sujetxs en el mundo tenía que caer pero la pregunta que emergió entonces fue: si no era la comunidad terapéutica ¿qué se hace con el consumo problemático de drogas? ¿hay una única manera para las diversas situaciones, personas, contextos? Debo decir que tras esa experiencia pude abrir nuevos interrogantes sobre las posibles prácticas en salud mental y me animé a seguir buscando espacios de formación y de trabajo que se apoyaran en otros marcos teóricos y otras lógicas de cuidado. Me encontré así con otra construcción posible, no desde el abstencionismo y el control sino desde la reducción de daños y el acompañamiento.

Dejaré para las siguientes líneas -y para las citas de las entrevistas- el relato de situaciones cuyo dolor no logro sanar del todo, las cuales (a pesar de que no hayan recaído sobre mi persona y de que haya pasado mucho tiempo) nunca dejaron de resonarme. ¿Cómo es que siguen existiendo semejantes vulneraciones? ¿Qué se puede hacer al respecto? ¿Cómo

---

<sup>49</sup> En las teorías de grupos se trabajan distintos tipos de liderazgos, uno es el *laissez faire*. Este término proviene de la historia de la teoría económica, de limitar la intervención del Estado al mínimo imprescindible y dejar que actúen por sí solas las fuerzas del mercado. Ese liberalismo económico aplicado a la psicología de los grupos es que el grupo (y sus miembros) actúen con la menor intervención posible por parte del líder.

trabajar sin ser parte ni cómplice de esas decisiones? ¿Cómo alojar de otra manera? ¿es posible contribuir a una transformación desde afuera? Preguntas que, probablemente no pueda responder sola, pero que desde hace mucho insisten y son motor.

Realicé cuatro entrevistas, a dos varones y a dos mujeres, para comenzar a situar algunas cuestiones subjetivas haré un breve resumen de cada una de ellas. Los mencionaré por orden cronológico en el que tuvieron lugar las entrevistas, en todos los casos usaré nombres de fantasía, todos ellos consensuados con las entrevistadas.

Axel fue el primero, en aquel entonces mi primer paciente y ahora mi primer entrevistado. No creo que sea casualidad haberlo elegido y haberme animado a empezar el ciclo de entrevistas con él, siempre sentí su cordialidad y su respeto para conmigo. Tampoco creo casualidad que el respondiera a mi llamado casi inmediatamente y se dispusiera a mi propuesta, tal cual fueron sus sesiones y su tratamiento conmigo. Fueron muchos los pacientes con los que trabajé pero sentí que podía contar con su aporte para este trabajo. Cuando lo conocí, en 2012, me encontré con un hombre de presencia fuerte, muy distante en sus formas, con pocas y seleccionadas palabras y en voz baja emitía firmes afirmaciones y filosas preguntas, sólo tuteaba a sus compañerxs de tratamiento, lo invité varias veces a poder hacerlo también conmigo pero nunca accedió. En ninguna ocasión durante el tiempo de poco más de un año que duró su internación dejó de tratarme de “ud” (excepto por error, tras lo cual se disculpaba de inmediato). Tampoco en este último contacto lo hizo.

Aquella fue su primera experiencia también en psicoterapia, al principio parecía desconfiado y un poco a la defensiva. Durante toda su internación mantuvimos sesiones una vez a la semana, ambos fuimos respetuosos del encuadre y -creo lo más importante- apostamos fuertemente a ese espacio. Fui conociéndolo a través de escuchar su historia: padre de dos hijxs, separado de la madre de ellas, con fuertes vínculos con las mujeres de su familia de origen (madre y hermana). Axel llegó a internarse a través de Sedronar, institución que le otorgó una beca de internación por un año. La institución que lo alojaba en su internación le ofrecía una casa, en algunos aspectos, con muchas más comodidades que su propio hogar, inclusive que el de su infancia. Proveniente del conurbano bonaerense, trabajador incansable, sencillo, de carácter dominante aunque introvertido y muy aferrado a las normas. Estar internado, excepto por extrañar a su hijo con quien mantenía un vínculo muy estrecho o por alguna contingencia que le pudiera molestar momentáneamente, nunca pareció resultarle difícil. Siempre me daba la sensación de que había logrado adaptarse al lugar, a la comida, a las rutinas, personas y normas. Muchas veces me preguntaba si esto era algo positivo para él, o si con el tiempo y la vuelta a su entorno se le volvería en contra. Aunque algunas cuestiones de la convivencia a veces le generaban roces con otrxs, rápidamente se volvió un referente dentro de la cotidianeidad de la institución, era elegido tanto por el staff para designarle responsabilidades como también de manera espontánea por sus propios compañerxs. Axel tenía una larga e intensa historia de consumo, alcohol y cocaína eran sus principales consumos, en el último tiempo previo a la internación había incursionado con pasta base y paco. Con una historia familiar compleja, atravesada por la pobreza, violencias, otros consumos, el abandono de su padre, el consumo de Axel se había ido instalando a lo largo de los años, constituyéndose como posibilitador de decir y hacer determinadas cosas, con una función desinhibidora podríamos decir. Distintas cuestiones confluyeron e hicieron que él sintiera que era momento de cambios, algo de ese vínculo con el consumo, tan instalado durante tantos años, empezaba a dejar de ser lo que era:

*“Después de venir de... muchas amarguras cuando ya lo que es drogas o alcohol me hacían mal en la cabeza vamos a decir, ya no me aguantaba... ya no me aguantaba, y había empezado a,*

*como se llama, a fumar en ese momento era pasta base, y un día me encontré debajo de un árbol con lluvia, todo amanecido vamos a decir... y nada, me hizo un clic la cabeza y le pedí a mi familia que me ayudara..."*

Así fue como, contenido por su hermana y su madre, tomó la decisión de tomar contacto con Sedronar e internarse. Refiere que una vez allí sucedió lo siguiente:

*"Mucho realmente no recuerdo bien, el tema era que... obviamente me hicieron una entrevista para evaluar mi situación, eh... creo que me vieron decidido realmente a, o sea estaba convencido yo de que quería salir de todo esto, y bueno, según ellos recuerdo que me dijeron "te vamos a mandar a un buen lugar" y nada, eso, eso es lo que recuerdo. No recuerdo bien en qué consistió la entrevista pero supongo que era preguntarme lo que había pasado, cómo me sentía y esas cosas, tampoco fue muy, no la hicieron muy larga, creo que fui dos veces a Sedronar y salió la internación"<sup>50</sup>.*

Con Miguel, en cambio, todo fue más informal. Un entonces adulto joven de 19 años... quizás aún adolescente, a quien le tomó bastante tiempo poder entender qué pasaba con su vida y qué era eso de estar internado. Amante del rock y de estar con sus amigos, hasta internarse trabajaba haciendo tareas administrativas y ahorra para poder comprarse su casa. Generalmente se mostraba alegre, entusiasta, con un chiste como respuesta ante casi todo. Contaba con su red de pares en quienes se apoyaba muchísimo y con una hermana en la que también confiaba. Con su padre y madre la situación era más compleja, a veces funcionaban como desconocidos (entre ellos y para él también), desconectados los unos de los otros. Ella era quien convivía con él, su padre vivía con su segundo grupo familiar conformado más recientemente y su hermana con su pareja. La convivencia con su madre era muy conflictiva, ella se mostraba inestable emocionalmente, casi siempre desbordada respecto a cómo matar a ese hijo que, por alguna razón, le parecía estar en peligro. Él, aún en plena conflictiva adolescente, estaba seguro de que vivir con su madre no los ayudaba a sostener el vínculo de la mejor manera.

¿Su problemática de consumo? Consumía marihuana y alcohol, resumido por él de la siguiente manera:

*"Yo empecé a abusar bastante... bah, sí, a abusar del alcohol.... qué se yo, tenía 20 años así que me encantaba salir cada vez que podía y sí, mamarme todo lo que se pueda... y como vivía con mi vieja eh... se ve que se asustó bastante y encima ella pensaba que yo me falopeaba, aunque sí fumaba marihuana pero nunca me falopeaba, pero bueno, ella pensó que sí así que decidió hablar con un psicólogo y él recomendó que me internen"<sup>51</sup>*

El tiempo que duró, sostuvo su enojo y disconformidad por estar internado, siempre dijo que sentía que él no tenía los problemas con el consumo que tenía el resto de las personas allí internadas, sentía que esa internación era producto de la conflictiva familiar que lo alojaba más que una respuesta terapéutica a su consumo. Dando lugar a este sentir y a mucho más, con el tiempo fue pudiendo situar cuestiones de su historia que dolían, pudiendo dejar de sonreír permanentemente y empezar a conectar con mucho de lo que le pasaba y dar lugar -a veces- a otras emociones. El paso del tiempo y su lucidez decantaron que la internación había sido producto de un engaño, que no iba a ir por un breve tiempo como le habían dicho y que además era el dinero de sus ahorros el que solventaba parte de esa costosa internación

---

<sup>50</sup> Entrevista Axel. Anexo

<sup>51</sup> Entrevista Miguel. Anexo

contratada de manera particular (sin mediar obra social ni prepaga). Esta internación no había sido un pedido de él, ni siquiera había sido informado de la decisión ni de lo que implicaba la institucionalización. Fue producto de una recomendación de un psicólogo a su madre, que no lo conocía a él. Sí. Un profesional recomendó internación para una persona que no conocía, al que nunca escuchó ni evaluó y una institución tomó esa recomendación así sin más. Volveré sobre esto luego.

Decidí contactar a Miguel porque, con el paso del tiempo, nunca dejé de pensar en que su caso no fue una excepción, no fue un error ni una contingencia. Este modus operandi basado en el engaño y en los más feroces atropellos es más común y está más naturalizado de lo que quisiéramos.

Como dije antes, Miguel ingresó a la internación y comprender lo que sucedía le tomó un buen tiempo. Desde un inicio compartí con él muchos sentimientos que aparecían en la medida en que algunas cosas iban saliendo a la luz. No podía evitar ponerme “de su lado” y expresar mis pareceres tratando a su vez de contenerlo y de no empujarlo a la reacción ya que creía que iba a ser aún peor para él. No me resultaba nada fácil hacerlo pero lo intentaba. A veces sentía que aquella escena de diván, regulada por la regla de asociación libre y centrada en la abstinencia del terapeuta se iba a pique. ¿Qué sucede cuando ese dispositivo se encuentra alojado en un contexto de vulneración? ¿Cuál es la posición del “analista” ahí? ¿Quién puede ser neutral ante semejante atropello? ¿Qué informar sobre su evolución en el plano institucional resguardando su confidencialidad pero a la vez cumpliendo mi rol? El día a día era un enorme desafío entre alojarlo a él y lidiar con la posibilidad de ser corrida del rol de terapeuta por no reforzar lo institucional. Tenía claro que con mi intervención no alcanzaba, pero que era un espacio que el valoraba justamente por correrse de la lógica propuesta.

En ese entonces recordaba discusiones universitarias sobre si ofrecer vaso de agua al paciente o no hacerlo y pensaba en cómo lograr algo de esa posición necesaria para dar lugar al deseo en medio de lo que se parecía más a una batalla campal que a un consultorio. Mi ideal de trabajo se derrumbaba y yo me sentía en soledad pensando qué, cómo, cuánto y desde qué lugar hacer para acompañar a alguien que confiaba en mí como en una amiga (porque ese fue el lugar que me ofreció y el que acepté) y a quien no debía dejar solo. Todavía recuerdo que a veces sentía dificultad para responder al trato tan informal entre nosotrxs: gritos y abrazos cuando yo llegaba, corridas hacia mí al verme cruzar la puerta, expresiones de alegría y chistes permanentes. Fue un gran aprendizaje entender que ese vínculo construido desde la desestructura, en ese contexto y en su caso, era de lo mejor que podía pasar. En definitiva era lo que él podía ofrecerme y lo que yo decidía aceptar.

En diciembre de 2019, ya varios años después de esa experiencia, lo contacté para entrevistarlo. Luego de varios intentos de pautar un encuentro que él luego cancelara reiteradas veces por superponerse con compromisos familiares o con amigos, decidí seguir insistiendo motivada por una frase:

*“No me hinchas, fuiste lo mejor de ese agujero, te lo debo”.<sup>52</sup>*

Sentía mucha inquietud en escuchar las palabras de quien recuerdo fuera un joven despojado de casi todo lo propio en pos de su supuesta salud. Interpreté con alegría esas reiteradas cancelaciones porque en ellas escuchaba cómo finalmente había logrado rearmar su red subjetiva y social, quizás -y a pesar de todo- nunca la había perdido. Esta vez, me tocaba a mí esperarlo a él.

---

<sup>52</sup> Entrevista Miguel. Anexo

La siguiente entrevistada fue Marixa. A ella la conocí en un tratamiento ambulatorio, en el que fui su psicóloga durante unos meses, período luego interrumpido por algún evento considerado una “recaída” y la consecuente expulsión por parte de quienes tomaban decisiones acerca de qué paciente estaba en condiciones de seguir siendo atendido y quién no:

*“Empecé a recaer (...) yo me acuerdo que Cacho<sup>53</sup> me decía que estaba más flaca, que andaba de gira y yo le decía que no que no hasta que una vez me descubrió y sí, yo estaba de gira, y no sé que pasó en el ambulatorio, no sé... el bajó y me dijo un día “el lunes tenés que ir para la comunidad con tu mamá” y yo que sé qué más, no entendí bien. El bajó a la puerta me acuerdo, y me dijo que ya no podía entrar más al ambulatorio”.*<sup>54</sup>

En esa institución, de tratamiento ambulatorio, muchas veces mi opinión profesional era consultada, en el caso de ella no lo recuerdo, creo que simplemente dejé de verla. Supe, a través de su relato, que en ese momento de dificultad se puso en contacto con Cacho, quien fuera el operador socioterapéutico del ambulatorio (y a su vez director de una CT), y que fue a través de él que accedió a la experiencia de internación en comunidad terapéutica. A diferencia del tratamiento ambulatorio indicado y financiado por Sedronar, los aranceles de la internación eran abonados de manera particular por sus padres.

Marixa era en ese entonces una mujer de unos 40 años, con una llamativa mezcla de rasgos aññados y de *femme fatal*, amante de los gatos en quienes encontraba fieles compañeros, con intensas pero no muy satisfactorias experiencias amorosas, había tenido unos pocos antecedentes laborales y aún menos proyectos vinculados al tema. Convivía con su madre ya jubilada, tanto con ella como con su padre (a pesar de haber tenido vivencias familiares muy complejas desencadenadas por la separación de estos a sus 17 años) siempre mantuvo un fuerte y estrecho vínculo, sin mayores conflictos. Su vida parecía transcurrir entre su casa, su cotidianeidad, sus mascotas, la música que disfrutaba escuchar, sus cuidados corporales y salidas al gimnasio, los recuerdos de sus 20s y 30s aparecían desdibujados entre lo que había sido su consumo. En definitiva, siempre parecía más ligada al aquí y ahora de ese entonces que a cualquier anclaje al futuro. En sus recuerdos abundaba la presencia masculina y el consumo de alcohol y de cocaína. El ser mujer (para un otrx) y el consumo parecían categorías indisociables. La mujer, en su versión más aññada, que yo veía en el consultorio se mostraba siempre a gusto respecto a la terapia individual y a la situación grupal que implicaba el tratamiento ambulatorio: amable, sonriente, amigable, nada parecía desestabilizarla ni angustiarse. Siempre dispuesta a relatar cómo eran sus días y experiencias recientes, con pocas referencias a lo que pudiera causarle angustia y/o conflicto.

Tiempo luego de su internación volví a verla en el tratamiento ambulatorio donde la había conocido, nunca profundizó sobre lo que había significado para ella esa experiencia, sólo salieron a colación algunos comentarios respecto a las personas con las que había tenido contacto y a algunas pocas vivencias. Unos años después, al encontrarme pensando en escuchar a mujeres que pudieran compartirme sobre su experiencia en comunidad terapéutica, pensé en ella y la contacté. Tardó en responderme por no estar segura de quién le escribía y tras hacerme unas preguntas me aclaró que no tenía agendado mi celular pero que conversaría conmigo sin problema. Ya finalizando la entrevista comprendí por qué le había tomado tiempo responderme, quizás por lo que iba a contarme, y -como dijo- porque había personas con las que no quería volver a tener contacto.

---

<sup>53</sup> Operador socioterapéutico, trabajador en la institución de tratamiento ambulatorio y director de la comunidad terapéutica de referencia.

<sup>54</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

Fiel a su estilo, dispuesta y entusiasta, comenzó a relatarme sobre esa experiencia. Esta vez, por algún motivo, las palabras fluyeron y comenzaron a nombrar y sacar de la sombra lo sucedido en ese período. La charla que esperaba fuera breve se tornó extensa, tanto que hubo que desdoblarla en dos encuentros. Sabía que todo esto que fluía en su decir tenía que ser alojado así más no sea con los fines de una entrevista, y aunque me hacía ruido me preguntaba si quizás era esa la única manera posible. Pese a intentar acotar algo de ese extenso e intenso relato, sabía que luego de su relato tan movilizante (supongo que para las dos lo fue) debíamos darle un cierre las dos. Ella, porque no se es la misma luego de poder decir, y yo porque me sentía profundamente responsable de haber abierto esa puerta sin un espacio terapéutico que recibiera todo lo emergente. Le sugerí que continuara conversando sobre esto, y de todo lo otro que quisiera, en un marco profesional y me ofrecí también a acompañarla en esa búsqueda si ella lo deseaba. Quizás sin registrar ella lo movilizadora que yo estaba, tras mis insistencias de que no se quede sola con todo eso, que se sepa acompañada y valorada, se despidió de mí sin expresar pesar sino todo lo contrario:

*"(...) mira, la verdad... me hizo re lindo esto, no me tomas tiempo de mi vida, me encantó hablar con alguien como vos, una psicóloga de verdad, hacía mucho que no hablaba con alguien que tal vez me coloca un poco ¿me entendes? Es lindo... (...) vos no te podes poner en mis pies pero sin embargo sentí un cariño de tu parte, ¡un respeto! Un respeto que nadie me tiene... ¡me hiciste sentir importante con esta entrevista! Una estrella de rock (risas) mentira, un poco de humor... hay que reirse un poco de la vida (...). Gracias, gracias por todo. Me encantó decirte todo, disfruté mucho... estoy bien, si llego a necesitar algo claro que te voy a avisar. Me encantó, me hiciste sentir importante, una estrella de rock (risas)... eh... me gustó contestarte todas tus preguntas. Espero que te sirva para tu trabajo, te admiro, sabés que te admiro muchísimo y te deseo lo mejor del mundo porque sos la mejor... muy buena persona, más que buena psicóloga, que es más importante. Nunca olvides que si haces el bien te vuelve el doble y vos hoy me hiciste mucho bien. Dios te va a dar el doble. Bueno... gracias."<sup>55</sup>*

Por último, por orden temporal, entrevisté a María. Hace casi diez años la conocí, aunque no como paciente de psicoterapia, sino por trabajar en la institución durante el tiempo en el que transcurrió su internación. La contacté a través de una red social, por la que intercambiamos unos cordiales mensajes. Amable, correcta y delicada en sus formas, me respondió:

*"la verdad no la pase muy bien ahí Cecilia" (...) "no hablo mucho de ese lugar tal vez me haga bien"<sup>56</sup>.*

Supe de entrada que iba a tener que ser muy cuidadosa con lo que pudiera emerger en la entrevista, otra vez, no quería que recobrar contacto con alguna experiencias generara ningún malestar sin saber cuál era su red de contención. Recordaba a María como una mujer adulta, como una persona sensible, siempre conectada con lxs demás, de aproximadamente 50 años, de clase media acomodada, madre de dos hijos en aquel entonces adolescentes, divorciada del padre de estos. Tenía un estilo muy maternal, era a quien acudían muchxs de sus compañerxs en busca de contención y a quien atribuía el equipo tareas de cuidado sobre algunxs compañerxs en situaciones puntuales y responsabilidades en la cocina, también recuerdo algunos momentos en los que la vi sufrir mucho por tener lejos a su familia (hermanxs, hijxs, amigas, etc. que vivían a aproximadamente 500 kms. de la CT) con quienes refería mantener un estrecho vínculo. Se destacaba en lo grupal por su gran participación en

---

<sup>55</sup> Entrevista Marixa. Anexo

<sup>56</sup> Entrevista María. Anexo

las actividades, le eran asignadas distintas tareas por sostenerlas con responsabilidad, por mostrarse con capacidad de organizarse y acompañar a lxs demás también. Antes de conversar con ella desconocía el motivo que la había llevado a internarse, me acordaba que su problemática de consumo había sido con el alcohol y la recordaba como una mujer muy conectada con su maternidad, pero nada más.

Preguntada por iniciar la entrevista dijo:

*“(...) en lo que te pueda ayudar y sirva para ayudar a gente... genial...”*<sup>57</sup>

A través de la entrevista fui conectando con esa mujer a la que poco conocía. A diferencia de las entrevistas que había realizado hasta el momento, valoré que ella accediera a conversar conmigo, dado lo poco que también me conocía ella a mí. Aceptó mi invitación a entrevistarla, confiando en mí y en el trabajo que yo fuera a realizar con ese material. Fue así como pude conectar con su historia y con su sentir, desde un lugar mucho más cercano que el que tuvimos durante horas, semanas, meses compartidos en la misma institución.

En todos los casos las entrevistas se volvieron una instancia de oportunidades para mí, de decir (y hacer) cosas que antes no pude, de escuchar lo no dicho, de conocer otra versión de mi realidad. Con ellas ofrecí abrazos desde un lugar distinto al que lxs había conocido a todxs, sentí que pude estar presente. Fueron oportunidades de decir “Acá estamos, lo que viviste me importa y quiero escucharte”. Sin dudas fueron lo más potente que me tocó vivir en todo el trabajo que conllevó esta tesis. Las entrevistas son extensas, fueron pensadas para poder recorrer de la manera más exhaustiva posible la reconstrucción de lo que fue la experiencia de internación, desde un punto de vista lo más respetuoso posible de los tiempos y necesidades de quienes fueron entrevistadxs.

Continuaré realizando una lectura transversal de las mismas, avanzando por tópicos (que hacen al ejercicio del derecho a la salud) comunes que atravesaron a todas ellas. El objetivo fue preguntar para saber no sólo qué había sucedido en cada caso al respecto sino también para conocer la perspectiva que cada unx tuvo sobre eso. Seguramente queden fragmentos de las entrevistas sin incluir que pueden ser valiosos de analizar a otros fines, probablemente haya mucho más por decir al respecto, y también es posible que de estas reflexiones surjan más preguntas que respuestas. Creo que lo central fue poder reencontrarnos, escucharnos mutuamente y seguir apostando a la salud como construcción colectiva.

La entrevista semiabierta fue pensada a partir de disparadores en base a unidades temáticas vinculadas al ejercicio de algunos derechos. A partir de proponer preguntas, algunas más direccionadas y otras más abiertas, busqué encontrar en la respuesta si efectivamente había sido vulnerado algún derecho o si la internación había incluido la garantía del ejercicio de los mismos. Iré mencionando los temas, realizando una lectura transversal de las entrevistas, para poder reflejar en cada caso lo que lxs entrevistadxs fueron mencionando ya sea de manera más unánime o más diferenciada.

Ya iniciada la entrevista, lo primero que quise documentar fue la duración de las internaciones, entendiendo que es este un dato bien concreto pero que arroja mucha claridad respecto a lo que fuera a referirse en toda la entrevista respecto al proceso del tratamiento. Considero que la duración de la internación -entre otros varios- es un factor determinante a la hora de analizar la experiencia subjetiva, por lo que consideré de entrada ese dato. Quiero decir, las internaciones en salud mental han sido por mucho tiempo un sinónimo de cronicidad y muchas de ellas se han extendido décadas, por lo que considero que -sin ir tan lejos- el hecho de que se extiendan

---

<sup>57</sup> Entrevista María. Anexo

por años es en sí mismo un factor vulnerador.

Respecto a este punto, Axel (con 38 años) y Miguel (con 19 años) refirieron haber pasado un año internados hasta obtener el alta terapéutica y luego continuaron con tratamiento ambulatorio otro año y acompañante terapéutico respectivamente. María, en cambio, con sus entonces 46 años dice que tras estar once meses internada decidió “escaparse” y agrega

*“Creo que... la verdad es algo que siempre quise borrar ¿viste?... como que lo tengo negado, eh... hará nueve años que estuve y no llegué a estar un año, creo que fueron once meses”<sup>58</sup>.*

Marixa, con mucha dificultad para recordar y una acentuada verbosidad, expresa que a sus 44 años ha sido internada 4 meses y luego, por un tiempo que no logra precisar, ha asistido a la misma comunidad terapéutica con modalidad ambulatoria en un horario que comenzaba al mediodía y finalizaba a la medianoche, con posibilidad de dormir allí. Esta referencia a una modalidad atípica se enmarca en un relato de un tratamiento atravesado por vulneraciones varias que iré mencionando. En sus palabras:

*“Yo estuve el tiempo que tenía que estar internada, supuestamente, eh... yo pensé que me iba a quedar mucho más, lo que pasa es que como era pago... yo creo que por eso también, por la plata. Eh... yo creo que mis viejos se gastaron toda la plata que tenían en esos cuatro meses y después ya no podían seguir pagando \$6000, y ahí fue que -yo creo eh- que el director me dijo “vamos a ver si te hacemos una obra social, si hacemos algo con Sedronar” y que esto, que lo otro, bueno... lo único que sé es que me dijeron de un día para el otro que me tenía que ir.”<sup>59</sup>*

En principio, aparentemente el tiempo de internación pareciera que responde más a un estándar que a las necesidades particulares de cada caso. Sobre todo, que no se circunscribe a ser una medida excepcional y lo más breve posible tal como se espera a partir de la ley 26.657. A modo de aporte, recuerdo que la cobertura que en ese entonces otorgaba Sedronar y las obras sociales en modalidad internación era por ese período de tiempo: 12 meses, con posibilidad de ser prorrogada en caso de justificarse ante la institución.

No aparece en ningún caso referencia a que, en tanto pacientes mayores de edad, hayan sido partícipes de las decisiones vinculadas a la duración de la internación. En cambio, lo referido es que estas determinaciones eran tomadas de manera unilateral por parte del equipo tratante, a veces con participación de los familiares acompañantes del tratamiento. En este sentido se expresaba una entrevistada respecto a la inclusión de su ex marido para la toma de decisiones vinculadas a su tratamiento

*“(...) a ver, en mi caso pagaba él la internación pero yo... me la descontó cuando volví, así que me la pagué yo... pero... él estaba al frente, tomaba las decisiones, y si bien es una persona excelente, qué se yo, estaba enojado porque fue una separación. Yo había estado internada antes ya por todo este tema del alcoholismo, yo lo destruí, destruí la relación y de eso soy consciente pero, qué se yo, no sé si está bueno que un ex esté al frente del tratamiento”<sup>60</sup>*

Esta cuestión de dejar por fuera de la toma de decisiones a los pacientes respecto a sus propios tratamientos, considero, trae implícita la mirada estigmatizante de que quienes se encuentran afectados por algún padecimiento mental son a priori considerados incapaces. En la ley 26.657 se hace mención específica a esta cuestión que, no casualmente, pone de

---

<sup>58</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>59</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

<sup>60</sup> Entrevista a María. Anexo

manifiesto un modus operandi frecuente. De esta manera, pareciera que se presume (de manera anticipada y sin base empírica) que quien consume no está en condiciones de tomar decisiones. Así refiere una entrevistada la experiencia de haber sido excluida del tratamiento ambulatorio del que formaba parte para pasar a internarse como única opción ante la nada, en el pallier del edificio y sin posibilidad alguna de contener lo que esa decisión unilateral pudiera ocasionar como consecuencia:

*“Empecé a recaer y... (...) yo me acuerdo que Cacho me decía que estaba más flaca, que andaba de gira, y yo le decía que no, que no hasta que una vez me descubrió y sí, yo estaba de gira. Y no sé qué pasó en el ambulatorio, no sé... él bajó y me dijo un día “el lunes tenés que ir para la comunidad con tu mamá” y yo qué sé qué más, no entendí bien. El bajó a la puerta me acuerdo, y me dijo que ya no podía entrar más al ambulatorio, y era... en 2013 casi diciembre. ¿Te acordas que habíamos festejado las fiestas? (...) eh... el baja, me dice que no podía entrar porque me habían echado y que yo tenía que ir el lunes allá a verlo a él.”<sup>61</sup>*

Estas observaciones caben también para pensar en qué circunstancias es que aparece la internación como respuesta frente al problema del consumo de drogas. Es decir, ¿por qué y de qué manera las personas llegan a internarse? ¿se trata de una opción entre otras? ¿están esas otras opciones accesibles? En relación a este punto las entrevistas arrojaron distintas experiencias, uno de los entrevistados manifestó que había sido él quien había decidido asistir a Sedronar para solicitar tratamiento. Refirió:

*“Un día le dije a mi familia si por favor me podía ayudar e hicimos los trámites en Sedronar y gracias a dios eh... se dio todo para internarme donde me interné, y nada... la decisión fue mía. (...) fue en conjunto, primero y principal mi mamá y mis dos hermanas, que me siguen a mí, más chicas que yo. Me acompañaron en la decisión, me acompañaron a Sedronar y me acompañaron durante todo el tratamiento, gracias a dios. Eso también me ayudó mucho, me dio fuerzas.”<sup>62</sup>*

Aunque no se le ofreció otra opción que la internación (que luego duró un año) considero que esta experiencia es bien diferente a las que citaré a continuación. Preguntada por la decisión dijo María

*“Decidí en aquel momento internarme yo, sin saber lo que era, yo pensaba que me iba a meter en un lugar... para que te des una idea me llevé hasta traje de baño, pensando que... nada... para mí fue una... fue muy fuerte todo” y agrega “(...) yo estaba muy mal... había estado internada, ahora que me acuerdo, en el hospital ¿viste? Y empecé a buscar en internet, lo encontré yo, nadie sabía a dónde iba... ni yo pensé que era tan fuerte el tratamiento ¿viste? Me habían recomendado también un nombre de acá mis amigas, que me ayudaron, a ver... dejame pensar... mi ex me llevó con mis tres hijos, que eran adolescentes en ese momento y... cuando yo decidí... pasa que yo venía casi con 6 mg de clonazepam en el cuerpo del hospital y me habían dado mucha medicación y en la internación me dieron más!. Hoy no tomo nada, para que te des una idea... ni una pastilla para dormir, de vez en cuando cuando tengo algo me dan un pedacito, un cuartito para descansar, pero... yo estaba totalmente drogada, no tengo recuerdos, me acuerdo de momentos del viaje de ida a Buenos Aires con mis hijos y mi ex, pero estaba muy pasada ¿viste? (...) no sé, yo pensé que iba a un lugar a descansar... a ver, me había llevado lanas para tejer, no tenía mucha idea, pero sí, fui con mi consentimiento... yo no daba más, necesitaba estar en un lugar contenida y no tener nada de alcohol ni nada a mi alcance.*

---

<sup>61</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

<sup>62</sup> Entrevista a Axel. Anexo

*No pensé que era tan duro, es real lo que te digo... en mi caso fui totalmente... de hecho cuando me enteré a los meses que mi marido me había judicializado (...) yo estuve muy mal cuando me pasó eso... así que... así fue... Yo no vi ni una foto del lugar, pensé que era un lugar más lindo, que yo iba a tener mi cuarto o compartir, pero... era compartir como con siete personas. (...) a ver... yo ya no me acuerdo... llegué a una comunidad con gente, tuve que acostumbrarme... (...) a mi me costó darme cuenta de lo duro que era y de cómo funcionaba todo ¿me entendés? No tuve una... eh... no sé, me fui encontrando con cosas fuerte ¿viste? Eh... me... no siento haberme informado bien de cómo funcionaba el lugar ¿viste? También uno llega en un estado de... difícil <sup>163</sup>*

María cuenta que viniendo de una internación hospitalaria decidió internarse, a través de internet -y sin demasiada lucidez por la cantidad de medicación que le administraban- eligió dirigirse a lo que sería su internación durante un año, tras el cual no obtuvo el alta terapéutica. De otra manera, Marixa cuenta que tras haber sido “convencida” por el operador socioterapéutico, con el cual mantenía encuentros sexuales, accedió a internarse de la siguiente manera:

*“(...) yo me acuerdo de ir al ambulatorio, que bajó Cacho que me gritó... no me acuerdo bien, y yo me fui por ahí, (...) él me había hablado... (...) él me dijo que vaya a verlo a él porque quería hablar conmigo, que me iba a quedar uno o dos días para que me recupere y que él me iba a hablar y que después iba a volver al ambulatorio, entonces yo me llevé mi pijama, me llevé el pijama porque me dí cuenta que me iba a quedar, pero no sabía si mi familia iba a pagar o no, imaginate que yo no estaba en mi sano juicio, no sé. Sólo sabía que Cacho me llamaba y que yo quería ir a verlo, nada más, entonces cuando yo fui hablé con él y él me dijo que iban a ser uno o dos días hasta que yo me recupere y después volvía al ambulatorio. Pero después, cuando se van mis viejos y todo, empiezan a pasar los días ¡y yo no me iba más! Me sacan el teléfono y todo... y me dicen “no, te tenés que quedar 15 días”, después de 15 días eran 20 días, después de 20 días eran 30, y así... y hasta que un día dije “yo me voy, ¡yo me voy de acá!” y entonces él me dijo “ay... ¿te querés ir de acá? Acá estamos juntos, tomamos mate... ¿no la pasás lindo?” y yo le dije “sí, la paso lindo, pero vos no me dijiste esto” y bueno, nada... me quedé. (...) Sí sé que lo que te estoy contando no es normal, (...) esta comunidad no era normal... no.” <sup>164</sup>*

Preguntada acerca de la charla que tuvo, tras lo cual se internó, refiere:

*“Nunca se me explicó de cuanto consistía la internación ni nada porque no sabían. (...) yo no llegué en mi sano juicio, me acuerdo más o menos del primer día, lo que sí te puedo decir es que el primer día... (...) esto sí, nunca se lo conté a nadie... (al borde del llanto), esto sí, ahora que estamos con esto del colectivo... cuando yo llego, esto queda entre nosotras, yo no sabía mucho. Yo llegué como había llegado a mi casa, ¿te acordás las minifaldas esas que usaba Lopilato en el programa que hacía de la hija de Francella? Yo estaba re flaquita en esa época y llegué con una tanga roja (risas) había estado en la casa de mis amigos, mis amigas, ¡imaginate! Y una remera que me habían regalado de un “Johnny” un whisky, claro.... Yo llego así porque supuestamente iba a hablar dos minutos con Cacho, aparte... yo sabía... bueno, yo te voy a contar esto. Cuando yo entro a donde estaba Cacho, yo estaba de la cabeza, ¡muy de la cabeza! Y les piden a mis viejos que se vayan a tomar un café y me quede sola con él, y yo... me quedo sola con él... y cuando yo me quedo sola con él (...) Él... eh... no sé cómo decir esto loco (voz temblorosa), porque no sé si está bien o está mal, yo estaba con él más o menos, pero... nunca había estado con él ¿me entendés?, sí había como un toqueteo... no sé si me entendes, nunca había pasado más de eso. Entonces cuando yo me quedo sola con él, en el... en el escritorio, él*

---

<sup>63</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>64</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

*se apoya contra el escritorio y me dice “dame un abrazo” y cuando yo le doy un abrazo él me pone la mano... un poquito más abajo de la cintura y me aprieta contra él, y yo sentí... una cosa dura. Y... ¡pero yo no lo estoy culpando a él, eh! Yo no lo estoy culpando a él porque a mí me gustaba él, y yo le di todas las de seguir, yo siempre lo busqué. Me dijo “¿esto no lo vas a querer todos los días? ¿no te quieres quedar acá conmigo?” y bueno, así me convenció un poco...Creo... creo... no sé, no sé. Es la primera vez que cuento todo pero a él no le echo la culpa, no, porque yo era grande ya, no era ninguna nena de 16, yo sabía lo que hacía. ¿Me entendés?”<sup>65</sup>*

Este relato, además de testificar las condiciones en las que se forzó una internación, resulta un testimonio de lo que fue una situación de abuso de poder, de violación a los derechos de la paciente y de violencia de género. Significó para mí una sorpresa, como ella menciona, no lo había compartido antes y saberlo me pone -como mujer y desde mi ética profesional- en un lugar distinto al de simple entrevistadora. Además de ser este un tema que nos convoca desde lo personal, *ergo* desde lo político, este relato me interpeló en relación a las mujeres. Me llevó a pensar la cuestión de género en tanto categoría política para dar cuenta sobre ciertas desigualdades, una categoría de análisis que permite situar lo interseccional y problematizar qué pasa si además de consumidor/a sos mujer y te encontrás en una situación de vulnerabilidad subjetiva. Ni que hablar si además de eso no contás con la información suficiente o con accesibilidad a otras opciones de asistencia. ¿Qué sucede en los dispositivos de atención frente a las vulnerabilidades varias? Ser mujer es estar en la vida expuesta a violencias innumerables por el simple hecho de ser mujer, y está lógica se replica (y a veces se multiplica) dentro del sistema de salud. Estas preguntas y este problema, por su magnitud e importancia pública, habilitan una investigación en sí misma que excede al presente trabajo, pero creo necesario mencionarlo e invitar a problematizarlo.

No sólo la existencia de estas y otras violencias hacia las mujeres constituyen un problema, sino que lo es el silencio ante la reproducción de estas prácticas, el lugar diferenciado que se atribuye a una paciente como cuidadoras por el hecho de ser mujer, la interpretación de distintas manifestaciones como “histeria” o “locura” por fuera de cualquier concepción teórica. Estas cuestiones más sutiles, así como las más grotescas, ameritan ser pensadas y problematizadas desde una perspectiva de género ¿Por qué aceptamos que se excuse a quien abusa de su autoridad como director y aprovecha una situación de vulnerabilidad para dar curso a su libido sexual por el mero hecho de ser ambos mayores de edad? ¿No es común que callemos esta y otras tantas vulneraciones por no querer ser puestas en duda, por no ser estigmatizadas como mentirosas, oportunistas o locas? ¿No acostumbramos también a convivir con el silencio de los hombres frente a estos sucesos? Dijo Marixa:

*“(...) yo sé que me echaron porque se sabía que yo estaba con Cacho (Director) yo me peleé con él, armé un quilombo ahí en la comunidad, grité, yo me acuerdo que grité, había recaído, vine gritando... dije la verdad y me acuerdo que me echaron, llamaron a mis viejos, yo no fui, solo los llamaron para darle mis cosas y nunca más supe más nada. No sé, yo sé que me echaron porque estaba con Cacho. Yo hablé con Fredes (Director de ambulatorio vinculado a la CT, en donde también se desempeñaba Cacho) y volví al ambulatorio, nunca dije nada, él me preguntó si había pasado algo con Cacho y yo dije que no, pero sí, había pasado algo. Había pasado algo pero no quería que él pierda su trabajo. Seguimos hablando por teléfono un par de meses hasta que la señora quedó embarazada y no, no me acuerdo más.”<sup>66</sup>*

---

<sup>65</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

<sup>66</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

En un mundo y en un país en el que los femicidios (y las violencias de género) se han vuelto un problema social y de público interés, nadie parece ser testigo ni conocer la otra cara indisociable: la del hombre. Los entrevistados varones no han hecho mención acerca de ninguna situación de violencia de género que los involucre como agentes reproductores de la violencia pero tampoco que les haya tocado presenciar así sea como testigos. Parece ser que es mucho aún el camino por desandar hacia la desnaturalización de la violencia de género. Es hora de que repensemos nuestro lugar en la producción y reproducción de la violencia de género, que pensemos en lo interseccional y en las múltiples formas y escenarios en las que puede tener lugar.

La entrevista de Marixa fue larga y recuperamos recuerdos sensibles, tales fueron sus referencias a abusos de distinto orden que me puse a disposición no sólo para acompañarla en la búsqueda de un espacio terapéutico confiable sino también para realizar las denuncias pertinentes si ella lo deseaba. A colación de estos recuerdos surgieron otros tanto o más revestidos de horror, en la siguiente cita ella cuenta cómo fue abusada (casi violada) por quien fuera su psicólogo en una institución de salud mental pública de tratamiento ambulatorio:

*“Lo que pasa es que siempre iba en recaída y bueno, el psicólogo me quiso eh... sí, es más, me sacó el pantalón y todo y yo gritaba, gritaba... ahí sí que la pasé mal... eh... (...) Nunca conté nada de nada porque yo siempre pensaba que si yo contaba algo de lo que.... Eso sí no me gustó, lo que me pasó... porque, él me decía “si vos contas algo yo voy a decir que viniste borracha”, entonces yo pensaba... como me había pasado toda la vida ¿entendés? Que nadie me iba a creer. El psicólogo me agarró contra la mesa y todo, y yo gritaba y todo, gracias a dios que vino una secretaria y abrió la puerta y yo escapé. (...) lo estoy hablando por primera vez en la vida con alguien que me comprenda, con alguien con quien lo tendría que haber hablado ¿no?. Pero vos sabés cómo somos los adictos. Bueh, fue así lo que recuerdo: de recaída voy a donde me manda sedronar por primera vez cuando cierran la clínica donde yo estaba, (...) voy, me atiende, todo bien, me dice “venite el lunes” yo recaigo y voy media recaída, ¡media! Porque sino no me acordaría. Él, me habla, el psicólogo, y a lo último me dice “dame un abrazo”, como hizo Cacho, y por eso siempre me acuerdo, porque se puso contra el escritorio y me dijo “dame un abrazo”, cuando le doy el abrazo me pone contra él y me agarra y me empieza a besar, pero no fue como Cacho que nada más me la hizo sentir, él me agarra, me da vuelta, me empieza a besar el cuello y me empieza a desabrochar el pantalón. ¡Ahí yo empiezo a los gritos! ¡y me empiezo a defender! Y ahí sube la secretaria, entonces yo salgo corriendo de ahí, salgo corriendo y nada, me quedé callada y le dije a mi mamá que no quería ir más ahí, que no iba a ir más, y bueno como yo seguía recayendo mi mamá y mi papá van, sin que yo sepa, a verlo a él y me citan, entonces yo voy y estaban mi mamá, mi papá y él. Él dijo “que venga aunque sea... su chica acá...” no sé qué dijo porque mi mente estaba en otra, lo único que me acuerdo es que quedaron en que yo tenía que ir a limpiar todos los días, una hora por día, a pasar el plumero en las sillas y eso... ¡y yo no quería ir! (...) No sé bien cómo fue... yo me acuerdo que fuimos a Sedronar y con tal de no perder la beca yo... no dije nada... no sé si me dijeron que no diga nada, no me acuerdo, lo único que sé es que ella (una psicóloga) me acompañó porque yo no quería ir más al CPA, (...) me dieron un sobre y me dijeron “vas a ir a tal lado”. (...) yo no quería hablar nada por las dudas que me saquen la beca.”<sup>67</sup>*

Sin dudas es este un testimonio del horror, de lo que quizás suceda como extremo y de manera aislada o excepcional, pero da cuenta del poder y de la soledad en la que se encuentran las personas (y más aún las mujeres) para poder ser contenidas, escuchadas y sostenidas por los dispositivos de salud mental y, más aún, por el sistema de salud en su totalidad.

Por su lado, María contó lo que quizás fuera de las experiencias más dolorosas vividas en la

---

<sup>67</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

internación y que tiene mucho que ver con la problematización del género dentro de los dispositivos de atención. Como ya mencioné anteriormente, su familia estaba compuesta por sus dos hijos varones y su ex marido, de quien se había separado poco tiempo antes de internarse.

*“Con la gente no quise hablar más, con nadie de los directivos, ya ni me acuerdo de los nombres, la pasé muy mal... me enfrentó con mis hijos por un tema, para mi fuerte, que yo me había involucrado con una persona ahí, y era un poco más grande que la edad de mis hijos, que todavía me sigo hablando porque tengo relación, no es una relación fea... pero bueno, le dijo a mis hijos que yo me había involucrado emocionalmente, o sea sentimentalmente, y para mi eso fue horrible... es una marca que tengo con mis hijos, está bien lo hice yo y todo bien, pero se podría haber manejado de otra forma... para mi eso fue terrible”<sup>68</sup>*

Este nivel de exposición y de violación del secreto profesional constituye una vulneración a la integridad personal que afecta directamente en sus vínculos familiares primarios y en la salud mental de ella y (por lo que menciona) de sus hijos también.

Por último, en otro orden de cosas, pero no menos importante, Miguel compartió los sucesos que llevaron a su internación, también forzada. Comentaba que consumía alcohol y marihuana, y que esto generaba miedo en su madre con quien no tenía un diálogo fluido. Menciona que ella consultó a un profesional de la psicología y que este, sin conocerlo ni entrevistarle, recomendó la internación:

*“ (...) a ese psicólogo iba mi hermana cuando era mucho más chica, cuando era más pre adolescente y mi vieja fue y le contó y fue como para consultar”*

preguntado por el motivo de su internación respondió:

*“yo diría que por falta de comunicación ¡total!, porque no había comunicación en casa, y tomó la decisión una persona que ni siquiera habló conmigo”.*

Lo que siguió entonces fue averiguar cómo se había instrumentado la internación, sin su consentimiento:

*“(...) se juntó mi vieja con mi viejo a hablar y me dijeron que íbamos a ir los tres a hablar con un psicólogo familiar a hablar de nuestros problemas porque como no había comunicación eh... no había como una relación que digamos, así que yo acepté. Me dijeron que como no podía venir a La Plata el psicólogo teníamos que ir a Capital (Federal), y bueno, me enteré allá que era un centro de rehabilitación y toda la bola” (...) “recuerdo que me hicieron firmar... bah, yo obviamente no quería, pero como mi vieja trabaja... trabajaba en el poder judicial y conocía a los jueces, me dijo que si yo no firmaba me iban a judicializar, o sea que íbamos a hacerlo por el camino difícil, así que por... tuve que firmar medio obligado” (...) “al principio quedé anonadado, la verdad, posta... es que no caía con lo que estaba pasando, ni qué era lo que iba a pasar. Por momentos dije “bueno, se van a dar cuenta de que no soy un loco falopa que necesita estar encerrado para no lastimarse ni lastimar a terceros” dije “en algún momento se van a dar cuenta”... y, nada, en principio estaba super enojado con mis viejos porque se mandaron cualquiera, en vez de sentarnos a hablar hicieron cualquier cosa, y también con mi hermana que estaba ahí y en vez de defenderme se quedó callada. (...) me dijeron que me iba a quedar internado, que no había tiempo y que era hasta que... no me acuerdo si me dijeron la palabra “hasta que me cure” pero, pero era por ese camino.”<sup>69</sup>*

La presencia de la violencia como herramienta de persuasión, la sobremedicación, el abuso sexual, el engaño, aparecen como moneda de intercambio para lograr que se efectivicen las

---

<sup>68</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>69</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

internaciones y que no se interrumpen tan fácilmente. Con excepción del primer caso citado, en el que la internación sin embargo no fue una medida excepcional y transitoria dada su extensión.

Quiero en este punto hacer mención a un comentario que recuerdo en relación a la amenaza de judicialización como mecanismo persuasivo (¿o extorsivo?). Recuerdo que era frecuente la resistencia a aceptar la internación por parte de las personas en situación de consumo problemático, quizás porque aún no se encontraban en el momento para aceptarla, quizás porque necesitaban de otros dispositivos, o tal vez porque simplemente no querían tratamiento. Cabe mencionar que estas negativas sucedían sin que estas personas accedan a la información confiable que pudiera ilustrarles de qué se trataría realmente esa internación, sin plazo de duración más o menos consensuado, etc. El punto aquí es que lo que la institución hacía -e imagino que no era excepción y muchas otras instituciones similares operaban de la misma forma- era asesorar a las familias en solicitar intervención judicial para hacer efectiva la internación de una manera forzada. A veces esto aparecía como amenaza y en otros casos se operaba en ese sentido directamente. Esto implicaba que la internación se volviera compulsiva ya que a partir de un diagnóstico médico que diera cuenta de una patología mental grave con riesgo inminente para sí y para terceros (no siempre verídica) tenían lugar una serie de consecuencias (las esperables cuando una persona es forzada a realizar algo en contra de su voluntad y, además, se encuentra inhabilitada mediante fuerza pública a ejercer su autonomía). Las mentiras, las manipulaciones, los mecanismos psicopáticos tan atribuidos a “lxs adictxs” parecen recursos posibles y aceptables por parte de los distintos dispositivos de salud.

¿Qué lugar para la salud mental de la mano de mecanismos como estos? ¿Qué consecuencias en lo subjetivo tienen en sí mismas estas acciones? ¿Cuál es el mensaje no dicho con el uso de la violencia? ¿Qué esperamos que suceda si, en el mejor de los casos con un consentimiento, la internación implica una restricción y desconexión del entorno a largo plazo, aún con una ley que contraindica esto?

Predominantemente, en el imaginario tanto profesional como de las mismas personas consumidoras y sus familias, aparece el recurso de la comunidad terapéutica como un otro escenario, que promete una otra escena en relación al consumo casi mágicamente, que habilita esa tan deseada cura. Se ve incluso como se reviste de cierta idealización a esta experiencia, de la cual poco se conoce de antemano y poco se informa. Así refirieron lxs entrevistadxs sentirse sorprendidxs respecto al imaginario que previamente tenían de la internación. Aunque con ideas distintas todo lo esperado se alejaba de la realidad de la CT, partiendo del ejemplo citado de María que había ido a internarse llevándose consigo “traje de baño” y lanas para tejer, tomando también lo referido por Axel:

*“Yo tenía una imagen, más allá de lo que me contaban, de que eran lugares tipo... si bien nunca estuve en cárcel ni nada, era como lugares en donde estaban todo el tiempo hablando de dios, te tenían así tipo en pabellones vamos a decir... pero es lo que yo escuchaba, (...) no había ido a ningún lugar de esos, pero tenía como un poco de, no sé si...no era miedo, sino de meterme en un lugar en donde pueda llegar a salir peor, porque esa era mi imagen... todos chabones que, yo qué sé, tipo lo mismo que se ve en una película, una especie de prisión en la que están todos ahí...uno más macho que el otro, esas cosas...también había escuchado que te castigaban no sé...lavando el piso de un baño con un cepillo de dientes si transgredías o cosas así, igual tampoco me gustaba la idea de estar saliendo a la calle vendiendo pan, pero no por nada en especial, sino porque no... mi idea era estar internado, no estar en la calle”<sup>70</sup>.*

---

<sup>70</sup> Entrevista a Axel. Anexo

Ambos relatos hacen alusión a ideas previas distintas, pero que dan cuenta de la falta de información respecto a lo que iba a ser la inminente internación de ambos. Miguel agregó al respecto:

*“Se me venía a la cabeza granja, campo, estilo de cárcel pero... como más abierto, no sé como decirlo, pero no... nada de lo que viví, no pensé que era así.”<sup>71</sup>*

Marixa refirió (ampliaré luego) que imaginaba que iría a internarse a una cama en un hospital, con suero y que ni siquiera se encontraba familiarizada con lo que sería una psicoterapia individual. Además de que la indicación a internarse, tal como le fue planteada, se parece más a la conversación con un *partenaire* sexual que a la que se tiene con un profesional de la salud, quien debe no solo informar correctamente sino atenerse a códigos éticos.

Ni el engaño, ni la extorsión, ni la medicalización (por mencionar sólo las citadas en entrevistas) debieran ser los modos, ni la violencia una herramienta tan naturalizada. Las decisiones respecto a una internación no deberían ser forzadas ni tergiversada la información en base a engaños. Los consensos basados en la verdad y en el respeto deben ser el camino a seguir, independientemente de los intereses en juego y de las apreciaciones personales, la decisión a tomarse respecto a qué estrategias debe ser situada en cada situación particular, de lo contrario corremos riesgo de incurrir en prácticas que fomentan la internación como única y obligatoria respuesta frente al consumo problemático de drogas.

Es menester reparar en cómo y qué información se da a conocer (principalmente desde el Estado), no sólo a quienes la piden sino también a quienes la necesitan. En muchos de estos casos ha fallado la promoción en salud, la información sobre los tratamientos y sobre los dispositivos no ha estado accesible y esto habilita que cada quien imagine lo que puede desde sus posibilidades particulares.

Continuando con el análisis de las entrevistas, avancé hacia la pregunta por la entrevista de admisión, instancia en la que se evalúa la aptitud del paciente para el dispositivo y se da conocimiento al mismo y a sus acompañantes sobre normas institucionales, plazos, criterios, etc. Allí se espera que se adelante lo que será la experiencia de internación antes de hacerla efectiva y se concreta la firma de un consentimiento informado a través del cual se acepta todo lo antes descrito y se asume un compromiso terapéutico desde ambas partes. El carácter recíproco de dicho compromiso es cuestionable ¿qué implica para la institución este consentimiento informado? No mucho en cuanto al cumplimiento de lo establecido, más que nada protección a la institución ante eventuales demandas en su contra ya que mediante esa firma, el/la paciente (y su acompañante) están aceptando lo que social y comercialmente se conoce como “la letra chica” y “términos y condiciones” respectivamente.

Ahora bien ¿no suena paradójico que quienes mediante su firma puedan dar fe de un consentimiento sean al mismo tiempo desestimados para tomar decisiones sobre su devenir?

Preguntadas/os en las entrevistas sobre esta instancia, de información y de consentimiento, las referencias indican información insuficiente y dan cuenta de que dicha instancia se basa centralmente en convocar a la adhesión a las normas institucionales:

*“(...) sé que firmé cosas, sé que se hablaron de las reglas del lugar, de cómo era, o sea, cómo se movía el lugar, las reglas, lo más importante que había que seguir, cuál era la rutina me dijeron, y nada, eso (...) la directora me dijo lo que ofrecían ellos, o sea el seguimiento, el cuidado, las terapias, el seguimiento tanto terapéutico como psiquiátrico... y eso, y... sí, la mayoría era a lo que me tenía que acomodar yo, como las demás personas, al lugar y a respetar las normas del*

---

<sup>71</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

*lugar. (...) nos daban esas reglas como para estructurarnos, entonces había que seguirlas al pie de la letra porque de eso se trataba, de estructurarse. Yo venía de una vida muy desordenada y entonces había que estructurarse...*<sup>72</sup>

Miguel, a quien forzaron a firmar dicho documento mediante amenazas de judicialización, refirió (tal como mencioné anteriormente) que fue informado de que le darían el alta “cuando se cure” sin un plazo predefinido. Agregó, respecto a esa primera entrevista:

*“La verdad decían una cosa y terminaron haciendo cualquier otra cosa, la verdad como que no había mucha coherencia desde mi punto de vista”*<sup>73</sup>

Por su parte, Maria, tal como cité anteriormente, describió aquel momento de internación como un hecho confuso en el que, a pesar de dar su consentimiento, no contaba con la información suficiente. Marixa, quien dio valientemente su testimonio de abuso, agregó lo siguiente:

*“Yo jamás en mi vida había estado internada, jamás había ido a un psicólogo... jamás había hecho estos tratamientos. Te estoy hablando del 2011 en adelante, cuando yo vivía en Villa del Parque, en ese momento conozco a Patricio (...) Él me decía “estoy internado, esto o lo otro” y me pensaba que estaba en un hospital en una cama con jeringas con suero, ¿me entendes? Jamás en mi vida me hubiese imaginado... ¿entendés? Me imaginaba como cuando estás internado normalmente. Aparte no le prestaba atención, estaba en mi mambo, imaginate que yo vivía las 24 horas y los 365 días del año drogada y alcoholizada, me importaba tres carajos lo que le importa al prójimo. Ahí es cuando mi vieja ve, mis viejos ven, venden la casa y ahí es cuando me mandan ellos por primera vez... no sé, ¡me pasó de todo! Me querían internar, me mandaron a la policía. Me acuerdo tres o cuatro veces que me mandaron la ambulancia con policías... (...) me acuerdo que una vez lo internaron en una clínica que ponían ¡hasta candados en los ascensores! Imaginate que ahí yo aprendí todo, y decía “a mí nunca me va a pasar esto, pobre pibe, está re mal Patricio para que le hagan esto”. Yo me imaginaba que tenías que estar re mal para que te hagan esas cosas... Cuando mis viejos me empiezan a hacer esas cosas, me empiezan a mandar a la policía, el juez, esto lo otro, me venden la casa, me mandan a vivir con mi mamá, dije “no me queda otra” entonces dije “sí, me quiero recuperar”, la primera vez me mandan a, era o Sedronar o alcohólicos anónimos o... narcóticos, lo primero que elijo es ir a Sedronar, ¡yo ni sabía qué eran las tres cosas!. Me dijeron la primera es solo alcohol, NA es sólo drogas y Sedronar es todo, y como yo me había drogado con las tres cosas dije Sedronar. Yo no sabía nada, no entendía ¡nada! Nada... encima me venden la casa, no entendía nada, me separaron de toda esta gente, me separan de todos. No sé, es mucho para contarte mi vida y sé que en este momento no da (se angustia). Lo que pasa es que todo me retrae a contarte otra cosa, porque nunca me había pasado en la vida, nunca había estado con una psicóloga ¡y mira que yo quería ser psicóloga! Por eso te digo, ¡qué grande que sos! Porque sé que no te podías poner en nuestros zapatos, yo siempre quise ser psicóloga, siempre, y sé lo difícil que es ponerse en los zapatos de un vicioso, es muy difícil.”*<sup>74</sup>

Todas las personas entrevistadas atravesaron varios meses internadas, preguntadas por cómo era esta dinámica del día a día se observó que en general el relato era similar: horarios para todo, fumar, comer, dormir, hablar, etc. Normas y horarios bastante estrictas, actividades repetitivas, sanciones ante el incumplimiento de las mismas, una fuerte apuesta a lo grupal como motor y el equipo tratante en su doble función: terapéutica y como agentes de control.

---

<sup>72</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>73</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

<sup>74</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

*“Levantarse antes de las 7 creo, para desayunar, se esperaba que desayune el otro grupo, se armaban las camas.. (...) se esperaba que desayunen los dos grupos, se iba a fumar un cigarrillo, eh... se esperaba un rato y se limpiaba la casa, contribuíamos todos, cada uno tenía su lugar, después de eso también había otro cigarrillo, si mal no recuerdo había un grupo, después se comía al mediodía, eh... se volvía a fumar dos cigarrillos, teníamos tiempo libre, podías jugar al paddle, leer un libro, podías hacer lo que vos quieras, a veces teníamos tutorados<sup>75</sup> pero obviamente más tarde, se merendaba, había días que había fútbol y nada... eso. Después a la tarde antes de cenar había otro grupo más, se cenaba, se volvía a fumar dos cigarrillos y a dormir. Más o menos, de lo recuerdo, creo que era así”<sup>76</sup>*

En relación al incumplimiento y las medidas que se tomaban varían en relación a la propia percepción moral y rasgos de carácter, es decir, aparecen las mismas referencias valoradas de manera distinta:

*“(...) si te mandabas alguna podías llegar a estar sin salidas, te podían llegar a recortar las salidas como suspenderlas, como eh... dejarte sin fumar y, ahora en este momento no recuerdo ninguna otra, pero tampoco eran tan graves. (...) Lo que pasa es que uno viene de afuera, eh... de hacer lo que uno quiere y trae un poco eso de transgredir vamos a decir, de fumarte quizás un cigarro de más o, no sé, comerte un pan de más, cosas que parecen tonterías pero son cosas que... que uno tiene que ponerse, que tiene que tratar de no hacerlas porque obviamente que... ocultar un pan es ocultar, estás en la misma... ocultando, aunque sea chiquito o grande estás ocultando, y bueno, aunque parecerían tonterías y se que muchos de los pibes estaban en desacuerdo en muchas de las cosas eh... era para ayudar más que nada, o sea, toda la estructura esa era para ayudar a uno a no ser tramposo, a seguir reglas, cosa que no hacíamos... o yo por lo menos no hacía antes. (...) si uno transgredía y tenía salidas se le suspendían, eh... no sé, se fumaban diez cigarros por día y se podían suspender si no llegabas al desayuno o si no te levantabas temprano, si mal no recuerdo esas son un par de cosas como llamadas castigos, eh... obviamente que sino sería todo un viva la pepa.”<sup>77</sup>*

Este relato ofrece, por lo menos, dos apreciaciones: por un lado la aceptación respecto a las normas impartidas y por otro la opción por culparse a sí mismo (y a sus semejantes) respecto al no cumplimiento de las mismas, en ningún momento aparece un cuestionamiento a éstas o siquiera una pregunta respecto a otras posibles lógicas institucionales.

Sin embargo, aparece en el relato de otra entrevista otro posicionamiento subjetivo respecto a las normas:

*“No se podía hacer nada sin previa autorización y todo se tenía que hacer en el momento y a la hora que estaba estipulado (...) me acuerdo que no te dejaban ponerte la capucha, eh... sí, no podías tener mal lenguaje, o sea todo lo que se hacía en la calle no lo podías hacer adentro de la casa. (...) Ellos decían que era como una forma de readaptación como para no seguir repitiendo y no seguir haciendo siempre lo mismo. (...) Yo... con lo único que me había opuesto era cuando decidieron que me iban a tirar toda la ropa que tenía de bandas y...yo tenía la pieza dibujada, yo la había dibujado toda con los logos de las bandas que yo escuchaba, y me hicieron pintar todo de blanco y tiraron toda la ropa porque “cuando salga yo no podía seguir*

---

<sup>75</sup> Tutorados: modo institucional de nombrar terapia grupal de cantidad reducida de participantes (7-8 personas aprox)

<sup>76</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>77</sup> Entrevista a Axel. Anexo

*usando la misma ropa ni escuchando la misma música ni consumiendo lo mismo”, que eso me parece una ¡pelotudez tremenda!”<sup>78</sup>*

Es importante destacar, más allá del manifestado acuerdo y desacuerdo respectivamente en cada entrevistado, que ambos testimonios reflejan una aplicación de normas realizada de manera sistemática y replicada indiscriminadamente, sin tener en cuenta qué es lo mejor en cada caso. Se toman en cuenta, en forma aislada, determinadas acciones o rasgos y se los considera factor de riesgo respecto al consumo de drogas, ya sea comer un pan de más o usar una remera de *viejas locas*. Todavía recuerdo la angustia de Miguel en aquellos días (con la misma intensidad con la que manifestó su enojo en esta entrevista) así como sus intentos de torcer alguna de esas decisiones que arrasaban con su identidad y rechazaban sus gustos, sus aficiones, sus elecciones, las de un joven de 19 años que encontraba en ese afuera (sus remeras, dibujos, amigos, el rock) una expresión de lo que sentía y no lograba decir. O que algunos no lograron escuchar. Recuerdo con un sabor amargo no haber podido hacer más que acompañarlo e intentar sostenerlo ante un intento de dejarlo “en blanco”.

Estas intervenciones me recuerdan a las viejas teorías del aprendizaje en las que se considera que, de manera unilateral, uno enseña: el maestro, y otro aprende: el alumno (léase, sin luz), siendo este último considerado una *tabula rasa*, sin historia, sin saberes, sin inscripciones previas, sin marcas. No pretendo con esto realizar una analogía entre aquellas teorías y estos modos de intervención, ambos basados en la conducta y en un vínculo verticalista, pero no quería dejar de mencionar la asociación que me es inevitable.

María, contó que tras haberse sentido angustiada solicitó acceder a “permisos” como hablar por teléfono con un familiar por fuera del día y horario asignado o recibir asistencia psicológica por fuera del horario previsto:

*“(…) sentía como que por momentos si necesitaba hablar con algún familiar porque estaba muy desbordada, o... ¡no me dejaban! Había días que sí, que eran los días de llamada, pero yo no podía hablar si estaba mal un día o necesitaba hablar con algún familiar mío no me dejaban ni usar el teléfono... eh... habían cosas que eran demasiado estrictas, sin... no sé. Tengo momentos, me acuerdo de estar llorando atrás de una reja para que me dejen hablar con un familiar, está bien... quizás yo había dicho que me quería ir pero... era una cosa como si estuvieras encerrada, abandonada... ¿viste? Sentí mucho eso... muchísimo. (...) Me despertaba de noche hecha bolsa, destruida, con ganas de llorar, a lo mejor cuando te veían desbordada que ya era un llanto que no dabas más, ahí venía una persona de las que estaban ahí que a lo mejor quedaban dos o tres personas en el lugar, pero éramos... no sé cuánta gente, te contenían tus mismos compañeros, que tampoco era lo ideal ¿viste? Era como que para todo tenías que luchar de una forma eh... no sé, yo no estaba acostumbrada, tal vez no soy un parámetro, pero bueno...”<sup>79</sup>*

El relato de Marixa respecto a su experiencia difiere respecto a los anteriores citados. En textuales palabras refiere que la institución que la alojó difiere de otras que “*de verdad son comunidades terapéuticas*”. Efectivamente se trata ese de un lugar distinto respecto al que conocieron el resto de lxs entrevistadxs, y su experiencia -por varios motivos ya mencionados y a mencionar- la sitúa en un lugar complejo respecto a sus pares. Aquí no se trata de que se haya replicado la lógica para todos y por igual desoyendo sus necesidades, sino que se le ha ofrecido un lugar distinto al del resto, cuestión alejada de cualquier recomendación que

---

<sup>78</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

<sup>79</sup> Entrevista a María. Anexo

contemple la ética profesional y que resulta igual o aún más nociva en lo que respecta a su subjetividad y a su evolución terapéutica. Cuenta Marixa:

*“Cuando estaba internada, eh... como era la única mujer, donde yo estaba tenía una pieza para mí y el baño lo compartía con los que estaban abajo. (...) Ya todos sabían que yo me levantaba a las seis y me iba a bañar para que nadie me vea, después me cambiaba tranquila, me pintaba... ¡vos sabés cómo somos las mujeres! La crema... que esto, que lo otro, yo que sé, todo eso en mi pieza, como estaba solita tenía grabador de música, tenía televisor, tenía todo, me ponía las noticias, escuchaba música, tenía un espejo gigante que había dejado una chica que había estado ahí anteriormente, eh... bueno, me bañaba, me cambiaba, me ponía linda y me iba a la cocina, que estaba a un par de pasos, me hacía un mate cocido, un café, lo que vos querías te hacías, ellos compraban pan pero después de las diez, imaginate que yo no comía eso, yo tenía mis galletitas, eh... bueno, cuando todo el mundo se levantaba, desayunaban y había que hacer la limpieza, cada uno sabía lo que le tocaba, como yo me levantaba más temprano agarraba los baldes, yo limpiaba los dos baños de abajo, el de los directores y el mío, entonces yo ya sabía donde estaban las llaves y las cosas guardadas, (...) después cuando yo terminaba se levantaban todos los demás, yo ahí ya estaba pintándome las uñas hasta las 12, a esa hora íbamos a almorzar, aunque uno no tuviera hambre había que ir igual y sentarse en la mesa y almorzar con todos. Como me hice amiga de los chicos que hacían el almuerzo me quedaba ahí... después también, como tomaron confianza conmigo, me mandaban al banco porque sabían que yo estaba al pedo y me levantaba tan temprano, entonces me empezaron a mandar a los bancos, a pagar las cuentas, a hacer mandados, a comprar el pan, la manteca, eh... a ayudarles a los que tenían que cocinar, y yo me ofrecía también ¡porque estaba aburrida! Y después bueno, se almorzaba todos juntos, nos daban la medicación a todos, a veces teníamos grupo a la mañana y a veces no, después tipo dos o tres de la tarde llegaban los directores o al mediodía y todos ya se habían ido, porque después de almorzar todo el mundo se iba a hacer sus cosas, salían... los que estudiaban a estudiar, si era a trabajar a trabajar, los que querían dormir la siesta también y la mayoría eran hombres y se iban al segundo piso, la que estaba en el primer piso siempre era yo porque estaba la cocina, mi cuarto, el cuarto donde estaba el televisor y donde estaban los directores, nada más... siempre era yo la que estaba ahí, y yo me quedaba con Cacho hasta que, le hacía un te, atendía el teléfono, la puerta, hasta que viniera alguien.... Y los grupos empezaban a las cuatro hasta las doce de la noche. Bueno... a las siete se hacía de nuevo la limpieza, todo el mundo la hacíamos, y cada uno iba al grupo que le correspondía y se armaban grupos distintos. Después, si tenías psicóloga ese día ibas con la psicóloga... y bueno... ¡ah! Eso sí, el almuerzo y la cena era todos juntos, a las doce y a la noche a la hora que tocara, nueve o diez, después nos daban la medicación, yo a las nueve ya estaba durmiendo, los demás no sé... yo tenía al lado la pieza de la playstation, se quedaban hasta las doce, una... y no me acuerdo más porque yo me quedaba dormida.”<sup>80</sup>*

Más allá de la incesante repetición de actividades y de las diversas sanciones posibles respecto a la desviación en las mismas, es importante señalar que este interminable *loop* debe, en su supuesta función de reinserción, generar las condiciones de posibilidad a generar o preservar -en caso que ya preexistan- los lazos con el afuera. Estos puntos constituyen, a mi entender, cualquier posibilidad reparatoria frente a la vulneración de derechos que casi por definición implica el consumo problemático de drogas. Dicho de otro modo, resulta prácticamente impensable una situación de consumo problemático sin que esta se encuentre asociada a una serie de problemas, haciendo que la intervención deba pensarse desde su complejidad. No alcanza con trabajar en las coordenadas subjetivas si estas no son situadas desde un abordaje integral que incluya también otras perspectivas igualmente necesarias para problematizar la salud mental. Tal como señala un autor argentino respecto a las intervenciones

---

<sup>80</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

psicoanalíticas posibles sobre el consumo problemático: “Es evidente que algunas cuestiones deben estar más o menos resueltas antes que la palabra pueda tener protagonismo. ¡No tienen gran valor los equívocos y las sutilezas del lenguaje si un paciente no sabe dónde va a dormir hoy a la noche! Casa y comida, trabajo o estudio, son los ejes dignos de una escena mínima” (Antonietti, 2008)

A continuación haré referencia a lo conversado en relación al vínculo con las personas del entorno de cada unx de lxs entrevistadxs y a la posible (re) inserción laboral y/o académica. Quiero, a modo de comentario, mencionar que desde mi experiencia he conocido pocos profesionales y pocas instituciones que consideran a estos aspectos centrales en un tratamiento en salud mental. Bien sabido es que el trabajo es un derecho y un organizador, no sólo psíquico sino de la vida cotidiana. A su vez, la posibilidad de instruirse hace a la diferencia no sólo para alcanzar posibilidades reflexivas y analíticas, sino -y fundamentalmente- para competir en un mercado laboral cada vez más excluyente.

El acceso al trabajo enmarca una serie de posibilidades (psíquicas, económicas, sociales y más) que hacen al entramado de los derechos en su totalidad. Resulta imposible pensar la integralidad de un sujeto dejando por fuera dichas cuestiones. Creo que en la época y espacio que nos toca esto debe ocupar un lugar central a la hora de analizar e intervenir sobre los padecimientos psíquicos. Esta época está altamente atravesada por la lógica neoliberal en la que sos en tanto tu capacidad productiva lo permita: porque el ser y el tener están íntimamente vinculados, porque quien no produce está destinado a la marginalidad a menos que viva de rentas o del trabajo de otrxs, es un problema a resolver por el Estado (cuando no invisible).

Entonces ¿Quién podría gozar de buena salud mental si estas dos cuestiones, tan determinantes, no están más o menos garantizadas? ¿Son dimensiones incluidas en los tratamientos? Cuando realicé las entrevistas diseñé preguntas especialmente orientadas a explorar qué tanto había estado incluida la reinserción laboral post internación y a pensar las trayectorias laborales previas en clave de lo subjetivo en cada caso.

Axel reflexiona que aproximadamente los últimos 6 años previos a la internación su trabajo (pintor, jardinero y demás reparaciones domésticas) le permitía contar con ingresos suficientes y que además le posibilitaba un modo de trabajo en sintonía con sus ritmos de consumo:

*“Tenía bastante clientela...y eso me ayudaba a mí a no tener horarios, por ejemplo si tenía plata y me amanecía no iba a laburar, llamaba y listo...”<sup>81</sup>*

Agrega también que antes de esto contaba con un trabajo en blanco. Preguntado respecto al acompañamiento en la búsqueda laboral, dice:

*“En la última etapa del tratamiento sí, eh... como que dejaban que hagas, que busques trabajo, como que te dejaban hacer currículums, si sabías de algo poder llevarlo y todo eso... yo, o sea no recuerdo haber salido muchas veces a buscar trabajo, la verdad que eso no lo tengo muy presente, porque cuando yo salí de ahí eh... mi primer trabajo fue al tiempo con un compañero que estuvo internado ahí, fui a trabajar con él (...) yo lo que veía que con otras personas, quizás si había más énfasis en buscarle trabajo y que una de las condiciones era trabajar y, o sea, era como un hospital de noche vamos a decir... trabajaban, venían y dormían en el lugar y volvían a ir a trabajar, eh...conmigo no fue así, la razón en este momento no la recuerdo (...) hubiera estado bueno para mí haber salido con una organización laboral vamos a decir, con un trabajo fijo...”<sup>82</sup>*

---

<sup>81</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>82</sup> Entrevista a Axel. Anexo

Resulta de importancia poder situar el acompañamiento en relación a lo laboral desde una mirada integral que incluya las necesidades de cada sujeto en cuestión, sus posibilidades y sus preferencias. No tienen mucho en común las estrategias a pensarse en el caso de un hombre como Axel (de más de 40 años, sostén de hogar, con variadas experiencias laborales previas, con hijos a quienes sostener económicamente, un entorno de poder adquisitivo medio-bajo y sin estudios complementarios) que las necesarias en un caso como el de Miguel, quien con sus escasos 19 años ya contaba con un trabajo formal (de bastante privilegio entre los trabajos formales posibles), la educación secundaria finalizada, un entorno familiar acomodado política y económicamente, es necesario incluir estas dimensiones para que el abordaje sobre la inserción laboral de los pacientes no acabe siendo una réplica entre situaciones de vida que poco guardan en común y cuyo vínculo con el trabajo es sustancialmente distinto. Contó Miguel, que trabajaba en el correo en el fuero penal, que no pudo -por cuestiones formales- solicitar licencia en su trabajo pero que sin embargo logró sostenerlo gracias al vínculo que su madre sostenía con una persona decisora:

*“Mi vieja hizo una tramoya con el presidente de la cámara que me hicieron tomar como una especie de licencia sin goce de sueldo, porque yo para poder gozar de esa licencia tengo que tener mínimo cinco años (de antigüedad) y yo tenía recién dos”.*

Sin embargo, preguntado por el rol de la institución al respecto, refirió: *“la verdad, haciendo memoria... era más las ganas de cada uno o de terminar el colegio o de buscar laburo o estudiar tal cosa, pero... que estén apoyados se me hace difícil recordar que a alguien el psicólogo lo siga o que se preocupen, mucho no recuerdo eso (...) recuerdo que a muchos les pasaba que se acostumbraban a estar ahí, a comer a tal hora, tal día tal comida, a hacer esto o lo otro y siempre la misma rutina y cuando llegaba el final se ponían ellos mismos el palo en la rueda... me parece fundamental que, justamente, el último paso sea qué va a pasar después de estar ahí”.*<sup>83</sup>

Continuando con lo variable de la experiencia, haré referencia a María, quien no trabajaba al momento de internarse, refirió que no recordaba cómo se abordaba ese tema con otras personas que sí se encontraban trabajando al momento de la internación, y que además necesitaban de ingresos para cubrir necesidades básicas. Sin embargo, su situación tampoco era sencilla, contó que al volver a su casa -tras abandonar la institución- se encontró con que su ex marido había dado de baja la extensión de las tarjetas de crédito y la cobertura médica prepaga, decisiones que conocía la institución y hasta puedo decir en las que había participado. Cabe decir que detrás de ese “no trabajo” María había sido, en la intimidad de su familia, la principal responsable de las tareas de cuidado y domésticas. Sí tenía un trabajo, pero de los no remunerados y aún invisibilizados. Un divorcio pone a mujeres como ella en una situación de vulnerabilidad, una intervención como la realizada la expone a ser víctima de violencia patrimonial y económica. Tal es así que en la actualidad, y afortunadamente, estas cuestiones son apelables ante la justicia, aunque acceder a ella tampoco sea posible para cualquiera.

Me resulta alarmante que en una situación tan sensible -como la es una internación por motivos de salud mental- no se contemplen sus derechos como mujer, una madre de tres hijos que ha dedicado su vida en matrimonio y sus días a ocuparse de trabajar en tareas domésticas y de cuidado mientras (y gracias a esta enorme labor) su -entonces- marido trabajaba en el ámbito extra doméstico en un trabajo remunerado con el que solventaba económicamente los gastos

---

<sup>83</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

de toda la familia. Desde la institución no sólo no se la informó de los cambios realizados, que irían luego a impactar directamente en su cotidianidad, sino que tampoco se le propuso acompañamiento alguno para poder trabajar en su autonomía si ella así lo deseaba. En la entrevista refirió

*“Después de eso estuve un año despertándome con pesadillas, mis hijos me acompañaban porque estaba con miedo, pero también fue porque cuando llegué mi ex me había sacado mi obra social, la tarjeta, tuve que arrancar de cero sola... fue duro ¿viste? (...) trato de tomarme todo positivo y... hoy tengo mi vida, trabajé, trabajo a veces, he trabajado muchos años con mi hermano, tengo una vida normal, tengo una vida normal...”<sup>184</sup>*

¿No es esto acaso hablar de salud mental?

Marixa al momento de la entrevista contaba ya con casi diez años sin trabajar, al momento de internarse ya llevaba varios sin hacerlo y dijo al respecto:

*“(...) ellos querían que encuentre un trabajo, obvio. Es más, los primeros meses que estuve internada ellos me traían no trabajos, para estudiar algo, hacer algo, ir al gimnasio... algo. Pero yo estaba tan... cuando a mí me pasa esto, que me dejan tres o cuatro días y me mienten, yo estaba enojada en la comunidad, entonces el primer mes o primeros dos meses yo estaba enojada y no quería hacer nada de lo que ellos me decían. Porque ellos me habían dicho una cosa y no era así. Entonces yo me quería ir: “¿vos querés que yo vaya al gimnasio?” “ok, dejame ir a mi casa, porque no era lo que arreglamos” yo no sabía que no me iba a poder ir, ¡me habían sacado el celular! Bueno... un amigo me llamó un día antes que me internen después de mucho tiempo de no verlo, ¡yo me quería morir! Pensé que me iban a dejar ir a verlo y no, tardé cuatro meses en volver a verlo. ¡Imaginate!. (...) No trabajé, no trabajo desde el 2010 en un trabajo real, re-al entre comillas. Trabajé doblando delantales para psiquiátricos, que me pagaban por cada uno que hacía en mi casa, después lavando platos, que no era lo mío, lo hacía por hacerlo y porque alguien me había dado una oportunidad y nunca más trabajé.”<sup>185</sup>*

Si bien aparece aquí tenida en cuenta la dimensión laboral como parte del tratamiento, parece serlo sin problematizar demasiado qué sucede (y sucedió) en este caso en relación a este tema, parece tener que realizarse como un requisito o aspecto formal que como un derecho y un determinante de la salud mental a pensarse en su complejidad.

En síntesis, creo que varias deducciones surgen de la lectura previa: por un lado la diferenciada manera en la que se aborda el acceso al trabajo en varones y en mujeres, a las que no se las contempla como trabajadoras si no es a través de trabajos remunerados, y frente a las cuales no aparece el trabajo como algo a trabajar desde los tratamientos. Otra cuestión a destacar es la dificultad de acompañar este tema en los casos en los que la trayectoria laboral previa se dio desde la informalidad, ya sea con “changas” o con trabajos independientes. Aquí, tal como menciona Axel, no aparece un seguimiento respecto a poder ir recuperando su capacidad de trabajo esa “clientela” que él decía tener o bien a acompañarlo hacia otra posible inserción laboral.

En general lo que se desprende de las referencias en las entrevistas es que no hay una lectura singular (del caso por caso) respecto a qué lugar ocupa el trabajo en lo subjetivo, cómo se ha dado en instancias previas, qué tipo de labor y de modalidad resulta más conveniente según las coordenadas singulares de cada caso, etc. sino que aparecen intervenciones (en algunos

---

<sup>84</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>85</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

casos, sobre todo en varones) limitándose a rearmar algo de la escena laboral previa, interrumpida por la internación.

En la misma línea, quiero destacar el lugar que se ha dado -en base a las entrevistas- a las posibilidades de sostener (y fortalecer o recuperar) vínculos previos a la internación, más aún, al lugar que se le ha dado al sentir referido por lxs entrevistadxs y a los motivos aducidos para aprobar o desaprobado dichos vínculos.

Diversos enfoques teóricos y disciplinas confluyen en considerar el aspecto social como determinante de la salud, como aspecto fundante y necesario para abordar distintas problemáticas en salud mental. Sin embargo, aunque resulte innegable y aparentemente obvia la referencia a dicho aspecto, aunque exista dicho consenso desde las variadas disciplinas y paradigmas, consideré necesario revisar qué sucedía con esto en la práctica. Haré mención de distintas referencias teóricas en relación a la salud mental y lo social: en primer lugar, la OMS en su conocida definición hace alusión a la múltiple determinación de la salud mental, y dice que esta "(...) abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»" (OMS)

El psicoanálisis hace alusión permanente al lugar que los otrxs tienen en la constitución y en el sostenimiento de lo subjetivo, no hay psiquis si no es a partir de ser alojados en la entramada subjetiva de un otrx. No hay cuerpo si no es a través de la libidinización que esxs primerxs cuidadores realizan mirando, acariciando, nombrando cada parte del cuerpo propio. En palabras de la psicóloga psicoanalista y especialista en niñxs y adolescentes "(...) Todo niño tiene que hacer un trabajo de construcción de sí mismo, y ya desde el vamos los otros que inciden en esa constitución van a estar sobredeterminados... La sociedad en la que viven, el grupo social al que pertenecen, así como la historia de ese pueblo, a través de varias generaciones, van a tener valor, peso, en la construcción de ese psiquismo." Esta autora, no sólo describe la importancia del entramado vincular en la construcción psíquica sino que también hace alusión a algunos devenires posibles en lxs niñxs vinculado directamente a las posibilidades psíquicas de sus adultxs cuidadores: "La capacidad para registrar los propios sentimientos, entonces, se da en una relación con otros que a su vez tienen procesos pulsionales y estados afectivos. (...) Y la constitución de redes representacionales en el niño está posibilitada por el sostén desde un otro que puede construir un espacio psíquico para él. En los niños, las depresiones, los estados de desconexión, de ensimismamiento, la negativa a crecer, las dificultades para concentrarse y el movimiento vertiginoso, muestran el fracaso del sentirse a sí mismo vivo, siendo un sujeto vinculado con otros, con historia y proyectos." (...) "Y si cuando el niño se busca en el otro, cuando intenta hallar una imagen unificada de sí, se encuentra con padres que se sienten socialmente desvalorizados, en los que la propia imagen tambalea, ¿en qué representación unificadora de sí se verá reflejado? Las situaciones de fracaso suelen acarrear depresiones, que se manifiestan como apatía y desconexión en la relación con el hijo." (...) "El "sálvese quien pueda", el predominio del individualismo, y el quiebre del orden jurídico deja indefensos a niños y a adultos, expuestos a una puesta afuera de la pulsión de muerte que es puro remedo narcisista: o él o yo." (Janín, 1996)

Estas citas, que encuentro por demás interesantes para pensar y repensar la subjetividad infantil en clave de lo familiar y lo social atravesado por la época y la cultura, no dejan de arrojar luz también para la problematización de los padecimientos en personas adultas. Desde antes de nacer somos forjados por marcas que nos preexisten, pero los devenires subjetivos están determinados no sólo por escenas que nos anteceden y las que nos alojan una vez

nacidxs, aquello que nos determina es también lo que coexiste, lo que nos rodea, aquello (y aquellas personas) que nos sostiene y nos aloja.

Quiero mencionar, basándome en mi experiencia laboral en dicho contexto, que la libertad en relación a los vínculos (y su función de sostén) son garantizados aún en los establecimientos penitenciarios, espacios conocidos por sus variadas y sistemáticas vulneraciones.

Nada en el orden de lo humano sucede por fuera de lo colectivo, desde la instauración de mecanismos de socialización primaria y de supervivencia (como por ejemplo: la sonrisa social con la cual lxs bebés a temprana edad responden a las sonrisas que reciben) hasta el habla, el control de esfínteres, el aprendizaje, la lectoescritura, etc.

Todos estas son instancias que, cuando se dan, dan pauta del establecimiento del vínculo entre sujetx y todo lo que lo rodea, pero fundamentalmente, quienes con su presencia abren el juego dialéctico en el que se conforma lo subjetivo. No hay yo sin un otrx, no hay sujeto sino en lo colectivo que lo aloja, como ya dije antes: ni texto sin contexto.

Realizados esta serie de comentarios, quisiera avanzar hacia lo que refirieron lxs entrevistadxs en relación a la posibilidad de decidir sobre sus vínculos.

En este punto, encuentro que la percepción respecto a las normas varía en función de la necesidad de socializar, así quienes se apoyaban más en otras personas padecieron las normas en mayor medida que quienes no. Preguntado por lo sucedido y por su percepción, Axel respondió:

*“(...) las primeras semanas o una semana no recibías llamados ni nada, después tenías llamadas una vez por semana, te podían llamar los que estaban autorizados. Después los fines de semana (...) venían los que estaban autorizados, en mi caso mi mamá, mis hermanos y mis hijos, obviamente tenían que tener una entrevista previa para saber de lo que se podía hablar o de lo que no, y eso. (...) yo no tuve problemas con eso, es más, yo dije quien no quería que venga... por ejemplo era la madre de mis hijos en ese momento y bueno, ni que venga ni que me llame (...) amigos no tenía así que contactos de afuera, vamos a decir, que hayan consumido conmigo no. Simplemente era eso: mi madre, mis hermanas y mis hijos, mayormente fue así todo el año. (...) Para mí estaba bien, supongo por mi forma de ser ... no soy muy comunicativo (risas) sigo siéndolo, o sea... un rato estaba bien, para mi gusto...obviamente que hay gente que le gustaba estar más tiempo y se le hacía corto. Pero para mí un rato estaba bien, quizás con mis hijos era lo que me dolía mucho cuando se iban, pero con mi familia estaba bien... vuelvo a repetir, no soy una persona de tener una charla muy extensa, de hablar mucho...entonces hablaba un rato de lo que me pasaba ahí, los escuchaba un poco a ellos y ya está, para mí estaba bien.”<sup>86</sup>*

Miguel expresó lo siguiente:

*“Una vez que vino mi amigo Ramón a verme (...) rompí bastante las bolas para verlo porque obviamente que como... si afuera consumiste con una persona ya no la podés ver nunca más en tu vida, pero como rompí tanto las pelotas porque Ramón no fumaba no hacía un carajo, sí escabiaba pero bueno... ¡20 años! Era normal... me permitieron verlo, pero previamente tuvieron una entrevista con él y después me dejaron verlo creo que 10 minutos o 15. (...) Con respecto a la familia nunca hubo problemas... pero, como que... no cambiaba mucho... cuando venía mi viejo me decía que era un pelotudo y que tardaba horas de viaje para venir a verme a mí y que no tenía tiempo para ver a mis hermanos, eh... mi hermana también me decía que tenía que hacer mucho viaje y que le daba paja venir acá, así que... y a mi vieja la habían operado de la cadera así que no la podía ver a ella”<sup>87</sup>*

---

<sup>86</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>87</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

Como bien relata Miguel, uno de los criterios para determinar si un paciente podía tener contacto o no con una persona era en función de que hayan compartido situaciones de consumo. En su caso (y como es esperable en el caso de un adolescente) su red de semejantes era de particular importancia, pero al estar denegado el contacto sólo restaba encontrar apoyo en su entorno familiar. Algo que al momento de la entrevista me llamó la atención, y que desconozco si él no recuerda o no sabe, es que omitió contar que en algún momento contó que con su hermana también había compartido alguna situación de consumo y que esto significó que ella también pasara a estar también vedada por la institución. Recuerdo tener que trabajar esta cuestión con el equipo y tener que acompañar a Miguel con su angustia y su legítimo reclamo en querer verla, lidiando a la vez con argumentos que encontraba ridículos e insostenibles.

María, cuya referencia a las vivencias de pedidos de llamados denegados y de llorar colgada de una reja ya cité anteriormente, agregó:

*“(...) por momentos sentía que te estaban cuidando ahí y que le sacaban el problema a la familia ¿viste? Yo tuve muchos momentos que necesitaba hablar con familiares míos y no tenía posibilidad, era un horario que tenías y tal vez a mí no me funcionaba eso ¿viste? En el momento que yo a lo mejor necesitaba no podía, no me daban el acceso (...) mi tema fue que, mi ex vivía en Mar del Plata, estaba mi papá en Buenos Aires pero no estaba al frente del tratamiento, y una amiga que también me había acompañado, me iban a ver los fines de semana o el día de visitas pero era como que no, no había... mi familia no podía ir a las reuniones que daban ellos supuestamente afuera. (...)Te hablo de los directivos, no me sentí para nada apoyada, no recurriría a ellos ni loca. Entiendo que tengan que tener dureza porque son personalidades difíciles de manejar y, mentís, cuando estás en consumo te das cuenta que mentís, yo mentía para cubrirme ¿viste? Horrible, uno lo ve, pero... sos un ser humano, no se. No sentí que pudieran tener tanta cantidad de gente, tal vez sea eso. Para que te des una idea yo me acuerdo que en un momento firmé la venta de mi casa, vino mi marido a traerme los papeles con uno de mis hijos, yéndose a Estados Unidos a buscar a mis otros dos hijos que estaban en el “Work and Travel”, para mí eso fue... firmé y me quedé sin casa, sin familia, se me habían ido todos... no sentí nada de contención, nada... firmar la venta de una casa en un lugar en donde supuestamente estás haciendo un tratamiento y empastillada para firmar... puedo firmarlo pero no puedo pedir que me escuche un familiar, es una cosa muy muy... negra. (...) Las salidas no recuerdo después de cuanto tiempo me dejaron salir, te dejaban salir los sábados a la tarde para ir a lo de mi papá, o podía organizar para que mis hijos vayan de a uno con mi amiga a verme y me dejaban salir unas horas. Me acuerdo la primera vez que me dejaron quedarme a dormir con ellos, reservaron, mi ex reservó un hotelcito y tuvo que venir una amiga mía a estar con mis tres hijos, que eso me dolió bastante... o sea todo bien pero no me dejaban estar sola con ellos, una cosa rara, nunca les hice nada, todo lo contrario... de hecho salí de ahí y los tres se quedaron viviendo conmigo así que imaginate, no fui una mala persona. Siento que no manejan... sos un número, no sos una persona, algo que paga o que el Estado les paga, no miden el, no me sentí escuchada ni contenida a es”<sup>88</sup>*

Otro punto en el que ya hice hincapié anteriormente tiene que ver justamente con el cuidado (o el descuido) de los vínculos. María, quien sostenía una relación muy cercana con sus hijos con mucha dedicación y cuidado, contó respecto al alta institucional lo siguiente:

*“Me hacía mal sentir que mis hijos sintieran que yo no tenía el “diploma”, el alta, y darles ese mensaje de que yo no había terminado el tratamiento, eh... pero... eso fue lo que me frenó más*

---

<sup>88</sup> Entrevista a María. Anexo

*tiempo, sino me hubiera ido antes. Tengo hoy por hoy una relación muy linda con mis hijos, lo que sí es que me quedó eso que te decía que me confrontó este director, el mismo que te contaba recién, que dijo adelante de mis hijos “la madre de ustedes se involucró con un paciente de acá de la misma edad de ustedes” no me olvido más, fue como si me hubiera clavado un puñal en el medio del corazón al decirle eso a mis hijos, pero bueno, nada... supuestamente yo no los cuidaba pero él no me cuidó a mi, ni a mi ni a mis hijos, y más allá de todo yo fui una buena madre... este tema, no era una mamá alcohólica ni que hubiera estado tomando toda la vida, (...) nada... no me sentí que me acompañaran y que me contuvieran.”<sup>89</sup>*

Marixa, quien se encargó en reiteradas oportunidades de mencionar que la CT en la que estuvo internada “no era normal”(SIC), refirió lo siguiente:

*“(...) cuando me internaron, los primeros quince días, o sea dos semanas, yo no podía ir a mi casa... todos los demás se iban y yo me quedaba en la comunidad, sí podía tener contacto telefónico ¡es más! como yo tenía de tarea atender el teléfono tenía un cuaderno. Como estaba tan aburrida, y era la única mujer y yo me quería ir, Cacho me daba todos los gustos para que no me vaya, siempre me decían mis compañeros eso. Yo atendía el teléfono y podía llamar a mi mamá y mi papá cuando quería, podía hablar con ellos cuando quería, las primeras dos semanas no pude verlos el fin de semana, después de esas dos semanas ellos me tenían que ir a buscar los viernes y me tenían que traer ellos los domingos, no me acuerdo cuantas semanas pasaron para que yo pudiera salir el sábado a la mañana para ir a mi casa... yo tenía que llamar cuando llegaba y el domingo a las siete de la tarde tenía que estar en la comunidad, después empiezo a irme los viernes a la noche y volver los lunes a las dos de la tarde, eso ya fue lo último, y después ya cuando no estaba más internada, tenía que ir a las dos de la tarde, llamar a mi casa si había llegado y a la hora que sea que yo llegara tenía que llamar y avisar que había llegado, y los fines de semana tenía que llamar aunque sea una o dos veces con el cuidador de la comunidad los fines de semana, hablar un ratito con él y contarle lo que había escrito... cuando te vas tenes que hacer un itinerario, algo así, diciendo qué ibas a hacer con horarios y todo, cualquier pavana anotabas así sea “voy a darle de comer a mis gatos a tal hora, después me acuesto, después me baño”, y después a lo último “me comprometo a no consumir drogas ni alcohol, tu tu tu..., etc”. Entonces tenías que llamar el fin de semana, aunque sea para hablar, y decir que estabas haciendo lo que dijiste que ibas a hacer. Si te surgía algo que no habías escrito, tenías que llamar y comunicarlo, por ejemplo “me surgió un cumpleaños y voy a ir con tal y tal”.”<sup>90</sup>*

No hizo alusión a que la internación ni las indicaciones interfirieran con sus vínculos. Únicamente mencionó (y cuya cita textual se encuentra en páginas anteriores) que al momento de internarse tenía pendiente reencontrarse con un amigo con el cual, tras serle sustraído su teléfono celular, no había podido mantener contacto.

Lo arrojado en las entrevistas indica que la percepción de cada entrevistado varía en función del sostén que a cada quien le significaba previamente su entorno y/o contexto. Se encuentra así que las indicaciones han resultado arbitrarias -y hasta violentas- en algunos casos, mientras que en otros pasa inadvertida la situación de aislamiento socio-afectivo que implica la internación. Así lo refiere Axel, quien ha manifestado una satisfactoria adaptación al contexto de la internación así como serias dificultades para exponerse luego a situaciones cotidianas:

*“(...) después de pasado un tiempo, cuando ya estaba preparado... un par de meses, me empezaron a dar salidas de un par de horas por el lugar, íbamos a una plaza con mis hermanas, después cuando tenía un tiempito más íbamos a un shopping que estaba ahí cerca, y*

---

<sup>89</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>90</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

*después con el tiempo empecé a tener salidas a mi casa... que... para ser sincero... no estaba muy contento con esas salidas, yo me sentía tan resguardado y tan cuidado en ese lugar que no quería saber nada con salir (risas) me dio terror... la primera salida que tuve recuerdo que fue, lejos digamos, fue por el cumpleaños de 15 de mi hija y recuerdo a toda mi familia alrededor mío cuidándome todo el tiempo, pero... fue... a ver cómo explicarlo, yo estaba acostumbrado si iba a una fiesta o algo a estar obviamente alcoholizado o tomado porque yo tengo un problema de adaptación con la gente, cuando hay mucha gente me pone muy nervioso e imagínese, salía de estar internado, a un lugar en donde había una fiesta en donde todo el mundo me conocía y me miraba como... a ver qué le pasa a este pibe, fue muy incómoda mi salida, vamos a decir con mucha gente, pero después las demás salidas empecé por la zona y después empecé a salir, con los meses a mi casa a dormir, y así fueron... de a poco<sup>191</sup>*

Por mi parte, encuentro estas medidas arbitrarias y alejadas de una intervención situada que pueda acercarse a las necesidades y realidades de cada persona. Los vínculos quedan circunscriptos al criterio del equipo y se determina en función de esto con qué personas el/la paciente mantendrá contacto y con quiénes no, violentando así las decisiones atravesadas por la historia y el arraigo subjetivo. El trabajo (basado en una mirada bio-psicologicista que explica a la "adicción" como problemática individual y vinculada a lo familiar, pudiendo incluir factores biológicos) suele estar orientado, por un lado al abordaje conjunto del paciente a quien se interna, y por otro al abordaje familiar -en menor medida-. En relación a esto, aportó Axel:

*"(...) tuve un par de entrevistas vinculares y obviamente hubiera venido bien, yo me di cuenta cuando salí de ahí, con el tiempo que hubiera estado bueno que mi familia entienda cosas que uno no hace adrede ni nada por el estilo, y en vez de criticar o enojarse hubiera ayudado que se instruyan en lo que es la enfermedad que tenía, que padecía yo, o que padezco o sea... porque eso va a estar siempre, para ayudarme, hubiera estado bueno eso, que se instruyan, que sepan cómo era la cosa para poder ayudarme desde otro punto de vista, no desde el reclamo o la bronca, o eso... para mí sí hubiera estado bueno que mi familia participe de eso, pero, le vuelvo a repetir, creo que hubo una o dos (entrevistas) vinculares nada más y hubiera estado bueno decir varias cosas que uno con otra persona en frente, una persona que estudió para eso, es más fácil decirlo que decírselo a solas, no entienden quizás, se piensan que uno se pone en víctima quizás o esas cosas... no sé si me explico bien."<sup>192</sup>*

Miguel también aportó su experiencia y su opinión en el mismo sentido respecto al abordaje familiar realizado:

*"(...) se comunicaban pero no seguían una especie de "minuto a minuto" si había evolución o no, no había... se comunicaban por si faltaba plata para comprar cosas o para medicamentos pero, bien a fondo no... no había tanta comunicación digamos. (...) En los 10 meses creo que tuve... 3 o 4, y creo que estoy exagerando, entrevistas con la psicóloga y mi viejo o mi vieja, los tres o los cuatro. (...) Sinceramente no modificó un carajo absolutamente nada, lo único que voy a destacar es que en esos momentos sí me anime a poder abrirme y decirles cosas a mi viejo o a mi vieja que no podía decirles. No soy un experto pero calculo que en diez meses tener cuatro entrevistas, cuando se trata de un problema central, no sé si insuficiente pero voy a decir que es escaso"<sup>193</sup>*

Esta mirada, sin embargo, no se encuentra exenta de la lógica mercantil tras la cual debe ser

---

<sup>91</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>92</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>93</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

incluída/o aquel familiar que participa del pago del tratamiento. Así refiere María lo que identifica como una situación problemática:

*“(...) el contacto era con mi ex, nunca pude hablar... cuando salí para él fue como “no terminaste el tratamiento” entonces era como que me había escapado “yo sabía todo lo que hacías ahí adentro” por eso te digo que mi caso fue especial, creo que un ex no puede estar al mando, por más que te quiera ¿viste? Yo tenía una personalidad muy dura, me costaba separarme de él y nada... o sea, la comunidad no lo vio eso, sí era buen tipo pero era como que llevaba la plata y entonces... era... en un momento me acuerdo que querían cambiarlo con mi papá pero ellos estaban peleados entonces era todo un tema, no tuve esa contención. Me fue a ver un amigo mío que es abogado, con su mujer que también es mi amiga, y me dijo que nunca tendría que haber estado él, porque es algo inevitable, él estaba con bronca conmigo entonces esa maldad yo la sentía indudablemente, me doy cuenta después de tiempo, pero la sentía... era muy difícil, para mí fue muy difícil. Sé que tenían contacto con él pero no era tan asiduo. (...) Yo tenía a mi familia en Mar del Plata, mi hermana en Buenos Aires, quizás sintieron que mi familia no me podía tener, no sé, yo tenía que tener el alta y nada más...”<sup>94</sup>*

Preguntadxs por otra cuestión que considero central, la medicación, en general refirieron haber pasado por momentos que consideraron de sobremedicación y una escasa información respecto a los efectos (terapéuticos y adversos): Axel mencionó al respecto lo siguiente:

*“(...) Una vez por mes me veía la psiquiatra. (...) recuerdo que se me había dicho que tenía bipolaridad por mi forma de ser o de actuar, se me dieron estabilizantes, se me explicó en su momento qué hacía cada pastilla, yo tomaba prácticamente 9 o 10 pastillas por día, algo así... la mayoría eran estabilizantes y después a la noche alguna para dormir, más que nada a lo primero porque me costaba dormirme, después se me fue bajando todo eso, pero bueno, lo que se me explicó era eso... que eran estabilizantes por mi supuesta bipolaridad. Digo supuesta porque después me atendieron otros psiquiatras y me dijeron que no, que no era así, pero bueno (...) yo me sentía bien, no me sentía... vamos a decir drogado, nunca me dejaron así como dopado. (...) Estaba bien, no sé si relacionarlo con las pastillas o de estar en un lugar que estaba contenido, aprendiendo a conocerme, al entusiasmo de verme diferente, y quizás todo eso también ayudaba, pero estaba bien.”<sup>95</sup>*

Miguel, haciendo referencia al mismo período de internación y a la misma profesional que Axel, manifestó una vivencia bien diferente:

*“(...) creo que con la doctora (psiquiatra) en los 10 meses habré hablado dos veces como mucho. Nunca se me explicó qué iba a tomar ni para qué, nada... se me explicó en el momento que me la dieron (para tomar)... en ese momento me dijeron “esto es un antidepresivo, esto es la pastilla blanca, la del doctor que creo que era para la abstinencia creo... y la otra que era para dormir”. (...) Me acuerdo que me dieron un estabilizador emocional ¿se dice así? Y la pastilla blanca que había inventado el director y una pastilla para dormir. (...) Y la blanca era a todos! No recuerdo el nombre pero era para absolutamente todos. (...) Yo ni siquiera tenía problemas para dormir. Estando ahí estaba muy nervioso y lo que sea pero nunca tuve problemas para dormir... justamente una de las veces que la vi a la mina fue para que me sacara la pastilla para dormir. (...) Hablar con esa mina es más difícil que hablar con el presidente... nada, creo que estuve dos horas para que me de bola, fui hablé y me la fue sacando paulatinamente...”<sup>96</sup>*

---

<sup>94</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>95</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>96</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

María aportó en el mismo sentido que Miguel respecto a la falta de información y de vínculo con la profesional:

*“Yo venía casi con 6 mg de clonazepam en el cuerpo del hospital y me habían dado mucha medicación y ¡en la internación me dieron más!. (...)Ya fui muy medicada desde acá, en el hospital me dieron mucho clonazepam, cuando llegué ahí me dieron 6 mg. Y yo peso 50 kgs, 48 kgs, soy chiquitita... ahí me dieron otras drogas pero no me acuerdo, tomaba como tres o cuatro pastillas. De hecho cuando me fui de ahí me las fui sacando sola, fui sacándolas de a medio y cada tres cuatro días bajaba un poquito más para no, me daba miedo desequilibrarme o algo. (...) Allí la psiquiatra no me explicaba, me escuchaba y no me explicaba lo que me daba, yo en ese momento tomaba lo que me daban, tenía que ir a buscar los remedios a la reja al horario que te daban, buscarlo y tomarlo, era horrible pero era así.”<sup>97</sup>*

Preguntada también Marixa por su experiencia, realizó una breve mención al tema tras la cual volvió a hacer referencia a variadas vulneraciones aparentemente necesarias de poner en palabras.

*“(...) me daban mucha medicación, yo tenía que tomar medicación cinco veces por día, y no me acuerdo mucho porque tomaba tres o cuatro pastillas y no sé qué me daban, me había dado la psiquiatra de donde yo estaba y después cuando voy al ambulatorio ¡me sacan todo!... Cuando fui al ambulatorio el psiquiatra me preguntó “¿por qué estás tomando tanta medicación?” me sacó todo todo todo...”<sup>98</sup>*

Se reitera la referencia a distintos diagnósticos y planes de medicación acorde a distintos profesionales, sin que medie suficiente información en ningún caso. Por ejemplo, no se especifica en qué plazo de tiempo esa medicación es indicada ni cuáles son los efectos terapéuticos ni los adversos. En general se observa que la medicación es parte del tratamiento ante el diagnóstico de “trastorno por consumo de sustancias” asociado al tan recurrente diagnóstico de “trastorno bipolar” ante una situación de consumo, más o menos problemático. He mencionado la solidaridad que encuentro entre estas instituciones, ciertos diagnósticos psiquiátricos y su consecuente medicalización. El lugar otorgado a la medicación es central, tanto como el que se le dispone a la terapia individual o grupal. Tal es así que recuerdo situaciones especiales en las que se nos indicaba (a psicólogos) controlar que lxs pacientes tomaran su medicación molida ante el riesgo de que decidieran no tomar el comprimido. Para avanzar sobre los detalles de cómo han sido los finales de internación, si bien no es posible unificar las diversas experiencias en una, haré mención de algunas de sus referencias al respecto: Axel, al igual que Marixa quien encontró en la CT un refugio, describieron cómo se aferraban a la situación de estar internadxs, ya sea como defensa ante sus dificultades en el afuera o por encontrar satisfechas necesidades vinculares. María se expresó de otra manera:

*“Algo que yo pensé que era de unos meses terminé que no me podía ir, tenía que terminar el tratamiento, ellos decían “darte el alta” pero era un alta en general para todo el mundo pero no éramos todos iguales, éramos seres humanos distintos, muy distintos unos a otros, con otras realidades y vivencias, creo que no lo vieron, no les importaba, no se... siento mucha bronca con ese lugar, no te voy a mentir...”<sup>99</sup>*

---

<sup>97</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>98</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

<sup>99</sup> Entrevista a María. Anexo

Contó que el fin de su internación estuvo signado por una fuga, que tuvo que abandonar la institución escapándose, saltando por encima de un portón ya que no le ofrecían alternativa para abandonar el tratamiento:

*“Cuando me fui me escapé y ¡salté de un paredón! ¡a los 50 años saltando un paredón! ¿entendés? Ahí tenía cuarenta y pico... me acuerdo que lo llamé a mi papá, le pedí a un policía, me fui caminando hasta un lugar en el que encontré a un policía, le dije que me habían robado y si me prestaba un teléfono y mi papá me fue a buscar y volví al otro día con mi hermana con miedo a buscar mis cosas y a decir... y me trató ese pelado, uno que era más malo que la miércoles, eh... me trató de convencer de que me quedara (...) trataron de convencerme para que me quedara, les dije que no, que mil veces me había querido ir antes, que no me importaba tener el alta y no me dejaban.... En el fondo me hacían creer que tenía que tener el alta de ellos y yo ya no daba más, veía que pasaban los días y no aguantaba más en ese lugar, pero no tenía ganas de tomar ni nada, es como que tenés que tener el alta que te da una persona si tiene ganas más o menos, si te ven bien... o tal vez... no sé qué evalúan, el afuera, conmigo no lo manejaron bien”<sup>100</sup>*

Miguel contó respecto a sus salidas que eran -desde su punto de vista- insuficientes pero que decidió aceptarlas para acercarse progresivamente al alta:

*“(...)me daba esa ansiedad de que quería que me den la oportunidad, pero nada... que se yo, lo tomé lo mejor posible e iba superando cada prueba que me daban”<sup>101</sup>*

Ya sea interrumpiendo en modo disruptivo como María, o con respuestas adaptativas como en los casos de Marixa, Miguel y Axel, la información respecto a la externación y las decisiones relativas parecieran no estar al alcance de lxs pacientes, a quienes no se incluye en la toma de decisiones.

Sin embargo, y para ir finalizando, algo destacado en su insistencia y en lo que quiero realizar especial hincapié, es que estos tratamientos que interrumpen bastante los vínculos con el afuera, suceden y se sostienen en grupalidades y este se vuelve también un espacio de socialización fundamental a partir del cual tiene lugar el proceso terapéutico. En esta línea se expresó María, destacando entre sus no tan felices recuerdos las relaciones con sus compañerxs de tratamiento:

*“(...) después yo estaba limpia, estuve meses, pero me costó, me enganché, fui jefa de cocina, ayudaba mucho a la gente... a mí me daba mucha pena ver tanta gente, vi chicos, chicas que se cortaban... roturas de vidrio, ví mucha agresión ahí adentro, eso me hizo mal a mí. Estaba bueno escuchar las terapias. (...) nada, para mí fue una experiencia horrorosa. Pero bueno, también tengo cosas buenas de ahí eh... tengo hasta relaciones con personas.”<sup>102</sup>*

Marixa, quien pareció no dar demasiada importancia a lo que la internación pudiera interrumpirle respecto a su vínculo con el afuera, se encargó de describir a la perfección todo aquello que sucedía con sus compañerxs puertas adentro, a quienes llama “familia”:

*“(...) me quedé porque después bueno, la empecé a pasar lindo, con compañeros, conocí compañeros, me gustaba estar con ellos, me gustaba estar sana, limpia... eh... me gustaba, atendía el teléfono, me sentía útil, hacía la comida, despertaba a mis compañeros, no sé... no*

---

<sup>100</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>101</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

<sup>102</sup> Entrevista a María. Anexo

*sé como explicarte, no era una comunidad normal. (...) Yo me di cuenta que en estos tratamientos está buenísimo cuando habla otro en los grupos te sentís espejado, no se, a mi me pasó, y aunque esa persona sea adicto a tal cosa, hasta a la comida, te sentís identificado. (...) Me encantó convivir con gente distinta a mí porque a pesar de que éramos todos adictos somos todos distintos, distintas clases sociales, distintas adicciones, distintos pensamientos, de todo... hasta, hasta, los operadores, los dueños, los psicólogos, los psiquiatras, ahí era una comunidad, éramos una comunidad: vernos todos los días, convivir aunque sea con la psiquiatra una vez por semana, con la psicóloga una vez por semana o vernos todos los días porque tenía que atender a otras personas. (...) No sé, convivir, mirar una película... ¿sabés qué me queda? Aunque vos no creas, a las doce del mediodía o una, juntarnos todos y decíamos: "familia, ¡a comer!" ¡sabes que lindo que era! A mi se me ponía la piel de gallina, te juro... a veces no me tocaba hacer la mesa y eso... me quedaba en la pieza mirando la novela a la noche, la que estaban los chicos, ay... no me acuerdo, estaba Heredia, pero cuando escuchaba "familia ¡a comer!" todos corríamos, y capaz que nos pedíamos "¿me pasas jugo?" y nos golpeábamos, nos contábamos chistes, nos cagabamos de risa, esa era la mejor hora... le dije al director: "lo que más extraño era juntarnos todos a comer", porque aunque no comieras tenías que estar, te sentabas ahí en la mesa aunque no tuvieras hambre y tomabas un café, pero era compartir... eso no me lo voy a olvidar nunca, es lo que más me llevo de la comunidad, el compañerismo, el decir "bueno, ¿nos juntamos después de las doce a ver una película? Y hacías el sacrificio quizás de no ir a ver a tu familia el fin de semana y hacíamos pochoclos (risas), tereré, mirábamos películas, esas cosas me llevo... el compañerismo... llegar, que un compañero esté mal y que te venga a hablar a vos y decir "te estaba esperando, no podía más sin vos" qué lindo que alguien te diga, como compañero eh, "vamos a tomar unos mates que quiero charlar con vos"... esas cosas no me las olvido más de la comunidad: la gente, la buena gente, a pesar de todas las enfermedades que teníamos, somos buena gente... no importaba el rango te juro, no importaban las edades, éramos todos iguales, no se como explicarte, una se da cuenta cuando un compañero necesita. Mira, yo era una compañera que... vos podés preguntarle a todos y me vas a decir que me re extrañan. Me re extrañan y yo también, a todos..."<sup>103</sup>*

Todxs lxs entrevistadxs han referido como beneficioso el intercambio con otrxs, ya sea desde el "aprender" en base a las diferencias o por verse a sí mismx "reflejadxs" en otrxs. Creo que, si bien es discutible la manera en la que se sostiene esa grupalidad (a veces aislando a esas personas y hasta por la fuerza), dicho espacio intersubjetivo propicia los lazos sociales y por tanto se vuelve un factor protector de la salud mental en sí mismo.

*Pero me quedé pensando que allí donde hay alguien a quien se quiere muchísimo y donde hay alguien que nos quiere de veras, ése sí que es el lugar más bonito del mundo.*

<sup>103</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

Me interesa finalizar este capítulo haciendo foco en un punto que me ha generado muchos interrogantes. He realizado hacia el fin de las entrevistas una pregunta especial a modo de intentar hacer un cierre, una suerte de conclusión que pudiera dejarme algunas reflexiones. Para mi sorpresa, las respuestas -todas- se han orientado hacia una dirección inesperada. La pregunta, luego de los largos e intensos intercambios previos, era sobre cómo evaluaban el impacto de la internación en sus consumos y en sus vidas.

Axel se expresó en los siguientes términos:

*“A mí me ayudó muchísimo, nunca jamás desde ese día volví a ser lo que era... tuve recaídas en este período después de salir de ahí hasta hoy pero jamás jamás volví a estar como estaba antes de entrar ahí. (...) estoy convencido de que no hubiera podido hacerlo yo solo... o sea, yo necesitaba no solamente parar sino también acomodar mi cabeza, y es en lo que a mí me ayudó la terapia, los grupos y eso es lo que prácticamente me ayudó y me ayuda hasta el día de hoy, el tema de la terapia y nada, el tema de parar también, tenía que parar también... y la única forma era estar internado para mi caso.”<sup>104</sup>*

Su respuesta sorprende tanto si pensamos en lo que él se encargó de dejar en claro: que hubiera querido que la internación se extendiera ya que le significó un entorno de seguridad y contención que, aparentemente, no encontraba afuera. Agregó:

*“Yo tenía que pelearla en la calle, porque obviamente ahí adentro... si bien no es para todos igual, eh... es más fácil estar en un lugar encerrado con contención, es mucho más fácil que estar en la calle, más que obvio... (...) en mi caso tenía miedo... miedo de salir, yo ya entré con, vuelvo a repetir, tenía tipo fobia la gente, a las personas, a los grupos de gente y...no sé, era como que también sentí que estaba tan contenido y tan cuidado que, no sé... era la primera vez en mi vida que sentía eso y, no se si está mal, pero estaba como a gusto en ese lugar, estaba a gusto y tenía miedo... miedo de fallarme.”<sup>105</sup>*

En conclusión, y en sus palabras, la internación

*“Sirve muchísimo, muchísimo más si la decisión la toma uno... no es lo mismo que te obliguen tus familiares o que te internes porque tenes alguna bronca o lo que sea, sino porque uno realmente quiere cambiar... sí, obviamente que recomendaría internarse, a mí me ayudó, vuelvo a repetir...muchísimo muchísimo”.<sup>106</sup>*

A diferencia de Axel quien se mostró bastante en sintonía con el dispositivo, me he encontrado con distintos relatos alusivos a situaciones propias de la internación sufridas y padecidas por quienes hablaban. En estos casos también la reflexión posterior fue rescatando aquello que consideran “positivo”:

Miguel dijo:

*“Básicamente rescato esas herramientas que me llevé, saber que dentro mío pasan cosas... intentar estar un paso adelante y tratar de poder dirigir mi vida. (...) sinceramente dudo (conseguirlas sin la internación), y si fuera posible se tardaría más que el doble de tiempo para conseguirlas. (...) la verdad no fue una linda experiencia, no la recomendaría... pero obviamente si me encontrara con una persona con problemas, no de adicción sino de conducta y esas cosas que yo veo ahora que antes no veía, estaban pero no las veía... así que se la recomendaría a esa*

---

<sup>104</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>105</sup> Entrevista a Axel. Anexo

<sup>106</sup> Entrevista a Axel. Anexo

*persona que necesite de alguna manera crecer por dentro. (...) lo único que cambiaría es, definitivamente, nunca haberme subido a ese auto que fue a Capital (risas)... no, creo que no cambiaría nada porque así se dieron las cosas y, la verdad estoy contento con el resultado... con lo que pude lograr.”<sup>107</sup>*

María agregó:

*“Soy consciente de que cuando estás en un mal momento, desbordada o dejada nada te importa y necesitas una rutina, levantarte a tal hora, almorzar, cenar, los horarios... pero yo no tenía, no les importaba si yo trabajaba o buscar un trabajo, para nada, ni como iba a salir... todo es lento, es tenerte ahí... (...) No volvería ni loca ni trataría de no llevar nunca en mi vida a un hijo a un lugar así, ya te lo digo... creo que trataría de contenerlo de alguna otra forma, cien por ciento, para mí no fue una experiencia... creo que llegás ahí en una situación de... no se como explicarlo, no lo sentí como si fuera un lugar de contención, un hospital que me están ayudando ¿entendes?. (...) para mí es un dolor que llevo dentro, no te puedo explicar (llora) fui una madre excelente con mis hijos, tuve una relación bárbara y con el más chico tengo eso todavía, porque yo con la persona que me involucré tuve una relación, de hecho todavía cada tanto me escribo a ver cómo está, él se preocupa por mí ¿entendes? Fue una persona que me ayudó mucho en el tratamiento ¿entendes? Mucho... en estar bien, que es lo más importante, al fin y al cabo uno lo que quiere en la vida es estar bien.”<sup>108</sup>*

Marixa expresó:

*“Lo que sí te voy a decir es que a mi estos tratamientos me hicieron re bien, todos eh, a pesar de todo lo malo que me pasó para mí fue bueno. (...) Con estos tratamientos yo aprendí, te lo juro que aprendí, aunque me haya salido mal todo, no me importa, si no hubiese sido por esto o por mis viejos jamás hubiese ido a un tratamiento, jamás hubiese ido a una psicóloga, psiquiatra, no se.. No hubiese vivido lo que viví con distintas personas, aprendí, tengo muchas herramientas, y yo se que las utilizo cuando yo quiero, y yo se que si recaigo o hago lo que hago es por mi culpa, no por mi culpa... no me quiero echar la culpa, pero tengo todas las herramientas, me lo enseñó la vida, me lo enseñaron los tratamientos, es más, estos tratamientos... aprendí muchísimo, ¡es lo que más me gusta!”<sup>109</sup>*

Todas estas últimas referencias me dejaron algunas preguntas: ¿será que no resulta posible dimensionar las vulneraciones o será que no son tales? ¿Se tratará de personas acostumbradas a lidiar con tanto otro sufrimiento que situaciones como las descritas parecen menores? O será, y me inclino hacia esto último, que en el esfuerzo por problematizar situaciones, por analizarlas desde uno u otro enfoque teórico, se nos olvida que en la experiencia humana nada es blanco o negro, no hay situaciones que puedan ser “malas” o “buenas” per sé sino que todas las experiencias son subjetivas (con esto no quiero decir individuales sino todo lo contrario) y que aquello que parece ser analizable y comparable resulta no serlo tan fácilmente cuando de experiencias humanas se trata.

Si algo me deja pensando toda esta experiencia es que, en esta y en cualquier otra situación, lo vivido en el cuerpo está determinado por todo aquello que a cada sujeto lo sostiene desde su identidad, su historia y desde sus posibilidades. Que no siempre todo eso se puede poner fácilmente en palabras pero está ahí resonando y operando en la manera en la que cada quien vive, goza y sufre, como quiere y -fundamentalmente- como puede.

---

<sup>107</sup> Entrevista a Miguel. Anexo

<sup>108</sup> Entrevista a María. Anexo

<sup>109</sup> Entrevista a Marixa. Anexo

Si algo aprendo, y sigo aprendiendo, es que las personas somos con lo que nos sucede, a veces con experiencias que nos potencian y a veces a pesar de ello. Así (y a diferencia de lo que yo imaginaba), vivencias alejadas de lo ideal, pueden no obstaculizar (y hasta ser en sí mismas) procesos terapéuticos que habiliten movimientos internos importantes. Quizás me haya encontrado con que lo que hacemos (como profesionales y desde las instituciones) no sea más que un apuntalamiento o acompañamiento de aquello que (en sincronía) sucede en el plano subjetivo. No es que esto quite importancia ni valor a la reflexión que siempre debemos hacer sobre la práctica, sino que creo que debe invitar(nos) a pensar de qué hablamos cuando hacemos referencia al potencial efecto de las intervenciones clínicas, la transferencia, la medicación, el dispositivo, o cuando nombramos a alguien como “caso” o como “mi/tu paciente”: ¿será que perdemos de vista que lo humano está ahí y que excede a todo eso? Y cuando digo humano quiero hacer referencia a la potencia que tiene lo vincular, lo que nos aloja y nos diferencia de cualquier otro ser vivo, el lazo al otrx. Al trabajar con personas hacer con eso es necesario aunque -por suerte- no podamos hacer demasiado al respecto.

## Capítulo N° 5 Un decir que sea propio

---

Tras el extenso y profundo análisis de las entrevistas, en el presente capítulo me propondré realizar un breve recorrido por cada uno de los puntos analizados con el fin de sistematizar lo recuperado en las entrevistas en clave de la ley 26.657.

“Un decir que sea propio” fue el implícito título de cada entrevista. Ofrecí mi escucha para que cada quien contara su sentir, su vivencia, una puesta en palabras o hasta una resignificación de todo aquello vivido. Y aún así, habiendo recuperado tanto, las entrevistas no logran sintetizar las experiencias habidas y por haber en las CT, ni siquiera conforman una sistematización de lo que ocurre en dichas instituciones o en la analizada. No obstante, este decir en primera persona no sólo no abunda en el campo académico o de investigación y además nos brinda -a aquellxs que nos sentimos convocadxs por el tema- información invaluable e irremplazable por ninguna otra fuente.

Retomaré entonces los puntos centrales para sintetizar lo que considero más relevante a los fines analíticos de este trabajo.

El primero refiere a la duración de las internaciones, entendiéndolo que es este un dato bien concreto pero que arroja mucha claridad respecto a lo que fuera a referirse en toda la entrevista respecto al proceso del tratamiento. La duración de la internación -entre otros varios- es un factor determinante a la hora de analizar la experiencia subjetiva y es un determinante de la salud a posteriori. Las internaciones en salud mental han sido en nuestro país por mucho tiempo un sinónimo de sujetxs aisladxs y vulneradxs por décadas, se constituían en un hecho bisagra tras la cual (aún con cierta estabilización clínica) no existía horizonte de desarrollo personal ni de inclusión posible. Este es uno de los puntos centrales transformadores de la ley 26657 y las CT parecían, al momento de la experiencia de lxs entrevistadxs, seguir operando al margen. En base a lo extraído de las entrevistas, aparentemente el tiempo de internación pareciera que responde más a un estándar que a las necesidades particulares de cada caso. No se circunscribe a ser una medida excepcional y lo más breve posible tal como se espera a partir de la ley 26.657. Aunque sin llegar tan lejos como la tradición manicomial indicaba, las internaciones en CT consultadas se extendieron por meses y años y se ha vuelto este en sí mismo un factor vulnerador. A modo de referencia, recuerdo que la cobertura que en ese entonces otorgaba Sedronar y las obras sociales en modalidad internación era por ese período de tiempo: 12 meses, con posibilidad de ser prorrogada en caso de justificarse ante la institución.

No apareció en ningún caso referencia a que, en tanto pacientes mayores de edad, hayan formado parte de las decisiones vinculadas a la duración de la internación. En cambio, lo referido es que eran estas determinaciones tomadas de manera unilateral por parte del equipo tratante, a veces con participación de lxs familiares acompañantes del tratamiento.

Esta cuestión de dejar por fuera de la toma de decisiones a lxs pacientes respecto a sus propios tratamientos, considero, trae implícito el estigma de incapacidad respecto a quienes se encuentran en situación de consumo problemático, como si por el sólo hecho de consumir entonces se les asociara una incapacidad cognitiva o cierta limitación en su autonomía. En la ley 26.657 se hace mención específica a esta cuestión, que pone de manifiesto un modus operandi frecuente. De esta manera, pareciera que se presume (de manera anticipada y sin base empírica) que quien consume no está en condiciones de tomar decisiones.

Los modos de ingreso tienen el mismo sesgo, la exclusión de los pacientes cuando estos no buscan voluntariamente la internación o la apelación a métodos basados en engaños, mentiras y hasta con acciones coercitivas y/o abusivas de fondo. Ejemplos de esto son la internación a

una persona bajo efectos de psicofármacos post proceso de desintoxicación en psiquiátrico, el accionar (o amenaza de) judicial para persuadir a una persona a que acepte su internación, la utilización de recursos económicos propios para solventar el pago en forma particular (sin mediación de obra social ni prepaga) de la internación, el engaño sexoafectivo por parte de quien fuera una autoridad de la institución para que la paciente acceda a permanecer internada, entre otros tantos manejos no tan respetuosos de los derechos de lxs pacientes.

Aún en los casos en que las personas manifiestan voluntad, lo referido en las entrevistas es que es muy escasa la información previa que pueda reflejar en qué consiste fehacientemente un proceso de internación, así hay quienes imaginan una internación como un período de descanso, pasando por asemejarlo a una internación en cama de hospital, hasta llegar a fantasear un espacio similar a una cárcel. No se explicitan previamente las rutinas, las medidas “terapéuticas” coercitivas respecto a visitas, actividades y normas institucionales, ni se anticipan los plazos de internación, así como tampoco se hace parte a las personas internadas de la toma de decisiones al respecto. Tal como señaló una entrevistada, no le fue otorgada la posibilidad de tomar contacto con alguien de su entorno aún en momentos de mucha angustia, ni le fue concedida la posibilidad a otro entrevistado de encontrarse con amigos por ser considerados malas influencias para los fines del tratamiento.

En términos generales, la aplicación de normas pareciera darse sin contemplar el caso por caso. Se toman en cuenta, en forma aislada, determinadas acciones o rasgos y se los consideran factores de riesgo respecto al consumo de drogas, ya sea comer un pan de más o usar una remera de *viejas locas*. Horarios estrictos de comunicación, comidas sin alternativa, etc. La despersonalización pareciera ser la premisa para la cura, lxs pacientes son como alumnos que hay que iluminar o “tabulas rasas” en blanco sobre los cuales hay que escribir.

En general, no parecen haber sido tenido en cuenta los procesos más subjetivos, sobre todo cuando estos entraban en tensión con alguna norma o procedimiento institucional general. Así, María recuerda con mucho dolor haber sido expuesta ante sus hijos, siendo defendido este accionar como verdad ante la mentira. Es este un ejemplo en el que el secreto profesional no rige, ya que aparece expuesta la intimidad de una mujer adulta frente a sus hijos adolescentes bajo un supuesto acto de transparencia obligada; aquí el intento de rectificación moral parece prevalecer ante las decisiones y derechos más personales.

Violencias como esta son redobladas con relatos como el de Marixa, quien dio detalle de haber sido ultrajada y abusada sexualmente en dos oportunidades (por dos hombres distintos y en dos instituciones inconexas entre sí).

Lo referido por lxs entrevistadxs cuando se consultó acerca del vínculo “extramuro” ya sea por lo laboral, familiar, vincular, cultural, educativo o cualquier otra área que pudiera hacer a los intereses y el desarrollo subjetivo, las respuestas indicaron que no había hasta alcanzada la etapa de “reinserción social”, la cual tiene lugar inmediatamente antes de la externación, ninguna estrategia que indicara la vinculación con el afuera como algo sustancial. Más bien lo que se extrae de los relatos es que estas estrategias son de “re”vinculación con el afuera, luego de que se perdiera por completo ese vínculo con lo previo.

Considero especialmente importante generar las condiciones de posibilidad a generar o preservar -en caso que preexistan- los lazos con el afuera. Estos puntos constituyen, a mi entender, cualquier posibilidad reparatoria frente a la vulneración de derechos que por definición implica el consumo problemático de drogas.

No alcanza entonces con trabajar en las coordenadas individuales si no son estas situadas desde un abordaje integral que incluya también otras perspectivas igualmente necesarias para problematizar la salud mental.

Otro punto a destacar es que pareciera que las estrategias institucionales difieren en virtud del sujeto y de sus espacios de referencia, entendiendo esto no en tanto lógica del caso por caso sino más bien como estrategias sesgadas en virtud de quien sea el/la paciente, qué participación tenga su entorno, cuál sea su trabajo, etc. Ejemplo de esto es Axel (quien tuvo trabajos informales y no calificados como profesionales) quien señaló que sólo hacia el último tiempo se lo “dejaba que busque empleo”, dichos de los cuales se desprende que no se trató este de un aspecto trabajado durante la internación. Otro testimonio en este mismo sentido es el de María, que no fue acompañada en una búsqueda de alguna actividad laboral o social que le permitiera cierta emancipación respecto a las decisiones que su padre y su ex marido pudieran tomar sobre ella, no sólo desde el aspecto económico sino en vistas a una ampliación de redes de contención, así como tampoco se realizó hincapié en el vínculo con sus hijos (afectado negativamente por intervenciones de la institución).

Por el lado de Miguel, bien podría haberse orientado a generar instancias de encuentro con sus redes sociales (en el sentido humano no tecnológico de la palabra), pero dichos vínculos fueron considerados por el staff iatrogénicos y por tanto impedidos.

En contraposición a estos, encontramos el caso de una modelo y actriz de renombre a quien rápidamente se le concedieron salidas con fines laborales y de revinculación. O el caso de un médico (amigo del director y también paciente “particular” como la precedente actriz) quien encontró salidas y permisos de forma anticipada respecto al resto. No fue así en el caso de Miguel quien, aún teniendo un empleo formal y con perspectiva a largo plazo, tuvo que excluirse de su puesto de trabajo y reingresar al tiempo con el estigma de quien se ausenta por motivos de “licencia psiquiátrica”.

Quiero destacar que aquellas situaciones que menciono como excepción bien deberían estar más cerca de constituir la norma que el desvío. Todas las situaciones deberían ser analizadas y los tratamientos deberían constituirse más por estrategias situadas que por procedimientos estándar. Lo recabado indica que las decisiones que se tomaban estaban sesgadas por motivos de clase, por conveniencias económicas o personales de los directivos, sin perspectiva de género y con poco anclaje en las necesidades subjetivas de cada persona internada.

Avanzando hacia otro asunto, lo que lxs entrevistadxs han señalado en relación al tratamiento farmacológico en general indica un escaso contacto con el profesional tratante, información brindada insuficiente respecto a la medicación indicada y en algunos casos sobremedicación. No se observa en este sentido la participación de lxs pacientes en cuanto a la toma de decisiones ni la información adecuada respecto a las decisiones profesionales sobre el plan de medicación. Otra cuestión a señalar es el diagnóstico casi por norma de “trastorno por consumo” y en general la “bipolaridad” como cuadro asociado. Si bien este es un punto que concierne al marco teórico profesional, lo cuestionable es la forma en la que estos nombres hacen a estados irreversibles y marcas subjetivas con las cuales casi todas las personas terminan identificándose hasta llegar a la famosa frase “soy adictx” y todo lo que ella implica.

Existe un consenso en relación a la participación de la toma de decisiones vinculadas al tratamiento. El lugar a lxs pacientes es mayormente pasivo, sin lugar a elección de las actividades diarias (horarios, acceso al teléfono, comidas, medicación, salidas, etc.) así como las que se toman en términos más “macro” en cuanto a decisiones externas (familiares, laborales, judiciales, etc.). El tiempo en la CT pareciera simbolizar un paréntesis en su autonomía.

Mencionado todo lo previo, y más allá de las variadas referencias a las situaciones en las que no se aborda en forma integral a la problemática, en todos los casos se valoró la experiencia del tratamiento, considerándola como una etapa que ha sido de aporte en algún u otro sentido y que -en sus distintas formas- ha marcado el devenir favorablemente.

Así, y con la misma unanimidad con la que se expresaron en otras cuestiones, a lo largo de las entrevistas aparece dicha valoración positiva de los efectos que tienen en lo subjetivo el encuentro con otrxs en la CT y el compartir cotidiano.

Volveré sobre este punto en las conclusiones, pero destaco este punto en contraposición a lo sistematizado previamente, ya que todo hasta aquí parecía indicar una tendencia contraria a lo indicado y recomendado por la ley 26.657 en lo que a tratamientos en salud mental refiere.

Cabería considerar este punto como motivo de análisis para una próxima investigación ya que se vuelve inevitable la pregunta ¿qué de esa experiencia hace que se la reivindique aún con todo lo enumerado previamente? Ofreceré al respecto algunas reflexiones a continuación.

## **En los márgenes también se escribe. Conclusiones, preguntas, desafíos**

---

He logrado realizar una sistematización de los aspectos principales de las CT, de su marco teórico predominante, así como también de entrecruzar aspectos centrales de la LNSM con la práctica cotidiana en dichas instituciones. Como principal aporte a quien se interese por este escrito, he contado con la invaluable colaboración de mis entrevistadxs, quienes con su humildad y valentía llenaron de sentido este trabajo. Me emociona que sus palabras circulen más allá, que de una vez trasciendan el pasillo de la CT, lo dicho entre líneas y por lo bajo, que tengan lugar en un escrito académico y no solo ocupando libretas de anotaciones, historias clínicas, o en la memoria de quienes escuchamos y nos llevamos todo eso con nosotros haciéndonos eco a donde vamos.

“En los márgenes también se escribe” es el título para este capítulo, y bien podría titular a la tesis en su totalidad. Los márgenes son aquellos espacios que se suponen en blanco, pero a los que muchas veces acudimos para escribir cuando el cuerpo principal de escritura no alcanza, cuando no hay lugar. El tan asociado término “marginal” a las situaciones de consumo, no tan visibles frecuentemente, que encuentran respuesta por fuera de los servicios de salud, con su otra acepción del término: “ (...) lo poco importante, lo secundario, lo que está por fuera de lo normal” . Es hora de preguntarse ¿es el consumo problemático de drogas algo marginal? Y en todo caso ¿qué lugar damos a lo marginal? Si es así ¿qué lugar elegiremos darle?

Queda resonando en mí cuántas de las personas internadas requerían (dada su situación puntual) especialmente al dispositivo de internación y cuántas de ellas acabaron institucionalizadas simplemente por no contar con otras opciones disponibles al momento de su consulta. Me pregunto si esa oferta alternativa a la internación hoy finalmente se amplió, si está lo suficientemente accesible y difundida. Seguramente haya un proceso cultural de valoración y reconocimiento de opciones alternativas a la internación que irá teniendo lugar con la transformación social en torno a la problemática del consumo, pero no será sin una gestión pública que de a conocer, invierta esfuerzos y presupuesto, y apueste a la creciente oferta de respuestas alternativas a la internación en CT en situaciones de consumo problemático de drogas.

Este trabajo, la esencia del mismo, no es precisamente una escritura sino más bien una visibilización de algunas cosas ya escritas, una reescritura quizás de algo que preexiste. Es una invitación a que eso que sucede en el margen pueda ocupar el lugar central y sea en sí mismo el texto a leer.

En el libro “El tóxico en los márgenes del psicoanálisis” el autor se encarga de recapitular aspectos propios de la clínica psicoanalítica con personas usualmente dejadas por fuera del dispositivo por presentar justamente algún padecimiento subjetivo asociado al consumo. “Las reglas también están para romperse” fue una frase extraída de dicho libro que resumió y resonó en mí tras la experiencia de las entrevistas. Hoy retomo aquella frase porque el espacio de intercambio que tuve con cada unx de ellxs, que no sólo permitió este escrito sino también cierta transformación en mí que no hubiera sido posible de habernos aferrado a las reglas establecidas por las lógicas institucionales que prohíben el contacto entre personas más allá del que sucede intramuros. Las personas bajo tratamiento suelen tener expresa indicación de no continuar contacto con otrxs pacientes ni con profesionales, como si lo que sucediera intramuros no fuera algo terrenal, como si la vida post internación sucediera en otra dimensión y pasáramos -tras la experiencia de CT- a ser personas de una especie desconocida (la que prescinde del vínculo humano para subsistir). Siempre sentí a esta norma como un sinsentido inviable. Muchas veces, ante la iniciativa de quienes decidían contactarme, me pregunté por las

implicancias que pudiera tener (en lo subjetivo, en lo simbólico para unx ex paciente) mi aceptación a no cumplir con la conocida regla institucional habiendo sido yo parte del “staff”. Me encontré, en reiteradas oportunidades, con que quienes me habían conocido dentro de la institución decidían ponerse en contacto conmigo de distintas formas: mensajes contándome cómo seguía su vida, mails, llamados, solicitudes de amistad en redes sociales, saludos por navidad o fin de año, etc. Y me encontraba instada por esta norma a negar el pasado, a no responder a quien no sólo reconocía un vínculo con mi persona sino a quien se reafirmaba a sí mismo a partir de esa experiencia. Aparecía en aquellos intentos de contacto un reverso de la despersonalización y del loop conductual diario propio de las internaciones.

¿Qué somos sin los otrxs que nos acompañaron? ¿Qué tendría de “terapéutico” no responder ante un saludo o una expresión de agradecimiento por lo compartido? ¿Cuál es el sentido de seguir ejerciendo control aún alcanzada la “consagración” de quien se externa? Cabe aclarar que en general ese contacto no era más que el “estar ahí”, a través de un vínculo tan particular como las redes sociales habilitan, del mismo modo que quien decide saludar afectuosamente a alguien con quien compartió una experiencia laboral, educativa o de cualquier otro tipo.

Estas entrevistas (y otros previos contactos) fueron posibles entonces por no acatar ciegamente las reglas, por no darles un lugar -ni a ellas ni a quienes las inventan- de saber absoluto, por poder preguntarme qué es mejor para cada unx de nosotrxs y por dejarnos llevar por el impulso más primitivo que tiene el ser humano, el del contacto con unx otrx. Lo humano se vuelve un marco necesario, constitutivo de lo más esencial, es lo que nos sostiene aún en las peores adversidades. Por eso es que considero a lo comunitario como eje central de cualquier intervención, por eso -hipotetizo- es que se vuelve a estos espacios, porque aún con algunos sinsabores hay un otrx que sufre igual que unx, hay un otrx que mira lo que a su vez nos muestra de sí, un semejante que nos es espejo y nos motoriza a enojarnos, a querer, a pensar, a seguir. Me pregunto si, en el mundo “psi”, nos debemos escuchar lo potente de lo colectivo y darle lugar en más espacios terapéuticos, tan individualizados tantas veces.

Con esa potencia que tienen los vínculos, en esta tesis transformamos aquella regla negacionista del pasado en encuentros, pudimos conversar, escucharnos, reencontrarnos. Fue el lazo social lo que habilitó este trabajo así como habilita tantísimas otras cosas que son cotidianas e invisibles. Y es precisamente con estas referencias sobre su vida luego de la etapa de internación que quiero dar por finalizado este escrito, siguiendo el mismo orden de mención que hice previamente:

Axel:

*“En este momento estoy yendo con un terapeuta y un psiquiatra diferente pero, bueno, que también me ayudan... el tema es nunca dejar, o sea...yo sigo peleando esto, porque es eso, es pelearla, no es tan fácil, no es: ir, internarse, salir y ya está... todo resuelto, no... es día a día todo, saber enfrentar los problemas sin ir corriendo a tomar alcohol o a drogarse, es así... fueron muchos años de consumo en mi vida, los cuales prácticamente de los 14 años a los 38-39 años consumí todo el tiempo, así que imagínese que en mi cabeza no hay vida, no había otra vida... y después cuando descubrí lo lindo que es estar sin consumo, hasta el día de hoy sigo luchando para... para eso, para estar sin consumo”<sup>110</sup>*

Luego, mientras le agradecía por su tiempo y su entrega agregó:

*“Para lo que necesite Ceci...póngame Axel. Cómo no confiar, fue mi primera terapeuta, la primera que escuchó todos los quilombos que tenía en mi cabeza, aunque me costó empezar a*

---

<sup>110</sup> Entrevista a Axel

*hablar (risas) hoy por hoy cuando hablo ¿sabe qué? hasta por las orejas hablo con los terapeutas. Fue un gusto Cecilia.*<sup>111</sup>

María, ya cansada y pidiéndome cortar la charla concluyó su aporte con lo siguiente:

*“Aprendí mucho, no te voy a decir que no, aprendí a valorar todo lo que tengo. A mi me da hasta vergüenza decir que estuve en un lugar así, pero también por momentos lo vivo con orgullo, para poder tener autoridad con mis hijos o cuando alguien está mal por algo, sinceramente trato de sacarle lo positivo pero sinceramente no es algo que le recomendaría a alguien, agotaría mil instancias anteriores a internarme en un lugar así. (...) Fue intensa la charla... recordé muchas cosas pero bueno está bueno, soy partidaria de eso. Si sirve para ayudar genial, me encanta que haya gente con tu vocación porque hay mucha gente que necesita ayuda, mucha... Lo que siento y aprendí es eso, que no somos iguales, para nada... somos seres totalmente divinos y diferentes, y hay lugares buenos, como vos decís... estoy totalmente de acuerdo, así que bueno... Si sirve para mejorar bienvenido sea, en lo que pueda colaborar sin ningún problema, siempre trato de darle para adelante en la vida, encantada... de corazón”*<sup>112</sup>

Marixa, concluyó con lo siguiente:

*“El día a día la peleo desde que me levanto hasta que me acuesto, peleo con mis demonios o como le quieras llamar, y por más que tenga psicóloga, psiquiatra, bueh el psiquiatra... hace como dos años que no tomo las pastillas, ¡yo las dejé! No quiero tomar más pastillas, dije eso y no las tomé más, ¿y? ¿Me estoy muriendo? Al principio sí, me moría por no tomarlas... empecé a ir al gimnasio y a tomar suplementos complementarios que tomaba de chica, no me inyecto nada. (...) Yo quiero las otras que tienen efedrina pero no me las quieren dar, pero está bien, me cuidan y eso es lindo... es un mimo. (...) gracias, gracias por todo. Me encantó decirte todo, disfruté mucho... estoy bien, si llego a necesitar algo claro que te voy a avisar. Me encantó, me hiciste sentir importante, una estrella de rock (risas)... eh... me gustó contestarte todas tus preguntas.”*<sup>113</sup>

Por último, Miguel, que se despidió contándome cómo fue la vuelta a su entorno:

*“Y... al principio era toda mi gente alrededor, me tomaban todo con pinzas... los pibes no querían tomar alcohol, no querían hacer nada en frente mío. Yo vivía con mi vieja y ella me preguntaba “después del laburo ¿qué vas a hacer? ¿dónde vas a estar?” pero nada, me lo tomé de la mejor manera posible y dije “vamos a demostrar que no es tanto como ellos piensan”.*<sup>114</sup>

En plena despedida, me anotició de un hecho muy importante en su vida. Y no digo que me sorprendió porque (aunque me tomó por sorpresa el comentario ya que sus ahorros habían sido utilizados en la internación) siempre conservé la esperanza de que lo lograra.

*“Mantuve mi mismo proyecto que era comprarme mi casa... que recién el año pasado lo pude lograr... ¡el año pasado me compré la casa, Ceci! ¡espero que estés orgullosa!” (...) “y bueno, aunque la haya pasado bastante mal ahí adentro... por lo menos fijate esas cosas que te digo de poder ver un poco más allá y si me pasa algo en vez de ponerme a tomar un cajón de cerveza me pongo a pensar qué es lo que me está pasando, en vez de tapar trato de hablar... y*

---

<sup>111</sup> Entrevista a Axel

<sup>112</sup> Entrevista a María

<sup>113</sup> Entrevista a Marixa

<sup>114</sup> Entrevista a Miguel

*eso también es algo que trato de hacer bastante. Antes no decía ¡un carajo de nada! Ni siquiera algo lindo, bueno, malo, nada.. Sea a un conocido, cercano o no, tampoco... no hablaba un carajo y ahora estoy hablando bastante. Así que, ¡gracias querida! Costó pero, y más con este gobierno, pero se pudo...<sup>115</sup>*

Es con estas últimas referencias que quiero ir concluyendo esta extensa y ardua escritura. Tal vez no sea este un trabajo que logre sistematizar información estadísticamente significativa, pero estoy segura de que puede resonar en muchxs lectores que imaginan, que escucharon, que vivieron experiencias en CT.

He alcanzado un análisis de la comunidad terapéutica seleccionada, describí sistemáticamente su funcionamiento interno apelando a comprender los orígenes de dichas prácticas y sus sustentos teóricos y metodológicos. Considero que en dicho análisis, y con el principal refuerzo de los testimonios, ha quedado plasmado cómo esta práctica se encuentra teñida por el modelo médico hegemónico y por lógicas de intervención centradas en el saber médico y psicológico, que prevalecen fuertemente frente a otros, a los cuales apenas se les da lugar en los tratamientos. Quedó plasmado lo poco se consideran otros aspectos de las y los pacientes para tomar decisiones de lo más trascendentales en su vida y para hacer recomendaciones sobre las prácticas de cuidado de la salud (por ej. la posibilidad de sostener el tratamiento farmacológico por fuera, el entorno en el que cada quien se re-insertará post internación, las posibilidades familiares/contextuales vinculares en cada caso, la inserción educativa, y/o laboral u ocupacional de cada quien, etc.).

La tensión con la ley 26.657 también resultó evidente, las más de las veces con internaciones mediadas por mecanismos poco transparentes y hasta extorsivos o forzados. Tratamientos sin consenso alguno, en muchos casos atravesados por procesos de medicalización<sup>116</sup> y sobremedicación<sup>117</sup>, vulneraciones varias y acciones ligadas al ámbito subjetivo como condición de tratamiento. Cuestiones que nos alejan de dimensionar el derecho a la salud mental y a recibir prácticas de cuidado respetuosas e integrales. La mayoría de los elementos extraídos de los testimonios hacen parecer que la permanencia en la CT es un premio para quienes presentan “buena conducta” (al estilo carcelario) o bien son lo suficientemente meritócratas (lógica liberal). En ambos casos el escenario se aleja de lo que debiera ser un entorno garantizador de derechos y promotor de salud mental. Se observó una propuesta despersonalizada de un tratamiento estandarizado, centrado en premios y castigos y con el único objetivo de modificar la conducta de consumo, para tratar una enfermedad crónica asociada a un estigma que no sólo afecta al momento del diagnóstico sino que cuestiona fuertemente sus capacidades para futuras acciones.

Considero que los testimonios han sido contundentes y develadores, que con su valentía han contribuido y confiado en que estas prácticas puedan (y deban) ser revisadas. Así también, me han permitido conocer un costado del fenómeno que era para mí una incógnita: el de reivindicar las experiencias en CT en la enorme mayoría de los casos y a pesar de experiencias poco felices.

Lxs entrevistadxs se han abierto a aportar la emocionalidad suficiente para que este no sea un análisis técnico de lo que puede ser el entrecruzamiento entre sociedad civil- política- leyes-teoría y práctica. Con la crudeza y sinceridad que merece el asunto, han logrado que todxs nos

---

<sup>115</sup> Entrevista a Miguel

<sup>116</sup> Entendido este como la acción de patologizar (y accionar en consecuencia) a aspectos que no lo son.

<sup>117</sup> Es la acción de medicar por sobre la dosis terapéutica o bien con otros fármacos que se alejan de la acción terapéutica adecuada y consensuada. Puede darse por error o por negligencia (haciendo uso de los fármacos buscando un efecto diferente al terapéutico).

traslademos a “sus zapatos” y que por un ratito sepamos qué se siente estar del otro lado del muro.

“En los márgenes también se escribe” porque el margen también es un corte, aquello que ayuda a definir dónde empieza y dónde termina un texto. Espero este sea de aporte para nuevas escrituras que den cuenta de distintos atravesamientos de lo institucional en lo subjetivo.

Es desde ese orgullo, y con la convicción de que es posible hacerlo desde el Estado y con la política como herramienta fundamental, creo necesario trabajar en lo que aún falta. Por eso, en este humilde espacio me dedico a situar algunos de los puntos de dificultad que aún persisten y que hacen mella en la vida de muchas personas.

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. Generar alternativas a este modelo que criticamos, al que no encontramos a la altura de las circunstancias. Alternativas que -dentro y fuera de las CT- contemplen no sólo la situación de consumo sino el complejo entramado en el que ocurre, a trabajar con las situaciones problemáticas en clave de sus determinantes, a pensar a lxs sujetxs con una perspectiva de derechos humanos y no desde una lógica mercantil, individualista y punitivista, a volver a mirar al otrx a los ojos una y otra vez. Y, agrego, también abrir el juego a investigar otros paradigmas, como por ejemplo el de reducción de daños. Abandonar el prohibicionismo como estandarte es también habilitar otros discursos, otros saberes, otras experiencias que nos permitan pensar alternativas menos violentas y totalitarias. Existen antecedentes que avalan esta posibilidad, muchas son las experiencias, muchísimas más las posibilidades. La existencia de nuevos paradigmas, leyes que acompañen la época y las problemáticas, cambios éticos y académicos, pero también y centralmente, decisiones político-sanitarias que acompañen son la llave hacia otras experiencias posibles en Argentina.

De esta manera, este escrito pretende conformarse como un pequeño aporte a una lucha por los derechos humanos, un intento de dar voz a aquellos que por locxs, enfermxs o marginales pocas veces escuchadxs.

Al gran pueblo argentino, ¡salud!



## Bibliografía consultada

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Antonietti, Maximiliano (2008). *El tóxico en los márgenes del psicoanálisis*. Editorial Lazos. Buenos Aires.
- 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).
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos, Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina*, s. - 1a ed. - Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- 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.
- Janín, Beatriz (1996) *La infancia, la constitución de la subjetividad y la crisis ética*. Buenos Aires: APBA.
- Keegan, Eduardo(2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psi. Revista electrónica de la facultad de psicología UBA, Año 2 Número 3*, página 5- página 8. [http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista\\_ed\\_n\\_3.pdf#page=5](http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_3.pdf#page=5)
- 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](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf) (28/12/2015)

- Organización de las Naciones Unidas (1945). Documento fundacional de la organización. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/about-un/overview/> (10/10/2020)
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. (10/10/2020)
- Real Academia Española, disponible en <http://dle.rae.es/?id=c33Av11> (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>
- Weber, Max: (1984) "La acción social: ensayos metodológicos", pág 140. Editorial Península, Barcelona.
- World Health Organization (WHO) (2021). Recuperado de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/) (27/4/2021)

## **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: Entrevistas

---

**Entrevista a Axel (E: Entrevistadora; A: Axel)**

**Fecha: 11 de diciembre de 2018**

E: Bueno, la entrevista va a ser recortada y utilizada para un trabajo de investigación que estoy haciendo sobre las internaciones en comunidades terapéuticas. Tu identidad y datos personales van a ser resguardados en todo momento. Me interesa conocer tu opinión sobre cada tema por el que te vaya preguntando, si en algún momento hay algo que no quieras responder lo salteamos.

A: Ok

E: ¿cuántos años tenés ahora?

A: ahora tengo 45 años

E: ¿cuál fue la fecha y duración de la internación?

A: la fecha fue en el 2012, no me acuerdo bien el mes, pero en el 2012 fue, cuando tenía 38 creo

E: ¿cuánto duró la internación? Y ¿cuánto duró el tratamiento ambulatorio, si lo hubo?

A: la internación duró un año y después estuve yendo prácticamente un año más, o sea... hasta que empecé a trabajar en otro lado y, o sea, con la obra social me fui a un lugar más cerca. O sea, terapia, grupo a un lugar más cerca de mi casa porque me quedaba lejos ir hasta Boulogne, yo soy de Montegrande

E: ¿el ambulatorio lo hacías en Boulogne también?

A: por suerte me daba terapia... o sea, entre comillas, bah entre comillas no, me atendía gratis la directora del lugar, o sea de onda y me atendía también la psiquiatra de ahí, iba directamente en donde estuve internado. Pero ya le digo, gracias a la disponibilidad de la directora

E: ¿vos tenías una beca a través de Sedronar?

A: sí

E: esta beca, ¿te cubría también el tratamiento ambulatorio?

A: para serle sincero, yo no fui a averiguar ni nada por el estilo porque, ya le digo, la directora de donde estuve internado se ofreció a darme terapias gratuitas y, o sea, donde había... como se llama... yo tenía la puerta abierta para ir cada tanto a un grupo, un fin de semana, o sino... como es... que me vea la psiquiatra, y tenía contención. Por ejemplo el día de la primavera hacían en lugares para reunirse todos, yo iba o había alguna reunión, yo iba... después de que salí no fui más a Sedronar ni nada, o sea como me daban esta oportunidad la aproveché, aparte me gustaba el lugar, pero le mentiría si me dijera que Sedronar me cortó la cosa porque eso no lo sé, no volví a ir.

E: bueno, y ¿te acordás como se tomó la decisión de que vos te internes?

A: la decisión la tomé yo, salió de mí, después de venir de... muchas amarguras cuando ya, lo que es drogas o alcohol me hacían mal, en la cabeza vamos a decir, ya no me aguantaba... ya no me aguantaba, y había empezado a, como se llama, a fumar en ese momento era pasta base, y un día me encontré debajo de un árbol con lluvia, todo amanecido vamos a decir... y nada, me hizo un clic la cabeza y le pedí a mi familia que me ayudara... y nada, un día le dije a mi familia si por favor me podía ayudar e hicimos los trámites en Sedronar y gracias a dios eh... se dio todo para internarme donde me interné, y nada... la decisión fue mía

E: ¿quién de tu familia te ayudó?

A: y... fue en conjunto, primero y principal mi mamá y mis dos hermanas, que me siguen a mí, más chicas que yo. Me acompañaron en la decisión, me acompañaron a Sedronar y me

acompañaron durante todo el tratamiento, gracias a dios. Eso también me ayudó mucho, me dio fuerzas.

E: ¿te acordás de qué te dijeron sobre la propuesta en Sedronar?

A: mucho realmente no recuerdo bien, el tema era que... obviamente me hicieron una entrevista para evaluar mi situación, eh... creo que me vieron decidido realmente a, o sea estaba convencido yo de que quería salir de todo esto, y bueno, según ellos recuerdo que me dijeron "te vamos a mandar a un buen lugar" y nada, eso, eso es lo que recuerdo. No recuerdo bien en qué consistió la entrevista pero supongo que era preguntarme lo que había pasado, como me sentía y esas cosas, tampoco fue muy, no la hicieron muy larga, creo que fui dos veces a Sedronar y salió la internación

E: y después de eso, ¿cómo fue el primer contacto con la institución?

A: ... (piensa) tengo muchas nubes en la cabeza (se ríe), estoy pensando... hay muchas cosas que no me acuerdo, yo creo que me dijeron, no quiero mentir eh, pero creo que me dieron la fecha en la cual tenía que ir con la ropa y las cosas, llegué ahí, me dieron la entrevista y ya me quedé, o sea tuve una entrevista con la directora y con mis hermanas y con mi hijo y ya me quedé, pero vuelvo a repetir, no quiero mentir... creo que fue así, creo que no fui antes a una entrevista y después volví, no recuerdo bien esa parte

E: no hay problema con lo que no te acuerdes exactamente... ¿te acordás si ese día que fuiste firmaste algún documento al ingresar, tipo consentimiento informado en donde expresarás vos tu voluntad sobre el tratamiento o en donde estuvieran escritas las reglas?

A: mmm... me quedo pensando de vuelta... eh... sé que firmé cosas, sé que se hablaron de las reglas del lugar, de cómo era, o sea, como se movía el lugar, las reglas, lo más importante que había que seguir, cual era la rutina me dijeron, y nada, eso... eh... firmar firmé cosas así que seguramente habré firmado un compromiso en el cual tenía que seguir las reglas obviamente

E: esas reglas ¿eran para lo que la institución debía cumplir y para vos? ¿o solo respecto a lo que vos debías hacer?

A: lo que recuerdo es que la institución, bueno... la directora me dijo lo que ofrecían ellos, o sea el seguimiento, el cuidado, las terapias, el seguimiento tanto terapéutico como psiquiátrico... y eso, y... sí, la mayoría era a lo que me tenía que acomodar yo, como las demás personas, al lugar y a respetar las normas del lugar. O sea era entregarse a lo que ellos decían como para, o sea dejarnos cuidar, nos estaban... a ver, me trabé...era como que nos daban esas reglas como para estructurarnos entonces había que seguirlas al pie de la letra porque de eso se trataba, de estructurarse. Yo venía de una vida muy desordenada y entonces había que estructurarse, y ellos bueno, eso...nos dijeron las cosas que hacían ellos: el tema de la terapia, la psiquiatría, de... las cosas que teníamos en el lugar, los grupos

E: lo que te dijeron en ese momento, que te vas acordando ahora, ¿se cumplió después?

A: sí, tuve, o sea... el tema era, a ver si mal no recuerdo, una vez por mes me veía la psiquiatra, tenía terapia una vez a la semana y nada, o sea los grupos, eh, los tutorados, todo eso sí, no recuerdo que no se haya cumplido

E: te acordás, previo a internarte, ¿qué te imaginabas de lo que iba a ser una internación?

A: y... de las cosas que uno escuchó de algún lado... yo no voy a negar que me tocó un lugar muy bueno, o sea, sé que hay lugares que, no sé si ahora, pero he escuchado gente que, con otras modalidades vamos a decir, en el tema de granja, de salir a vender pan o hacer cosas y... no sé si me hubiera servido. No estoy discriminando ni nada eh...a cada uno le sirve lo que le sirve, pero no se si me hubiera servido a mí en ese momento estar en un lugar así. A mí me gustó el lugar que me tocó, por la forma que tenían de trabajar, o sea... había que ser estricto y uno tenía que, vuelvo a repetir, que acomodarse, reestructurarse, y a mí me sirvió eso de estar prácticamente eh... encerrado vamos a decir, si bien era un lugar, como se dice de puertas

abiertas vamos a decir, je, encerrado pero con contención, con mucha contención. Yo lo que escuchaba de otras personas anterior a eso era como medio feo los lugares, vuelvo a repetir, el lugar que a mí me tocó no tengo ninguna queja

E: ¿qué cosas te contaron de esos otros lugares?

A: yo tenía una imagen, más allá de lo que me contaban, de que eran lugares tipo... si bien nunca estuve en cárcel ni nada, era como lugares en donde estaban todo el tiempo hablando de dios, te tenían así tipo en pabellones vamos a decir... pero es lo que yo escuchaba, obviamente no fue... la primera experiencia que tuve fue cuando me interné, no había ido a ningún lugar de esos, pero tenía como un poco de, no sé si...no era miedo, sino de meterme en un lugar en donde pueda llegar a salir peor, porque esa era mi imagen... todos chabones que, yo qué sé, tipo lo mismo que se ve en una película, una especie de prisión en la que están todos ahí...uno más macho que el otro, esas cosas...también había escuchado que te castigaban no sé...lavando el piso de un baño con un cepillo de dientes si transgredías o cosas así, igual tampoco me gustaba la idea de estar saliendo a la calle vendiendo pan, pero no por nada en especial, sino porque no... mi idea era estar internado, no estar en la calle, necesitaba estar internado y eso mismo, reestructurar mi cabeza para cuando salga eh...obviamente no vuelva a ser lo mismo de antes

E: en donde vos estuviste internado, ¿habían castigos o sanciones frente a transgresiones?

A: sí, en realidad bueno...si uno transgredía y tenía salidas se le suspendían, eh... no sé, se fumaban diez cigarros por día y se podían suspender si no llegabas al desayuno o si no te levantabas temprano, si mal no recuerdo esas son un par de cosas como llamadas castigos, eh... obviamente que sino sería todo un viva la pepa. A lo que voy, yo de repente escuché decir tener que estar arrodillado con un cepillo de dientes limpiando un baño... que después lo escuché eso después de haber estado internado que estuve en otros grupos, un tiempo más adelante, he escuchado gente que ha estado en granjas y te hacían hacer esas cosas... o te rodeaban entre todos los que estaban ahí y te... no sé si insultar pero como que te alteraban, te gritaban todos tratándote de... de lo que habías hecho, de la transgresión que habías hecho, eh... y esas cosas no sé si yo las hubiera soportado, más que nada con mi carácter... que me estén gritando o esas cosas, esas penitencias que, para mí, están mal... pero bueno, cada lugar es como es. Vuelvo a repetir, en donde yo estuve, si te mandabas alguna podías llegar a estar sin salidas, te podían llegar a recortar las salidas como suspenderlas, como eh... dejarte sin fumar y, ahora en este momento no recuerdo ninguna otra, pero tampoco eran tan graves

E: respecto a las normas de la institución en donde vos estuviste internado, ¿alguna vez te mostraste en desacuerdo con alguna? Y si fue así, ¿qué pasó?

A: no, por suerte con el tema de las reglas me di cuenta que no tenía ningún problema, y en este momento... no es verso, no recuerdo bien bien, con alguna habré protestado seguramente, eh... pero con la mayoría las seguía, no eran tan difíciles. Lo que pasa es que uno viene de afuera, eh... de hacer lo que uno quiere y trae un poco eso de transgredir vamos a decir, de fumarte quizás un cigarro de más o, no sé, comerte un pan de más, cosas que parecen tonterías pero son cosas que... que uno tiene que ponerse, que tiene que tratar de no hacerlas porque obviamente que... ocultar un pan es ocultar, estás en la misma... ocultando, aunque sea chiquito o grande estás ocultando, y bueno, aunque parecerían tonterías y se que muchos de los pibes estaban en desacuerdo en muchas de las cosas eh... era para ayudar más que nada, o sea, toda la estructura esa era para ayudar a uno a no ser tramposo, a seguir reglas, cosa que no hacíamos... o yo por lo menos no hacía antes

E: ¿te acordás como era un día cotidiano?

A: bueno, yo era de los que me levantaba más temprano porque quería leer el diario antes que los demás (risas), era levantarse antes de las 7 creo, para desayunar, se esperaba que

desayune el otro grupo, se armaban las camas.. a ver si ¿era así?, o se esperaba que desayune el otro grupo, se fumaba el primer cigarro... miento, así: se esperaba que desayunen los dos grupos, se iba a fumar un cigarrillo, eh... se esperaba un rato y se limpiaba la casa, contribuíamos todos, cada uno tenía su lugar, después de eso también había otro cigarrillo, si mal no recuerdo había un grupo, después se comía al mediodía, eh... se volvía a fumar dos cigarrillos, teníamos tiempo libre, podías jugar al paddle, leer un libro, podías hacer lo que vos quieras, a veces teníamos tutorados pero obviamente más tarde, se merendaba, había días que había fútbol y nada... eso. Después a la tarde antes de cenar había otro grupo más, se cenaba, se volvía a fumar dos cigarrillos y a dormir. Más o menos, de lo recuerdo, creo que era así

E: antes dijiste que te atendía una psiquiatra y que te dieron medicación, ¿te acordás qué se te explicó al respecto y si vos participaste de esa decisión?

A: más o menos, recuerdo que se me había dicho que tenía bipolaridad por mi forma de ser o de actuar, se me dieron estabilizantes, se me explicó en su momento qué hacía cada pastilla, yo tomaba prácticamente 9 o 10 pastillas por día, algo así... la mayoría eran estabilizantes y después a la noche alguna para dormir, más que nada a lo primero porque me costaba dormirme, después se me fue bajando todo eso, pero bueno, lo que se me explicó era eso... que eran estabilizantes por mi supuesta bipolaridad. Digo supuesta porque después me atendieron otros psiquiatras y me dijeron que no, que no era así, pero bueno

E: ¿vos creés que ese tratamiento psiquiátrico te ayudó?

A: obviamente desde mi ignorancia de ese momento de lo que era tomar medicamentos, voy a hablar de lo que yo, del tiempo que estuve internado y de después de que salí de estar internado que seguí tomando la medicación que me daban... yo me sentía bien, no me sentía... vamos a decir drogado, nunca me dejaron así como dopado, que eso también está bueno porque hay lugares que, también escuché, que te tienen así como dopado... y nada, era una medicación, si bien era bastante era una medicación que yo no sentía que me dejara mal, tampoco me subía el ánimo ni nada, o sea... también dependía de uno, yo creo que es así. Después de un tiempo, estuve con otra psiquiatra que me dio otras pastillas que sí me dejaron bastante tonto, caído, después me las suspendió porque andaba dormido, andaba mal... y estas pastillas, las que tomaba en ese lugar no, no me produjeron efectos de dejarme así caído. Estaba bien, no sé si relacionarlo con las pastillas o de estar en un lugar que estaba contenido, aprendiendo a conocerme, al entusiasmo de verme diferente, y quizás todo eso también ayudaba, pero estaba bien

E: bien, ¿durante la internación tuviste contacto con las personas que vos querías tenerlo? ¿en qué medida?

A: sí, creo que, si mal no recuerdo... las primeras semanas o una semana no recibías llamados ni nada, después tenías llamadas una vez por semana, creo que eran los miércoles... te podían llamar los que estaban autorizados. Después los fines de semana, creo que también, los fines de semana no, el segundo recién o el tercero me dejaron que vengan... sí, venían los que estaban autorizados, en mi caso mi mamá, mis hermanos y mis hijos, obviamente tenían que tener una entrevista previa para saber de lo que se podía hablar o de lo que no, y eso

E: ¿sabes como se determinaba si una persona estaba autorizada? ¿tuviste algún problema con eso?

A: no, yo no tuve problemas con eso, es más, yo dije quien no quería que venga... por ejemplo era la madre de mis hijos en ese momento y bueno, ni que venga ni que me llame, la única persona que yo no quería tener contacto por algunos motivos personales obviamente que pasaban con esa persona... pero después no tuve problemas con nadie, mayormente me venían a ver los de siempre, que era mi mamá, mis hermanos y mis hijos, amigos no tenía así

que contactos de afuera, vamos a decir, que hayan consumido conmigo no. Simplemente era eso: mi madre, mis hermanas y mis hijos, mayormente fue así todo el año

E: la cantidad de visitas, sus frecuencias, y de las charlas, ¿para vos estaba bien? ¿era suficiente?

A: sí, para mí estaba bien, supongo por mi forma de ser supongo... no soy muy comunicativo (risas) sigo siéndolo, o sea... un rato estaba bien, para mi gusto...obviamente que hay gente que le gustaba estar más tiempo y se le hacía corto. Pero para mí un rato estaba bien, quizás con mis hijos era lo que me dolía mucho cuando se iban, pero con mi familia estaba bien... vuelvo a repetir, no soy una persona de tener una charla muy extensa, de hablar mucho...entonces hablaba un rato de lo que me pasaba ahí, los escuchaba un poco a ellos y ya está, para mí estaba bien

E: ¿sabes si la institución comunicaba a tu familia sobre tu tratamiento y si los hacía parte?

A: supongo, creo que sí, que le comunicaban si estaba progresando pero mi familia como vivía lejos... yo no recuerdo bien esto Cecilia, no recuerdo bien si había reuniones de padres también, pero supongo que si las había mi familia no participaba porque vivían lejos y nada... pero supongo, creo que sí, que le dirían cómo estaba y cómo evolucionaba

E: ¿creés que el problema que vos tenías tenía que ver con tus vínculos o tu familia?

A: no, el tema es así... por circunstancias de la vida empecé con las adicciones, y con el tiempo fui entendiendo, con terapia y todo eso, que sí, obviamente no es culpar a los demás, pero parte de cosas que me pasaban tenían mucho que ver con mi viejo. Hasta el día de hoy, con terapia y todo, sigo teniendo algunas cosas las cuales me siguen doliendo de mi niñez... eh... la terapia que empecé por primera vez con usted y que sigo hoy en día me ayuda mucho, me ayuda mucho entender varias cosas, pero... no sé si la adicción, el comienzo fue por razones de familia, de mi padre, pero después fue para tapar y ocultar cosas que sentía, para eso utilizaba la droga y el alcohol

E: ¿para vos era necesario que trabajen con tu familia, o con lo que ibas trabajando en tus espacios era suficiente?

A: sí, ahora me acuerdo que tuve un par de entrevistas vinculares y obviamente hubiera venido bien, yo me di cuenta cuando salí de ahí, con el tiempo que hubiera estado bueno que mi familia entienda cosas que uno no hace adrede ni nada por el estilo, y en vez de criticar o enojarse hubiera ayudado que se instruyan en lo que es la enfermedad que tenía, que padecía yo, o que padezco o sea... porque eso va a estar siempre, para ayudarme, hubiera estado bueno eso, que se instruyan, que sepan como era la cosa para poder ayudarme desde otro punto de vista, no desde el reclamo o la bronca, o eso... para mí sí hubiera estado bueno que mi familia participe de eso, pero, le vuelvo a repetir, creo que hubo una o dos (entrevistas) vinculares nada más y hubiera estado bueno decir varias cosas que uno con otra persona en frente, una persona que estudió para eso, es más fácil decirlo que decírselo a solas, no entienden quizás, se piensan que uno se pone en víctima quizás o esas cosas... no sé si me explico bien

E: sí, está clarísimo. Volviendo a otro tema, ¿tenías salidas durante el tratamiento? ¿Cómo eran?... y si no las tenías, ¿por qué?

A: sí, después de pasado un tiempo, cuando ya estaba preparado... un par de meses, me empezaron a dar salidas de un par de horas por el lugar, íbamos a una plaza con mis hermanas, después cuando tenía un tiempito más íbamos a un shopping que estaba ahí cerca, y después con el tiempo empecé a tener salidas a mi casa... que... para ser sincero... no estaba muy contento con esas salidas, yo me sentía tan resguardado y tan cuidado en ese lugar que no quería saber nada con salir (risas) me dio terror... la primera salida que tuve recuerdo que fue, lejos digamos, fue por el cumpleaños de 15 de mi hija y recuerdo a toda mi

familia alrededor mío cuidándome todo el tiempo, pero... fue... a ver cómo explicarlo, yo estaba acostumbrado si iba a una fiesta o algo a estar obviamente alcoholizado o tomado porque yo tengo un problema de adaptación con la gente, cuando hay mucha gente me pone muy nervioso e imagínese, salía de estar internado, a un lugar en donde había una fiesta en donde todo el mundo me conocía y me miraba como... a ver qué le pasa a este pibe, fue muy incómoda mi salida, vamos a decir con mucha gente, pero después las demás salidas empecé por la zona y después empecé a salir, con los meses a mi casa a dormir, y así fueron... de a poco

E: ¿vos alguna vez saliste sin autorización de la institución? Si lo hiciste, ¿cómo fue y qué pasó?

A: no, por suerte yo no... eh... no, no, no tuve prácticamente ningún tema con lo que eran las reglas del lugar, las cumplí casi todas, menos una, pero después las cumplí casi todas al pie de la letra, así que... no, no salí a ningún lado sin autorización

E: ¿trabajabas antes de internarte? ¿Crees que tu consumo estuvo vinculado, de alguna manera, a tu trabajo?

A: antes de internarme trabajaba pero por mi cuenta, o sea, era pintor de casas, arreglaba jardines y hacía todas cosas de la casa, mayormente lo que había para arreglar en una casa lo hacía, me iba bastante bien, tenía bastante clientela...y eso me ayudaba a mí a no tener horarios, por ejemplo si tenía plata y me amanecía no iba a laburar, llamaba y listo... o sea, anteriormente a eso sí, obviamente trabajaba en blanco, yo hablo de antes de internarme que estaba así, estuve como 6 años laburando así, pintando y esas cosas

E: y durante el tratamiento ¿se te acompañó con el tema laboral?

A: en la última etapa del tratamiento sí, eh... como que dejaban que hagas, que busques trabajo, como que te dejaban hacer currículums, si sabías de algo poder llevarlo y todo eso... yo, o sea no recuerdo haber salido muchas veces a buscar trabajo, la verdad que eso no lo tengo muy presente, porque cuando yo salí de ahí eh... mi primer trabajo fue al tiempo con un compañero que estuvo internado ahí, fui a trabajar con él

E: ¿o sea que para tu alta en el tratamiento no fue tenido en cuenta que tuvieras trabajo?

A: yo lo que veía que con otras personas, quizás si había mas énfasis en buscarle trabajo y que una de las condiciones era trabajar y, o sea, era como un hospital de noche vamos a decir... trabajaban, venían y dormían en el lugar y volvían a ir a trabajar, eh...conmigo no fue así, la razón en este momento no la recuerdo, no se si fue porque Sedronar me dio un año exacto, porque no la estiraron más que un año, y bueno...capaz que los tiempos no se dieron

A: ¿crees que te hubiera ayudado que te acompañen más con ese tema?

E: y... en ese momento no lo analizaba así, no me ponía a pensar si me podía ayudar más o no, pero viéndolo de afuera sí, hubiera estado bueno para mí haber salido con una organización laboral vamos a decir, con un trabajo fijo... pero, vuelvo a repetir, yo pedí el último tiempo cuando ya me faltaba un mes si me podían estirar un poco más, hicieron los trámites y todo pero no lo vieron, según lo que recuerdo, no lo vieron necesario que siga estando internado, pero sí...hubiera estado bueno que salga con trabajo, obviamente

E: ¿piensas que la internación modificó tu situación de consumo?

A: totalmente... totalmente, a mí me ayudó muchísimo, nunca jamás desde ese día volví a ser lo que era... tuve recaídas en este período después de salir de ahí hasta hoy pero jamás jamás volví a estar como estaba antes de entrar ahí

E: al principio contaste que cuando te internaste estabas muy decidido a cambiar ciertas cosas ¿crees que lo podrías haber logrado sin internación?

A: no, estoy convencido de que no hubiera podido hacerlo yo solo... o sea, yo necesitaba no solamente parar sino también acomodar mi cabeza, y es en lo que a mí me ayudó la terapia,

los grupos y eso es lo que prácticamente me ayudó y me ayuda hasta el día de hoy, el tema de la terapia y nada, el tema de parar también, tenía que parar también... y la única forma era estar internado para mi caso

E: vos terminaste el tratamiento con un alta ¿no?

A: si

E: ¿te acordas como se planteo tu alta? ¿Hubieron pasos o al cumplirse el tiempo de beca se te pasó a tratamiento ambulatorio abruptamente?

A: no, obviamente tuve un par de meses preparándome, le vuelvo a repetir, me mandaban a mi casa cada vez más días, como que... tenía que, o sea en ese momento yo me hubiera quedado más tiempo pero yo tenía que pelearla en la calle, porque obviamente ahí adentro... si bien no es para todos igual, eh... es más fácil estar en un lugar encerrado con contención, es mucho más fácil que estar en la calle, más que obvio... pero sí, se me fue preparando de a poco. Yo, por mi gusto hubiera preferido que me dejen un par de meses más pero bueno, eso no lo decido yo

E: ¿por qué hubieras querido más meses?

A: en mi caso tenía miedo... miedo de salir, yo ya entré con, vuelvo a repetir, tenía tipo fobia la gente, a las personas, a los grupos de gente y...no se, era como que también sentí que estaba tan contenido y tan cuidado que, no sé... era la primera vez en mi vida que sentía eso y, no se si está mal, pero estaba como a gusto en ese lugar, estaba a gusto y tenía miedo... miedo de fallarme

E: y ¿cambiarías algo de la experiencia que tuviste?

A: si pudiera volver para atrás si, cambiaría... no se si la palabra es cambiar pero le hubiera dado más bolilla a una de las reglas que era en ese lugar que era no vincularse con personas que estuvieran internadas con uno, como era mixto... había mujeres y hombres... después de un tiempo yo me vinculé con una de las chicas que estuvo ahí, y bueno, después de un tiempo largo tuve mi primer recaída con esta chica que recayó ella y yo... yo recaí al lado de ella, entonces cambiaría eso, haberle dado bolilla a lo que me dijeron, en ese sentido

E: ¿le recomendarías a alguien en situación de consumo pasar por la experiencia de internación en un lugar como el que estuviste vos?

A: obviamente por lo que experimenté, sirve muchísimo, muchísimo más si la decisión la toma uno... no es lo mismo que te obliguen tus familiares o que te internes porque tenes alguna bronca o lo que sea, sino porque uno realmente quiere cambiar... sí, obviamente que recomendaría internarse, a mí me ayudó, vuelvo a repetir...muchísimo muchísimo

E: bueno, para ir terminando... ¿cómo siguió tu vida después del tratamiento?

A: bueno, resumiendo...estuve mucho tiempo bien, sosteniendo... hasta que, bueno, me puse de novio con una chica que estuvo internada conmigo, tuvo una recaída ella, recaí yo... eh.. me asusté, obviamente me alejé de esa chica, eh...a un tiempo volví a tomar un grupo, fui a un psiquiatra, le expliqué mi miedo, yo ya estaba laburando en blanco en ese momento, había pasado un tiempo largo, y decidieron internarme de vuelta pero para acomodar algunas cosas y estuve tres meses en otro lugar, estuve tres meses, después de ahí salí y seguí en ambulatorio durante un año y medio, dos años...y... como es... después nada, en ese trayecto me quedé sin trabajo, a los pocos meses volví a conseguir trabajo pero cambié de terapeuta y de psiquiatra. En este momento estoy yendo con un terapeuta y un psiquiatra diferente pero, bueno, que también me ayudan... el tema es nunca dejar, o sea...yo sigo peleando esto, porque es eso, es pelearla, no es tan fácil, no es: ir, internarse, salir y ya está... todo resuelto, no... es día a día todo, saber enfrentar los problemas sin ir corriendo a tomar alcohol o a drogarse, es así... fueron muchos años de consumo en mi vida, los cuales prácticamente de los 14 años a los 38-39 años consumí todo el tiempo, así que imagínese que en mi cabeza no

hay vida, no había otra vida... y después cuando descubrí lo lindo que es estar sin consumo, hasta el día de hoy sigo luchando para... para eso, para estar sin consumo

E: Bueno, muchas gracias por tu tiempo, tus palabras y tu confianza. Es muy importante para mí poder contar con tu palabra y tu experiencia para aportar a la investigación. Una última cosa que quería consultarte, si querés elegir un nombre de fantasía para poner en lugar del tuyo

A: De nada, para lo que necesite Ceci...póngame Axel (los motivos se reservan para preservar su identidad). Cómo no confiar, fue mi primera terapeuta, la primera que escuchó todos los quilombos que tenía en mi cabeza, aunque me costó empezar a hablar (risas) hoy por hoy cuando hablo ¿sabe qué? hasta por las orejas hablo con los terapeutas. Fue un gusto Cecilia.

### **Entrevista a María (E: Entrevistadora; M: María)**

**Fecha: 28 de Abril de 2020**

Primer contacto por escrito:

E: “Hola María, cómo estás? Espero que bien, y también espero no te moleste que te escriba. Nos conocimos en x, trabajé ahí durante un tiempo. En este momento estoy haciendo entrevistas por una investigación que estoy haciendo sobre comunidades terapéuticas. Me acordé de vos y quería saber si aceptarías, sin compromiso, tener una charla conmigo para que pueda hacerte algunas preguntas sobre tu experiencia y vos puedas responder de manera anónima. Bueno, gracias y un gran abrazo!”

M: “Hola la verdad no la pase muy bien ahí Cecilia no tengo buenos recuerdos pero nada si te sirve lo hago”

E: “Hola, siempre y cuando no te haga mal, te cuento: Estoy entrevistando a varias personas para que cuenten su experiencia, no importa si es mal o buen recuerdo, a mi todo me suma. El tema sos vos y que no te haga mal, piénsalo si quieres y me decís . Gracias”

M: “dale si no hablo mucho de ese lugar tal vez me haga bien”

E: Bueno, antes que nada gracias por tu confianza. Quiero comentarte que la entrevista es anónima y que tu identidad y datos personales van a ser resguardados en todo momento. Todo lo que aportes sobre tu experiencia a mi me sirve mucho. Me interesa conocer tu opinión sobre cada tema por el que te vaya preguntando, si en algún momento hay algo que no quieras responder lo salteamos.

M: sí, yo estuve casi un año y me fui ¿viste? Me escapé en realidad... muy feo todo pero bueno, nada, tengo una experiencia de mucho tiempo así que, en lo que te pueda ayudar y sirva para ayudar a gente... genial...

E: te cuento, para que vos sepas, esta entrevista va a colaborar en un trabajo de investigación que estoy haciendo. Es para la tesis de maestría. Te agradezco mucho porque lo que me interesa es escuchar la palabra de quienes pasaron por la experiencia de internación en comunidad terapéutica. Empecemos con las preguntas si te parece (asiente) ¿cuántos años tenés ahora?

M: 54 años

E: ¿cuál fue la fecha y duración de la internación?

M: Creo que... la verdad es algo que siempre quise borrar ¿viste?... como que lo tengo negado, eh... hará nueve años que estuve y no llegué a estar un año, creo que fueron once meses

E: ¿hiciste tratamiento ambulatorio después de la internación?

M: si, después seguí con un médico que me habían recomendado, que conocía a otro médico mío, hice unos cuantos años más de terapia. Yo estaba muy medicada, para lo que yo pensaba ¿no?... y, nada, al haberme escapado pensé que para mí fue terrible porque me daba miedo dejar la medicación y... y... nada, me sentí muy sola la verdad, venía con una separación ahí a cuestas, y mi ex al frente del tratamiento

E: ¿a qué te referís con que estaba “al frente del tratamiento”?

M: a ver, en mi caso pagaba él la internación pero yo... me la descontó cuando volví, así que me la pagué yo... pero... él estaba al frente, tomaba las decisiones, y si bien es una persona excelente, qué se yo, estaba enojado porque fue una separación... Yo había estado internada antes ya por todo este tema del alcoholismo, yo lo destruí, destruí la relación y de eso soy consciente pero, qué se yo, no sé si está bueno que un ex esté al frente del tratamiento ¿viste?... Me costaba mucho, no sabía a quién recurrir, ni en quien apoyarme cien por ciento ¿viste? Porque a él lo notaba con su enojo entonces era como que me costó mucho caer que estaba en un lugar así básicamente... no sé si te ayuda que te diga, yo antes había hecho un tratamiento ambulatorio acá en Mar del Plata, en “La red”, y me apoyé mucho en ellos después también... eh... no lo pude sostener la verdad y decidí en aquel momento internarme yo, sin saber lo que era, yo pensaba que me iba a meter en un lugar... para que te des una idea me llevé hasta traje de baño, pensando que... nada... para mí fue una... fue muy fuerte todo

E: ¿cuando te fuiste de la internación volviste al ambulatorio o hiciste terapia individual?

M: a ver... yo fui antes a “La red” y cuando salí me habían dado un médico, un psicólogo e iba dos veces por semana ahí, y... después volví a consultar con los anteriores de la red, de hecho es hoy la persona a la que recurro si tengo algún problema, nunca lo dejé... a lo mejor pasan meses que no hablo con él, pero de hecho cuando me pasa algo lo llamo a él y tengo una terapia, pero con el que seguí ni bien salí de la internación es otro que me habían recomendado, no recuerdo su nombre... fui como un año. Para que te des una idea yo estuve casi un año solamente casi saliendo a hacer las compras y a la terapia, para que te des una idea, ¡me daba pánico! Había quedado bastante traumada (con la internación) eh... me costó mucho volver a incorporarme, eso es real... no sé, qué se yo, viví cosas muy fuertes ahí adentro ¿viste? Yo nunca había consumido cocaína, ni nada, solo alcohol... para mí fue muy fuerte todo

E: volviendo al momento inicial de la internación ¿cómo fue que decidieron sobre eso?

M: yo estaba muy mal... había estado internada, ahora que me acuerdo, en el hospital ¿viste? Y empecé a buscar en internet, lo encontré yo, nadie sabía a dónde iba... ni yo pensé que era tan fuerte el tratamiento ¿viste? Me habían recomendado también un nombre de acá mis amigas, que me ayudaron, a ver... dejame pensar... mi ex me llevó con mis tres hijos, que eran adolescentes en ese momento y... cuando yo decidí... pasa que yo venía casi con 6 mg de clonazepam en el cuerpo del hospital y me habían dado mucha medicación y ¡en la internación me dieron más!. Hoy no tomo nada, para que te des una idea... ni una pastilla para dormir, de vez en cuando cuando tengo algo me dan un pedacito, un cuartito para descansar, pero... yo estaba totalmente drogada, no tengo recuerdos, me acuerdo de momentos del viaje de ida a Buenos Aires con mis hijos y mi ex, pero estaba muy pasada ¿viste? Pero bueno... tengo muchas amigas, gracias a dios, y mi familia misma me ayudó, mi ex... pobre queriendo hacer lo mejor posible, hoy lo veo desde ese lado, él estaba enojado conmigo, no se quería separar, eh... tuve, conocí una persona, yo me fui antes a Puiggari y eso me ayudó mucho me acuerdo, pasa que ahí conocí a una persona y decidí separarme, que eso fue una cagada en mí, lo que me pasó... pero bueno, nada, las cosas pasan por algo ¿no? Una hace mucha terapia y aprendí también que cae la terapia después de mucho tiempo, el trabajo que uno hace después

lo recolecta. Puiggari es una opción muy buena... perdón no soy muy clara es que voy recordando todo y me moviliza

E: Está bien, voy preguntandote. ¿Puiggari es un lugar de internación también?

M: Puiggari es un lugar adventista en Entre Ríos. Vos podés ir por siete o catorce días, o más... ahí aprendí mucho también. Es muy contenedor, es caro, pero es mucho más normal, no sé como explicarte... se que tienen una parte más fuerte ahí mismo donde yo fui, pero bueno... en ese momento yo no estaba tan mal, después de ahí eh... hice lo de la red, hice dos internaciones en Entre Ríos, nada... buscaba salvataje por cualquier lado, tengo una mamá que es ex alcohólica también, justo ayer tuvo un episodio, casi me muero... pero bueno, si te sirve, otra cosa que me acuerdo es que tuve una recaída, vengo sin tomar un montón de años, pero tuve una recaída al año o casi dos años que salí de ahí, que tuve una mudanza para mi casa definitiva y ahí tuve una recaída, tuve que irme a vivir a lo de mi mamá con mis hijos antes de mudarme a mi casa porque no me habían terminado la obra y tuve una recaída, pero salí gracias a dios

E: después volvemos sobre eso entonces. Cuando te internaste, ¿fue con tu consentimiento entonces este viaje que hiciste que recordas poco? ¿qué te informaron que iba a suceder?

M: no se, yo pensé que iba a un lugar a descansar... a ver, me había llevado lanas para tejer, no tenía mucha idea, pero sí, fui con mi consentimiento... yo no daba más, necesitaba estar en un lugar contenida y no tener nada de alcohol ni nada a mi alcance. No pensé que era tan duro, es real lo que te digo... en mi caso fui totalmente... de hecho cuando me enteré a los meses que mi marido me había judicializado, que él dice que fue porque le dijo la mujer de acá pero que fue un comentario porque después mi psicóloga me dijo que no había sido tan así, yo estuve muy mal cuando me pasó eso... así que... así fue...

Yo no vi ni una foto del lugar, pensé que era un lugar más lindo, que yo iba a tener mi cuarto o compartir, pero... era compartir como con siete personas, era... era... nada, para mi fue una experiencia horrorosa. Pero bueno, también tengo cosas buenas de ahí eh... tengo hasta relaciones con personas. Con la gente no quise hablar más, con nadie de los directivos, ya ni me acuerdo de los nombres, la pasé muy mal... me enfrentó con mis hijos por un tema, para mi fuerte, que yo me había involucrado con una persona ahí, y era un poco más grande que la edad de mis hijos, que todavía me sigo hablando porque tengo relación, no es una relación fea... pero bueno, le dijo a mis hijos que yo me había involucrado emocionalmente, o sea sentimentalmente, y para mi eso fue horrible... es una marca que tengo con mis hijos, está bien lo hice yo y todo bien, pero se podría haber manejado de otra forma... para mi eso fue terrible

E: ¿cómo supiste vos de este lugar?

M: a ver... yo ya no me acuerdo... llegué a una comunidad con gente, tuve que acostumbrarme... yo había escuchado en un momento por la psicóloga de ahí que me atendía que decía como que yo no había caído en donde estaba, y creo que pasó mucho eso, a mi me costó darme cuenta de lo duro que era y de cómo funcionaba todo ¿me entendés? No tuve una... eh... no sé, me fui encontrando con cosas fuerte ¿viste? Eh... me... no siento haberme informado bien de cómo funcionaba el lugar ¿viste? También uno llega en un estado de... difícil pero después yo estaba limpia, estuve meses, pero me costó, me enganché, fui jefa de cocina, ayudaba mucho a la gente... a mí me daba mucha pena ver tanta gente, vi chicos, chicas que se cortaban... roturas de vidrio, ví mucha agresión ahí adentro, eso me hizo mal a mi. Estaba bueno escuchar las terapias, pero algunas eran muy fuertes... nada, qué se yo, me fui acostumbrando, creo que fue no se, fue como ver algo tan fuerte, vi cosas muy feas. Si bien yo me apoyaba mucho en el tutor les tenía miedo a los dueños, a los que manejaban todo, eran como demasiado... no se si era mi personalidad pero no me sentí muy contenida, me apoyé

mucho en mi tutor que se llamaba Juan y después otro que era divino pero me costó, me costó mucho

E: hiciste bastante hincapié en que el lugar no era lo que esperabas, que viste cosas feas, que era muy fuerte todo, o que quedaste como traumada. ¿Te gustaría explayarte un poco más en este punto?

M: a ver había mucha agresión, está bien... de repente uno desbordaba, hoy lo entiendo, hay gente con abstinencia... lo que sea... pero yo estuve rodeada de gente muy agresiva, se golpeaban, había días que se agarraban a trompadas y había que separarlos... estaban los que te cuidaban, los que no, eramos muy ¿viste? Si bien estaban los que te cuidaban había mucha agresión ahí adentro también ¿viste? Era... era feo, sí, era feo. Yo no tengo recuerdo lindo, me acuerdo que me agarró un verano que nos quedábamos sin agua, había que subir y bajar con los baldes para limpiar, era terrible. ¿Qué más? Qué se yo... eso. A ver... también aprendí mucho, qué se yo, tal vez ver a qué punto no querés llegar ¿viste? Pero había gente muy distinta... sentía como que por momentos si necesitaba hablar con algún familiar porque estaba muy desbordada, o... ¡no me dejaban! Había días que sí, que eran los días de llamada, pero yo no podía hablar si estaba mal un día o necesitaba hablar con algún familiar mío no me dejaban ni usar el teléfono... eh... habían cosas que eran demasiado estrictas, sin... no sé. Tengo momentos, me acuerdo de estar llorando atrás de una reja para que me dejen hablar con un familiar, está bien... quizás yo había dicho que me quería ir pero... era una cosa como si estuvieras encerrada, abandonada... ¿viste? Sentí mucho eso... muchísimo. Pero ya te digo, mi tema fue que, mi ex vivía en Mar del Plata, estaba mi papá en Buenos Aires pero no estaba al frente del tratamiento, y una amiga que también me había acompañado, me iban a ver los fines de semana o el día de visitas pero era como que no, no había... mi familia no podía ir a las reuniones que daban ellos supuestamente afuera

E: ¿alguna vez manifestaste disconformidad con estas normas tan estrictas?

M: sí, pero no sentía que me escucharan, eh... de hecho cuando me fui me escapé y ¡salté de un paredón! ¡a los 50 años saltando un paredón! ¿entendés? Ahí tenía cuarenta y pico... me acuerdo que lo llamé a mi papá, le pedí a un policía, me fui caminando hasta un lugar en el que encontré a un policía, le dije que me habían robado y si me prestaba un teléfono y mi papá me fue a buscar y volví al otro día con mi hermana con miedo a buscar mis cosas y a decir... y me trató ese pelado, uno que era más malo que la miércoles, eh... me trató de convencer de que me quedara, nada.. Había tenido cosas... no me sentía como entendida, ¿me entendes? No me sentía comprendida, más que algunos compañeros y mi tutor no me sentía... no, no

M: y además de esto que comentabas recién, de estas situaciones de tanta angustia en las que no se te permitía conversar con tus seres queridos, con tus afectos o personas que vos necesitabas ¿hubo alguna cuestión más que hiciera que vos no te sientas comprendida?

M: muchísimas, me despertaba de noche hecha bolsa, destruida, con ganas de llorar, a lo mejor cuando te veían desbordada que ya era un llanto que no dabas más, ahí venía una persona de las que estaban ahí que a lo mejor quedaban dos o tres personas en el lugar, pero eramos... no se cuanta gente, te contenían tus mismos compañeros, que tampoco era lo ideal ¿viste? Era como que para todo tenías que luchar de una forma eh... no sé, yo no estaba acostumbrada, tal vez no soy un parámetro, pero bueno... sí, indudablemente sí, estaba para eso, pero nada.... No volvería ni loca ni trataría de no llevar nunca en mi vida a un hijo a un lugar así, ya te lo digo... creo que trataría de contenerlo de alguna otra forma, cien por ciento, para mí no fue una experiencia... creo que llegás ahí en una situación de... no se como explicarlo, no lo sentí como si fuera un lugar de contención, un hospital que me están ayudando ¿entendés? No sentía eso, sinceramente. Ni la comida, era té con azúcar y azúcar, y era... no

sé, sentí mucha dejadez. Ellos iban y hablaban y, no sé, era como mucha gente para tan pocos médicos, una cosa así ponele

E: si tuvieras que describir como era un día ahí cotidiano ¿cómo lo relatarías?

M: te levantabas a la mañana, tenías que levantarte a un horario, hacías la cama, bajabas a desayunar, después tenías diez cigarrillos para fumar en el día, salías a tal hora, después almuerzo, algunos días tutorado a la tarde a la hora del té, era como un régimen así, estaba bueno qué sé yo... con horarios, normas, pero lo que te digo que me costó mucho es meterme en la comunidad con gente tan distinta, con otras necesidades tal vez ¿viste? No sé... yo... lo que mejor me hacían era los tutorados que era un grupo más de 6 o 7 que nos juntábamos con un tutor, lo que me costaba era llegar a los de más arriba que tenías que hacer una carta y que te escuchen, sinceramente, aunque esté con mucha gente me sentía muy sola

E: en este sentirte sola ¿sentís que pudiste contar con las personas que vos querías?

M: eso es lo que te digo, por momentos sentía que te estaban cuidando ahí y que le sacaban el problema a la familia ¿viste? Yo tuve muchos momentos que necesitaba hablar con familiares míos y no tenía posibilidad, era un horario que tenías y tal vez a mí no me funcionaba eso ¿viste? En el momento que yo a lo mejor necesitaba no podía, no me daban el acceso

E: ¿y sabes a ellos qué les informaban sobre vos? Mencionaste antes que no podían asistir a las reuniones familiares

M: sí, el contacto era con mi ex, nunca pude hablar... cuando salí para él fue como “no terminaste el tratamiento” entonces era como que me había escapado “yo sabía todo lo que hacías ahí adentro” por eso te digo que mi caso fue especial, creo que un ex no puede estar al mando, por más que te quiera ¿viste? Yo tenía una personalidad muy dura, me costaba separarme de él y nada... o sea, la comunidad no lo vio eso, sí era buen tipo pero era como que llevaba la plata y entonces... era... en un momento me acuerdo que querían cambiarlo con mi papá pero ellos estaban peleados entonces era todo un tema, no tuve esa contención. Me fue a ver un amigo mío que es abogado, con su mujer que también es mi amiga, y me dijo que nunca tendría que haber estado él, porque es algo inevitable, él estaba con bronca conmigo entonces esa maldad yo la sentía indudablemente, me doy cuenta después de tiempo, pero la sentía... era muy difícil, para mí fue muy difícil. Sé que tenían contacto con él pero no era tan asiduo. Algo que yo pensé que era de unos meses terminé que no me podía ir, tenía que terminar el tratamiento, ellos decían “darte el alta” pero era un alta en general para todo el mundo pero no éramos todos iguales, éramos seres humanos distintos, muy distintos unos a otros, con otras realidades y vivencias, creo que no lo vieron, no les importaba, no se... siento mucha bronca con ese lugar, no te voy a mentir... ya te digo, no con muchos pero, y menos con la gente, con los pacientes, porque son gente enferma que tienen malos momentos en su vida y algunos podrán salir, otros no, pero eh... te hablo de los directivos, no me sentí para nada apoyada, no recurriría a ellos ni loca. Entiendo que tengan que tener dureza porque son personalidades difíciles de manejar y, mentís, cuando estás en consumo te das cuenta que mentís, yo mentía para cubrirme ¿viste? Horrible, uno lo ve, pero... sos un ser humano, no se. No sentí que pudieran tener tanta cantidad de gente, tal vez sea eso. Para que te des una idea yo me acuerdo que en un momento firmé la venta de mi casa, vino mi marido a traerme los papeles con uno de mis hijos, yéndose a Estados Unidos a buscar a mis otros dos hijos que estaban en el “Work and Travel”, para mí eso fue... firmé y me quedé sin casa, sin familia, se me habían ido todos... no sentí nada de contención, nada... firmar la venta de una casa en un lugar en donde supuestamente estás haciendo un tratamiento y empastillada para firmar... puedo firmarlo pero no puedo pedir que me escuche un familiar, es una cosa muy muy... negra

E: te hago una pregunta que quedó pendiente y creo que es de gran importancia, dijiste antes que estuviste muy medicada y drogada. Dijiste que al internarte venías de un hospital ya

medicada pero que se te administró otra medicación. ¿Se te explicó al respecto? ¿pudiste hablar, elegir? ¿cómo se manejó ese tema?

M: yo ya fui muy medicada desde acá, en el hospital me dieron mucho clonazepam, cuando llegué ahí me dieron 6 mg. Y yo peso 50 kgs, 48 kgs, soy chiquitita... ahí me dieron otras drogas pero no me acuerdo, tomaba como tres o cuatro pastillas. De hecho cuando me fui de ahí me las fui sacando sola, fui sacándolas de a medio y cada tres cuatro días bajaba un poquito más para no, me daba miedo desequilibrarme o algo. Sola al año ya no estaba tomando casi nada, solo un estabilizador, ¡yo sin saber! Porque no fui al psiquiatra, fui solamente al psicólogo, y... iba a un psiquiatra pero no sentí que me seguían, era como que yo tomaba las decisiones. Allá la psiquiatra no me explicaba, me escuchaba y no me explicaba lo que me daba, yo en ese momento tomaba lo que me daban, tenía que ir a buscar los remedios a la reja al horario que te daban, buscarlo y tomarlo, era horrible pero era así

E: vos dijiste que de ahí te fuiste saltando la reja, te fuiste por tus propios medios sin el “alta” ¿cómo fue esa decisión? ¿después seguiste en contacto con la institución?

M: no volví a tener contacto nunca más, a los dos días volví con mi hermana porque tenía miedo por estar sin medicación así que volvimos, mi hermana habló, trataron de convencerme para que me quedara, les dije que no, que mil veces me había querido ir antes, que no me importaba tener el alta y no me dejaban.... En el fondo me hacían creer que tenía que tener el alta de ellos y yo ya no daba más, veía que pasaban los días y no aguantaba más en ese lugar, pero no tenía ganas de tomar ni nada, es como que tenés que tener el alta que te da una persona si tiene ganas más o menos, si te ven bien... o tal vez... no sé qué evalúan, el afuera, conmigo no lo manejaron bien. Yo tenía a mi familia en Mar del Plata, mi hermana en Buenos Aires, quizás sintieron que mi familia no me podía tener, no sé, yo tenía que tener el alta y nada más... me acuerdo que me fui, volví y ahí me atendió este pelado que no lo aguanto, no lo puedo ni ver, no me acuerdo ni como se llama.... Eh... que es uno de los directores de ahí, me trató de convencer, me acuerdo que hablaban mucho de “confrontar”, me confrontó diciéndome que había mentido, con algo que nada que ver, que había metido una valija y que yo hace años tomaba... se ve que había quedado una tapita, empezó con una cosa que nada que ver, no me sentía escuchada, siempre vos mentías para ellos ¿viste? O te probaban de una forma fea, un confrontamiento fuerte, conmigo creo que no había necesidad... ellos tienen que mantener una línea en ese sentido y yo sentí eso... no sé Cecilia qué más decirte para ayudarte, eh... volví y me atendieron en el comedor, le dije “¡me quiero ir ya!” hace tiempo me quería ir y ya no me importaba, a mi me hacía mal sentir que mis hijos sintieran que yo no tenía el “diploma”, el alta, y darles ese mensaje de que yo no había terminado el tratamiento, eh... pero... eso fue lo que me frenó más tiempo, sino me hubiera ido antes. Y me acuerdo un comentario de mi ex al tiempo “qué te hicieron en ese lugar...” cuando yo quería irme ahí él no quería que yo me internara, y después cuando se puso tan estricto en que lo haga me quedé como... muy movilizador, todavía hay cosas que no comprendo. Tengo hoy por hoy una relación muy linda con mis hijos, lo que sí es que me quedó eso que te decía que me confrontó este director, el mismo que te contaba recién, que dijo adelante de mis hijos “la madre de ustedes se involucró con un paciente de acá de la misma edad de ustedes” no me olvido más, fue como si me hubiera clavado un puñal en el medio del corazón al decirle eso a mis hijos, pero bueno, nada... supuestamente yo no los cuidaba pero él no me cuidó a mi, ni a mi ni a mis hijos, y más allá de todo yo fui una buena madre... este tema, no era una mamá alcohólica ni que hubiera estado tomando toda la vida, los dos años anteriores fue todo ese episodio y al haber tenido una mamá alcohólica la verdad no quería que me pasara eso en la vida, pero bueno... nada... no me sentí que me acompañaran y que me contuvieran. Yo crecí con una mamá alcohólica y una tía alcohólica así que imaginate lo que era para mí, cuando me ví envuelta en esto me

miraba al espejo y me quería matar, yo decía “me quiero morir” y tomaba y... pero no era que, en mi vida probé cocaína ponele, he probado marihuana de joven y nunca más, no era que era una mujer que vivía drogada... en fin... ¿vos seguís trabajando ahí?

E: no, no, dejé hace mucho tiempo, de hecho salí con muchos conflictos éticos respecto al trabajo, te lo comento porque me parece importante que lo sepas, para que sepas a quién le contas todo esto, sentite tranquila porque comprendo todo lo que contas y lamento muchas de las cuestiones que tuviste que atravesar, muchos manejos me parecen lamentables y poco profesionales. Si te parece avanzamos con las últimas dos preguntas

M: ay Cecilia, gracias.. Me hiciste emocionar, gracias porque para mi es un dolor que llevo dentro, no te puedo explicar (llora) fui una madre excelente con mis hijos, tuve una relación barbara y con el más chico tengo eso todavía, porque yo con la persona que me involucré tuve una relación, de hecho todavía cada tanto me escribo a ver como está, él se preocupa por mí ¿entendes? Fue una persona que me ayudó mucho en el tratamiento ¿entendes? Mucho... en estar bien, que es lo más importante, al fin y al cabo uno lo que quiere en la vida es estar bien. Nada te agradezco porque en un momento dije “qué estoy haciendo? A quién le cuento todo esto?” (risas) así que bueno te agradezco mucho y si es para ayudar a que las cosas mejoren la vida de cualquiera sí, preguntame lo que quieras y conta conmigo, después ya dejamos que me tengo que ir a comprar porque viene mi hijo mayor con la novia a comer, pero preguntame

E: sí, yo traté de no acaparar hablando sobre mi y poner el foco en vos pero me pareció necesario contártelo. Respecto a las salidas durante el tratamiento y a lo laboral ¿cómo se manejaron con estos asuntos?

M: mira, no sé como habrá sido con otras personas, yo no estaba trabajando, era ama de casa y tenía a mis hijos. Me agarró un poco con eso, la adolescencia de mis hijos con mi ex marido que fue muy fuerte, él era un tipo muy recto... yo tenía tres varones de, en ese momento, 16, 17 y 18 años, se llevan muy poquito y... Y nada, nunca pensé que me iba a pasar eso ¿viste? A ver... las salidas no recuerdo después de cuanto tiempo me dejaron salir, te dejaban salir los sabados a la tarde para ir a lo de mi papá, o podía organizar para que mis hijos vayan de a uno con mi amiga a verme y me dejaban salir unas horas. Me acuerdo la primera vez que me dejaron quedarme a dormir con ellos, reservaron, mi ex reservó un hotelcito y tuvo que venir una amiga mía a estar con mis tres hijos, que eso me dolió bastante... o sea todo bien pero no me dejaban estar sola con ellos, una cosa rara, nunca les hice nada, todo lo contrario... de hecho salí de ahí y los tres se quedaron viviendo conmigo así que imaginate, no fui una mala persona. Siento que no manejan, sos un número, no sos una persona, algo que paga o que el Estado les paga, no miden el, no me sentí escuchada ni contenida a ese nivel, a nivel familiar o persona... sí a lo mejor funciona el tratamiento, que tengas una rutina.. Soy conciente de que cunado estás en un mal momento, desbordada o dejada nada te importa y necesitas una rutina, levantarte a tal hora, almorzar, cenar, los horarios... pero yo no tenía, no les importaba si yo trabajaba o buscar un trabajo, para nada, ni como iba a salir... todo es lento, es tenerte ahí... Yo soy muy responsable, decía “tengo que ir a las terapias, hacer esto, lo otro, escuchar a todos, los problemas, la terapia grupal o individual, que muchas veces pasaban semanas y no la tenía no se por qué, porque no se daba... era terrible”

E: bueno, muchas gracias... ya vamos cerrando y no te saco más tiempo ¿cómo siguió tu vida después de la internación?

M: yo siento que es un peso que llevo toda la vida ahí con eso, trato de sacarle lo positivo a todo. Aprendí mucho, no te voy a decir que no, aprendí a valorar todo lo que tengo. A mi me da hasta vergüenza decir que estuve en un lugar así, pero también por momentos lo vivo con orgullo, para poder tener autoridad con mis hijos o cuando alguien está mal por algo, sinceramente trato de sacarle lo positivo pero sinceramente no es algo que le recomendaría a

alguien, agotaría mil instancias anteriores a internarme en un lugar así. Después de eso estuve un año despertándome con pesadillas, mis hijos me acompañaban porque estaba con miedo, pero también fue porque cuando llegué mi ex me había sacado mi obra social, la tarjeta, tuve que arrancar de cero sola... fue duro ¿viste? Pero lo hice (risas) no hay mal que por bien no venga... una amiga mía me decía "la dureza de él te enseña a ser dura a vos" así que... ya te digo, no soy un buen parámetro, trato de tomarme todo positivo y... hoy tengo mi vida, trabajé, trabajo a veces, he trabajado muchos años con mi hermano, tengo una vida normal, tengo una vida normal...

E: quiero de verdad agradecerte por el tiempo que te tomaste, por abrirte, por recordar conmigo toda esa experiencia. Me pone contenta que haya sido una etapa superada y que tu vida hoy tenga otro color. Estoy en este proceso de recuperar experiencias, también para mi fue revelador ese lugar y esa experiencia. Son muchos los lugares que trabajan de esa manera, los hay aún peores, pero también hay muchos otros que funcionan de otra manera, me consta y es importante también decirlo. Este será un aporte a lo académico para compartir relatos que sino difícilmente se conocen si no es en un ámbito muy íntimo nadie cuenta sobre estas cosas así que la idea es esa. Por eso te agradezco mucho, te dejo que sigas

M: ay Cecilia bueno... si, fue intensa la charla... recordé muchas cosas pero bueno está bueno, soy partidaria de eso. Si sirve para ayudar genial, me encanta que haya gente con tu vocación porque hay mucha gente que necesita ayuda, mucha... lo que siento y aprendí es eso, que no somos iguales, para nada... somos seres totalmente divinos y diferentes, y hay lugares buenos, como vos decís... estoy totalmente de acuerdo, así que bueno... Si sirve para mejorar bienvenido sea, en lo que pueda colaborar sin ningún problema, siempre trato de darle para adelante en la vida, encantada... de corazón

E: ¿qué nombre te ponemos?

M: María

**Entrevista a Marixa (E: Entrevistadora; M: Marixa)      Fecha: 14 de Diciembre de 2018**

E: Hola, te cuento, estoy haciendo una investigación sobre las comunidades terapéuticas. En este momento estoy en proceso de hacer entrevistas a personas que hayan estado internadas en algún momento, como fue tu caso. Yo voy a hacerte unas cuantas preguntas y la idea es que vos me cuentes tu experiencia, tu vivencia, cómo viviste vos la experiencia. La entrevista es anónima, en realidad voy a ponerte otro nombre que podés elegir, y confidencial.

M: Dale Ceci, no hay problema... eh no sé el nombre de no se cara de... (risas) no sé, ponelo vos, me da lo mismo. Dale, yo te voy a contestar lo que más puedas, el lugar se llamaba ... cuando yo fui pero ya estando ahí mismo, porque ahí era una comunidad media rara, yo te voy a decir la verdad... no te voy a mentir, es más de ahí del ambulatorio me vinieron a ver cuando me interna Cacho y... no me acuerdo el nombre de esta chica... por eso yo dudaba de vos, porque no sabía quién eras porque cuando yo estuve en el ambulatorio estuve con tantas chicas... esas pasantes, ¿te acordas? y me vino una a ver y me acuerdo de esa época que era la época de Debora (compañera de tratamiento ambulatorio) también viste... y en esa época que yo estaba ahí ella me llevó para un costado, porque yo estaba sola con Cacho ese día, porque era así: ¡yo estaba sola con Cacho casi todo el día! Hasta que llegaba la gente, era una comunidad medio rara... entonces eh... después vienen, ponen todo en regla. Me acuerdo que tuve que dormir una noche escondida en un lugar... y después pude salir... eh... y después se

llamó de otra manera el lugar, y vinieron un montón de chicos que yo no conocía, que nadie de los que estábamos ahí internados conocía y se cambió todo, todo cambió... y ahí estuve un mes más y me dijeron que me vaya. Eso es lo que yo te puedo decir, y lo que yo tuve, te puedo decir lo que yo viví, jamás en mi vida había estado internada, eso sí te quiero decir, y para mí por eso acepté porque es algo buenísimo lo que estás haciendo, y para que sepas de todos los lados, los blancos posibles... yo nunca me voy a olvidar algo que dijiste vos en un grupo, entre nosotros... eh....adictos, estábamos contándote no me acuerdo qué era, estábamos en Belgrano en el viejo piso (refiriéndose a la primer sede en donde funcionó el ambulatorio) y vos dijiste "yo jamás, jamás me podría poner en sus zapatos, aunque quisiera no podría porque nunca me pasó" no sé qué había pasado ¿viste? Y vos dijiste "jamás podría, por eso intento, intento saber o intento poder comprenderlos pero se que jamas me voy a poder poner en sus zapatos" y eso me quedó grabado de vos Ceci, y dije, porque ahora me tocan muchas psicólogas que pasa lo mismo, que jamas estuvieron en mis zapatos y es muy difícil... a mi me encantaba Fredes, Fredes me encantaba porque era un psicólogo que que... le había pasado justo lo mío ¿viste? (en relación a un terapeuta cuya historia de alcoholismo contaba y compartía con lxs pacientes) tenés que estar en los zapatos de la persona... por eso quizás yo me aferré tanto a Cacho también (refiriéndose a un operador que trabajaba en el ambulatorio en ese entonces, quien también contaba su historia de consumo) porque entre adictos es como que te aferrás porque saben lo que pasaste, bueno nada... era algo que me quería descargar, y si salió bien buenísimo... bueno, comencemos!

E: Bueno, yo igual te voy preguntando... después si a lo último vos me querés contar algo más que yo no te haya preguntado me lo aclaras. Primero este lugar en donde estuviste internada ¿era sólo con operadores o había también profesionales? y otra pregunta es si accediste a la internación a través de Sedronar o cómo se pagaba la internación, si por obra social o de manera particular

Si había profesionales en marzo tuve una psicóloga en la Psiquiatra era una sola para todos que venía de vez en cuando para eso mucho no lo entendía porque como eso nada más tomaba una pastilla para dormir era distinto que los que estaban ahí tomaba muchas pastillas no sé qué enfermedades tendría si tenía una psicóloga que había varias psicólogas varias psicólogas pero aún no sé cómo era que TDT derivaban a una o dos elegía no puedo elegir que a mí me eligieron y después que no me preguntaste si parte es tu depa es supuestamente al principio era como que eso no sabía nada no entendía nada porque me habían dejado ahí he arreglado mis hijos con Nacho yo no sé yo a mi me voy a regañó te acuerdas.

E: Bueno a ver ahora te voy a preguntar varias cosas de lo que me acabas de decir pero vamos de a poco recordarme Clau cuantos años tenés vos ahora y la internación en qué fecha fue y cuánto duró en total

M: Si, mira... eh... mi internación fue en febrero del 2014... espera, estoy pensando, 2014, sí febrero 2014 a abril o mayo...cinco sí... mayo del 2014 y después seguí ahí, iba de dos de la tarde a 10 u 11 de la noche, 12 de la noche... según.... según qué horario me tocaba me tenía que quedar y si se hacía muy tarde me podía quedar a dormir, si se hacía muy tarde y yo me quería quedar me podía quedar a dormir, pero yo siempre me volví a mi casa.

Y te digo cuantos años tengo ahora, 48. Eh.... nací 23 de septiembre de 1970... 48 y cuando estuve internada... que fue en el 2014 tendría... ay para (cuenta) 41, 42, 43 ay yo con la matemática soy, bueno, hacela vos la cuenta (risas) ahora tengo 48

E: ¿Y por cuánto tiempo estuviste internada?

M: no, en febrero me internaron del 2014, eso sí me acuerdo. Me acuerdo que estaba en el ambulatorio en el 2013, en septiembre de 2013 entro al ambulatorio y ahí conocí a Cacho. En

octubre o noviembre todo eso estuve con Cacho, me acuerdo, eh... después empecé a recaer y... ahí sale Patricio un novio mío y yo me acuerdo que Cacho me decía que estaba más flaca, que andaba de gira, y yo le decía que no que no hasta que una vez me descubrió y sí, yo estaba de gira, y no sé que pasó en el ambulatorio, no sé... el bajó y me dijo un día "el lunes tenés que ir para la comunidad con tu mamá" y yo que sé qué más, no entendí bien. El bajó a la puerta me acuerdo, y me dijo que ya no podía entrar más al ambulatorio, y era... en 2013 casi diciembre. ¿Te acordas que habíamos festejado las fiestas? Me acuerdo que habíamos festejado las fiestas con sanguchitos de miga y todo... ahí fue enero de 2014 y en febrero me pasa esto... eh... el baja, me dice que no podía entrar porque me habían echado y que yo tenía que ir el lunes allá a verlo a él. Y... yo me fui, me fui por ahí, con Patricio y... cuando vuelvo mi mamá me dice "te quieren hablar, te quiere hablar Cacho" y él me convenció y bueno, fui a la comunidad y ahí me internaron, en febrero de 2014 fue, después del 17 de febrero de 2014. Estuve hasta mayo o junio y después estuve haciendo esos ambulatorios que se hacían que era de 2 de la tarde a 12 de la noche...o 12 y media, según

E: cuando fuiste a la comunidad aquella vez en febrero, ¿fuiste sin saber que te iban a internar? ¿qué te explicaron?

M: sí, fue así... eh... mucho igual no me acuerdo porque pasaron muchos años, yo me acuerdo de ir al ambulatorio, que bajó Cacho que me gritó... no me acuerdo bien, y yo me fui por ahí, y cuando llegué a mi casa... medio que sabía que tenía que ir a verlo ese día y que me iba a quedar unos días supuestamente, él me había hablado... porque cuando estuve en la casa de Patricio yo hablé con Cacho sin que sepan mis papás, y él me dijo que vaya a verlo a él porque quería hablar conmigo, que me iba a quedar uno o dos días para que me recupere y que él me iba a hablar y que después iba a volver al ambulatorio, entonces yo me llevé mi pijama, me llevé el pijama porque me dí cuenta que me iba a quedar, pero no sabía si mi familia iba a pagar o no, imaginate que yo no estaba en mi sano juicio, no sé. Sólo sabía que Cacho me llamaba y que yo quería ir a verlo, nada más, entonces cuando yo fui hablé con él y él me dijo que iban a ser uno o dos días hasta que yo me recupere y después volvía al ambulatorio. Pero después, cuando se van mis viejos y todo, empiezan a pasar los días ¡y yo no me iba más! Me sacan el teléfono y todo... y me dicen "no, te tenés que quedar 15 días", después de 15 días eran 20 días, después de 20 días eran 30, y así... y hasta que un día dije "yo me voy, ¡yo me voy de acá!" y entonces él me dijo "ay... ¿te querés ir de acá? Acá estamos juntos, tomamos mate... ¿no la pasás lindo?" y yo le dije "sí, la paso lindo, pero vos no me dijiste esto" y bueno, nada... me quedé, me quedé porque después bueno, la empecé a pasar lindo, con compañeros, conocí compañeros, me gustaba estar con ellos, me gustaba estar sana, limpia... eh... me gustaba, atendía el teléfono, me sentía útil, hacía la comida, despertaba a mis compañeros, no sé... no sé como explicarte, no era una comunidad normal. Sí sé que lo que te estoy contando no es normal, si vos querés saber de una comunidad normal yo te puedo dar el teléfono de un amigo, que es Patricio, que él sí, la mamá es psicóloga y él estuvo en Escobar en muchas comunidades, año, año y medio... estuvo con mucha gente. Pero esta comunidad no era normal... no

E: sigamos charlando de lo que viviste vos

M: bueno, nunca se me explicó de cuanto consistía la internación ni nada porque no sabían. Yo creo que, yo creo que no sabían, te estoy contando lo que me dijo Cacho el primer día. Que me acuerde... yo no llegué en mi sano juicio, me acuerdo más o menos del primer día, lo que sí te puedo decir es que el primer día... (...) esto sí, nunca se lo conté a nadie... no lo grabes (al borde del llanto), esto sí, ahora que estamos con esto del colectivo... cuando yo llego, esto queda entre nosotras, yo no sabía mucho. Yo llegué como había llegado a mi casa, ¿te acordás las minifaldas esas que usaba Lopilato en el programa que hacía de la hija de Francella? Yo

estaba re flaquita en esa época y llegué con una tanga roja (risas) había estado en la casa de mis amigos, mis amigas, ¡imaginate! Y una remera que me habían regalado de un “Johnny” un whisky, claro.... Yo llego así porque supuestamente iba a hablar dos minutos con Cacho, aparte... yo sabía... bueno, yo te voy a contar esto. Cuando yo entro a donde estaba Cacho, yo estaba de la cabeza, ¡muy de la cabeza! Y les piden a mis viejos que se vayan a tomar un café y me quede sola con él, y yo... me quedo sola con él... y cuando yo me quedo sola con él (...)  
Él... eh... no sé como decir esto loco (voz temblorosa), porque no sé si está bien o está mal, yo estaba con él mas o menos, pero... nunca había estado con él ¿me entendés?, sí había como un toqueteo... no sé si me entendés, nunca había pasado más de eso. Entonces cuando yo me quedo sola con él, en el... en el escritorio, él se apoya contra el escritorio y me dice “dame un abrazo” y cuando yo le doy un abrazo él me pone la mano... un poquito más abajo de la cintura y me apreta contra él, y yo sentí... una cosa dura. Y... ¡pero yo no lo estoy culpando a él, eh! Yo no lo estoy culpando a él porque a mí me gustaba él, y yo le di todas las de seguir, yo siempre lo busqué. Me dijo “¿esto no lo vas a querer todos los días? ¿no te querés quedar acá conmigo?” y bueno, así me convenció un poco.... Creo... creo... no sé, no sé. Es la primera vez que cuento todo pero a él no le echo la culpa, no, porque yo era grande ya, no era ninguna nena de 16, yo sabía lo que hacía. ¿Me entendés?

E: Bueno, en primer lugar quedate tranquila, si vos no querés que esto aparezca en ningún lado no va a aparecer. De todos modos a mí no me sorprende por lo que pasó con Josefina (intentando contenerla y darle tranquilidad, le hago referencia a otra paciente cuyos encuentros -y relación- con él se hicieron públicos en la institución y que, tras serias dudas sobre el relato de ella y de un inevitable juicio de valor por parte de todos y todas lxs compañerxs de tratamiento, devinieron en la expulsión de él, que se esmeraba fuertemente en desmentir todo lo sucedido), no me sorprende por haberlo conocido a él. Sé que eras adulta, que pudiste haber accedido, que te pudo haber gustado, pero me duele porque era una situación en la que él no tenía que hacer eso con vos, si se gustaban y querían tener una historia no debería haber sido con vos en esa situación ni en un lugar en donde él es director, en el marco de estar invitandote a internarte, me parece toda una situación de abuso de poder y es totalmente entendible que te angustie y que no lo hayas contado hasta el momento. No estoy para nada de acuerdo con lo que sucedió, no por vos sino por él. Si te parece esa parte no la desgrabo y sólo pongo que fuiste “seducida” para quedar a que te internes. Decime si de esa manera te parece bien.

M: Barbaro Ceci, lo que vos interpretes. Yo te estoy contando mi verdad, si te sirve te sirve y sino decime “Marixa, no me sirve”. Yo te estoy contando lo que a mí me pasó, yo jamás había estado internada. Es más, cuando fui al ambulatorio para mí fueron las primeras veces, jamás había ido a una psicóloga en mi vida, la primera vez... anterior al ambulatorio había ido a un tratamiento a una clínica en Luján en donde estaba con toda gente de psiquiátrico, tipo la clínica Avril<sup>118</sup>, imaginate que ahí conocí a Sergio Denis, a varios... al cantante de... ahora no me voy a acordar porque me puse nerviosa (risas), conocí a mucha gente conocida, era tipo la clínica Avril, ¡ah! Al novio de Celeste Cid, a ese... Joaquin Levinston estaba, era cerca del hospital de niños. Imaginate que era una clínica privada, ¡20 mil pesos por mes pagaba!. En fin, pone lo que quieras... no me interesa, ojalá que algún día yo te pueda contar todo bien como fue, todo todo, mis internamientos, todo. A mí me quiso violar también, porque cuando esa clínica se cierra me mandan acá a un... ay esos que están en los barrios... eh... bueno, ya te voy a averiguar porque tengo todo tengo todo, lo que pasa es que siempre iba en recaída y bueno, el psicólogo me quiso eh... sí, es más, me sacó el pantalón y todo y yo gritaba, gritaba... ahí sí que la pasé mal... eh... y fui a Sedronar y lo que hicieron fue mandarme al

---

<sup>118</sup> Clínica Avril: Clínica Psiquiátrica de Internaciones Breves ubicada en CABA. <https://www.clinicaavril.com.ar/>

ambulatorio. Nunca conté nada de nada porque yo siempre pensaba que si yo contaba algo de lo que... Eso sí no me gustó, lo que me pasó... porque, él me decía "si vos contas algo yo voy a decir que viniste borracha", entonces yo pensaba... como me había pasado toda la vida ¿entendés? Que nadie me iba a creer. ¡Es más! Yo voy y le hablo a mi ex, abogada iba a decir, a mi ex psicóloga y ella me dice "vos no digas nada, yo te acompaño a Sedronar, porque si vos decís algo, Sedronar no te va a seguir dando la beca" entonces... ¡el CPA! ¡Ahí está! Fue en el CPA de mi barrio... ahí si que el psicólogo me agarró contra la mesa y todo, y yo gritaba y todo, gracias a dios que vino una secretaria y abrió la puerta y yo escapé. Ahí fue que mi psicóloga, que se llamaba Cristina, si querés te averiguo el apellido, me lleva a Sedronar y habla con las de Sedronar y me mandan al ambulatorio y ahí me pasa lo de Cacho.

Ceci, yo te sigo respondiendo lo que vos quieras, pero yo te cuento lo que a mí me pasó con todos estos tratamientos, si te sirve te sirve, y si no te sirve no hay problema, no hay problema, seguí preguntandome y yo te respondo lo que puedo y lo que me pasó... y ojalá algún día, si querés te cuento lo que me pasó. Igual si necesitas, tengo personas que realmente estuvieron internadas en lugares, en lugares así, comunidades terapéuticas de verdad... te puedo dar el nombre de Belén de Escobar, de muchos compañeros que estuvieron en otras clínicas, en otras comunidades, que estuvieron de verdad. Yo te estoy contando mi historia, lo que a mí me tocó, y no te estoy mintiendo

E: Lo que vos me cuentes y tu historia tal cual la viviste vos, es lo que a mí me interesa escuchar ¿sí?, sos una de las personas que entrevisto y en todos los casos es igual, lo que recuerdes, lo que hayas sentido y lo que sientas hoy viéndolo con algún tiempo de distancia. No necesito que sea de otra comunidad terapéutica. Explicame un poco a qué te referís con eso de que "no era una comunidad terapéutica normal"

M: ¿A qué me refiero? Yo jamás en mi vida había estado internada, jamás había ido a un psicólogo... jamás había hecho estos tratamientos. Te estoy hablando del 2011 en adelante, cuando yo vivía en Villa del Parque, en ese momento conozco a Patricio, él tenía 10 o 12 años menos que yo, ponele. Él cuando venía a mi casa... la madre es psicóloga, se llama Jorgelina, es la única que me sigue teniendo en el messenger desde ue me mudé y me sigue teniendo no sé... por Patricio. Patricio es algo... no sé, es un amor tóxico, te lo defino así, ya está. Él está desde los 13 años en comunidades, internado y todo... cuando él me contaba esas cosas yo no entendía de lo que me hablaba. Él me decía "estoy internado, esto o lo otro" yo me pensaba que estaba en un hospital en una cama con jeringas con suero, ¿me entendés? Jamás en mi vida me hubiese imaginado... ¿entendés? Me imaginaba como cuando estás internado normalmente. Aparte no le prestaba atención, estaba en mi mambo, imaginate que yo vivía las 24 horas y los 365 días del año drogada y alcoholizada, me importaba tres carajos lo que le importa al prójimo. Ahí es cuando mi vieja ve, mis viejos ven, venden la casa y ahí es cuando me mandan ellos por primera vez... no sé, ¡me pasó de todo! Me querían internar, me mandaron a la policía. Me acuerdo tres o cuatro veces que me mandaron la ambulancia con policías... me acuerdo una vez despertarme con Pato al lado y un policía al lado mío que me abre un papel, me decía que lea, que era un juez que me citaba... ¡no sé! Yo me acuerdo que dije "si, si, si" agarramos y nos dimos la vuelta y nos escapamos por 8 o 9 días, ¡era así, mi vida era así! Imaginate, así estuve 4 años, cuando vuelvo... cuando toco fondo, toco fondo... pero yo sabía de toda esta gente que se internaba, veía... y los padres de este chico, Patricio, como tienen ¡mucho! Plata lo internaban en los mejores lugares: clínica Avril... me acuerdo que una vez lo internaron en una clínica que ponían ¡hasta candados en los ascensores! Imaginate que ahí yo aprendí todo, y decía "a mí nunca me va a pasar esto, pobre pibe, está re mal Patricio para que le hagan esto". Yo me imaginaba que tenías que estar re mal para que te hagan esas cosas... Cuando mis viejos me empiezan a hacer esas cosas, me empiezan a mandar a la

policía, el juez, esto lo otro, me venden la casa, me mandan a vivir con mi mamá, dije “no me queda otra” entonces dije “sí, me quiero recuperar”, la primera vez me mandan a, era o Sedronar o alcohólicos anónimos o... narcóticos, lo primero que elijo es ir a Sedronar, ¡yo ni sabía qué eran las tres cosas!. Me dijeron la primera es solo alcohol, NA es sólo drogras y Sedronar es todo, y como yo me había drogado con las tres cosas dije Sedronar. Yo no sabía nada, no entendía ¡nada! Nada... encima me venden la casa, no entendía nada, me separaron de toda esta gente, me separan de todos. No sé, es mucho para contarte mi vida y sé que en este momento no da (se angustia). Lo que pasa es que todo me retrae a contarte otra cosa, porque nunca me había pasado en la vida, nunca había estado con una psicóloga ¡y mira que yo quería ser psicóloga! Por eso te digo, ¡qué grande que sos! Porque sé que no te podías poner en nuestros zapatos, yo siempre quise ser psicóloga, siempre, y sé lo difícil que es ponerse en los zapatos de un vicioso, es muy difícil.

E: me quedo pensando en lo anterior que contaste, en esa situación tan terrible que te tocó vivir con ese psicólogo que te tocó en el CPA. Dijiste que hablaste con otra psicóloga tuya o con alguien que te acompañó a Sedronar. Quería saber si contaron en Sedronar la situación o si realizaste denuncia al respecto

M: sí, lo primero que hago... no, porque cuando llego a mi casa yo le cuento a mi mamá y ¡no quiero ir más!... Y mi mamá empezó con que “por qué no querés ir” entonces fueron mi mamá y mi papá y yo les dije, no me acuerdo... no me acuerdo porque ahí empecé a recaer de nuevo yo, yo hacía nueve meses que no consumía nada, empecé a consumir con un amigo y ahí fui al CPA. Cuando voy al CPA me pasa esto y ahí recaigo más, recaigo más, más, más. No me acuerdo como fue porque un día me llevan mi mamá y mi papá pero en esa época me daban mucha medicación, yo tenía que tomar medicación cinco veces por día, y no me acuerdo mucho porque tomaba tres o cuatro pastillas y no sé qué me daban, me había dado la psiquiatra de donde yo estaba y después cuando voy al ambulatorio ¡me sacan todo!... cuando fui al ambulatorio el psiquiatra me preguntó “¿por qué estás tomando tanta medicación?” me sacó todo todo todo... que le doy gracias a dios, y bueno imaginate yo lo mezclaba con el alcohol y no me acuerdo mucho pero sí, vamos a tu pregunta porque me voy... con esto me voy de verdad porque, en realidad lo estoy hablando por primera vez en la vida con alguien que me comprenda, con alguien con quien lo tendría que haber hablado ¿no?. Pero vos sabés como somos los adictos. Bueh, fue así lo que recuerdo: de recaída voy a donde me manda sedronar por primera vez cuando cierran la clínica donde yo estaba, había estado nueve o diez meses ahí por donde está el Garrahan<sup>119</sup>, bueno... voy: me atiende, todo bien, me dice “venite el lunes” yo recaigo y voy media recaída, ¡media! Porque sino no me acordaría. Él, me habla, el psicólogo, y a lo último me dice “dame un abrazo”, como hizo Cacho, y por eso siempre me acuerdo, porque se puso contra el escritorio y me dijo “dame un abrazo”, cuando le doy el abrazo me pone contra él y me agarra y me empieza a besar, pero no fue como Cacho que nada más me la hizo sentir, él me agarra, me da vuelta, me empieza a besar el cuello y me empieza a desabrochar el pantalón. ¡Ahí yo empiezo a los gritos! ¡y me empiezo a defender! Y ahí sube la secretaria, entonces yo salgo corriendo de ahí, salgo corriendo y nada, me quedé callada y le dije a mi mamá que no quería ir más ahí, que no iba a ir más, y bueno como yo seguía recayendo mi mamá y mi papá van, sin que yo sepa, a verlo a él y me citan, entonces yo voy y estaban mi mamá, mi papá y él. Él dijo “que venga aunque sea... su chica acá...” no sé qué dijo porque mi mente estaba en otra, lo único que me acuerdo es que quedaron en que yo tenía que ir a limpiar todos los días, una hora por día, a pasar el plumero en las sillas y

---

<sup>119</sup> El Hospital 'Prof. Dr. Juan P. Garrahan' es el centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad de la Argentina.

eso... ¡y yo no quería ir! Y en ese momento le dije a mi mamá lo que me había pasado, entonces llamamos a Cristina, que era mi psicóloga y me dijo “vamos a Sedronar a que te manden a otro lado”. No sé bien cómo fue... yo me acuerdo que fuimos a Sedronar y con tal de no perder la beca yo... no dije nada... no sé si me dijeron que no diga nada, no me acuerdo, lo único que se es que ella me acompañó porque yo no quería ir más al CPA, me acompañó y no sé qué habrá hablado ella con Sedronar, a mi me llamaron aparte y me dieron un sobre y me dijeron “vas a ir a tal lado”. Y así empecé a ir allá, yo no quería hablar nada por las dudas que me saquen la beca.

E: bueno, volvamos a tu experiencia de internación ¿cómo era un día cotidiano ahí?

M: bueno cuando estaba internada, eh... como era la única mujer, donde yo estaba tenía una pieza para mí y el baño lo compartía con los que estaban abajo. Arriba la mayoría eran hombres y había otro baño al que yo no podía subir mucho, ni a limpiar... eh... como los chicos se levantaban después de las diez y era un baño con vidrios, que se veía la sombra, y bueno... como yo me levantaba a las seis de la mañana, estaban todos durmiendo, ¡hasta el rocha! el que nos cuidaba era él, nos cuidaba de noche. Ya todos sabían que yo me levantaba a las seis y me iba a bañar para que nadie me vea, después me cambiaba tranquila, me pintaba... ¡vos sabés cómo somos las mujeres! La crema... que esto, que lo otro, yo que sé, todo eso en mi pieza, como estaba solita tenía grabador de música, tenía televisor, tenía todo, me ponía las noticias, escuchaba música, tenía un espejo gigante que había dejado una chica que había estado ahí anteriormente, eh... bueno, me bañaba, me cambiaba, me ponía linda y me iba a la cocina, que estaba a un par de pasos, me hacía un mate cocido, un café, lo que vos querías te hacías, ellos compraban pan pero después de las diez, imaginate que yo no comía eso, yo tenía mis galletitas, eh... bueno, cuando todo el mundo se levantaba, desayunaban y había que hacer la limpieza, cada uno sabía lo que le tocaba, como yo me levantaba más temprano agarraba los baldes, yo limpiaba los dos baños de abajo, el de los directores y el mío, entonces yo ya sabía donde estaban las llaves y las cosas guardadas, agarraba las cosas y el balde, los detergentes, lavandina, todo, y limpiaba los dos baños y después mi pieza... sacaba todas las cosas, limpiaba la pieza y después cuando yo terminaba se levantaban todos los demás, yo ahí ya estaba pintándome las uñas hasta las 12, a esa hora íbamos a almorzar, aunque uno no tuviera hambre había que ir igual y sentarse en la mesa y almorzar con todos. Como me hice amiga de los chicos que hacían el almuerzo me quedaba ahí... después también, como tomaron confianza conmigo, me mandaban al banco porque sabían que yo estaba al pedo y me levantaba tan temprano, entonces me empezaron a mandar a los bancos, a pagar las cuentas, a hacer mandados, a comprar el pan, la manteca, eh... a ayudarles a los que tenían que cocinar, y yo me ofrecía también ¡porque estaba aburrida! Y después bueno, se almorzaba todos juntos, nos daban la medicación a todos, a veces teníamos grupo a la mañana y a veces no, después tipo dos o tres de la tarde llegaban los directores o al mediodía y todos ya se habían ido, porque después de almorzar todo el mundo se iba a hacer sus cosas, salían... los que estudiaban a estudiar, si era a trabajar a trabajar, los que querían dormir la siesta también y la mayoría eran hombres y se iban al segundo piso, la que estaba en el primer piso siempre era yo porque estaba la cocina, mi cuarto, el cuarto donde estaba el televisor y donde estaban los directores, nada más... siempre era yo la que estaba ahí, y yo me quedaba con Cacho hasta que, le hacía un te, atendía el teléfono, la puerta, hasta que viniera alguien.... Y los grupos empezaban a las cuatro hasta las doce de la noche. Bueno... a las siete se hacía de nuevo la limpieza, todo el mundo la hacíamos, y cada uno iba al grupo que le correspondía y se armaban grupos distintos. Después, si tenías psicóloga ese día ibas con la psicóloga... y bueno... ¡ah! Eso sí, el almuerzo y la cena era todos juntos, a las doce y a la noche a la hora que tocara, nueve o diez, después nos daban la medicación, yo a las nueve ya estaba

durmiendo, los demás no sé... yo tenía al lado la pieza de la playstation, se quedaban hasta las doce, una... y no me acuerdo más porque yo me quedaba dormida.

E: durante tu internación, ¿tuviste contacto con personas de tu entorno? Ya sea amigos, familia, pareja, cualquier persona que vos quisieras ver... ¿cómo se manejaba este tema?

M: sí, tenía contacto con mis familiares, o sea... cuando me internaron, los primeros quince días, o sea dos semanas, yo no podía ir a mi casa... todos los demás se iban y yo me quedaba en la comunidad, sí podía tener contacto telefónico, ¡es más! como yo tenía de tarea atender el teléfono tenía un cuaderno. Como estaba tan aburrida y era la única mujer y yo me quería ir, Cacho me daba todos los gustos para que no me vaya, siempre me decían mis compañeros eso. Yo atendía el telefono y podía llamar a mi mamá y mi papá cuando quería, podía hablar con ellos cuando quería, las primeras dos semanas no pude verlos el fin de semana, después de esas dos semanas ellos me tenían que ir a buscar los viernes y me tenían que traer ellos los domingos, no me acuerdo cuantas semanas pasaron para que yo pudiera salir el sábado a la mañana para ir a mi casa... yo tenía que llamar cuando llegaba y el domingo a las siete de la tarde tenía que estar en la comunidad, después empiezo a irme los viernes a la noche y volver los lunes a las dos de la tarde, eso ya fue lo último, y después ya cuando no estaba más internada, tenía que ir a las dos de la tarde, llamar a mi casa si había llegado y a la hora que sea que yo llegara tenía que llamar y avisar que había llegado, y los fines de semana tenía que llamar aunque sea una o dos veces con el cuidador de la comunidad los fines de semana, hablar un ratito con el y contarle lo que había escrito... cuando te vas tenes que hacer un itinerario, algo así, diciendo qué ibas a hacer con horarios y todo, cualquier pavada anotabas así sea "voy a darle de comer a mis gatos a tal hora, después me acuesto, después me baño", y después a lo último "me comprometo a no consumir drogas ni alcohol, tu tu tu..., etc". Entonces tenías que llamar el fin de semana, aunque sea para hablar, y decir que estabas haciendo lo que dijiste que ibas a hacer. Si te surgía algo que no habías escrito, tenías que llamar y comunicarlo, por ejemplo "me surgió un cumpleaños y voy a ir con tal y tal"

E: Entiendo por lo que decís, que siempre y cuando lo plantearas, podías verte con personas de tu entorno... ¿vos creés que lo que a vos te pasaba, tu problema con el consumo, tenía algo que ver con tus vínculos?

M: mira, a mi me sirvió todo... yo no miro para atrás, siempre para adelante. Yo tengo 48, y desde los 16 que estoy de novia, no con el mismo... estuve de novia o en pareja, te quiero decir que fue la primera vez que fue de los 40 a los 48 que no estuve con una pareja legal, tengo amigos con derechos también y tuve muchas experiencias... nunca fui una chica de la casa aunque fui a un colegio de monjas y fui muy bien educada, no reniego de la educación de mis viejos, ellos me dieron lo mejor a mi... yo quería ser psicóloga, en esa época había para estudiar contadora, no sé, administradora de empresa, yo hacía lo que me decían, también estudie siete años de inglés, que es lo que me gusta, hice patín artístico, hice muchos deportes: hockey, basquet, atletismo, todo lo que yo quería mis viejos me mandaban... jamas me faltó nada... ballet, gimnasia jazz de mi época, lo que vos quieras, mis viejos estuvieron siempre... canto, me gustaban "Menudo" "Los Parchis"... ¡mis viejos me llevaban a los canales a verlos! Me pagaban los recitales... como me decían "quizás me dieron mucho" "sos una nena caprichosa", me dijeron varios psicólogos míos "me quedé en los 17 años" que fue ahí cuando mis viejos se separaron, tal vez no me di cuenta porque si me preguntan digo que no, pero fue ahí cuando me empecé a drogar, empecé a desaparecer de mi casa, mi mamá se quiso suicidar cinco veces, la internaron en psiquiátrico... ¡no me acuerdo bien! Me acuerdo... que se cortó las venas, que tomó pastillas, de los psiquiátricos, pero no me acuerdo muy bien de esa época, me acuerdo que yo me iba de acá, no me acuerdo bien... trato trato, ahora sí, a veces me acuerdo que iba a la casa de mis amigos de Villa Crespo, me llevaba el uniforme, porque

iba con uniforme al colegio, imagínate.. Me lo pagaba mi abuela porque mi papá después no me vio por quince años, ¡yo no me acordaba de eso! No me acordaba que fueron quince años... bueno, es como contarte mi vida en un instante... No, yo no creo que hayan sido mis viejos porque ellos me educaron re bien, hice todo, como me dijeron siempre “sos una nena caprichosa y no querés madurar” y no quiero madurar, me quiero quedar...las millones de personas... ¡salvo vos! Que me dicen que me quedé en los diecisiete años y que no quiero madurar. Viste que todos dicen que quieren ser mayor, yo nunca quise ser mayor. Nunca, siempre quise ser chica, siempre... me hubiese quedado a vivir a los diecisiete años. Puede ser que ahí me pasó todo eso y no lo quiera reconocer... puede ser, me hiciste volver a algo que... nunca lo había hablado tampoco, porque nunca me lo preguntaron, pero... no te lo tienen que preguntar ¿o no? Pero bueno... lo que sí te voy a decir es que a mi estos tratamientos me hicieron re bien, todos eh, a pesar de todo lo malo que me pasó para mí fue bueno. Yo quería ser psicóloga, ¡imagínate! En esa época mi mamá y mi papá no querían, querían que fuera administradora de empresas, y yo quería ser psicóloga, pero nadie estudiaba para psicóloga, me hubiese llenado de plata, no? (ríe) es más, la madre de Patricio me dice “estudia ahora” y le digo no... aparte voy a defender a las personas a que sean como yo... ¿me entendés? Solo me puedo poner en los zapatos de los que son como yo, con estos tratamientos yo aprendí, te lo juro que aprendí, aunque me haya salido mal todo, no me importa, si no hubiese sido por esto o por mis viejos jamás hubiese ido a un tratamiento, jamás hubiese ido a una psicóloga, psiquiatra, no se.. No hubiese vivido lo que viví con distintas personas, aprendí, tengo muchas herramientas, y yo se que las utilizo cuando yo quiero, y yo se que si recaigo o hago lo que hago es por mi culpa, no por mi culpa... no me quiero echar la culpa, pero tengo todas las herramientas, me lo enseñó la vida, me lo enseñaron los tratamientos, es más, estos tratamientos... aprendí muchísimo, ¡es lo que más me gusta!

E: bueno, ya vamos terminando pronto, dos preguntas. ¿Con qué tienen que ver estas herramientas que decís que te aportó el tratamiento?

M: las herramientas son, lo que tenes que aprender, cómo puedo explicarte... la enfermedad que yo tengo es, ahora realmente se toma como enfermedad porque antes no lo era, y yo no se como hacerle entender por ejemplo a mis viejos cuando recaigo o pasan cosas y dicen como que yo se los hago a propósito, yo no se los hago a propósito, es algo que me pasa por la mente, ¡son cinco segundos! Ponele que la vengo remando re bien, porque vos sabes como es esto, remamos, llegamos a la cima de la montaña y en dos minutos nos tiramos al precipicio, ¡qué digo dos minutos! ¡Un segundo! Nosotros nos tiramos al precipicio, ¿me entendés? Mmm no se si algún día me vas a entender, ¡es muy difícil loco!. ¿Viste cuando dicen “solo por hoy”? Yo te puedo asegurar que no es solo por hoy, es solo por diez min... o según el día que tengamos. ¿Vos te acordás cuando Fredes nos decía que nosotros somos como una pelota que, el bien y el mal, y en el medio estamos nosotros? Cuando te dicen “¿cómo estás?” nunca ni bien ni mal, y si decimos “bien” ¡uf! Y si decimos mal, mal. Pero si decimos “maso” ahí la podemos mas o menos pilotear, porque sino nos la creemos y son cinco segundos que echamos todo a perder. Mi mamá dice que se nos cruza la cola del diablo, no... para mí son cinco segundos que se cruza la enfermedad. Y, como vos dijiste “nunca me voy a poder poner en sus pies” aunque no lo crean, es una enfermedad, loco. Ojalá algún día saquen una pastilla que digan “tomate esta pastilla y no tenes mas la adicción” ojala, vos no sabes lo que sufrimos nosotros, yo hablo por mí porque cada adicto es distinto, ¿sabés qué trabajo tendrían los psicólogos? Yo a veces pienso, estoy en lugares con mucha gente distinta, hay muchas adicciones, hasta a galletitas o coca cola, yo tengo un amigo que, desde que tengo quince años, el padre tiene mucha plata, me doy cuenta que es adicto a la coca cola y le baja el camión... ¡eso es una adicción! Vos le hablas y es como todo, primero una negación, cuando

hablas con un adicto aprendes los cinco pasos primeros, yo se que es adicto como yo pero a distintas cosas, ¡entonces se que no soy la única en este mundo! Eso me da un poco de esperanza de seguir. Mira al *Pepo*<sup>120</sup> o a Pablo Lescano<sup>121</sup>, yo los amo, los conozco de toda la vida, los escuchas y te das cuenta a donde llegamos con esta enfermedad: a la cárcel, al cementerio o a los loqueros, los tres lugares para esta enfermedad crónica, progresiva y mortal. Se murieron muchos amigos que estuvieron internados conmigo... todos murieron de paro cardíaco, esto, lo otro... es verdad, es una enfermedad y terminamos en esos lugares... Tengo millones de personas que terminaron en tratamientos, muertos o presos, no todos somos adictos a la misma cosa, pero yo me di cuenta que en estos tratamientos está buenísimo cuando habla otro en los grupos te sentís espejado, no se, a mi me pasó, y aunque esa persona sea adicto a tal cosa, hasta a la comida, te sentís identificado... entonces las herramientas son, todos los días levantarte y pedirle a lo que vos creas, tener fe, y a su vez, como dijo El Pepo “todos los días te levantas y tenes miedo” y es así, a todo tenemos miedo, si no enfrentas ese miedo recaes, puede ser miedo a lo que te pasó en el día, a una pavada... por ejemplo, el otro día yo estaba re buena onda, mi mamá me había teñido el pelo, todo bien... y me estaba contando una historia ella y yo tuve una opinión distinta, de repente re mala onda “vos sos una loca, una drogadicta, como siempre...” me empezó a decir así e imaginate... se me caían las lagrimas y tenía ganas de irme de gira total, porque que tu mamá, que te quiere, no vea el esfuerzo que haces todos los días... (llora) porque yo desde que me levanto hasta que me acuesto hago un esfuerzo tremendo para no drogarme e irme de gira. Que tu mamá y tu papá, bueno mi papá no porque es un amor de dios, pero mi mamá me hace cosas o me dice cosas que me dan ganas de irme a la mierda ¿entendes? Y después digo “no” y me voy a mi pieza, me encierro, me pongo a rezar... por una palabra no me voy a ir... ¿me entendes que somos raros los adictos?...

E: Volviendo a tu experiencia de internación ¿cómo finalizó tu tratamiento en la comunidad terapéutica?

M: bueno, la internación terminó bien. Yo estuve el tiempo que tenía que estar internada, supuestamente, eh... yo pensé que me iba a quedar mucho más, lo que pasa es que como era pago... yo creo que por eso también, por la plata. Eh... yo creo que mis viejos se gastaron toda la plata que tenían en esos cuatro meses y después ya no podían seguir pagando \$6000, y ahí fue que -yo creo eh- que el director me dijo “vamos a ver si te hacemos una obra social, si hacemos algo con Sedronar” y que esto, que lo otro, bueno... lo único que sé es que me dijeron de un día para el otro que me tenía que ir. Así. Y yo estaba re bien, bah, estaba re bien ahí, me encantaba ya me había acostumbrado... pero es eso también: no te tenés que acostumbrar, pienso yo, a estar ahí. Y de la nada me dijeron que me tenía que ir, que no estaba más internada, que iba a ser ambulatorio, y bueno... me vinieron a buscar mis papas, no sé qué habrán hablado con ellos, me fui a mi casa me fui a mi casa y empecé el ambulatorio, desde diez de la mañana hasta las cinco o seis de la tarde, pero me quedaba hasta las doce de la noche a veces, según... y ahí mis viejos pagaban por mes. Después la primera vez que me fui porque hubo un quilombo con una chica, no sé, me echaron... me echaron, y yo ahí fui a hablar con Fredes para volver, y cuando le cuento a Cacho para volver porque Fredes me había dicho que sí él me dijo que no, que podía volver al lugar de internación otra vez, entonces volví y a Fredes no le dije nada porque me dijo que no le diga nada. Vuelvo y después en octubre o noviembre de ese año, de 2014, eh... otra vez pasa lo de Cacho y no sé bien qué

---

<sup>120</sup> Pepo fue el líder de Los Gedes, una banda de cumbia tropical que surgió en 2002.

<sup>121</sup> Pablo Sebastián Lescano (San Isidro; 8 de diciembre de 1977) es un cantante, compositor y músico argentino, líder del grupo de cumbia villera Damas Gratis.

pasó... yo sé que me echaron porque se sabía que yo estaba con Cacho yo me peleé con él, armé un quilombo ahí en la comunidad, grité, yo me acuerdo que grité, había recaído, vine gritando... dije la verdad y me acuerdo que me echaron, llamaron a mis viejos, yo no fui, solo los llamaron para darle mis cosas y nunca más supe más nada. No sé, yo sé que me echaron porque estaba con Cacho. Yo hablé con Fredes y volví al ambulatorio, nunca dije nada, él me preguntó si había pasado algo con Cacho y yo dije que no, pero sí, había pasado algo. Había pasado algo pero no quería que él pierda su trabajo. Seguimos hablando por teléfono un par de meses hasta que la señora quedó embarazada y no, no me acuerdo más. Yo recuerdo que volví al ambulatorio, que él me vió un día ahí, me lo crucé y nada... hablamos un toque y yo le dije "jamás voy a decir nada" hasta ahí nadie sabía nada. Y después, una vez con una operadora medio que tuve que decir la verdad porque no aguantaba más, no sé bien como fue todo después... lo único que sé es que el director de la comunidad me sigue llamando, me sigue coacheando por facebook, me dijo muchas veces de encontrarnos si quiero ayuda, dijo que él está. Mi mamá igual no quiere a nadie, no quiere que me vea con nadie... yo lo tengo en secreto a él en el facebook, en el messenger y en whatsapp. Nada más... a veces necesito ayuda, hablar con alguien... los psicólogos que tengo no me ayudan, no hablo con Cacho pero sí con él, porque me ayuda. (pausa) Bueno, ¿más o menos te sirve? Ojalá que te sirva todo lo que te cuento, yo te quiero mucho, vos me re ayudaste, eh... jamás me voy a olvidar de vos porque fuiste mi psicóloga (risas) es hermoso decir que fuiste mi psicóloga, me siento orgullosa... me encanta... ojalá yo hubiese sido la psicóloga de alguien. ¡Mi! Psicóloga, ¡porque sos mía! (risas) Bueno, ojalá te haya servido todo lo que te conté, tengo mucha gente conocida que puede ayudarte.

E: claro que sí, todo lo que me contás sirve. Te hago otra pregunta de algo que no charlamos ¿vos trabajabas antes de internarte?

M: no, no estaba trabajando, eh.... Cuando me internaron ya hacía varios años que no trabajaba. No trabajo, en trabajos legales o buenos, desde el 2010, que fue mi último trabajo, yo soy promotora, repositora, vendedora, cadeta, eh... trabajos de verdad. Lo que hice después cuando me conociste vos, que me ayudó una amiga con el trabajo para lavar copas y cosas no era lo mío porque me lo dieron, no por lástima, para ayudarme... pero no, no tuve trabajo en ese momento

E: ¿se te acompañó en este sentido en el tratamiento?

M: sí, ellos querían que encuentre un trabajo, obvio. Es más, los primeros meses que estuve internada ellos me traían no trabajos, para estudiar algo, hacer algo, ir al gimnasio... algo. Pero yo estaba tan... cuando a mí me pasa esto, que me dejan tres o cuatro días y me mienten, yo estaba enojada en la comunidad, entonces el primer mes o primeros dos meses yo estaba enojada y no quería hacer nada de lo que ellos me decían. Porque ellos me habían dicho una cosa y no era así. Entonces yo me quería ir: "¿vos querés que yo vaya al gimnasio?" "ok, dejame ir a mi casa, porque no era lo que arreglamos" yo no sabía que no me iba a poder ir, ¡me habían sacado el celular! Bueno... un amigo me llamó un día antes que me internen después de mucho tiempo de no verlo, ¡yo me quería morir! Pensé que me iban a dejar ir a verlo y no, tardé cuatro meses en volver a verlo. ¡Imaginate!. Igual todo mal con ese pibe, me hizo hacer las peores de mi vida, por eso me echaron de todos lados, pero no me arrepiento de nada de lo vivido en mi vida, porque todo me lleva a aprender, yo aprendo de todo lo malo, Cecilia, yo aprendí de todo. Y bueno, volviendo a tu pregunta, no trabajé, no trabajo desde el 2010 en un trabajo real, re-al entre comillas. Trabajé doblando delantales para psiquiátricos, que me pagaban por cada uno que hacía en mi casa, después lavando platos, que no era lo mío, lo hacía por hacerlo y porque alguien me había dado una oportunidad y nunca más

trabajé. Sí, ellos te incentivan, obvio, a estudiar también, a todo lo que sea para salir, al gimnasio a hacer deportes, todo...

E: para ir terminando, no quiero sacarte más tiempo y te hice hablar mucho (risas) ¿cómo creés que cambió tu vida la internación?

M: mira, la verdad... me hizo re lindo esto, no me tomas tiempo de mi vida, me encantó hablar con alguien como vos, una psicóloga de verdad, hacía mucho que no hablaba con alguien que tal vez me coloca un poco ¿me entendés? Es lindo... Fredes me conocía de una manera, vos no te podes poner en mis pies pero sin embargo sentí un cariño de tu parte, ¡un respeto! Un respeto que nadie me tiene... ¡me hiciste sentir importante con esta entrevista! Una estrella de rock (risas) mentira, un poco de humor... hay que reirse un poco de la vida, ¡a reirse loco!, bueno, me estoy yendo... yo también te tomo tu tiempo, Ceci, y te pido perdón pero me encantó hablar con vos, me encantó esto... bueno, sí, ¿qué me quedó? Muchas cosas, si vamos a la balanza -yo soy libriana- pesa mucho más lo positivo que lo negativo, mucho más, me enseñó muchísimo, me encantó convivir con gente distinta a mí porque a pesar de que eramos todos adictos somos todos distintos, distintas clases sociales, distintas adicciones, distintos pensamientos, de todo... hasta, hasta, los operadores, los dueños, los psicólogos, los psiquiatras, ahí era una comunidad, eramos una comunidad: vernos todos los días, convivir aunque sea con la psiquiatra una vez por semana, con la psicóloga una vez por semana o vernos todos los días porque tenía que atender a otras personas. Para mí, positivo si vamos a la balanza... me dejó lo mejor, lo mejor y me encantó porque aprendí, porque sé que algo me llevó a estar ahí, el tocar fondo, y aprendí de lo bueno de lo malo. Es lindo estar limpia, porque ahí tenés que estar limpia, es hermoso estar muchos meses limpia. No sé, convivir, mirar una película... ¿sabés qué me queda? Aunque vos no creas, a las doce del mediodía o una, juntarnos todos y decíamos: "familia, ¡a comer!" ¡sabes que lindo que era! A mi se me ponía la piel de gallina, te juro...a veces no me tocaba hacer la mesa y eso... me quedaba en la pieza mirando la novela a la noche, la que estaban los chicos, ay... no me acuerdo, estaba Heredia, pero cuando escuchaba "familia ¡a comer!" todos corríamos, y capaz que nos pedíamos "¿me pasas jugo?" y nos golpeábamos, nos contabamos chistes, nos cagabamos de risa, esa era la mejor hora... le dije al director: "lo que más extraño era juntarnos todos a comer", porque aunque no comieras tenías que estar, te sentabas ahí en la mesa aunque no tuvieras hambre y tomabas un café, pero era compartir... eso no me lo voy a olvidar nunca, es lo que más me llevo de la comunidad, el compañerismo, el decir "bueno, ¿nos juntamos después de las doce a ver una película? Y hacías el sacrificio quizás de no ir a ver a tu familia el fin de semana y hacíamos pochoclos (risas), tereré, mirabamos películas, esas cosas me llevo... el compañerismo... llegar, que un compañero esté mal y que te venga a hablar a vos y decir "te estaba esperando, no podía más sin vos" qué lindo que alguien te diga, como compañero eh, "vamos a tomar unos mates que quiero charlar con vos"... esas cosas no me las olvido más de la comunidad: la gente, la buena gente, a pesar de todas las enfermedades que teníamos, somos buena gente... no importaba el rango te juro, no importaban las edades, eramos todos iguales, no se como explicarte, una se da cuenta cuando un compañero necesita. Mira, yo era una compañera que... vos podes preguntarle a todos y me vas a decir que me re extrañan. Me re extrañan y yo también, a todos... Bueno, no se ¡espero que te sirva todo lo que te cuento! No me molesta para nada hablar con vos, al principio cuando me contactaste no sabía quien eras, a veces hay mala gente y hay gente que no tenes ganas de volver a verla... no es por mala onda... hay personas a las que bloqueé. No sé, te puedo nombrar muchas, yo no voy a cambiar el número, hay personas con mala onda pero no voy a cambiar el número por ellos, yo no jodo a nadie... vivo mi vida como puedo, no me falta nada pero vos sabes como es esto, no te voy a mentir... el día a día la peleo desde que me levanto hasta que me acuesto, peleo con

mis demonios o como le quieras llamar, y por más que tenga psicóloga, psiquiatra, bueh el psiquiatra... hace como dos años que no tomo las pastillas, ¡yo las dejé! No quiero tomar más pastillas, dije eso y no las tomé más, ¿y? ¿me estoy muriendo? Al principio sí, me moría por no tomarlas... empecé a ir al gimnasio y a tomar suplementos complementarios que tomaba de chica, no me inyecto nada, no tiene efedrina porque el dueño del gimnasio sabe de mis enfermedades porque es amigo de mi infancia... no me dan eso que le dan a la gente ¿sana? Yo las tomaba de chica pero ahora no, pero está bien. Me calman la ansiedad, que es lo que importa, me duermo pero no me hacen comer cosas.. Yo quiero las otras que tienen efedrina pero no me las quieren dar, pero está bien, me cuidan y eso es lindo... es un mimo.

E: bueno, claro que me sirve todo lo que me contaste. Me sirve que vos cuentes, desde tu experiencia lo que sentiste, lo que viviste, te agradezco tu tiempo y tu confianza. Me quedo pensando en algunas cosas que charlamos en las que no quise ahondar, no quise detenerme demasiado, no porque no sean importantes sino porque en este contacto nuestro para esta entrevista no podemos. Pero creo que son muy importantes y que también lo es que los trabajos. Si estás con tratamiento actualmente te recomiendo que puedas hablar, no quisiera que abrir estos temas te movilice o te genere malestar y que no tengas donde ni con quien charlarlos y poder darle algunas vueltas.

M: gracias, gracias por todo. Me encantó decirte todo, disfruté mucho... estoy bien, si llego a necesitar algo claro que te voy a avisar. Me encantó, me hiciste sentir importante, una estrella de rock (risas)... eh... me gustó contestarte todas tus preguntas. Espero que te sirva para tu trabajo, te admiro, sabés que te admiro muchísimo y te deseo lo mejor del mundo porque sos la mejor... muy buena persona, más que buena psicóloga, que es más importante. Nunca olvides que si haces el bien te vuelve el doble y vos hoy me hiciste mucho bien. Dios te va a dar el doble. Bueno... gracias.

**Entrevista a Miguel (E: Entrevistadora; M: Miguel)      Fecha: 10 de Diciembre de 2018**

Luego de varios intentos cancelados por compromisos familiares y con sus amistades decidí seguir insistiendo. Animada por la frase “no me hinchas, fuiste lo mejor de ese agujero, te lo debo”, sentía mucha inquietud en escuchar las palabras de quien recuerdo fuera un joven despojado de casi todo lo propio. Entendía esas reiteradas cancelaciones como un primer mensaje de quien, finalmente, habría logrado rearmar su red subjetiva y social.

E: Hola, te comento que la entrevista tiene que ver con un trabajo de investigación que estoy haciendo para la tesis de maestría, estoy trabajando sobre las comunidades terapéuticas. La idea es escuchar la opinión de las personas que estuvieron internadas. Si alguna pregunta no quisieras responder no hay problema, es anónima y confidencial.

M: perfecto querida, arranquemos cuando quieras

E: ok, recordame edad actual y la fecha y duración de la internación

M: ahora tengo 27 años y me internaron el 11 de abril de 2012 hasta el 22 de febrero de 2013, o sea... 10 meses

E: y después de la internación, ¿hiciste tratamiento ambulatorio?

M: estuve con un acompañante terapéutico, ponele... 2 meses o 3

E: ¿cómo se tomó la decisión sobre la internación?

M: fue así, yo empecé a abusar bastan... bah, sí, a abusar del alcohol... qué se yo, tenía 20 años así que me encantaba salir cada vez que podía y sí, mamarme todo lo que se pueda... y como vivía con mi vieja eh... se vé que se asustó bastante y encima ella pensaba que yo me falopeaba, aunque sí fumaba marihuana pero nunca me falopeaba, pero bueno, ella pensó que sí así que decidió hablar con un psicólogo y él recomendó que me internen

E: ese psicólogo, ¿te atendía a vos o la consulta la realizó tu mamá?

M: no, a ese psicólogo iba mi hermana cuando era mucho más chica, cuando era más pre adolescente y mi vieja fue y le contó y fue como para consultar

E: y si tuvieras que decir vos cuál fue el motivo de la internación, ¿qué dirías?

M: yo diría que por falta de comunicación ¡total!, porque no había comunicación en casa, y tomó la decisión una persona que ni siquiera habló conmigo

E: cuando se te informó sobre la decisión de internarte ¿estuviste de acuerdo o no?

M: no... se juntó mi vieja con mi viejo a hablar y me dieron que íbamos a ir los tres a hablar con un psicólogo familiar a hablar de nuestros problemas porque, como no había comunicación eh... no había como una relación que digamos, así que yo acepté. Me dijeron que como no podía venir a La Plata el psicólogo teníamos que ir a Capital (Federal), y bueno, me enteré allá que era un centro de rehabilitación y toda la bola

E: ¿sabes de quién fue la idea de llevarte engañado? Si de tus viejos o de la institución

M: la verdad, ni idea pero para mí supongo que será... habrá sido idea de ellos. No quiero creer que la institución tenga el nivel moral tan bajo de... querer llevarme engañado

E: bueno, y una vez que llegaste allá, ¿te acordás si firmaste un consentimiento informado? Es decir, un documento donde vos, como mayor de edad, aceptabas quedarte internado

M: sí, recuerdo que me hicieron firmar... bah, yo obviamente no quería, pero como mi vieja trabaja... trabajaba en el poder judicial y conocía a los jueces, me dijo que si yo no firmaba me iban a judicializar, o sea que íbamos a hacerlo por el camino difícil, así que por... tuve que firmar medio obligado

E: ¿qué recordas de esa situación? Encontrarte que no estabas en capital, que no ibas a ver a ningún psicólogo con tus viejos, y que la propuesta era quedarte internado aún en contra de tu voluntad

M: y... al principio quedé anonadado, la verdad, posta... es que no caía con lo que estaba pasando, ni qué era lo que iba a pasar. Por momentos dije "bueno, se van a dar cuenta de que no soy un loco falopa que necesita estar encerrado para no lastimarse ni lastimar a terceros" dije "en algún momento se van a dar cuenta"... y, nada, en principio estaba super enojado con mis viejos porque se mandaron cualquiera, en vez de sentarnos a hablar hicieron cualquier cosa, y también con mi hermana que estaba ahí y en vez de defenderme se quedó callada

E: ¿qué te explicaron respecto a la internación? ¿te dijeron cómo iba a ser tu vida estando ahí?

M: nada... me dijeron que me iba a quedar internado, que no había tiempo y que era hasta que... no me acuerdo si me dijeron la palabra "hasta que me cure" pero, pero era por ese camino. No había tiempo, me iba a quedar y eso solo, nada más

E: ¿creés que se cumplieron las pautas que te informaron en ese momento?

M: no, la verdad decían una cosa y terminaron haciendo cualquier otra cosa, la verdad como que no había mucha coherencia desde mi punto de vista, para mí, personalmente lo que yo opino

E: ¿qué terminó pasando después?

M: y... yo no me curé, sigo consumiendo marihuana, sigo tomando alcohol aunque ya... no tengo, no soy tan inconsciente como antes. Antes sí, lo "tapaba" con las drogas lo que me pasaba y ahora por lo menos puedo ver un poco más, pero, el tiempo que pasé ahí era... fue... un cotolengo gigante, te decían una cosa y era otra cosa y que se yo (...)

E: si bien vos no sabías de antemano que te ibas a internar, ¿qué suponías de una internación?

M: y, se me venía a la cabeza granja, campo, estilo de carcel pero... como más abierto, no sé como decirlo, pero no... nada de lo que viví, no pensé que era así

E: yendo a lo que viviste, ¿cómo era un día cotidiano?

M: un día era... gritos, confrontaciones, todo el mundo puteándose con todo el mundo... eh... me acuerdo que se robaban comida, hacían todo lo que no se podía hacer, después lloraban, no... ¡dios! Me acuerdo que me quería morir... y después los grupos, escuchar los problemas de todos, eso sí servía porque bueno... por lo menos te ayudaba para tus problemas también, como reflejaba, pero nada... ¡era un bajón! Hacían esas pelotudeces.... De las 24 horas, 8 estabas limpiando, pasando el trapo por donde lo habías pasado hace una hora, cosas que no servían, y estar en la cocina que era una inmundicia, había gusanos, era un asco...

E: respecto a las normas, ¿qué te acordas?

M: no se podía hacer nada sin previa autorización y todo se tenía que hacer en el momento y a la hora que estaba estipulado

E: sobre el lenguaje y la ropa y hábitos... ¿se hacía algo al respecto?

M: sí, me acuerdo que no te dejaban ponerte la capucha, eh... sí, no podías tener mal lenguaje, o sea todo lo que se hacía en la calle no lo podías hacer adentro de la casa.

E: ¿qué argumentos te dieron para restringir en ese sentido? Para modificar eso en vos y en muchos otros y otras

M: ellos decían que era como una forma de readaptación como para no seguir repitiendo y no seguir haciendo siempre lo mismo

E: ¿vos te mostraste en desacuerdo con alguna de esas normas?

M: yo... con lo único que me había opuesto era cuando decidieron que me iban a tirar toda la ropa que tenía de bandas y...yo tenía la pieza dibujada, yo la había dibujado toda con los logos de las bandas que yo escuchaba, y me hicieron pintar todo de blanco y tiraron toda la ropa porque "cuando salga yo no podía seguir usando la misma ropa ni escuchando la misma música ni consumiendo lo mismo", que eso me parece una ¡pelotudez tremenda!

E: sí, me acuerdo... cambiando de tema, ¿te dieron medicación psiquiátrica?

M: sí, me acuerdo que me dieron un estabilizador emocional ¿se dice así? Y la pastilla blanca que había inventado el director y una pastilla para dormir. No me acuerdo si era esabilizador emocional o antidepresivo. Y la blanca era a todos! No recuerdo el nombre pero era para absolutamente todos.

E: ¿qué se te explicó respecto a la medicación? y ¿cómo se manejó la decisión de que tuvieras que tomar medicación?

M: creo que con la doctora (psiquiatra) en los 10 meses habré hablado dos veces como mucho. Nunca se me explicó qué iba a tomar ni para qué, nada... se me explicó en el momento que me la dieron (para tomar)... en ese momento me dijeron "esto es un antidepresivo, esto es la pastilla blanca, la del doctor que creo que era para la abstinencia creo... y la otra que era para dormir"

E: o sea que si no tuviste entrevista con psiquiatra más a fondo tampoco se te hizo parte de la decisión, ¿o me equivoco?

M: no, obvio que no, es más... yo ni siquiera tenía problemas para dormir. Estando ahí estaba muy nervioso y lo que sea pero nunca tuve problemas para dormir... justamente una de las veces que la vi a la mina (médica psiquiatra) fue para que me sacara la pastilla para dormir

E: ¿cómo fue ese encuentro con ella?

M: hablar con esa mina es más difícil que hablar con el presidente... nada, creo que estuve dos horas para que me de bola, fui hablé y me la fue sacando paulatinamente... en vez de darme

una pastilla me empezó a dar media y después un cuarto hasta que me la sacó al mes, mes y medio

E: ¿vos creés que la medicación te ayudó en algo?

M: para mí, la verdad... sinceramente, no, no modificó absolutamente nada

E: y ¿te trajo algún efecto negativo, secundario que hayas registrado como negativos?

M: no, nada

E: ok, cambiando de tema... Durante la internación ¿tuviste contacto con las personas que querías?

M: si, una vez que vino mi amigo Ramón a verme

E: ¿lo viste una sola vez porque vos lo solicitaste sólo esa vez?

M: eh... no, romí bastante las bolas para verlo porque obviamente que como... si afuera consumiste con una persona ya no la podés ver nunca más en tu vida, pero como rompí tanto las pelotas porque Ramón no fumaba no hacía un carajo, sí escabiaba pero bueno... ¡20 años! Era normal... me permitieron verlo, pero previamente tuvieron una entrevista con él y después me dejaron verlo creo que 10 minutos o 15

E: ¿y con tu familia? ¿pudiste verlos en la medida que necesitabas?

M: no, con respecto a la familia nunca hubo problemas... pero, como que... no cambiaba mucho... cuando venía mi viejo me decía que era un pelotudo y que tardaba horas de viaje para venir a verme a mí y que no tenía tiempo para ver a mis hermanos, eh... mi hermana también me decía que tenía que hacer mucho viaje y que le daba paja venir acá, así que... y a mi vieja la habían operado de la cadera así que no la podía ver a ella

E: ¿sabes si la institución se comunicaba con ellos para contarles cómo ibas vos en el tratamiento?

M: se comunicaban pero no seguían una especie de "minuto a minuto" si había evolución o no, no había... se comunicaban por si faltaba plata para comprar cosas o para medicamentos pero, bien a fondo no... no había tanta comunicación digamos

E: vos dijiste antes que el motivo de la internación era una situación mas familiar que propia e individual tuya, ¿sentís que eso se trabajó lo suficiente?

M: en los 10 meses creo que tuve... (...) 3 o 4, y creo que estoy exagerando, entrevistas con la psicóloga y mi viejo o mi vieja, los tres o los cuatro

E: esa cantidad ¿la creés insuficiente?

M: sinceramente no modificó un carajo absolutamente nada, lo único que voy a destacar es que en esos momentos sí me anime a poder abrirme y decirles cosas a mi viejo o a mi vieja que no podía decirles. No soy un experto pero calculo que en diez meses tener cuatro entrevistas, cuando se trata de un problema central, no sé si insuficiente pero voy a decir que es escaso

E: respecto a las salidas, ¿tuviste? Contame un poco de ese tema

M: y... primero salías a barrer la vereda, después a hacer las compras a los chinos de a la vuelta, y... hasta que en el séptimo mes recién pude volver a dormir a mi casa, eh... nada, me acuerdo que me tomé el tren y después un colectivo y que a la vuelta tenía que volver acompañado. Mucha organización al respecto no había... ellos (el staff) te autorizaban y después vos veías si querías ir caminando o tomarte tren o micro, era elección de cada uno

E: ¿cómo te sentiste vos con el manejo de los tiempos en ese tema?

M: yo por un lado, sabiendo que no era un barrilete como todos mis compañeros, me daba un poco de ansiedad y decía "denme la oportunidad que yo no me voy a mandar una cagada" claro, porque la mayoría se iba a la casa y en el camino se encontraba con un amigo o se manaba cualquiera... yo sabía que "dame la oportunidad que me voy a portar bien, que quiero irme de acá..." nada, cuando llegó el momento estaba super feliz, no me voy a olvidar nunca

más ese viaje. Pero sí, me daba esa ansiedad de que quería que me den la oportunidad, pero nada... que se yo, lo tomé lo mejor posible e iba superando cada prueba que me daban

E: Miguel, ¿vos trabajabas y/o estudiabas previo a la internación?

M: sí, trabajaba y sigo en ese trabajo en la actualidad, de correo en el fuero penal

E: ¿pudiste tomarte licencia en el trabajo sin problemas?

M: no, mi vieja hizo una tramoya con el presidente de la cámara que me hicieron tomar como una especie de licencia sin goce de sueldo, porque yo para poder gozar de esa licencia tengo que tener mínimo cinco años (de antigüedad) y yo tenía recién dos

E: y ¿cómo fue para vos volver al trabajo?

M: al principio sentía demasiada vergüenza, era como “uh ahí viene el falopa de Miguel” pero después fue todo lo mismo, como si no hubiera pasado nada

E: en general, mas allá de tu caso, ¿sentís que se acompañaba la inserción laboral y/o académica desde el tratamiento?

M: la verdad, haciendo memoria... era más las ganas de cada uno o de terminar el colegio o de buscar laburo o estudiar tal cosa, pero... que estén apoyados se me hace difícil recordar que a alguien el psicólogo lo siga o que se preocupen, mucho no recuerdo eso

E: ¿creés que eso es importante?

M: y, yo recuerdo que a muchos les pasaba que se acostumbraban a estar ahí, a comer a tal hora, tal día tal comida, a hacer esto o lo otro y siempre la misma rutina y cuando llegaba el final se ponían ellos mismos el palo en la rueda... me parece fundamental que, justamente, el último paso sea qué va a pasar después de estar acá

E: en tu caso ¿qué pasó después de estar ahí? ¿cómo siguió tu vida?

M: y... al principio era toda mi gente alrededor, me tomaban todo con pinzas... los pibes no querían tomar alcohol, no querían hacer nada en frente mío. Yo vivía con mi vieja y ella me preguntaba “después del laburo ¿qué vas a hacer? ¿donde vas a estar?” pero nada, me lo tomé de la mejor manera posible y dije “vamos a demostrar que no es tanto como ellos piensan”, mantuve mi mismo proyecto que era comprarme mi casa... que recién el año pasado lo pude lograr... ¡el año pasado me compré la casa, Ceci! ¡espero que estés orgullosa!

E: ¡te felicito muchísimo, claro!

M: y bueno, aunque la haya pasado bastante mal ahí adentro... por lo menos fijate esas cosas que te digo de poder ver un poco más allá y si me pasa algo en vez de ponerme a tomar un cajón de cerveza me pongo a pensar qué es lo que me está pasando, en vez de tapar trato de hablar... y eso también es algo que trato de hacer bastante. Antes no decía ¡un carajo de nada! Ni siquiera algo lindo, bueno, malo, nada.. Sea a un conocido, cercano o no, tampoco... no hablaba un carajo y ahora estoy hablando bastante. Así que, ¡gracias querida! Costó pero, y mas con este gobierno, pero se pudo...

E: te felicito nuevamente, un contexto que no ayuda (risas). Te hago una última pregunta ¿en qué creés que modificó tu vida la internación?

M: básicamente rescato esas herramientas que me llevé, saber que dentro mío pasan cosas... intentar estar un paso adelante y tratar de poder dirigir mi vida

E: y esas herramientas, ¿creés que podrías haberlas adquirido sin internación? Por ejemplo en un tratamiento ambulatorio

M: sinceramente lo dudo, y si fuera posible se tardaría más que el doble de tiempo para conseguirlas

E: para ir terminando, ¿le recomendarías a alguien pasar por la experiencia que pasaste? ¿por qué?

M: y... la verdad no fue una linda experiencia, no la recomendaría... pero obviamente si me encontrara con una persona con problemas, no de adicción sino de conducta y esas cosas que

yo veo ahora que antes no veía, estaban pero no las veía... así que se la recomendaría a esa persona que necesite de alguna manera crecer por dentro

E: ¿cambiarías algo de lo que fue tu experiencia?

M: lo único que cambiaría es, definitivamente, nunca haberme subido a ese auto que fue a Capital (risas)... no, creo que no cambiaría nada porque así se dieron las cosas y, la verdad estoy contento con el resultado... con lo que pude lograr

E: bueno Miguel, ya terminando quiero agradecerte tu tiempo y tu confianza, me ayuda muchísimo todo lo que me contaste

M: gracias querida, a mí me alegra haberte ayudado un poquito