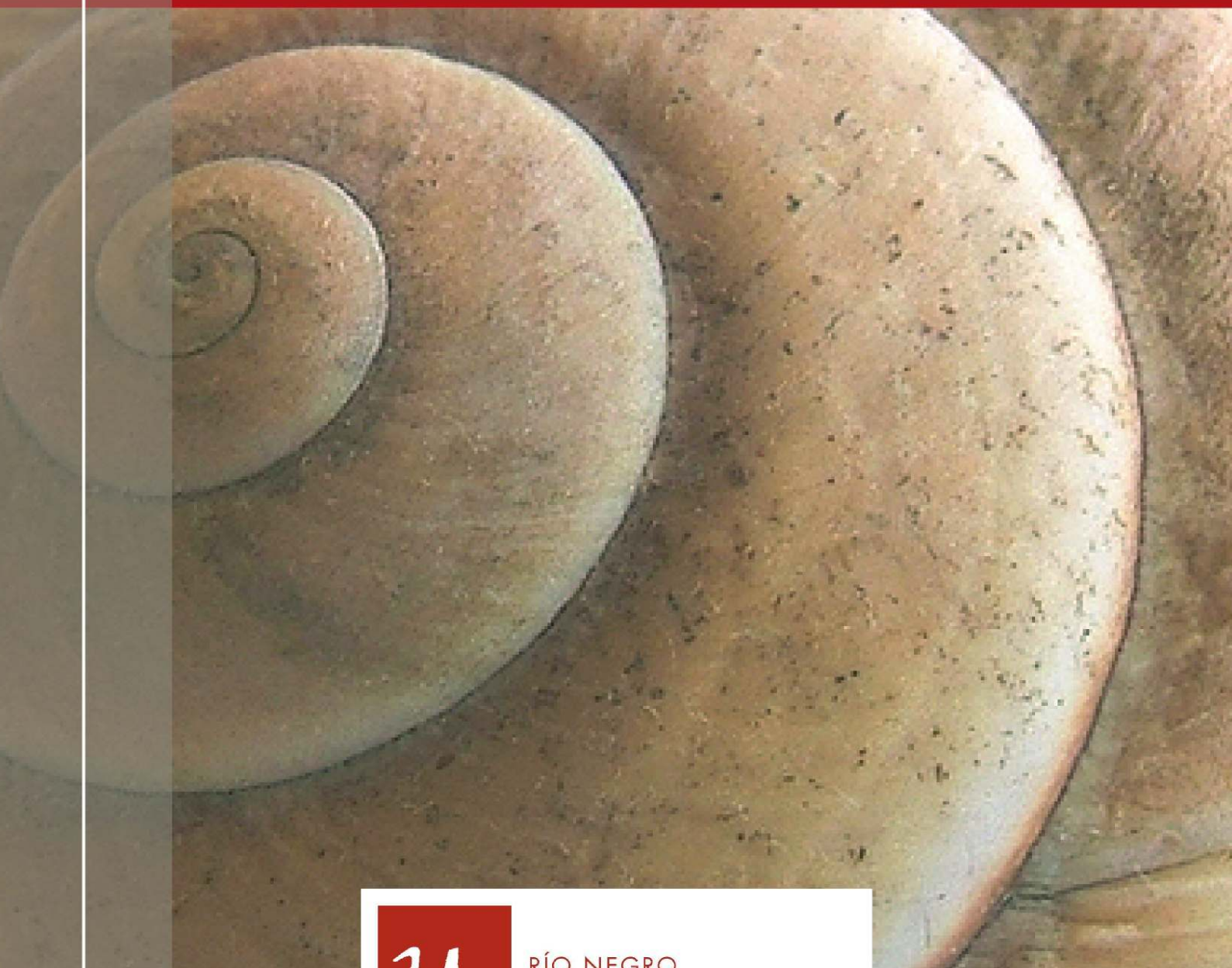


De la agencia social a la salud colectiva

Transitando un camino interdisciplinario
junto a personas que viven
con enfermedades crónicas



RÍO NEGRO
UNIVERSIDAD NACIONAL



Colección Congresos y Jornadas

**De la agencia social
a la salud colectiva**



De la agencia social a la salud colectiva

**Transitando un camino interdisciplinario
junto a personas que viven con enfermedades crónicas**

Ana Domínguez Mon
Serena Perner
Soledad Pérez

Simposio Nacional
Del padecimiento a la agencia social:
personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana

San Carlos de Bariloche, 2012

Domínguez Mon, Ana

De la agencia social a la salud colectiva : Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas / Ana Domínguez Mon ; Soledad Pérez ; Perner Serena. - 1a ed. - Viedma : Universidad Nacional de Río Negro, 2014.

E-Book.

ISBN 978-987-3667-01-5

1. Salud Pública. I. Pérez, Soledad II. Serena, Perner

CDD 613

© 2014, Universidad Nacional de Río Negro

<http://www.unrn.edu.ar>

publicaciones@unrn.edu.ar

© 2014, Ana Domínguez Mon, Serena Perner, Soledad Pérez

Foto de tapa: Sea snail shell, de Pam Roth (<http://www.sxc.hu/profile/Bubbels>)

Diseño y maquetación: Ignacio J. Artola / Gastón Ferreyra

Este libro se realizó con software libre en entorno GNU/Linux: Sigil, LibreOffice, Inkscape, Gimp.

Para la composición se utilizaron las fuentes tipográficas: Source San Pro y Gentium.



LIBRO
UNIVERSITARIO
ARGENTINO



Usted es libre de: Compartir – copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente esta obra bajo las condiciones siguientes:

- **Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciente (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).
- **No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin Obras Derivadas** — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
Licencia Creative Commons Reconocimiento–NoComercial–SinObrasDerivada 2.5 Argentina.

Índice

Enmarcando un encuentro interdisciplinario sobre agencia social y salud colectiva.....	11
Organización de la obra.....	25

Parte I: Instituciones, agencia social y salud colectiva

¿Existe la cronicidad en salud mental? Revisión desde la perspectiva de Derechos Humanos. <i>Roxana Amendolaro</i>	29
Promoción de la salud y cuidado en San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina. <i>Paula Estrella</i>	45
El abordaje del niño con parálisis cerebral: volviendo al paradigma del cuidado. <i>Alejandro Nespral</i>	61
Cronicidad, experiencia y subjetividad. Consideraciones en el tratamiento discursivo del cáncer <i>Leila Martina Passerino</i>	73
Usos de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas <i>María Pía Pawlowicz; Araceli Galante; Diana Rossi; Paula Goltzman; Graciela Touzé</i>	91
Necesidades, tiempos y decisiones: El tratamiento psicológico como forma de abordaje de la violencia familiar en el sector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. <i>María Julia Rosas</i>	111
Diversidad en salud. Dificultades y oportunidades. <i>José María Ali-Bouchoud</i>	125
¿Quiénes son los “anormales” dentro de una institución psiquiátrica? Una reinterpretación émica del modelo biomédico. <i>Silvia Balzano</i>	137
Abordaje de la Diabetes entre los años 1980 y 2010: transformaciones y medicalización del cotidiano <i>Serena Perner</i>	153
Las prácticas integrativas en el proceso de cuidados de las personas en la atención pública: el caso de la armonización IVI y la acupuntura en el Hospital de El Bolsón, Río Negro, 2013 <i>María Fernanda Guillamon; Néstor Marcelo Ríos, Juan Pablo Ali Bouchoud</i>	175
En torno a la hidatidosis: las condiciones de vida, la indiferencia y la violencia en la estepa sur patagónica argentina. <i>María Paula Caruso</i>	195
Camino abierto.....	213
Grupo A.M.A.R Bariloche.....	215
Grupo Unelen.....	217

Parte II. Grupos y redes: de la agencia social a la salud colectiva

Valoración desde la perspectiva de los usuarios, de un dispositivo de psicoeducación en diabetes elaborado e implementado en el Centro de Salud Nº 10 “Barrio Esperanza” (San Martín, Buenos Aires) <i>Sebastián Rubén Peresin</i>	223
Cronicidad e incertidumbre en el proyecto de vida. El caso de los enfermos diabéticos <i>Liliana Cora Saslavski</i>	243
Capacidad de agencia en salud a partir del uso de las Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación <i>Patricia Schwarz</i>	259
Encuentros de Educación para pacientes con Diabetes: Experiencia del Grupo Diabetes Bariloche <i>Rosario Puente Olivera</i>	273
Redes sociales y desigualdad. El caso de las redes virtuales de personas que viven con enfermedades crónicas (PVEC). <i>Ana Domínguez Mon; Magdalena Camejo; María Paula Caruso</i>	281
Trabajar en redes. <i>Mario Róvere</i>	301
No está loco quien pelea. El Brote.....	311
El faro del alma.....	321
Anexos	
Anexo 1: El simposio a través de la cámara.....	327
Anexo 2: Cronograma del simposio.....	337
Anexo 3: Premio Red Gobierno Abierto.....	339

Usos de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas

Drug use, suffering and trajectories in specialist's social representations.

Pawlowicz, María Pía^{1,3}; Galante, Araceli^{1,2}; Diana Rossi^{1,2}; Paula Goltzman^{1,2}; Graciela Touzé^{1,2}

Pawlowicz, María Pía: Lic. en Psicología (UBA), Mgter. Ciencias Sociales y Salud (FLACSO- CEDES), investigadora en Intercambios Asociación Civil. Docente de la Universidad Nacional de Moreno, y docente-investigadora de la Facultad de Psicología de la UBA.
mariapiapawlowicz@hotmail.com

Galante, Araceli: Trabajadora (UBA), doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA. Investigadora en Intercambios Asoc. Civil. Docente de la Facultad de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
araceligalante@gmail.com

Rossi, Diana: Trabajadora Social y Especialista en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles (UBA), coordinadora del área de Investigación de Intercambios Asoc. Civil y docente-investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
drossi@sociales.uba.ar

Goltzman, Paula Marcela: Trabajadora Social (UBA), coordinadora del Área de Intervención de Intercambios Asoc. Civil. Docente de la Universidad Nacional de Moreno, y docente-investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
paulagoltzman@intercambios.org.ar

Touzé, Graciela: Trabajadora Social (UBA). Especialista en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO-CEDES). Presidenta de Intercambios Asociación Civil. Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
gratouze@intercambios.org.ar

Pertenencia institucional

¹ Intercambios Asociación Civil; y Proyecto de cooperación universitario internacional: “Estudios sobre las Políticas y las Prácticas en materia de Toxicomanías”. Federación Internacional de Universidades Católicas.

² UBACyT 20020100101021 “Políticas públicas de control de drogas en América Latina” Programación 2011-14. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

³ Fogarty International Training and Research AITRP Grant # D43 TW1037 (Mount Sinai School of Medicine / New York State / Argentina HIV Prevention).

Resumen

Diversos especialistas participan en dispositivos de atención para usuarios de drogas, tales como hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas (CT), grupos con orientación religiosa y programas de Doce Pasos, entre otros. Sus prácticas no sólo están guiadas por una serie de teorías y técnicas, sino que se imbrican, no sin contradicciones, con las representaciones sociales del uso de drogas. El objetivo de este trabajo es analizar las narrativas de especialistas de diversos dispositivos de atención en drogas sobre los padecimientos que pudiesen estar vinculados y las trayectorias de los sujetos. Los materiales analizados forman parte de un estudio descriptivo y cualitativo, en el que se realizaron entrevistas abiertas con guías de pautas a especialistas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. Se involucró a 50 especialistas con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria a usuarios de drogas. La muestra fue no probabilística e intencional. El trabajo de campo se realizó en 2006 y 2007. Se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad. Estas reflexiones acerca de los dispositivos de atención toman relevancia en el marco del debate sobre la reforma de las políticas de drogas que busca evitar la criminalización del consumo. La reforma desafía a otras áreas como Salud y Salud Mental a transformar sus respuestas para que sean acordes a los procesos legales de ampliación de derechos para los usuarios de drogas, tal como estipula la Ley de Salud Mental promulgada en 2010.

Palabras clave: uso de drogas, representaciones sociales, trayectorias.

Abstract

Different specialists are involved in health care services for drug users such as psychiatric hospitals, therapeutic communities (TC), groups with religious orientation and twelve steps programs, among others. Their practices are not only guided by a series of theories and techniques, but they are intertwined, not without contradictions, with social representations about the use of drugs. The objective of this work is to analyze narratives of specialists from various health care services about drug use, the suffering that could be linked to it and the trajectories of drug users. The analyzed materials are part of a descriptive and qualitative study, in which open interviews were administered, as well as interviews with key informants and focus groups. The study involved 50 specialists with and without academic training that participated in different health care institutions for drug uses. The sample was non probabilistic and intentional. The field work was carried out in 2006 and 2007. An informed consent was used, ensuring anonymity and confidentiality. These reflections about health care services for drug users are relevant within the framework of the debate on drug policy reform which seeks to prevent the criminalization of consumption. Reform challenges other areas such as Health and Mental Health to transform their responses so that they are consistent with the legal processes expanding rights to drug users, as provided by the law on Mental Health enacted in 2010.

Key words: Drug use, Social representations, Trajectories.

Introducción. El enfoque de la cronicidad en el uso problemático de drogas

En el marco de un Simposio en el que la reflexión recorre las problemáticas vinculadas a las llamadas “enfermedades crónicas” y cómo se produce el pasaje “del padecimiento a la agencia social”, nos preguntamos qué implica que algunos especialistas consideren el uso problemático de drogas como una enfermedad crónica.

Las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta e incluyen enfermedades respiratorias, diabetes, cáncer, infartos y enfermedades cardíacas, entre otras. A nivel mundial, provocaron en 2008 el 63% de las muertes (OMS, 2013).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son padecimientos por lo general evitables, con mayor prevalencia en los países desarrollados que actualmente están siendo también relevantes en los países periféricos (Durán, 2008).

Las enfermedades crónicas “son afecciones características de nuestro tiempo. Como padecimientos, suponen incertidumbre y no linealidad de ocurrencia; comprometen la duración y la gestión de tiempos biológicos y sociales de las personas, así como a todas las esferas de su vida social y requieren de negociaciones entre todos los actores involucrados. (...) Constituyen un desafío al poder y al conocimiento médico hegemónico, interpelando su saber y cuestionando su rol “curador”, convirtiendo al médico en acompañante del proceso” (Domínguez Mon y otras, 2012:12).

Entre quienes asisten a personas por uso de drogas se reiteran ideas tales como: “camino de ida”, el pasaje de una a otra sustancia tipo “carrera de consumo”, o la representación social “con estos chicos no se puede hacer nada”, que nos plantean cuestiones vinculadas a la temporalidad y el cambio ¿Cómo distinguir y analizar estas concepciones en las que se entremezclan teorías científicas y representaciones sociales sobre los consumos de drogas y el modo en que los sujetos se han vinculado a las drogas a lo largo del tiempo?

Los saberes: teorías científicas y representaciones sociales en el marco de las formas socio–históricas del daño

El clima de época marca los modos de construcción socio–simbólica de los padecimientos (Galende, 1990). Los saberes que circulan socialmente sobre los usos de drogas y el modo en que se configuran como problemas de salud, se producen en un tiempo histórico y en una cultura determinada que moldea y normativiza las formas de padecimiento mental y sus respuestas sociales. A su vez, establecen marcos de referencia para la constitución subjetiva tanto de los especialistas como de los usuarios en las instituciones.

Las teorías reproducidas por los especialistas involucrados en un proceso socio–histórico determinado transforman el problema que describen ya que se produce un discurso con efectos de poder sobre los conjuntos sociales involucrados en el proceso–salud–enfermedad–atención. Especialmente, “legitiman un poder de los técnicos sobre los sujetos considerados enfermos” (Galende, 1990:89–94).

En cada clima de época, las teorías y técnicas que guían las prácticas de los especialistas y forman parte del acervo de los saberes científicos se imbrican con las representaciones sociales acerca del uso de drogas. En las concepciones de los especialistas conviven, no sin contradicciones, referencias teóricas con basamento científico con esas otras creencias basadas más en las propias experiencias y los saberes populares.

Jodelet, (1986: 472) define las representaciones sociales como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos”. Moscovici conceptualiza las representaciones sociales como una modalidad particular de conocimiento, o más específicamente: “teorías de las ciencias colectivas sui generis, destinadas a interpretar y construir lo real”. Se encuentran en la intersección de procesos subjetivos y colectivos, son dinámicas y plásticas, y “traducen la relación de un grupo con un objeto socialmente valorizado” (Moscovici, 1961:42). Proceso a través del que las teorías científicas se convierten reapropiándose y transformándose en instrumentos de comunicación en el marco de las relaciones cotidianas. “Circulan, se cruzan, se cristalizan” (Moscovici, 1961:27).

Las representaciones sociales del uso de drogas tienen efectos en las formas de organizar los dispositivos de atención, así como en las relaciones cotidianas de los especialistas con los usuarios de drogas, más allá de la formación disciplinaria de cada cual. Nos preguntamos si de algún modo la configuración de estas representaciones sociales varía según el dispositivo de atención.

Siguiendo esa línea, el análisis de las narrativas de especialistas de diversos dispositivos de atención acerca de los usos de drogas, permitirá elucidar las lógicas de los dispositivos en el campo heterogéneo y mixturado de las respuestas sanitarias. Nos detendremos en precisar a qué llamamos dispositivo en su relación con las instituciones.

Multiplicidad de dispositivos de atención e inscripción institucional

El panorama de las formas de atención para sujetos con uso problemático de drogas nos muestra una diversidad de dispositivos que van desde las propuestas ambulatorias a la internación; desde tratamientos individuales o familiares, a grupales o institucionales; del uso de terapias cognitivas a las distintas corrientes teóricas de la clínica psicoanalítica, pasando por los enfoques sistémicos y los gestálticos y la psicofarmacología, entre otros.

Sin embargo, como señaláramos en otros trabajos (Galante y otros, 2006; Pawlowicz y otros, 2011) la heterogeneidad no es privativa de la asistencia por uso de drogas sino que el propio campo de la salud en general es heterogéneo y fragmentado. A su vez, al ubicar la atención por uso de drogas en el ámbito de la salud mental, se multiplican las especificidades. Galende señala que el campo de la salud mental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del daño mental y una diversidad de abordajes que no siempre cuentan con una fundamentación teórica sólida. Señala este autor lo siguiente: “Notablemente, cada una de las concepciones con sus tratamientos y modelos de asistencia, no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, tiende más bien a configurarse como totalizante, abarcativa, por lo que la

coexistencia con otras concepciones mantiene abierta la polémica y la lucha por cierta hegemonía” (Galende, 1990:15–16).

Focalizar en los dispositivos como nivel de análisis permite distinguir formas identificables de estructurar prácticas, saberes, y disciplinas específicas. Pero ¿a qué nos referimos con el término: dispositivos? Desde una perspectiva foucaultiana, Márquez⁶³ (1995) los define como formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia. 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. Por lo tanto, en una misma institución pueden coexistir distintos dispositivos como, por ejemplo, grupos de reflexión, actividades de tipo ambulatorio y/o sistemas de internación (Pawlowicz y otros, 2008).

Al mismo tiempo las lógicas de cada dispositivo se construyen de acuerdo a las características centrales de cada institución. La inserción institucional afecta a los dispositivos y constituye una marca que los atraviesa dándoles un cariz particular. Las instituciones proporcionan representaciones comunes y matrices identificatorias para los sujetos que participan en ellas de modo tal que “producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales, integran a los usuarios dentro del sistema total” (Lourau, 1988:13). El tipo de institución marca así una impronta que implica un encuadre particular, a nivel simbólico y normativo, en el cual se actualizan imaginarios y mitos⁶⁴.

Objetivo y metodología

A partir de este desarrollo, nos preguntamos de qué modo se articulan las representaciones sociales y las teorías científicas acerca de los usos de drogas. ¿Qué implica que algunas perspectivas consideren el uso problemático de drogas como una enfermedad crónica? ¿Qué estatuto tiene el cambio y la historia del sujeto con las sustancias y los tratamientos?

¿Qué implicancias tiene concebir la “adicción” como una situación de la que los sujetos no pueden recuperarse?

Nos proponemos discutir estos interrogantes a través del análisis de las narrativas de especialistas de diversos dispositivos de atención.

Los materiales analizados forman parte de un estudio descriptivo y cualitativo, realizado entre 2005 y 2009. El objetivo de la investigación fue describir las características de los dispositivos destinados a la atención de la salud/enfermedad de los usuarios de drogas en el Gran Buenos Aires⁶⁵.

Se involucró a 50 especialistas con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria para usuarios de drogas. Cuando nos referimos a especialistas retomamos la definición amplia de Menéndez (1990) que considera como tal a los sujetos

⁶³ Citada en un trabajo de Silberberg y otros (2005).

⁶⁴ Por ejemplo, no es lo mismo el dispositivo de Doce Pasos en el marco de un hospital general, que en un hospital psiquiátrico, en una sociedad de fomento barrial, o en una iglesia.

⁶⁵ 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 y 24 municipios de la Provincia de Buenos Aires, que la circundan.

que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Se trate de médicos o psicólogos, agentes sanitarios, operadores socioterapéuticos (OST), talleristas, curanderos y hasta el mismo par de la red del sujeto que a partir de su experiencia suele ser un referente en lo que a cuidados se refiere y puede cumplir funciones sociales de “curador”⁶⁶.

Se administraron entrevistas abiertas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo. En todos los casos se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad.

La muestra fue no probabilística e intencional. Estuvo conformada por especialistas cuya media de edad fue de 44 años. 18 eran mujeres y 32 varones. Aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud y muchos de ellos (70%) ejercían funciones jerárquicas.

La antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años. Más de la mitad tenía experiencia laboral previa en instituciones similares. Aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud (14 psicólogos, 6 psiquiatras, 4 trabajadores sociales, 1 socióloga y 1 enfermero). De la otra mitad de la muestra, 14 especialistas se definieron como operadores socioterapéuticos (OST) y 9 como servidores. Pertenecían a diversos dispositivos entre los que distinguimos: hospitales psiquiátricos, programas de Doce Pasos, grupos con orientación religiosa y comunidades terapéuticas.

Para el análisis de los datos, se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las características de los dispositivos (páginas Web institucionales, artículos y presentaciones en Jornadas). Por medio de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó utilizando un software para el análisis cualitativo de los datos con la modalidad de análisis del discurso que distingue regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

Resultados

A partir de la pregunta de cómo se conciben los usos de drogas y las trayectorias de los sujetos, recorremos algunos dispositivos buscando dar cuenta de estos interrogantes⁶⁷.

Presentaremos el análisis de acuerdo a los tipos de dispositivos⁶⁸. En esa diversidad tan heterogénea y mixturada de prácticas, técnicas, especialistas, instituciones, teorías y representaciones socia-

⁶⁶ El reconocimiento institucional otorgado a los especialistas y la acreditación (Menéndez, 1990) que los Estados implementan instituye legalmente las incumbencias para la atención de determinado espectro de daños. Estas habilitaciones que delimitan funciones e intervenciones forman parte de las respuestas adoptadas por cada colectivo social que son condicionadas por las formas de simbolizar el daño según la época y la cultura.

⁶⁷ Se seleccionan para este trabajo algunos temas para el análisis y la discusión que lejos están de agotar la compleja configuración de las representaciones sociales y sus relaciones con los marcos conceptuales. También hay que aclarar que las posiciones de los especialistas entrevistados son diversas y que no se pretende generalizar estos resultados para todos los especialistas del campo.

⁶⁸ Esta descripción retoma la que el equipo de Intercambios realizó en Pawlowicz y otros (2011).

les ¿con qué criterios distinguir los dispositivos entre sí? Largas discusiones nos llevaron a tomar un criterio posible basado en la distinción de diferentes modelos de atención que postula Eduardo Menéndez (1990) y que permite interpretar diferentes saberes y prácticas acerca de los procesos de salud-enfermedad-atención. Por supuesto, nuestra exposición no agota de ningún modo el amplio y complejo espectro de dispositivos, pero sí permite deslindar ciertos nudos problemáticos.

Entonces desarrollaremos las principales formas en que los especialistas conciben los usos y trayectorias de consumo de drogas, incluyendo representaciones sociales y algunas conceptualizaciones teóricas, según sean dispositivos propios de uno u otro modelo de atención. Para ello seleccionamos dispositivos propios de los hospitales psiquiátricos, las comunidades terapéuticas y los programas de Doce Pasos.

Categorías clave en el modelo biomédico

Comenzaremos por algunas coordenadas que organizan las concepciones sobre el uso de drogas en el modelo biomédico que luego son transformadas y re-apropiadas en su migración a otros modelos.

La importancia del modelo biomédico se basa principalmente en la hegemonía que mantiene en relación con otros modelos, por eso mismo Menéndez lo ha denominado Modelo Médico Hegemónico. Entre los pilares en los que se apoya se distinguen: la identificación ideológica con la racionalidad científica, el sostenimiento de prácticas principalmente individuales, y la eficacia pragmática orientada a la curación y a los factores biológicos (Menéndez, 1990). El modelo biomédico permea la formación académica de los trabajadores de la salud, y se centra en el control de los aspectos biológicos de los padecimientos.

En el campo de la Salud Mental el dispositivo paradigmático del modelo biomédico es el hospital psiquiátrico. Y, específicamente en la atención por drogas, los especialistas más presentes son los psiquiatras y los psicólogos. El modelo biomédico atraviesa las prácticas y saberes de las distintas disciplinas que participan de las instituciones de salud y que son fuertemente influidas por estas matrices teóricas e ideológicas. Tal es así que en la psicología, específicamente, se ha descrito (Scaglia, Lodieu y Santos, 2006) un Modelo Psicológico Psicoanalítico Hegemónico con importante presencia en nuestro medio -Buenos Aires- por el que se identifica a la práctica del psicólogo principalmente como clínica, psicoanalítica, asistencial individual y en el ámbito del consultorio privado. Esta identificación opera invisibilizando otras teorías e intervenciones del campo psi.

Implicaciones de la clásica distinción entre uso, abuso y dependencia

A nivel de las concepciones, el modelo biomédico en la atención por uso de drogas se centra en los efectos perjudiciales que determinadas sustancias pueden tener sobre el cuerpo, y se focaliza en los efectos neurológicos y sus consecuencias.

En esa línea, la mayoría de los entrevistados hizo referencia a las alteraciones producidas por la acción de ciertas sustancias sobre el sistema nervioso central de los usuarios, señalando que podían sufrir una “pérdida del control de sus impulsos y de la conciencia”.

“Y en la cancha están preocupados porque en las tribunas están fumando marihuana. Lo cual genera una situación de agresividad. Se pierde el control de los impulsos. Y si se les ocurre pegarle a alguien, es pegarle, pegarle, pegarle. Lo cual significa que no pueden parar. Están tan pasados de drogas, que cuando hablás con este tipo de personas, que manejan así, hinchadas, dicen que no los pueden parar. Ni hablándoles ni pegándoles” (psiquiatra, hospital psiquiátrico, 55 años).

Esta afirmación constituye la piedra angular de un discurso sobre la peligrosidad intrínseca de las drogas, y de quienes las usan como “personas de riesgo”. Se piensa a las personas como expuestas a un peligro, y a su vez como potencialmente peligrosas. En las representaciones sociales se desplaza con frecuencia el atributo (“peligroso”) del objeto–droga al sujeto que la consume. La sustancia y su composición química están en el foco de esta concepción.

Lecturas como estas soslayan los condicionantes económicos, sociales y personales de la situación de los consumidores, y reproducen la lógica del modelo de la clínica de las enfermedades infecciosas, en el que se busca un agente externo al sujeto como principal causante de los padecimientos (Braunstein, 1980).

El ejemplo más claro de esta lectura son las definiciones gnoseográficas presentes en los manuales de Psiquiatría más utilizados en nuestro medio acerca de los problemas asociados al uso de drogas. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV y Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 clasifican los efectos perjudiciales del consumo de drogas definiendo la trayectoria como crónica, y se distinguen clásicamente los trastornos por uso, abuso y dependencia:

“El curso es habitualmente crónico, dura años con períodos de agudización y remisión parcial o total”. Es por eso que “en un sujeto con dependencia de sustancias⁶⁹ en remisión completa las recaídas que cumplan criterios para el abuso de sustancias deben considerarse como dependencia en remisión parcial” (Pichot – DSM IV, 1995:195).

Es importante detenerse en este punto, ya que cuando hablamos de cronicidad nos preguntamos por el transcurrir de los padecimientos a lo largo del tiempo. Según el DSM IV, cuando se nombra a un sujeto como “dependiente” no podría volver a ser clasificado como “abusador”, a pesar de que haya permanecido durante años sin consumir. Esta noción es significativa porque po-

⁶⁹ La dependencia, según el DSM IV consiste en: “un patrón desadaptativo de consumo de 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: 1) Tolerancia: definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado. 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. el síndrome de abstinencia característico de la sustancia. b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretende. 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia. 6) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia” (Pichot – DSM IV, 1995: 186).

dría implicar una suerte de fijación de los sujetos en ese estado “dependiente”, aunque hubieran dejado el consumo de sustancias por varios años.

La progresividad en el modelo biomédico no sólo se vincula con la frecuencia de uso, sino también con el tipo de sustancias utilizadas, cuya toxicidad sería mayor a medida que el sujeto pasara del uso a la dependencia de drogas. A su vez, se considera que se produce un pasaje de un uso regulado y esporádico a un consumo sostenido, en altas dosis que estaría fuera del control de los usuarios.

En el mismo movimiento, las representaciones sociales de los usuarios de drogas tienden a centrarse en un estereotipo de sujeto cada vez menos capaz de controlar sus impulsos y de cuidar de sí o de otros, y por lo tanto más peligroso.

“Carrera adictiva” y la determinación en el concepto de “enfermedad progresiva e irreversible”

Un punto crucial para la discusión es que en algunos relatos ese pasaje del uso al abuso, y luego a la dependencia aparecería como irreversible, en una suerte de “carrera adictiva”. Para la mayoría de los entrevistados que reproducen el modelo biomédico la gravedad de los daños producidos por el consumo sostenido de drogas necesariamente se profundiza con el paso del tiempo, hasta llegar a un estado de profundo deterioro físico, psíquico y social.

La categoría de “carrera adictiva” se basa en la creencia por la cual se considera que el uso de drogas se inicia con alcohol, luego se pasa a otra sustancia como por ejemplo, cannabis, para seguir luego con el uso de cocaína, en una suerte de espiral creciente que terminaría con la muerte.

“Marihuana... (...) esto que es el primer paso para otro tipo de consumo, como puede ser cocaína, pasta base, y depende, claro, del poder adquisitivo de cada persona” (médico psiquiatra, hospital psiquiátrico, 55 años).

La concepción de este “camino de ida”, como se suele llamar, remite a la lógica propia del modelo de la psiquiatría clásica, en el que la enfermedad mental es concebida como un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad en la fase terminal. Esto conduce a acciones preventivas basadas en identificar la enfermedad antes de su pleno desarrollo y efectuar un pronóstico (Braunstein, 1980).

Las descripciones que hacen los especialistas de esta supuesta espiral que sería lineal y en la que se iría incrementando el riesgo, la frecuencia de consumo, daño, aislamiento y la combinación con delitos asociados dan cuenta de una imagen del uso de drogas como una práctica que llevaría a la “destrucción” del usuario. En el siguiente fragmento de una entrevista se observa esta cuestión:

“A medida que una persona va consumiendo, va perdiendo los valores...Y...en la medida que va consumiendo, va perdiendo el sano juicio. Y en la medida que va consumiendo, va, el cuerpo va tolerando el químico y cada vez, para encontrar el efecto deseado, va necesitando más droga. Al principio por ahí va a desaparecer plata de la casa. O, se va a consumir el sueldo. Pero después, esa plata, para poder seguir consumiendo necesita conseguirla de otro lado, y mucha de la gente termina robando. Muchos de los adictos terminan robando” (psicólogo, 55 años, hospital general).

El punto en discusión es que subyace un principio de determinación casi fatalista en esta forma de entender los procesos de salud–enfermedad–atención.

La imagen del usuario de drogas que “camina hacia la destrucción” homogeniza la singularidad y diversidad de las trayectorias de consumo de los usuarios pueden incluir interrupciones, cambios en la frecuencia y modo de utilización, en el tipo de sustancias consumidas y en el significado que los sujetos les atribuyen a sus prácticas (Rossi y Rangugni, 2004).

“Personalidad antisocial”: el estereotipo de los desviados

La cuestión se suele complejizar cuando, como vemos en el fragmento de entrevista presentado se combinan problemas de salud como el uso problemático de drogas con delitos como los robos.

Justamente, a nivel de las representaciones sociales parecieran entramarse la “carrera adictiva” con la “carrera delictiva”, es decir, la progresividad de conductas de tipo delictivo. Es interesante detenerse en este punto. La categoría “carrera delictiva” es motivo de debate también por su carácter supuestamente predictivo de tipo determinista. Kessler (2008) afirma que “en otros países las nuevas evidencias de criminología cuestionan todas las teorías criminológicas, y en gran medida, las políticas que (...) parten de la idea de una suerte de proceso de socialización delincuente incremental por la cual el joven o la joven va entrando en un in crescendo de espiral delictiva, lo cual actúa como predictor de una carrera adulta delincuente (...) Sin embargo, esto está totalmente desmentido por las investigaciones criminológicas longitudinales más rigurosas, que siguieron durante décadas cohortes de jóvenes en Inglaterra y Estados Unidos. Tales estudios muestran que sólo una ínfima parte de los jóvenes que cometen un delito en la adolescencia entablarán una ‘carrera delictiva’ adulta. Esto nos obliga, sin lugar a dudas, a repensar todas las políticas de los considerados ‘jóvenes en riesgo’” (Kessler, 2008: 177).

Parafraseando a Kessler, del mismo modo es claro que no todos los jóvenes que experimenten con una sustancia llegarán indefectiblemente a tener un uso problemático.

En esa supuesta escalada del uso a la dependencia de sustancias, las narrativas de los especialistas entremezclan con frecuencia relatos sobre diversas transgresiones de las normas sociales (como sacar dinero a un pariente, por ejemplo). En esos relatos se observa cómo el delito y la enfermedad comparten zonas grises.

En este tema es frecuente este entrecruzamiento, que no hace más que reproducir la articulación entre los procesos de medicalización⁷⁰ y criminalización de estas prácticas sociales. Este entrecruzamiento es central para comprender la forma en que históricamente se ha inscripto socialmente a los usuarios de drogas “en un proceso que entrecruza dos lógicas: la lógica sanitaria, de cura, y la lógica punitiva, de control” (Touzé, 2006:21).

En las teorías del campo de la salud mental, como las de la psiquiatría clásica por ejemplo, se catalogan ciertos fenómenos sociales y se los considera patológicos por desviarse de las normas

⁷⁰ Los procesos de medicalización de la anormalidad consisten en “la definición y la etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enfermedad, lo que obliga a la clase médica a aportar algún tipo de tratamiento” (Conrad, 1982:130).

sociales instituidas. Estas definiciones teóricas conllevan la prescripción de ciertos tratamientos. Al decir de una psiquiatra entrevistada, es necesario “corregir” esa “psicopatía de fondo”.

La psiquiatría establece procesos de control social entendidos como “los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas, o dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado” (Touzé, 2006:28).

En este sentido, es elocuente el concepto psiquiátrico de “trastorno antisocial de la personalidad” que ha sido utilizado frecuentemente para comprender y tratar las problemáticas ligadas a los usos de drogas, entendidos como “transgresiones de las normas sociales”. El DSM IV (1995) define este trastorno como un “patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás y de las normas sociales” (Pichot – DSM IV, 1995:662). Se produce⁷¹ cuando se cumplen por lo menos tres (o más) de los siguientes ítems: “(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención; (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer; (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro; (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones; (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás; (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas; (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia” (Pichot – DSM IV, 1995:666) y haber sufrido un trastorno de la personalidad disocial durante la infancia.

A lo largo de nuestro estudio, pudimos apreciar cómo la hegemonía del discurso biomédico, se expresaba en el modo en que las categorías psiquiátricas de “carrera adictiva” y “trastorno de la personalidad antisocial” se imbricaban con otras teorías y saberes en construcción de dispositivos (distintos al hospital psiquiátrico) destinados a la atención por uso de drogas.

Las comunidades terapéuticas: dispositivos del modelo alternativo subordinado

Un segundo modelo, subsidiario del biomédico, es el modelo denominado modelo alternativo subordinado (Menéndez, 1990). Este se caracteriza por el hecho de que la eficacia terapéutica es principalmente simbólica y se basa en la sociabilidad. También el autor lo denomina de tipo “popular” o “tradicional” (2009) describiendo que se incluyen tanto a los curadores especializados como brujos, curanderos, espiritistas, así como al papel curativo de figuras como los santos, y actividades religiosas de distintos cultos. En este modelo, los saberes y prácticas populares, tradicionales, suelen integrarse en “transacciones” con los saberes y las prácticas del modelo biomédico.

Las comunidades terapéuticas, en líneas generales, pueden incluirse como un dispositivo propio del modelo alternativo subordinado porque se basan en una concepción holística del problema (que por lo general incluye incluso una dimensión espiritual), dan valor a la experiencia y buscan transmitir “el bien recibido”. Aunque se enuncia como valor la diferencia con el modelo biomédico y los tratamientos más usuales, se pueden observar cómo diferentes concepciones teó-

⁷¹ Se considera a partir de los 15 años.

ricas, tanto de la medicina como de la psicología, son retomadas, resignificadas, remodeladas con fines prácticos manteniendo un fuerte eclecticismo.

Para caracterizarlas brevemente, podemos decir que las comunidades terapéuticas implementan un proceso de re-socialización con una fuerte experiencia afectiva y un rígido sistema de reglas que organiza la comunidad (Galante y otros, 2010). Históricamente, surgieron en la Inglaterra de posguerra en el marco de los movimientos de reforma de las instituciones asilares. Las primeras fueron espacios grupales de discusión colectiva sobre los problemas de la internación. Maxwell Jones fue el referente de aquel movimiento, que integraba a todos los actores institucionales en el proceso de la cura⁷².

Uso de drogas y subjetividad: la “personalidad antisocial” y la “personalidad adictiva”

En el modelo alternativo subordinado, las concepciones presentes en el modelo biomédico reaparecen transformadas y reapropiadas a través de las mencionadas transacciones entre modelos. Los entrevistados (independientemente de su formación), hicieron referencias a distintos conceptos desarrollados por el psicoanálisis (como la Ley Paterna, los mecanismos de defensa y de negación, etc.) para explicar cómo se conformaba la “personalidad adictiva” apelando desde una perspectiva más bien pragmática a conceptos de marcos de referencia conceptual que sirven de anclaje⁷³ para las representaciones sociales de los entrevistados sobre el uso de drogas. No se trata de una conceptualización consistente como parte de una teoría o un paradigma determinado, sino de la reapropiación con fines prácticos de definiciones teóricas aisladas.

Para las CT⁷⁴, por ejemplo, la concepción de “la personalidad antisocial” es resignificada y transformada, como se puede observar en el siguiente párrafo:

“El adicto se caracteriza por la deshonestidad. Mentir. El adicto miente. Se autoengaña también. La neurosis, vive en un estado de alteración. La búsqueda de situaciones límites siempre, la necesidad de riesgos. El abandono, el abandono para con su propia persona, abandono intelectual, el abandono espiritual, la chatura... la chatura... la ignorancia. El incumplimiento, la irresponsabilidad, la falta de compromiso para con la vida. La negación...eh...la lucha equivocada o sea lucha contra Dios, el adicto lucha contra Dios. Está loco... (...) en muchos momentos del día el adicto esta psicotizado: alucinan, ven cosas que no existen, te responden a vos pre-

⁷² Jones buscaba democratizar la atención, construir intereses comunes y promover la relación de la comunidad con el “exterior”.

⁷³ El anclaje “designa la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores de una sociedad” (Moscovici, 1979:121).

⁷⁴ Vale aclarar que existe una gran heterogeneidad en las concepciones y prácticas que se pueden encontrar en las CT. Las contradicciones y diferencias dan cuenta de las mixturas, tensiones y contradicciones que fue generando la incorporación de teorías y prácticas que respondían a corrientes epistemológicas diversas, en el mismo modelo de atención. En ocasiones, el foco pareciera estar más puesto en la pertinencia de ciertas conceptualizaciones y/o la eficacia de algunas técnicas, que en la consistencia y coherencia epistemológica, configurando marcos eclécticos de abordaje, que se van moldeando según las particularidades de los dispositivos.

guntas que vos no se las hiciste. Se confunden, se persiguen, se ponen paranoicos. Y cometen locuras, roban... El desprecio por la vida humana. El adicto siente desprecio por la vida humana” (operador terapéutico, CT, 50 años).

Este concepto de personalidad antisocial es fundamental para el programa norteamericano Daytop⁷⁵ que fue uno de los dos modelos más influyentes en las CT de Argentina. En el otro modelo, el Progetto Uomo⁷⁶, la atención debe estar puesta en la vivencia de los aspectos afectivos y espirituales y en la búsqueda de valores como la solidaridad, el compromiso y la honestidad. El abordaje socioterapéutico busca movilizar las energías de los usuarios de drogas y de sus familias en el contexto de una red de solidaridad, cuyo centro es el usuario (De Dominicis, 1997).

Las narrativas de los especialistas de las CT⁷⁷ entrevistados, en general, hacen hincapié en que la **personalidad adictiva** involucra una serie de características negativas tales como: “inseguros”, “frágiles”, “inmaduros”, “impulsivos”, “mentirosos”, “manipuladores”, que “no pueden asumir responsabilidades”, que encontraban en el uso de drogas una forma de “evadirse” de su realidad, que en general, se pensaba signada por la pobreza.

“Los adictos dicen: `no sé cómo enfrentar la vida, no sé cómo salir y ganarme...el dinero para sostenerme, pagando impuestos, qué sé yo. Entonces, sí, la droga me interesa para consumir pero a... consecuencia de todo, todo lo que estaba antes. O sea, el resultado final sí: es ir a buscar la droga para evadirme”’. (operador socioterapéutico, CT, 47 años).

La personalidad adictiva aparece como una condición de posibilidad del consumo problemático de drogas. Por lo tanto, el haber logrado la abstinencia no bastaría para superar la “adicción”, porque el sujeto establecería un vínculo patológico con otro objeto⁷⁸ (como la comida, el trabajo, la religión, etc.).

⁷⁵ El modelo Daytop nació luego de la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos. Era una CT residencial para usuarios de drogas que cumplían condenas de libertad condicional. Se basaba en un sistema rígido de reglas (como la prohibición del uso de cualquier droga y del comportamiento violento) sostenido en la integración grupal (De Dominicis, 1997).

⁷⁶ Progetto Uomo surgió a partir de un grupo de voluntarios que se reunía a fines de 1967, en torno de Don Mario Picchi, capellán de la Estación Terminal Ferroviaria de Roma. Luego de unos años se conformó en el CeIS (Centro Italiano de la Solidariedad) que adaptó la CT a la cultura italiana (De Dominicis, 1997).

⁷⁷ Estas reflexiones no son generalizables al conjunto de los especialistas de las CT, ya que muchos de ellos cuestionaron la concepción de la adicción como enfermedad. Pensaban que se trataba de un problema complejo que involucraba otras dimensiones como la social, o que se trataba de una etapa de la vida, que había que superar. La crítica de los entrevistados en torno a estos conceptos está en la misma línea del cuestionamiento del Progetto Uomo hacia el Modelo Asilar y hacia las comunidades terapéuticas inglesas. En el Progetto Uomo se sostenía que la toxicoddependencia no debía ser conceptualizada como una enfermedad sino como un problema multidimensional, donde la atención de los aspectos sociales, subjetivos y espirituales adquirieron una relevancia particular.

⁷⁸ Estas representaciones se anclan en la teoría objetual de la escuela inglesa del psicoanálisis kleiniano, que plantea que la subjetividad se construye en la relación que el niño establece con “objetos” exteriores a él (el pecho, la madre, etc.). En este marco, se plantea que la adicción tiene su origen en las alteraciones en la construcción de las relaciones objetuales tempranas. Por eso, en este enfoque, el logro de la abstinencia no significa superar la “adicción” ya que es posible que el sujeto desplace el vínculo que ha mantenido con las drogas hacia otros objetos (trabajo, sexo, juego, etc.).

Puede observarse una línea de continuidad discursiva entre las características atribuidas a los usuarios de drogas y la descripción del trastorno de la **personalidad antisocial**, lo que lleva a pensar en la impronta del modelo biomédico en la forma de concebir el problema en las CT.

Trayectoria como nueva socialización y re-educación en fases graduales

Se observa, además, una “transacción” con el modelo biomédico en el modo en que se conciben las trayectorias de los usuarios de drogas. Nuevamente se asocia la “carrera adictiva” con prácticas delictivas, prostitución, locura y muerte como el final del recorrido.

“Esta enfermedad es progresiva, es mortal y es incurable, en el orden en que quieras ponerlo, pero progresiva es progresiva, es incurable. O sea, te vas a rehabilitar y es mortal con mucha suerte, porque casi todos los casos, tanto drogas como alcohol, pasan por distintos caminos: sea el robo...las transgresiones de todas las leyes que se te pueden ocurrir, y muchas de esas transgresiones pueden llevarlos a lastimarse, a golpearse, a conocer hospitales mucho más de lo uno podría conocer y a veces a lastimarse tanto que por ahí con mucha suerte se mueren, o terminan en cárceles, los que roban” (operador socio terapéutico, comunidad terapéutica, 49 años).

“Sigo insistiendo, la droga afecta de muchas maneras, inclusive hay gente, para seguirse drogando se llegó a prostituir. Hay una relación en cuanto a que la adicción no perdona nada, o sea, no acepta ninguna medida, solamente desean drogarse y hacen cualquier cosa. Mucha gente se ha caído tan bajo como hasta prostituirse” (operador terapéutico, comunidad terapéutica, 49 años).

Sin embargo, en algunos de estos programas se respeta un proceso progresivo de disminución del consumo y la abstinencia no necesariamente se realiza de un día para el otro.

Lo frecuente en estos dispositivos fue la referencia en algunas comunidades terapéuticas a que hay que “comenzar de cero” y casi volver a atravesar un proceso de socialización, con un fuerte componente re-educativo y de modificación de hábitos sociales normativizados en la vida cotidiana de la comunidad (saludar, respetar horarios, normas de higiene personal, etc.).

El proceso terapéutico se inicia entonces y se espera que los sujetos atraviesen una serie de fases fijas con momentos progresivos que van pasando de adaptación al dispositivo, que en general implica la internación, a la reinserción social como etapa final de ese recorrido.

Modelo de autoatención: el caso de los Programas de Doce Pasos

Finalmente, el tercer modelo de atención que trabaja Eduardo Menéndez es el de autoatención. En éste el diagnóstico y la atención son realizados por otros sujetos que padecieron o co-padecieron el mismo problema de salud. De este modo la formación se efectúa en base a la experiencia, y la participación legitimada grupalmente, es simétrica y homogeneizante (Menéndez, 1990). Un dispositivo de frecuente consulta ante problemas con las drogas, lo constituyen los programas de

Doce Pasos que están basados en una confraternidad de referencia con gran accesibilidad⁷⁹, 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 un antecedente fundante de los grupos de autoayuda (Galante y otros, 2010).

Concepción del uso de drogas: “soy adicto recuperado”

En este modelo se define directamente al uso problemático de drogas como una enfermedad crónica, que se puede “controlar” pero no curar.

“Las circunstancias en realidad no importan. La adicción es una enfermedad progresiva como la diabetes. Somos alérgicos a las drogas. El final es siempre el mismo: cárceles, hospitales o la muerte. Si la vida se ha vuelto ingobernable y quieres vivir sin la necesidad de consumir drogas, nosotros sabemos cómo hacerlo” (“Para el recién llegado”, literatura oficial de N.A., 1993a).

“Para nosotros la enfermedad, la adicción es una enfermedad sin cura conocida (...) No termina nunca. Por eso decimos que no tiene cura porque, creo yo, en mi experiencia y en la de muchos compañeros, la tenía de antes y la voy a seguir teniendo, este. No es desalentador pensar lo así. A veces cuando habla uno con personas que no son adictas y les digo que esta enfermedad no tiene cura, me ven como diciendo: “no, ya vas a salir”. Y no, viste, al contrario, para nosotros es un alivio sentir que es una enfermedad. Aunque muchas veces yo reniego que, que, que estoy enfermo. Pero bueno, que tengo esta recuperación y que es de un día a la vez” (servidora, programa Doce Pasos, 34 años).

En consonancia con este postulado, se identifica a los integrantes de los grupos como “adictos recuperados”, o “ex adictos” independientemente de los años de abandono de la práctica. Se transcurren los Doce Pasos del tratamiento con el fin de mantener la sobriedad.

(E – ¿Cómo fue que aprendiste a trabajar con usuarios de drogas?) “Porque soy uno. Soy un adicto en recuperación, así le decimos nosotros, aunque yo hace mucho que dejé el alcohol, no decimos ‘adicto recuperado’ sino en recuperación, porque no es algo que se termine” (servidor, programa Doce Pasos, 43 años).

La identificación con la figura del “adicto en recuperación” es un punto de partida para el tratamiento. Aunque es una atribución del orden del ser (“soy adicto”) que pareciera atemporal (“siempre seré adicto”), se reafirma y confronta permanentemente con un tiempo presente donde se renueva la promesa y el compromiso de la abstinencia con el “sólo por hoy”.

⁷⁹ 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” (Fiorentine y Hillhouse, 2002:30) En Argentina comenzó a funcionar en 1986, y actualmente se extienden por varias ciudades y pueblos de las 24 provincias.

La abstinencia es una fuerte norma grupal que implica un compromiso frente al grupo. Bajo el lema “sólo por hoy” la propuesta es la sobriedad por el plazo de un día: “limpios por 24 horas”. Esa proeza del “día a día” (“esto es de un día a la vez”) se va enumerando y cotidianamente se renueva (“llevo cinco años limpio”).

Así, el objetivo de la abstinencia cohesionaba al grupo operando a partir de un fuerte componente identificatorio basado en el anonimato donde “sólo los une la voluntad de dejar de consumir drogas”.

“Para mí fue un flash llegar por primera vez al grupo, porque yo no entendía nada, como todos, muchos no entendemos nada (...) y yo miraba y había gente con 8 años sin consumir y yo entendía qué hacían ahí” (servidora, programa Doce Pasos, 34 años).

Las ideas de cronicidad de la adicción y de identificación irreversible con el ser “adicto” son puestas en cuestión por especialistas de otros dispositivos que advierten que los sujetos pueden cambiar en tanto la identidad no es un estado inmutable.

“Uno de los puntos que no... que por ahí puede pasar también con Alcohólicos Anónimos, es decir Alcohólicos tienen una estructura de contención, de compromiso y demás, pero tienen un criterio de que uno es un enfermo para toda la vida. Y yo pienso que uno... no es NADA para toda su vida, uno ES las decisiones que toma en cada momento...y en el modo en que decide estar con el otro. Y esa decisión de cómo estar se aprende con los demás, digamos, en el contexto y se aprende también a que te miren y que te cuestionen y te dicen: no, te equivocaste porque vos tomás esa enfermedad y estás dispuesto a transformarte en función de esa mirada, digamos” (operador socioterapéutico, comunidad terapéutica, 40 años).

Las trayectorias en los dispositivos de Doce Pasos

En los modelos de autoatención, y específicamente en los Programas de Doce Pasos, el padecimiento vinculado con el uso de drogas es entendido principalmente como un problema de orden “espiritual” y vincular. La trayectoria es metaforizada, en general como un camino del que el sujeto se ha desviado pero puede volver a partir de los vínculos con el poder divino y con sus pares (“hermanos”) siempre que se mantenga la norma grupal de la abstinencia.

Ese “camino de ida” es emprendido luego de una profunda experiencia de “conversión” que implica, desde esa perspectiva, el arrepentimiento y la aceptación de la “voluntad divina” que “iluminará el cambio”. El giro en la trayectoria sólo puede devenir a partir del sentimiento de impotencia y el arrepentimiento que se considera una vía para la cura a través del cumplimiento cotidiano de los Doce Pasos⁸⁰.

⁸⁰ Los Pasos 4 al 10 refieren a la concientización de los propios errores, al cambio de actitudes, y a la reparación de los daños causados a los demás.

Es la aceptación de la imposibilidad y del propio límite la que permitiría la transformación⁸¹. La transformación subjetiva es concebida como renacimiento, el cambio es algo repentino, luminoso, dramático, emocional y público. Del mismo modo, en la literatura de N.A. se apela a una figura retórico-argumentativa: una metáfora temporal en la que se contraponen lo viejo y lo nuevo. Estos adjetivos recorren los materiales asociando lo viejo a: lo pasado, lo que corrompe, la monotonía, el aburrimiento, el descontrol, lo cerrado y la apatía (“viejos fantasmas”, “viejos hábitos”). En cambio, lo nuevo se asocia al futuro, la oportunidad, lo abierto y la fuerza (“camino hacia una vida nueva”, “el valor de cada nuevo día”).

“Durante nuestra recuperación, muchas veces nos rondarán viejos fantasmas. La vida puede volverse otra vez monótona, aburrida y sin sentido. Es posible que nos cansemos mentalmente de repetir nuestras nuevas ideas y físicamente de nuestras nuevas actividades, aunque sabemos que si dejamos de repetir las, empezaremos otra vez con nuestros viejos hábitos” (“Librito blanco”, literatura oficial de N.A., 1993b:4).

Se focaliza la reflexión sobre el hoy, sobre el presente y el futuro, al mismo tiempo que se invita a los participantes a no estar “mirando para atrás” repensando lo que sucedió en el pasado. Así la propia historia es resignificada y, como señala Stanley Brandes (2004) en un estudio realizado en México, el relato de los episodios de la historia personal de los sujetos es parte de su testimonio. Este autor resalta el valor terapéutico de la palabra y la confesión pública a través del relato de episodios de la historia personal con una estructura predecible y de carácter protocolario.

La historia del sujeto es reinterpretada bajo un patrón de lectura biográfica particular. Y más que el pasado, es el “solo por hoy” el organizador de la temporalidad. La apuesta está en el futuro partiendo de que los problemas con las sustancias son entendidos como enfermedades crónicas. Entonces bajo la premisa de que nunca dejarán de ser “adictos”, se busca que los sujetos gestionen su relación con el consumo a lo largo de su vida.

Reflexiones finales

En los saberes profesionalizados y los del sentido común sigue vigente la tensión entre procesos de criminalización y medicalización que se reactualizan en concepciones como la de la personalidad antisocial.

Si sumamos las influencias de los enfoques moralizantes del consumo de sustancias, con frecuencia provenientes de fuentes religiosas, el panorama acerca de la construcción del problema drogas se vuelve aún más complejo, especialmente porque los dispositivos no cristalizan “formas puras”, sino que entrelazan teorías y representaciones sociales.

⁸¹ Se propone una recomposición espiritual a través de la reparación moral de los daños causados a otros. Esta práctica de la reparación en los Programas de Doce pasos deriva de su antecesor: el Grupo de Oxford. Como describe De Dominicis, “utilizaba una terminología científica: cirugía del alma, diagnóstico espiritual, método de cura (...) recordaba una suerte de modelo médico del pecado. La admisión del pecado asociaba la identificación de la causa de la enfermedad con su remoción. Es evidente que A.A. se distancia del concepto de pecado, concibiendo la cura atravesada por un instrumento espiritual” (De Dominicis, 1997:71).

Una serie de imágenes, creencias de sentido común, emociones y prácticas acerca del uso y los usuarios de drogas configuran las representaciones sociales y se mezclan con los saberes disciplinares del modelo biomédico.

Es importante reflexionar acerca de ciertas representaciones sociales que totalizan, hegemonizan a los usos de drogas como prácticas sosteniendo la idea de que siempre son prácticas riesgosas que llevan indefectiblemente a la “decadencia” del usuario en una espiral siempre creciente y destructiva.

Los estereotipos rígidos que etiquetan a los usuarios de drogas y las lecturas deterministas homogenizan la singularidad de cada caso y, al mismo tiempo invisibilizan la diversidad e impiden distinguir momentos en que las trayectorias muestran cambios, de acuerdo a lo que acontece en las redes sociales y en los contextos de uso de drogas.

Poner la mirada y la reflexión en los dispositivos de atención cobra relevancia en el marco del actual debate sobre la reforma de las políticas de drogas y en el proceso de transformación del sistema de salud mental en un sistema inclusivo y que promueva los derechos humanos de los usuarios.

Bibliografía

- Brandes, S. (2004) “Buenas noches, compañeros. Historias de vida en alcohólicos anónimos” en Rev. De Antropología Social. Año/vol. 013. pp.113–136. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Braunstein, N. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Editorial Siglo XXI, México.
- Conrad, P. (1982) *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*, Ed. Crítica–Grijalbo, Barcelona.
- De Dominicis, A. (1997) *La comunità terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà di Roma.
- Domínguez Mon, A; Méndez Diz, AM; Schwarz, P; Rosas, M; Estrella, P; Camejo, M; Caruso, P. (2012) Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Documento de Trabajo Nº 60. Agosto 2012. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fac. Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Durán, V.H. (2008). “Detener el aumento de las enfermedades crónicas. La epidemia de todos”. En Rev. “Perspectivas de Salud”, revista electrónica de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Marzo de 2008. Disponible el 09/01/2013 en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ePersp001_article01.htm#
- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. (2002) “Tratamiento por drogas y participación en un programa de Doce-pasos: los efectos aditivos de la integración de actividades en la recuperación”. En RET, Revista de Toxicomanías. Nº. 30.
- Friedson, E. *La profesión médica. Un estudio de Sociología del conocimiento aplicado*, Ed. Península, Barcelona, 1978.
- Galante A, Pawlowicz M P, Rossi D, Faraone S, Goltzman O, Zunino Singh D, Touzé G, Silberberg M y Cyerman P (2006) “La cuestión de las drogas: paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención”

- CD-rom del I Congreso Nacional y II Congreso Regional de Psicología Facultad de Psicología de la Universidad de Rosario, Mesa 3, Nº 4, Octubre de 2006.
- Galante, A.; Pawlowicz, M. P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Recchi, J. et al. (2007) "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.
- Galante, A.; Pawlowicz, M. P.; Moreno, D.; Rossi, D.; Touzé, G. (2010) "Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires" en Rev. Norte en Salud Mental. Vol. VIII, nº 36 Febrero 2010.
[http://www.ome-aen.org/NORTE/36/04.%20Originales%20y%20Revisiones%20\(2\)%20Norte36.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/36/04.%20Originales%20y%20Revisiones%20(2)%20Norte36.pdf)
- Galende, E. (1990) Psicoanálisis y salud mental, Buenos Aires: Paidós.
- Jodelet, D. (1986) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en Moscovici, S. (comp.). Psicología Social, Tomo I y II, Ed. Paidós.
- Kessler, G. (2008) "Consumo de drogas y alcohol en el delito amateur", en Touzé, G. (comp.): *Visiones y Actores del Debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, Buenos Aires, 2005-2006*. Págs 175 a 183.
- Lourau, R. (1988) *Análisis institucional*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Márquez, M. (1995) *De la discriminación a la solidaridad. El grupo de ayuda mutua y las personas infectadas de VIH/SIDA*. Buenos Aires: Kairós.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Ed., Lugar.
- Moscovici, S. (1961). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Ed. Huemul.
- NA (1993a) "Para el recién llegado". Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc. http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS_3116.pdf.
- NA (1993b) "Librito blanco, Narcóticos Anónimos". Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc.
http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS_White%20Booklet.pdf.
- NA (1993c) "La experiencia de un adicto con la aceptación, la fe y el compromiso". Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc.
http://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/cs/CS_3114.pdf IP Nº 14-SP
- OMS (2013). Temas en salud. Disponible el 09/01/2013 en:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Pawlowicz MP, Galante A, Rossi D, Goltzman P, Touzé G. (2010) "La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas". En CD de la II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina. "Líneas prioritarias de investigación en el área jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado". ISSN 1851-4871. Octubre 2010, Salta.
- Pawlowicz MP; Touzé G; Rossi D; Galante A; Goltzman P; Recchi J; Cymerman P. (2008) "Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas", en Pecheny, M.; Camarotti, A.C.; Wald, G. VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población (8-10 agosto 2007). CD-ROM, ISBN950-29-1038-9. UBA, Bs. As.
- Pawlowicz, MP.; Galante, A.; Goltzman P.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2011) "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos". En Blanck, E. (coord.) *Asesoría General*

Tutelar. *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la Sanción de la Ley Nacional n° 26.657*. 1ª Edición. N°6 de la Colección: De Incapaces a sujetos de derechos. Buenos Aires: Eudeba., p. 169–187. Disponible el 10/01/2013 en:

http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf

Pichot, P. (coord. versión española) y López-Ibor Aliño, J.J. y Valdés Miyar, M (1995) *DuM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona.

Rossi, D. y Ranguini, V. (2004) *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación: ONUSIDA: ONUDD.

Scaglia, H; Lodieu, MT; Santos, J. (2006) “La representación social del psicólogo y la socialización profesional en estudiantes de psicología”. En: *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Tomo I. 10, 11 y 12 de Agosto de 2006. Disponible el 09/01/2013 en:

http://www.academia.edu/440184/AUTORES_QUE_INFLUYEN_EN_LA_PRACTICA_CLINICA_DE_PSIKOLOGOS_EN_FORMACION

Silberberg, M.; Rossi, D.; Zunino Singh, D.; Orsetti, L.; Goltzman, P.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2005): “Uso de drogas. Representaciones sociales acerca de los dispositivos de atención”. Publicado en el CD de las Terceras Jornadas de Investigación “La Investigación en Trabajo Social en Argentina y en el contexto latinoamericano”. Paraná, Entre Ríos, 17–19 de noviembre de 2005.

Touzé, G. (org.) (2006) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas.