

Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires*

Araceli Galante, María Pía Pawlowicz, Daniel Moreno, Diana Rossi, Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires.
Equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil.

Resumen: En el marco de investigaciones en curso se analizaron los dispositivos de intervención implementados en procesos de atención y prevención de la salud/enfermedad dirigidos a usuarios de drogas de Buenos Aires, Argentina. El material se recolectó a través de entrevistas semi-dirigidas, entrevistas a informantes clave, y grupos de discusión. La muestra no probabilística e intencional estuvo conformada por 49 “especialistas” con y sin formación académica que se desempeñaban en organizaciones de atención a usuarios de drogas. Se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad.

Este trabajo se centra en el análisis del discurso en torno al concepto de responsabilidad entre los “especialistas” y su relación con distintos tipos de dispositivos de atención.

Palabras claves: responsabilidad, uso de drogas, dispositivos de atención.

Summary: Different intervention models of assistance and prevention of health/illness processes with drug users from Buenos Aires, Argentina have been analyzed in current investigations. The material was collected through semi-directed interviews, interviews to key informants, and focus groups. The sample was non probabilistic and intentional, it was conformed by 49 “specialists” with and without academic training, who worked in organizations that assist drug users. Informed consent was used and anonymity and confidentiality were preserved.

This article centers in the discourse analysis of the concept of responsibility among “specialists” and their relation with different intervention models to assist drug users.

Key words: responsibility, drug use, drug assistance and prevention models.

* Investigación realizada en el marco del Proyecto de cooperación universitario internacional. Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. “Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas”. Federación Internacional de Universidades Católicas y del Proyecto UBACyT SO44: “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas” Programación 2008-2010. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Introducción

Con frecuencia se puede observar en los discursos sobre el uso de drogas construidos socialmente, ciertas referencias a la noción de responsabilidad asociada a la intervención de la voluntad del usuario en el acto de consumir drogas. Al respecto, en este artículo nos preguntamos: ¿en qué medida y de qué modo se piensa al consumidor de drogas como *responsable* de su consumo?

La discusión en torno a la responsabilidad de los usuarios de drogas cobra relevancia en tanto el consumo de ciertas sustancias es considerado una transgresión. Sin embargo, no siempre se pensó al uso de drogas de esta forma. Hasta la Modernidad, las drogas eran utilizadas en forma ritual, como vehículo hacia lo sagrado y como facilitadores del vínculo social. A mediados del siglo XIX, ciertas drogas comenzaron a ser percibidas como tóxicos y se utilizó el término toxicomanía para describir situaciones problemáticas asociadas a su uso. Al ser considerada una enfermedad, la toxicomanía se constituyó en objeto de la medicina y de sus tratamientos. En el siglo XX, mediante los convenios de Ginebra se prohibió la comercialización, el tráfico y la producción de estupefacientes y el consumo de ciertas drogas fue considerado un delito (1).

Concomitantemente, en la segunda mitad del siglo XVIII, la Medicina se fue instalando como la institución legitimada socialmente para dar respuesta a los problemas de salud. Foucault (2) describe cómo a partir del surgimiento del mercantilismo aparecieron estrictas reglamentaciones económicas y aumentó *el precio del hombre* para maximizar sus posibilidades de trabajo. Se necesitaban sujetos sanos para que pudieran producir. Los hospitales transformaron su función, pasaron de tener como fin la asistencia a los pobres y desahuciados a centrarse en un

objetivo: la cura de enfermedades. Ante esta nueva *demand social* (3) se produjo un proceso en el que el modelo biomédico (4) se expandió a partir del crecimiento de sectores urbanos y de la ruptura de los mecanismos de atención comunal basados en la eficacia simbólica, al mismo tiempo que aumentó la tendencia a las prácticas curativas, los procesos de profesionalización y la organización industrial de la atención médica.

Actualmente, el uso de algunas drogas es considerado socialmente un delito y una enfermedad, y las respuestas hacia el problema se enmarcan en el ámbito de lo sanitario y de lo punitivo^a, produciéndose un entrecruzamiento de lógicas diferentes que tensionan las situaciones particulares de distintos modos (1).

Desde el punto de vista jurídico se establecen penas para los sujetos responsables de la comisión de un delito. En cambio, en los procesos de salud/enfermedad/atención la responsabilidad tiene otro estatuto. En la década del 50^o Parsons postulaba que en su rol social de enfermo la persona no es considerada responsable de la situación que vive y se la exige de cumplir con sus obligaciones habituales en tanto busque ayuda técnica y coopere en la recuperación (5). Esta conceptualización se complejiza (y esto forma parte de las críticas que se le han hecho a este autor), cuando se piensa en la multiplicidad de enfermedades, como por ej. las infecciosas, las incurables y/o las de transmisión sexual, donde la carga moral y los procesos de estigmatización se entrecruzan en las concepciones y las prácticas respecto de la enfermedad.

Si el uso problemático de drogas es considerado socialmente una enfermedad ¿se puede considerar a los usuarios de drogas responsables por su consumo, independientemente de la situación en la que éste se produce? Pero por otro lado, si

^a En Argentina, el tratamiento legal del problema parece reflejar el debate sobre si el uso de drogas es un delito o una enfermedad: la ley 23.737 (6) sanciona penalmente la tenencia de drogas, independientemente del propósito del tenedor y por lo tanto, lo considera responsable por la tenencia. Pero si se establece que la droga es para consumo personal, el consumidor puede evitar las sanciones penales si efectúa un tratamiento. Sin embargo, un reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia ha declarado la inconstitucionalidad de esa disposición legal "en cuanto incrimina la tenencia de estupefacientes que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros", considerando que esta medida invade la esfera de la libertad personal (7). En este contexto, el tema ha sido tema de agenda política durante todo el 2009 poniendo en discusión el modo en que se imbrican procesos jurídicos y de salud/enfermedad en los que los servicios de salud ejecutan las medidas que establecen las instituciones judiciales.



tenemos en cuenta que el consumo de drogas implica algún nivel de compromiso subjetivo, ¿cómo pensar la responsabilidad?

Pareciera un concepto clave para pensar las representaciones y los dispositivos a partir de los cuales se interviene dando respuestas a los problemas asociados al consumo de drogas.

Trabajaremos distinguiendo algunos de los modos en que aparece este concepto en el discurso de especialistas con y sin formación académica y algunas hipótesis tentativas acerca de cómo varían según los distintos dispositivos^b que dan respuestas a los problemas de salud relacionados al uso de drogas.

Materiales y métodos

El estudio fue de tipo descriptivo y cualitativo. Se involucró a 49 *especialistas* (4) con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones del Gran Buenos Aires^c. Se administraron entrevistas semi-dirigidas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. Las muestras fueron no probabilísticas e intencionales.

Las características generales de la muestra fueron las siguientes: 18 mujeres y 31 varones, edad promedio de 44 años. La antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años, y más de la mitad tenía experiencia laboral previa en instituciones similares. En 34 casos ejercían cargos directivos y aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud (14 psicólogos, 6 psiquiatras, 5 trabajadores sociales y sociólogos y 1 enfermero). De la otra mitad de la muestra, 14 especialistas se definieron como operadores socioterapéuticos y 9 como servidores.

Las instituciones a las que pertenecían fueron muy heterogéneas: 7 centros de atención espe-

cializados en la atención por uso de drogas de tipo ambulatorio, 2 instituciones psiquiátricas, 5 servicios de atención de salud/salud mental no especializados, 14 comunidades terapéuticas de diverso tipo, 4 programas de Doce Pasos, 3 grupos de orientación religiosa, 2 programas de reducción de daños, 1 programa de formación para la prevención, 1 programa universitario de formación de operadores socioterapéuticos, 2 áreas de admisión, 2 áreas de auditoría de organismos oficiales nacionales y 1 de obras sociales.

El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo, entre los meses de septiembre de 2006 y enero de 2007.

Se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las funciones de los operadores socioterapéuticos y de las características de los dispositivos de intervención.

En todos los casos se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad. A partir de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

Resultados

1. Algunas consideraciones en torno al concepto de responsabilidad

Como marco para el análisis, recorreremos algunas conceptualizaciones acerca del concepto de responsabilidad. En principio, la responsabilidad podría definirse como “un esquema regulador de interacciones de respuestas tendientes a desarrollar sentimientos de propiedad sobre los propios actos y de autoridad sobre los mismos”. Esta noción de responsabilidad, aun-

^b Cabe aclarar que efectuamos una distinción entre “instituciones” y “dispositivos” ya que en una misma institución (por ejemplo, un centro regional especializado en el uso de drogas) se pueden utilizar diferentes dispositivos de intervención (siguiendo con el ejemplo, el centro puede contar con servicios de atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria, un área de comunidad terapéutica, un grupo basado en Doce Pasos, etc.).

^c Actualmente, se utiliza el término “Gran Buenos Aires”, para hacer referencia a la unidad cultural e histórica del territorio comprendido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (que es la sede del gobierno nacional) y 24 municipios de la Provincia de Buenos Aires, que la circundan.

que proviene del campo jurídico, ubica el concepto en el *campo de lo psí*, en tanto se refiere a un proceso vincular (8).

La etimología latina de la palabra responsabilidad alude a la relación entre dos o más personas: la fórmula *espondeo* significa ser garante de sí mismo o de otro ante un tercero y parece entrañar una relación con la obligación y el cumplimiento de un compromiso, un deber o una deuda (9). Entonces, una persona sería responsable en la medida en que fuese capaz de responder por algo/alguien ante un otro (ya sea que se trate de un otro sujeto, de la comunidad o del Estado) que establezca su cumplimiento o su ausencia.

Desde el discurso moral-jurídico la responsabilidad se asocia a la noción de voluntad, ya que para que un acto genere derechos y obligaciones, es necesario que haya sido efectuado voluntariamente. De manera tal que si una persona realiza un acto formal sin discernimiento o sin intención, o sin libertad, puede impugnarlo, y desentenderse por la responsabilidad sobre sus consecuencias (10).

Es de resaltar aquí la vigencia que se observa en este discurso de las concepciones modernas en torno al sujeto como un individuo consciente y libre, concepciones que por contraste, definen a quienes no pueden ser considerados como sujetos contractuales^d. Advertimos la vigencia de estas concepciones en el discurso de los entrevistados que se imbrican con los modos de conceptualizar y abordar el “problema de las drogas”.

Nos preguntamos ¿qué características particulares adquieren los modos en que los especialistas piensan el uso de drogas como problema según el dispositivo de intervención en el que trabajen? ¿Cómo se imbrican los modelos de atención con las formas en que se conceptualiza e interviene en relación con la responsabilidad del sujeto frente al uso de drogas?

Presentamos algunas reflexiones fundadas en el análisis del material empírico, para pensar las formas de conceptualizar la responsabilidad de los sujetos respecto al uso de drogas en los diferentes dispositivos de intervención.

Concepciones sobre la responsabilidad

Los entrevistados señalan que los usuarios de drogas pueden tomar la decisión de consumir drogas ocasionalmente, como una elección personal, aunque puede estar influida por las redes de pertenencia. En sus discursos, se distingue un primer momento en que el uso sería voluntario, luego, en algún momento subsiguiente, tal voluntariedad desaparecería, en la medida en que el consumo consuetudinario sea considerado una “adicción”. Varía diacrónicamente, en la medida en que se hable del inicio del consumo, del mero uso, o del uso llamado “adictivo”.

- *(E - “Caer o no caer en las drogas es una cuestión de voluntad”) Se dice muchísimo eso... Te diría que sí. Porque en realidad tenés que tener mucha voluntad para no usar drogas hoy. Entonces si no tenés mucha voluntad, lo lógico es que consumas (socióloga, centro ambulatorio, 39 años).*
- *Sí, hay mucho de esto también, de las malas compañías. Sí es cierto, las malas compañías son la puerta de entrada, obviamente, pero siempre es uno el que elige drogarse (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 36 años).*

Esta clasificación es afín con la taxonomía hegemónica en el campo de la Salud Mental de “uso, abuso y dependencia de drogas” (DSM IV y C.I.E.10). Esta clasificación se basa en la descripción de los efectos negativos de las sustancias, enfocando la atención en el control de los síntomas, lo que puede conducir a que en la atención se soslaye la problematización de la situación vital y social, por lo general compleja, del usuario

^d A estos individuos (a-contractuales) se les otorgó una condición diferenciada de ciudadanía, lo que significaba que debían ser tutelados en el ejercicio de sus derechos. En general esta clasificación se efectuó en base a datos objetivos (como la edad, el sexo o la clase social). Pero también incluyó a los dementes, lo que requirió de un saber especializado sobre la locura, que permitiera distinguir entre los individuos racionales (capaces de responder por sus actos) y los irracionales (considerados incapaces, irresponsables, enfermos). La Psiquiatría, como Medicina de lo mental, adquirió la competencia para efectuar esta distinción de los sujetos y determinar el tratamiento a seguir con los individuos que habían transgredido las normas sociales (11), (12), (13).



de drogas. Aunque es innegable la importancia que tiene la atención de los aspectos biomédicos de los problemas relacionados con el uso de drogas, este enfoque puede en ocasiones conducir a un reduccionismo en los tratamientos y centrar las intervenciones en el control farmacológico.

Por otra parte, persiste en el discurso de los entrevistados la concepción moral-jurídica del uso de drogas como *desviación* y del usuario como *desviado*, especialmente si el consumo de drogas aparece asociado a algún tipo de conducta delictiva, o es considerado como un delito en sí mismo.

Muchos entrevistados expresan que el carácter voluntario del consumo se va perdiendo *“a medida que éste se vuelve frecuente”*. Algunos entrevistados sostienen que para ciertas personas es muy difícil sustraerse a este proceso, que parece incontrolable. Para ellos, la voluntad del usuario queda subsumida en el consumo problemático de drogas, lo que los vuelve irracionales, y por ende, irresponsables.

La idea de la irracionalidad de los consumidores de drogas resulta, desde este enfoque, una explicación sobre las razones de los usuarios de drogas para continuar sosteniendo una práctica que conlleva sanciones penales y sociales, y que puede exponerlos a distintas situaciones problemáticas en relación a su salud.

2. Intervenciones, concepciones y estatuto de la responsabilidad de los usuarios de drogas en los dispositivos de atención

Las diversas concepciones sobre la responsabilidad y el uso de drogas tienen como marco de referencia los modos sociales en que según la época se conciben la salud, la enfermedad y la atención. A su vez se corresponden con los tipos de respuesta que se plasman en dispositivos de intervención⁶ específicos (3).

Vale aclarar que en Buenos Aires⁷ las instituciones de salud brindan respuestas muy variadas que entrecruzan lógicas institucionales que provienen del campo jurídico, sanitario y/o religioso, así como de los ámbitos público y privado.

Se pueden distinguir dispositivos de internación o ambulatorios y modalidades mixtas. Podemos mencionar a los centros asistenciales destinados a la atención de la salud en general (hospitales, clínicas, centros de atención primaria) o a la atención de la salud mental. Pero también hay todo un abanico de propuestas especializadas en el tratamiento por uso de drogas, que tienen distintos grado de inserción en el sistema de salud, que van desde centros estatales especializados en el tema, comunidades terapéuticas (muchas de ellas incluidas en el sector privado sin fines de lucro) hasta los programas de Doce Pasos, como Narcóticos Anónimos y otros similares, que están gestionadas por los propios usuarios. También hay diferentes dispositivos ofrecidos por instituciones de distintas religiones. En menor medida, hay una serie de programas preventivos, comunitarios y de reducción de daños.

En este trabajo, focalizaremos la atención en tres de los dispositivos de intervención más extendidos en Buenos Aires: los tratamientos de internación psiquiátrica, los programas de Doce Pasos y las comunidades terapéuticas.

2.1 Los dispositivos de encierro: la internación y las respuestas farmacológicas

Los tratamientos de internación psiquiátrica tienen su origen en la Modernidad. Entonces se consideraba que la locura era incurable, peligrosa y depravada, lo que reforzaba la necesidad de la internación y del poder médico sobre los alienados. El modelo asilar se basaba en la lógica del encierro y la exclusión y por ende, en la invisibilización de las personas allí internadas, que continuaron siendo consideradas *peligrosas*.

⁶ Desde una perspectiva foucaultiana, los **dispositivos** están constituidos por una pluralidad de individuos, objetivo u objetivos comunes, un tiempo determinado, un espacio dado, y una inscripción institucional. Los dispositivos son formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia, ya que su función suele ser “estratégica dominante”. Los dispositivos se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar.

⁷ En el contexto particular del sistema de salud argentino, esto se produce en un marco de alto grado de fragmentación y un proceso de reforma que tiende a someterlo a la lógica del mercado.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, el modelo asilar fue fuertemente criticado, ya que se observó que el encierro prolongado producía la *desobjetivación* de las personas internadas, ya que al homogeneizarse todos los aspectos de su vida (trabajo, esparcimiento, alimentación, aseo, descanso, etc.) bajo una única autoridad (el personal de la institución) van perdiendo su identidad, constituyéndose en *enfermos mentales* (14). Por esta razón, se fueron creando distintos dispositivos que transformaron la atención de la salud mental como los servicios ambulatorios, hospitales de día y de noche, las comunidades terapéuticas, las casas de medio camino, los abordajes grupales y comunitarios, entre otros⁹.

La mayor parte de los entrevistados consideró que los hospitales psiquiátricos no son adecuados para el tratamiento de los usuarios de drogas (15). Sin embargo, en su discurso adquirió plausibilidad el intento de aislar a los usuarios, aún en contra de su voluntad, en base a la suposición de que no tendrían la capacidad para controlar su consumo. En consecuencia, para ellos, el usuario es objeto de la droga. De este modo, se refuerza la imagen de droga como agente patógeno, y del contexto como ambiente que facilita, o no, un posible contagio (1).

- *Hay muchos adictos que no quisieron dejar, que tocaron un fondo, por ejemplo, familiar o judicial. Que fueron, de alguna manera o invitados u obligados o presionados a estar en algún tratamiento, y la cabeza les hizo un clic y entraron en recuperación. Como hay muchos otros que se terminan muriendo. Porque... no importó que caigan presos, que tengan HIV o que... Te dicen: "yo me quiero recuperar, quiero hacer algo y son los primeros que se van, y los que vinieron obligados son los que se quedan, se mantienen limpios con el tiempo (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 34 años).*

La concepción de los usuarios de drogas como incapaces de cuidar de sí y de otros, sostiene la necesidad de contar con distintos tipos de dispositivos para atender el problema basados en el encierro y que tienen por objetivo el logro de la abstinencia.

2.2. Los programas de Doce Pasos

A diferencia del tratamiento en los hospitales psiquiátricos, los programas de Doce Pasos están basados en una confraternidad de referencia con amplia accesibilidad espacial y temporal^h, donde se siguen una serie de pasos y normativas que son condición para mantener la pertenencia al grupo.

Estos grupos tienen su origen en Alcohólicos Anónimos (A.A.) y son considerados el origen de la autoayuda como modelo terapéutico. La abstinencia es el punto de partida de un proceso definido en la literatura oficial como una experiencia espiritual, en el que se invoca la ayuda divina y tienen un lugar importante el testimonio y el arrepentimiento.

En los programas de Doce Pasos se entiende que el "adicto" es un "enfermo" de manera que no se lo considera responsable. Se concibe al consumo problemático de sustancias como una enfermedad crónica, comparable con la diabetes o las alergias, que se puede "controlar" pero no curar. Se ontologiza así el "ser adicto".

- *Para nosotros la enfermedad, la adicción es una enfermedad sin cura conocida (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 34 años).*
- *Un adicto es simplemente una persona cuya vida está controlada por las drogas (Guía de introducción a Narcóticos Anónimos, Revisado, 1995).*

Este reconocimiento es el primer paso del programa de tratamiento que enuncia que se debe

⁹ Según datos relevados por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en Argentina, 25.000 personas están internadas en instituciones psiquiátricas. El 80 % de ellas permanecen internadas más de un año, y muchas lo están de por vida. El 75% de las personas internadas en el sistema público de salud se encuentran en instalaciones de 1000 camas o más (16).

^h Aunque los programas de Doce Pasos, exceden a los de Narcóticos Anónimos ya que otros grupos también incluyen este dispositivo, el crecimiento de NA nos muestra su expansión: "desde el primer grupo de N.A., los miembros en USA aumentaron desde 1.600 grupos en 1982, hasta más de 20.000 en 1992" (17). En Argentina comenzó a funcionar en 1986, y actualmente se extiende por varias ciudades y pueblos de las 24 provincias.



“admitir que somos impotentes ante nuestra adicción. Que nuestra vida se había vuelto ingobernable”.

- *Yo soy adicta, no tengo la posibilidad de elegir. (...) Es más, yo consumí porque yo quise. Después no pude elegir. No pude controlarme, ¿no? (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 34 años).*
- *Yo soy impotente y ahí vuelvo a mi primer paso. Soy impotente frente a las sustancias, tengo una enfermedad que es mi adicción, que se manifiesta a través del consumo de drogas, y lo más seguro es si yo veo la sustancia ahí, se me desata mi compulsión y voy a terminar consumiendo (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 36 años).*

La primera fase es entonces aceptar la impotencia ante el alcohol y las drogas. “La primera meta del tratamiento, una vez pasada la desintoxicación y el proceso de evaluación diagnóstica, es ayudar al paciente a admitir y aceptar que es impotente ante el alcohol y/o otras sustancias que alteran el estado de ánimo. (...) Es un intento directivo para tratar de romper con la negación” (18). Se apela a la imagen de “*tocar fondo*”¹, y desde ahí hacer algo para solucionar el problema.

En los programas de Doce Pasos se considera que una primer tarea para los nuevos integrantes es pasar de ser “*controlados por la droga*” a controlarla ellos mismos. Pero se sostiene que este control es imposible para el individuo aislado y que el solo contacto con la sustancia tiene consecuencias incontrolables. De modo tal que la sobriedad se constituye en el objetivo central del tratamiento.

Las características y la responsabilidad del usuario aparecen ligadas al pedido de ayuda a un Ser Superior, al reconocimiento de sus errores en un inventario y a la aceptación del acompañamiento del grupo en el cumplimiento estricto de cada uno de los Doce Pasos.

2.3. Las comunidades terapéuticas

Como ya se mencionó, en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, surgieron las comunidades terapéuticas como alternativa a la atención de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos.

Las primeras experiencias -especialmente la de Maxwell Jones, en Inglaterra- proponían la construcción de una comunidad democrática que significaba que pacientes, médicos y el personal auxiliar participaban en pie de igualdad en la toma de decisiones. De esta manera se ofrecía una nueva forma de subjetivar a las personas con padecimiento mental.

Más tarde, el dispositivo se utilizó específicamente para el tratamiento de los usuarios de drogas. Aunque no existe un único modelo entre las comunidades terapéuticas², puede decirse que en general intentan modificar la “personalidad adictiva”, que caracterizaría a los usuarios de drogas, a través una nueva socialización³. La resocialización se logra cuando el usuario transita una fuerte experiencia afectiva en la comunidad y respeta el rígido sistema de reglas que la organiza. La importancia de la internalización de normas, en este dispositivo, radica en que el usuario modifique sus hábitos y comportamientos, lo que le permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno, y por ende, sostener la abstinencia.

En el discurso de la mayor parte de los entrevistados que trabajaban en comunidades terapéuticas, se reiteró que uno de los aspectos más importantes que debía modificarse en los usuarios de drogas era su falta de responsabilidad.

- *(E: ¿Pensás que las personas que usan drogas tienen características particulares?) Sí, hay... son estructuras de personalidad... particulares. (...) Y sobre todo desde la adolescencia. Desde la niñez yo creo que el problema es falta de límites y falta de responsabilidad*

¹ Página oficial de A.A. Accesible en: www.alcoholics-anonymous.org/sp_gso_archives.cfm

² Los entrevistados hicieron referencia especialmente a dos modelos de comunidad terapéutica: DAYTOP, desarrollado en Estados Unidos y el Proyecto Hombre, que se desarrolló en Italia.

³ En este aspecto, las comunidades terapéuticas retoman la idea que la subjetividad se establece a partir de los vínculos con personas significativas, especialmente durante la primera infancia, en un proceso conocido como socialización primaria. Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede advertir que las experiencias de re-conversión se reproducen una situación análoga a la de la niñez, en la medida en que la subjetividad entra en crisis y se vive una situación de fuerte dependencia emocional (19).

para salir de problemas, los padres que los hacen zafar de pequeñas cosas que bueno, que eso en vez de haberlos ayudado que se vayan responsabilizándose de sus vidas, y bueno 'porque es chiquito, por eso, por lo otro', y llegan a la adolescencia y quieren que les hagan todo y esto ya está. (...) Se juntan con quien se identifican, se identifican en un consumo o en (algo) delictivo. Ya está (operadora terapéutica, CT, 42 años).

Como se puede observar en el párrafo anterior, se entiende desde algunas perspectivas que la personalidad adictiva sería el emergente de una familia disfuncional, con dificultades para poner límites. La "adicción" habría comenzado antes del contacto con las drogas y podría extenderse más allá de haber logrado la abstinencia.

La explicación sobre la adicción como el resultado de fallas en la estructuración de la personalidad, contribuye a mantener la representación social sobre los usuarios de drogas como personas irresponsables.

Pero, a diferencia del discurso psiquiátrico tradicional, la "peligrosidad" no se sitúa en la sustancia sino en el usuario, que podría comportarse inadecuadamente aunque no se encuentre bajo los efectos de las drogas.

Al no comportarse como una persona responsable, se considera que el adicto es "como si fuera un niño" al que es necesario poner límites, reeducar. Por esta vía, se justifica la obligatoriedad del tratamiento, ya que un niño no puede "elegir" cuidar o no de su salud.

- *Empiezan a agregar a su vocabulario la palabra NO, el NO es una de las cosas que el adicto no tiene. Es como que de alguna manera todos los grupos de adictos se han quedado en la parte adolescente, y esa parte adolescente no les permite crecer. Y acá tienen que empezar a crecer, tengan la edad que tengan (operador terapéutico, CT, 49 años).*

Las comunidades terapéuticas, en general, intentan *resocializar* a los sujetos, brindando un nuevo grupo de pertenencia donde aprender a vivir "libre de drogas", pudiendo incorporar a las familias en el proceso de atención. Diferentes entrevistados, mencionan que los

tratamientos se dirigen a que los sujetos puedan modificar "sus mecanismos defensivos", desarrollando otros modos de relacionarse con el mundo.

- *El slogan es, "entrás...", igual que los varones pero en las mujeres es, "entrás como un cachivache y tenés que salir como una señorita, de acá." Con valores, con esto, con lo otro. Bueno. Al venir las chicas [los chicos también] vienen con... bueno, muchas de estar en situación de calle, de prostitución este... están a veces bajo un proxeneta y... son chicas de 15, 16, 17 años ¡eh!, que después hay que reconstruir un montón de cosas (psicólogo, comunidad terapéutica, 50 años, grupo de discusión).*

Esa "reconstrucción" operaría a través de la provisión de un ambiente "saludable" y de alguna forma "controlado" o "estructurado". No es la única mediación para lograr la re-construcción subjetiva, pero sí es recurrente en las entrevistas el énfasis en la construcción y/u ofrecimiento de un ambiente externo propicio -como tal, diferente al cotidiano- que facilite la cura.

- *Porque la comunidad terapéutica tiene esa cosa de la burbuja. Por ejemplo: dicen de esta persona "vive en la villa de emergencia". "No, ¿cómo va a vivir ahí si se quiere rehabilitar?". Entonces: un año, dos años lo que sea de internación en comunidad terapéutica ¿después que hacemos? (psicólogo, admisión y clínica individual en obra social, 41 años).*
- *Porque el pibe sale de acá con todo un concepto de enfermedad, ponele que sea el tipo más obediente del mundo, sale a la calle, se deja de encontrar con los amigos que se drogan, deja de encontrarse con los compañeros de consumo, encuentra nuevas amistades, se pone a estudiar, sale una noche a bailar y lo primero que va a encontrar en una noche de baile o de joda, va a ser whisky, va a ser alcohol, va a ser gente que se droga en los baños... ¿Cómo lo sacás a un pibe de ese contexto si en este momento todo ese contexto está enfermo? (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 36 años).*



Como contrapartida a este “contexto enfermo” observamos que se reitera en las entrevistas la analogía de la organización de las comunidades terapéuticas con las de una “familia”. Los siguientes fragmentos de entrevistas expresan la necesidad de sustitución-corrección de algunas figuras institucionales como podrían ser las figuras parentales o las amistades, diferenciando el contexto institucional de esos otros del “afuera”. En algunas ocasiones las medidas implementadas recuerdan a la idea decimonónica del tratamiento moral para los llamados “alienados mentales”, mediante el cual se pretendía modificar un modo de vida controlando su ambiente en una institución especial donde el “alienado” era sometido a una disciplina severa y paternal¹.

- *Y la idea es que sea como una especie de convivencia, lo más parecido a un ámbito familiar y que todas las actividades estén puestas fuera, van a la escuela afuera, el tema de la salud se atiende afuera. No es un internado digamos (trabajador social, hospital general, 42 años).*
- *(E: ¿Y por qué decís que es valorado para el que está consumiendo esto de que los operadores terapéuticos se presenten como “ex...” [adicto]?) Es un modelo identificatorio. Que, tal vez, no lo han podido conseguir con la familia. (...) Toda persona necesita un modelo identificatorio. Siendo adicto o no siendo adicto (operador terapéutico, comunidad terapéutica, 32 años).*

El objetivo de esta “reestructuración externa” sería generar la posibilidad de que el sujeto tome responsabilidades.

- *Si salís a la calle y tenías que volver a las 9 pero volviste 9.30, alguien te va a confrontar porque no fuiste responsable ni cumplís con tus objetivos. Si haces algo que dañe a otro en algún lado te tenés que hacer cargo. No pasa por castigar sino para responsabilizarlo y hacer algo con eso. Es todo una estructura la que tratamos de instalar en los*

chicos... y en el equipo también (risas) (operador socioterapéutico, comunidad terapéutica, 40 años).

En los fragmentos citados de entrevistas y/o grupos de discusión se puede observar el cariz de tutelaje y de reeducación que revisten las diversas tentativas de tratamiento. Cabe aclarar que en general éstas persiguen el objetivo de lograr la abstinencia de todo consumo, para lo cual se ven llevadas a “instalar estructuras”, rectificar o proveer “modelos identificatorios” que se presumen más adecuados que aquellos que puedan poseer los usuarios de drogas. Por la misma razón, se actúa sobre el entorno familiar proveyendo contextos que faciliten tales procesos de re-estructuración.

Para los entrevistados que trabajaban en la comunidad terapéutica, la irresponsabilidad es una de las características de la personalidad de los usuarios. Pero en este modelo, la personalidad no es inmodificable, de modo tal que adquirir la capacidad de responder por los propios actos (“hacerse cargo”) constituye uno de los ejes del tratamiento.

Reflexiones finales

Las posiciones sobre la responsabilidad de los usuarios de drogas oscilan entre la culpabilización y la des-responsabilización. Tanto el inicio como el uso ocasional de drogas se asocia más frecuentemente con la posibilidad de un control responsable de la propia práctica. Pero el consumo frecuente y en altas dosis (clasificado como abuso o como adicción) se asocia a una pérdida de responsabilidad.

Sin embargo, existen distintas maneras de concebir el pasaje del uso ocasional al problemático, lo que constituye una fuente de diferenciación discursiva entre los entrevistados. Muy esquemáticamente, podemos distinguir enfoques que se centran en la “peligrosidad de la sustancia”, otros que enfatizan las “fallas de la personalidad” y otros “el ambiente enfermo”.

¹ Paul Bercherie (20) Cf. Cap I sobre Pinel: «Aún una vez más la ideología funda la teoría, en particular el sensualismo por el cual (...) explica el origen de las ideas y en el que funda su confianza en la maleabilidad y, por ende, en la perfectibilidad de la mente humana. Los contenidos de la mente dependen de las percepciones y de las sensaciones y mo.

Estas diferencias -no excluyentes- operan en la construcción de los dispositivos de atención: la importancia dada a la sustancia y al contexto enfermo, vuelve plausible el aislamiento del usuario en dispositivos de encierro y los tratamientos basados en la medicación mientras que si el acento está colocado en la estructura de la personalidad, es posible que el objetivo sea re-socializar a los sujetos.

Otra fuente de diferenciación es la consideración del carácter del uso de drogas: si éste se considera incurable, se ontologiza el “ser adicto” y se espera que éste acepte su *rol de enfermo*. En cambio, si se piensa que es posible lograr la cura, se considera viable direccionar el proceso de cambio. Cabe aclarar que estas diferencias se combinan tanto en la concepción de la problemática como en el diseño de los dispositivos de atención.

Finalmente, podemos señalar que algunos entrevistados cuestionaron la concepción de los

usuarios de drogas como sujetos irresponsables, aunque su consumo pudiera ser clasificado como “adictivo”. Al respecto, resulta importante tener en cuenta que la capacidad de apropiarse de los propios actos forma parte de la sociabilidad de los sujetos. Como dice Mendel (21), existe una “fuerza de carácter antropológico que se expresa de manera no consciente dentro de la dimensión psíquica y que incita al sujeto a apropiarse del acto voluntario y consciente que realiza, de la actividad, de la acción que desarrolla. Ese movimiento apunta a dos objetivos: la apropiación del control del proceso del acto y apropiación de los efectos del acto”. Para el autor, el movimiento de apropiación del acto es una búsqueda de poder por parte de los sujetos sobre el proceso y los efectos de sus actos. Siguiendo esta idea, es posible decir que negar la capacidad de apropiarse de los actos a una cierta categoría de sujetos (como los usuarios de drogas) podría ser altamente desobjetivante.

Correspondencia:

Araceli Galante

Lic. en Trabajo Social. Integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales UBA.
Corrientes 2548, 2ºD- (1046) Buenos Aires, Argentina • correo electrónico: araceligalante@gmail.com.
Teléfono: (54 11) 4954 - 7272 • Fax: (54 11) 4954 - 1333 • www.intercambios.org.ar

Resto de autoras:

María Pía Pawlowicz

Lic. en Psicología - UBA. Mgter. Salud y Cs. Sociales CEDES-FLACSO. Integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología UBA. Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai/New York State/Argentina HIV Prevention) • correo electrónico: mariapiapawlowicz@hotmail.com

Daniel Moreno

Lic. en Psicología - UBA. Integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente de la Facultad de Psicología UBA • correo electrónico: danielmoreno.gm@gmail.com

Diana Rossi

Lic. en Trabajo Social. Especialista en problemáticas Sociales Infanto Juveniles. Coordinadora del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA • correo electrónico: drossi@intercambios.org.ar

Graciela Touzé

Lic. en Trabajo Social. Especialista en Ciencias Sociales y Salud. Presidenta de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA • correo electrónico: gratouze@intercambios.org.ar



Referencias bibliográficas

1. Touzé, G. (org.) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil -Federación Internacional de Universidades Católicas; 2006.
2. Foucault, M. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". En: *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OPS; 1978.
3. Galende, E. *Psicoanálisis y salud mental*, Buenos Aires: Paidós; 1990.
4. Nédez, E.: *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
5. Parsons, T. *El sistema social*. Madrid: Alianza (Traducción del original en inglés The social system. New York: Free Press, 1951); 1982.
6. Ley 23. 737. Régimen Penal de Estupefacientes; 1989. Argentina.
7. Corte Suprema de Justicia. Fallo "Arriola"; 2009. Argentina.
8. Efrón, R. "Consideraciones sobre los adolescentes y la responsabilidad", Mimeo, Buenos Aires; 2005.
9. Agamben, G. *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*. Homo Sacer III. Valencia, España: Pre-textos; 2000.
10. Llambías, J.J. *Tratado de Derecho Civil. Parte General. Tomo II, Personas Jurídicas, Bienes, Hechos y actos jurídicos*. Buenos Aires: Editorial Perrot; 2007.
11. Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*". México: Fondo de Cultura Económica; 1967.
12. Castel, R. *Las metamorfosis de la cuestión social- Una crónica del salariado*, Buenos Aires: Editorial Paidós; 1997.
13. Alberdi, J. M. *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*". Rosario: UNR Editora; 2003.
14. Gorman, E. *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu: Buenos Aires; 1985.
15. Galante, A.; Pawlowicz, M. P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Recchi, J. et al. "Representaciones sociales, sobre el uso y los usuarios de drogas de los especialistas que trabajan en instituciones asistenciales dedicadas al problema drogas". En: CD ROM de las II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales "Representaciones sociales, minorías activas y memoria social", Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, UNQUI, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires; 2007.
16. Centro de Estudios Legales y Sociales/Mental Disability Rights International: *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires; 2009.
17. Fiorentine, R. y Hillhouse, M. "Tratamiento por drogas y participación en un programa de Docepasos: los efectos aditivos de la integración de actividades en la recuperación". RET, *Revista de Toxicomanías*. Nº. 30; 2002.
18. Kort, E. "Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas". Accesible en: www.adicciones.org.mx/un_modelo_de_tratamiento_para_la_dependencia_de_alcohol_y_drogas.php
19. Berger, P. y Luckman, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 1968.
20. Bercherie, P. *Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Manantial; 1986.
21. Mendel, G. *La sociedad no es una familia*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1993.

• Recibido: 2-12-2009.