



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Levín, Luciano Guillermo

Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Levin, L. G. (2016). *Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes* <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/203>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos

TESIS DOCTORAL

Luciano Guillermo Levín

lucianolevin@gmail.com

Resumen

El estudio recorre los siguientes interrogantes: ¿Cómo ha llegado a predominar la actual estrategia de atención de las adicciones? ¿Cómo se puede entender la ausencia de un tratamiento, manifestada en la diversidad terapéutica actual?. A su vez, teniendo en cuenta que el adicto históricamente ha llegado a ser considerado como un enfermo ¿cómo podemos explicar la aparente falta de abordaje del problema por parte del sistema médico en general? Estas son las preguntas que organizan este trabajo.

Palabras clave: adicciones; tratamiento terapéutico; adicto.

**Las adicciones como construcción
social: conocimientos,
posicionamiento público, e
implementación estatal de
tratamientos**

Luciano Levin

Índice

Índice	2
1. Introducción	4
2. Antecedentes conceptuales y perspectivas teóricas	11
2.1 Formas de concebir la adicción	11
2.2 Problema público/problema de conocimiento	22
2.3 Sociología de la desviación	28
2.4 Medicalización	38
3. Elementos contextuales	49
3.1 La historia del consumo de drogas en occidente:	49
3.1.1 Medicalización	50
3.1.2 Desviación: enfermedad y degeneración	57
3.1.3 De-medicalización y criminalización	67
3.1.4 Nuevamente una enfermedad	76
3.1.5 El consumo en la actualidad:	80
3.2 Marco normativo internacional	89
3.3 Marco normativo nacional	106
4. La construcción de la adicción como problema de conocimiento	123
4.1 Perspectiva Neurobiológica: Un cerebro enfermo	125
4.1.1 Adicciones. Importancia de la perspectiva neurobiológica:	126
4.1.2 Consolidación de la perspectiva neurobiológica	129
4.1.3 Los factores cognitivos se consolidan:	133
4.1.4 Fundamentos epistemológicos	135
4.1.5 Las adicciones como objeto de estudio neurobiológico:	136
4.1.6 Críticas a la investigación en animales:	138
4.1.7 La investigación neurobiológica en Argentina:	148
4.2 La subjetividad como elemento estructurante:	154
4.2.1 Principales abordajes teóricos subjetivantes	155
4.2.2 Breve historia de la salud mental en la Argentina:	171
4.2.3 Historia del lacanismo en Argentina	177
4.3 Las adicciones en la revista <i>Acta</i> :	182
5. La construcción de la adicción como problema público.	189
5.1 Los tratamientos públicos en la Argentina	192
5.1.1 Fondo de Ayuda Toxicológica	193
5.1.2 CENARESO	198
5.1.3 SEDRONAR	217
5.1.4 Comunidades Terapéuticas	222
5.2 El consumo en Argentina	247
5.3 Campañas públicas de prevención en la Argentina	276
6. Conclusiones	285
Anexo	297

Lista de acrónimos

AA	Alcohólicos Anónimos
APA	Asociación Psicoanalítica Argentina
APPUE	Asociación de Padres para la Prevención del Uso de Estupefacientes
ASEP	Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos
CE	Comisión de Estupefacientes
CEIS	Centro Italiano de Solidaridad
CENARESO	Centro Nacional de Reeducción Social
CENIATOX	Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica
CEPRETOX	Centro de Prevención de las Toxicomanías
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
COFEDRO	Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico
CONAD	Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas
CONATON	Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos
CONCONAD	Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
CT	Comunidades Terapéuticas
ECOSOC	Consejo Económico y Social
EOL	Escuela de la Orientación Lacaniana
FAT	Fondo de Ayuda Toxicológica
FBN	Federal Bureau of Narcotics
FDA	Food and Drug Administration
FNUFID	Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del uso Indebido de Drogas
IDPC	International Drug Policy Consortium
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INGEBI	Instituto de Investigaciones en Ingeniería Genética y Biología Molecular
ININFA	Instituto de Investigaciones Farmacológicas
INSM	Instituto Nacional de Salud Mental
IPA	International Psychoanalytic Association
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
NIDA	National Institute of Drug Abuse
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUFID	Programa de Fiscalización Internacional de Drogas
SADOAP	Special Action Office of Drug Abuse Prevention
SEDRONAR	Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico
TyA	Grupo de investigación en Toxicomanía y Alcoholismo
UBA	Universidad de Buenos Aires
UNGASS	United Nations General Assembly Special Sessions
UNQ	Universidad Nacional de Quilmes

1. Introducción

“- ¿De dónde vino eso...por qué fue tan
condenadamente bueno?
- Porque es ilegal.”

Breaking Bad

Al intentar organizar bajo algún criterio los tratamientos para adictos en la Argentina uno se encuentra con que es una tarea extremadamente compleja. Existe una falta de homogeneidad tal que cada institución se convierte en la única en su tipo. Esta falta de homogeneidad se evidencia en la organización institucional, en los abordajes terapéuticos, en la calidad y cantidad de personal que se destina para atender a un adicto, en la duración de los tratamientos, en las estrategias de medicalización, etc. Salvo el único hospital monovalente en el tratamiento de las adicciones, el CENARESO, ningún hospital nacional o municipal realiza tratamientos residenciales, a excepción de algunos lugares en los que se realiza internación en crisis. Los pocos que brindan algún tipo de atención lo hacen a través de dispositivos psicológicos de tratamiento ambulatorio y en menor proporción, hospital de día. El Estado posee, sin embargo, un mecanismo diseñado para brindar atención a través de lo que se conoce con el nombre genérico de Comunidades Terapéuticas (CT) y otras organizaciones de la sociedad civil. Aunque existen algunas otras modalidades de atención, este ámbito altamente desprofesionalizado es el que presenta mayores regularidades en nuestro país y es el que atiende a la población más numerosa. Fuertemente financiadas en la actualidad a través de la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), las Comunidades Terapéuticas constituyen la principal estrategia de atención pública de las adicciones. Bajo esta denominación se esconde también un crisol de tipos institucionales y abordajes terapéuticos que difícilmente tenga otra unidad que la intención misma de atender adictos. No obstante, sus actividades han sido reconocidas por una ley que regula su funcionamiento y desde hace más de veinte años están organizadas en una Federación con inserción internacional.

Por otra parte existe una cantidad de instituciones y consultorios privados, invisibles a los controles del Estado, que brindan tanto tratamiento médico

como no médico. Dentro de los que brindan tratamiento médico, predominan los abordajes psiquiátricos, muchos de ellos farmacologizantes. Dentro de los que brindan tratamientos no médicos, predominan los religiosos, con un líder carismático autoritario que se posiciona como guía espiritual. Si las instituciones son médicas, generalmente clínicas psiquiátricas, los controles son aquellos de tipo genérico para este tipo de establecimiento. No existe una regulación específica para el caso de las adicciones para aquellas instituciones que no declaren específicamente éste tipo de atención y que pertenezcan a los registros de la SEDRONAR. Si las instituciones son no medicas, no existe regulación.

Si consideramos que la adicción ha sido fuertemente conceptualizada como un trastorno mental, en un país con una influencia predominante del psicoanálisis y de lo que se ha dado en llamar una *“cultura psicoanalítica”* resulta al menos llamativo que la inclusión de las técnicas y los profesionales del psicoanálisis en el tratamiento de los adictos sea más bien tardía. Esto no es exclusivo del psicoanálisis. Tenemos datos que permiten extrapolar esta sospecha al campo psicológico más amplio, también al psiquiátrico y finalmente a toda la profesión médica: los médicos no han tratado a los adictos hasta épocas recientes y, aún hoy el tratamiento médico es relativamente marginal dentro del espectro de posibilidades terapéuticas.

Brevemente: ¿Cómo ha llegado a predominar la actual estrategia de atención? ¿Cómo se puede entender la ausencia de un tratamiento, manifestada en la diversidad terapéutica actual?, Teniendo en cuenta que el adicto históricamente ha llegado a ser considerado como un enfermo ¿cómo podemos explicar la aparente falta de abordaje del problema por parte del sistema médico en general? Estas son las preguntas que organizan este trabajo.

Buscamos entender este proceso basándonos en los siguientes supuestos centrales. En primer lugar, lo que sucede en la Argentina puede entenderse como parte de un proceso de difusión internacional y de adaptación local de mecanismos desarrollados en otros países. Para los intereses de este libro

existen dos procesos fundamentales que han de ser tenidos en cuenta. El primero, y más general, es el proceso que ha sido llamado “medicalización de la cultura” o mas sencillamente la ampliación de la esfera de acción del sistema médico. Argumentaremos que, en parte, este proceso puede ser también aplicado a la conceptualización de la conducta adictiva. El segundo proceso de difusión internacional que será tenido en cuenta es la propia difusión de los tratamientos para adictos. En este proceso, existen innovaciones y aportes particulares que serán desarrollados en el texto a través del análisis de la legislación internacional y el modo en que se recibió localmente esa legislación, de la identificación de los actores centrales que impulsaron diferentes “modelos” de tratamiento en el exterior, de quienes los trajeron al ámbito local y de la descripción de las principales instituciones que se hicieron cargo del problema de la atención en diferentes momentos.

El segundo supuesto tiene que ver con los vínculos que existen entre conocimiento y poder, que se manifiestan en el establecimiento de regulaciones e instituciones concretas. Estas regulaciones están directamente vinculadas con los diferentes modos mediante los cuales, históricamente, distintos grupos fueron entendiendo la adicción a drogas y que pueden ser interpretados a través de cómo se dio respuesta a dos tipos de preguntas. En primer lugar ¿cómo ha sido definida la adicción? (¿qué tipo de conducta es?) y en segundo lugar, si la adicción es una enfermedad, ¿de qué tipo de enfermedad se trata? El primer tipo de pregunta es de largo alcance. No implica solamente definiciones médicas ni técnicas. Abarca una variedad de contextos y nos permite entender, por ejemplo, los motivos por los cuales la problemática de los tratamientos de las adicciones es hoy un tema de debate internacional, no sólo en cuestiones médicas ó científicas, sino en cuestiones políticas, regulatorias y morales, que influyen de un modo decisivo en la estructuración local de los tratamientos. Por ejemplo, la adopción casi universal de tratamientos abstencionistas, que implican un dogmatismo de droga cero, dan cuenta estas influencias. Otros ejemplos que claramente dan cuenta del alcance de las conceptualizaciones acerca de la conducta adictiva son aquellos que se desprenden del análisis de los imaginarios sociales en los cuáles droga y crimen aparecen fuertemente vinculados. Los actores

implicados son muy diversos y las respuestas al problema, vagas, difusas. Sin embargo es este carácter tan general lo que le permite a estas definiciones permear otros ámbitos y eventualmente generalizarse.

Las preguntas del segundo tipo contienen otro supuesto que se relaciona fuertemente con el proceso de medicalización mencionado anteriormente, pero acotado al ámbito más específico de la adicción. Ya no se trata sólo del avance general del sistema médico por sobre otros ámbitos, sino de la incorporación progresiva de medicamentos en el tratamiento de la adicción y otras estrategias médicas de tratamientos que no incluyan medicamentos y que se privilegian respecto de otras modalidades de atención. Estamos hablando de una profundización, o radicalización si se quiere, de ciertos aspectos del sistema médico. Estas preguntas tienen un alcance medio, pero permiten acotar el campo de interés e identificar factores cognitivos que pueden explicar el posicionamiento diferencial de unos actores respecto de otros y ubicar qué personas o qué instituciones serán señalados con la tarea de dar una respuesta al problema definido de ese modo concreto.

Debido a la complejidad de la problemática, pero sobre todo debido a la estrategia de investigación elegida, el lector no encontrará un recorrido lineal en donde cada capítulo sigue un orden cronológico respecto del anterior. Se ha tratado de reconstruir el modo en que una problemática compleja ha sido construida desde diversos lugares conceptuales y políticos que, en una primera apariencia, no están relacionados entre sí. Se realiza una descripción de problemáticas completamente diferentes que encuentran su unidad conceptual definitiva al momento de realizar un análisis en conjunto de toda la información. Esto nos da la oportunidad de incorporar problemáticas y enriquecer la mirada para poder establecer preguntas que de otro modo son imposibles de plantear.

Cada capítulo es por consiguiente una unidad en sí misma, en parte como reflejo de la realidad de la problemática que, mostraremos, presenta una compartimentalización de los abordajes y conocimientos involucrados en los intentos de comprensión y resolución de la misma.

Por ello las páginas siguientes tienen la estructura que se detalla a continuación: en primer lugar, en el capítulo 2, se realiza una breve descripción de las líneas teóricas que consideramos para organizar la problemática y que nos sirven como “lente” a través de los cuales interpretar los datos que proporcionamos a lo largo de toda el libro. Las discusiones teóricas acerca de la medicalización de la sociedad, la sociología de las conductas desviadas y los vínculos entre el conocimiento y el establecimiento de problemas públicos forman parte de esta mirada teórica.

En el capítulo 3, describimos los principales conflictos y tendencias históricas que identificamos como relevantes para una comprensión general de la problemática y sus diferentes aristas. Se realiza una descripción de las diferentes concepciones de la adicción en el siglo XX que fueron utilizadas para etiquetar estas conductas desviadas. El comercio internacional del opio durante el siglo XVIII, la utilización del hachís con fines artísticos y la utilización médica del opio durante el siglo XIX, el surgimiento de las primeras concepciones moralizantes de estos consumos y el rol jugado por las innovaciones técnicas y químicas como la aguja hipodérmica, la síntesis de la heroína y la historia general del consumo de las sustancias hoy prohibidas, forman parte de este contexto. Luego, establecemos el panorama legislativo internacional mencionando rápidamente los principales tratados y convenios que han signado la política internacional en materia de drogas, señalando las definiciones importantes y sus implicancias políticas reflejadas principalmente en el marco normativo local. Los datos que nutren este capítulo surgen principalmente de un relevamiento bibliográfico intensivo, de la revisión de fuentes secundarias y de algunas entrevistas en profundidad realizadas a expertos en la temática que nos permitieron rastrear documentos clave que no se encuentran en un archivo organizado. Se relevó la bibliografía específica sobre la temática desde una perspectiva histórica global y otras fuentes secundarias como las actas las diferentes convenciones internacionales y regionales. Para la descripción y el análisis de los marcos normativos se revisaron la totalidad de las convenciones internacionales y muchas de sus discusiones y comunicados anexos publicados en los sitios

web de la ONU, la OMS y diferentes organizaciones de la sociedad civil que ponen este tipo de documentos al alcance del público. Para la reconstrucción de la historia del marco normativo local se recurrió a bases de datos especializadas en información jurídica y legal (infoleg, saij) y a otras fuentes primarias halladas en diferentes archivos dispersos: CENARESO, SEDRONAR, Archivo General de la Nación y Biblioteca del Congreso de la Nación. También realizamos entrevistas a actores clave (pocos, por cierto, pero significativos) que nos dieron acceso a sus bibliotecas personales y relatos históricos muy valiosos. A partir de esta selección se conformó un corpus que se analizó a partir de técnicas de análisis cualitativo, en particular el análisis de contenidos.

El capítulo 4 aborda la problemática desde otro lugar. Indaga en el conocimiento implicado en la concepción del problema y describe las perspectivas teóricas más importantes: neurobiología, psiquiatría, psicología, y psicoanálisis. También se ha incluido en este capítulo un análisis de la producción académica local en torno a la temática adictiva. La primera parte de este capítulo está sustentado principalmente en la lectura de papers del área neurobiológica. Se han revisado en forma intensiva los artículos publicados de tres revistas: *Addiction*, *Addiction Biology* y *Journal of Psychoactive Drugs*. También se procedió a realizar búsquedas más amplias en bases de datos de publicaciones internacionales (SAGE, JSTOR). Por otra parte se realizaron aquí entrevistas a actores importantes del campo neurobiológico local y a actores que no pertenecen propiamente al campo pero que dialogan con él desde posiciones institucionales relevantes. En cuanto a la segunda parte del capítulo, la descripción de los abordajes “subjetivantes”, se realizó mediante la lectura de fuentes secundarias y entrevistas a terapeutas calificados que trabajan con adictos en instituciones públicas. La historia del grupo TyA se reconstruyó trabajando en los archivos de la Escuela de la Orientación Lacaniana, revisando actas de congresos y sus afiches y mediante entrevistas a algunos de sus protagonistas. El análisis de la producción académica se realizó a través de los artículos publicados en la revista *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*. El material recolectado se analizó a partir de técnicas cualitativas de análisis temático,

explorando las líneas y temas hegemónicos y subsidiarios, así como las repercusiones de las investigaciones (cuáles, cómo son presentados, etc.).

El capítulo 5 está destinado a entender cómo ha sido construido públicamente el problema de las adicciones en la Argentina. Para ello nos valemos de tres estrategias. Por un lado, se indaga cómo ha sido construido en términos numéricos el consumo de drogas en el país. Aquí presentamos una serie de estadísticas y aproximaciones al consumo que han sido elaboradas y presentadas públicamente como modo de objetivar el problema. En segundo lugar, analizamos las campañas públicas de prevención que ha llevado a cabo la SEDRONAR, el organismo nacional competente en el área, mediante material impreso y observamos qué tipo de mensaje se ha transmitido desde allí para dirigir la acción y la opinión pública. Finalmente, desarrollamos la respuesta institucional en términos asistenciales que se ha generado para responder al problema construido –y determinado- de este modo concreto. La historia del CENARESO, la SEDRONAR y las Comunidades Terapéuticas son las protagonistas de esta sección. Describimos la estructura de los tratamientos que se financian con fondos públicos prestando atención al origen y desarrollo de las instituciones más importantes. Es importante entender aquí que el objetivo con el que se describen los tratamientos no está relacionado con su efectividad terapéutica, sino que se hace en función de comprender el lugar que ocupan las estrategias de intervención diseñadas por el Estado en la construcción social del problema.

Finalmente, en el capítulo 6 retomamos las cuestiones planteadas al principio para presentar las conclusiones de nuestro abordaje.

2. Antecedentes conceptuales y perspectivas teóricas

Ya hemos anticipado en la introducción la complejidad con que encaramos el estudio de la adicción. Esta complejidad se refleja tanto en los abordajes teóricos como en las estrategias de intervención terapéutica. En este capítulo, presentaremos las principales discusiones conceptuales relevantes para interpretar los datos que brindaremos a lo largo del libro. Debido a la diversidad temática involucrada, hemos decidido tomar tres áreas de problematización que, si bien son independientes entre sí, nos permiten establecer preguntas que se convertirán en el hilo conductor del libro. La primera de estas áreas se relaciona con el establecimiento de problemas en el espacio social y como éstos se convierten en problemas públicos. La segunda es una línea central en el pensamiento sociológico que no puede ser obviada, la sociología de la desviación. Presentamos una discusión acerca de problemas particulares de este complejo campo de estudios en torno a la conducta adictiva y finalmente, nos interesamos por el proceso que ha sido denominado “medicalización de la sociedad”.

Sin embargo, antes de comenzar, debemos señalar algunas palabras acerca de la complejidad intrínseca que encontramos en la definición misma de la conducta adictiva.

2.1 Formas de concebir la adicción

Adicción ha venido a definir tanto una enfermedad como un síntoma. Una conducta individual como un modo colectivo. Una rareza de ciertos grupos sociales como un flagelo ampliamente extendido. Una dependencia, una habituación, un síndrome (de abstinencia), una manía (toxicomanía), un ismo¹ (alcoholismo), un “ansia”, una necesidad de algo físico, químico, biológico o comportamental. Se habla de adicción a sustancias, al juego, al peligro, a la televisión, al poder, al trabajo, al sexo, a cosas tan específicas como el timbre de una voz, o tan generales como la comida. Ciberadicción.

¹ Según el diccionario de la Real Academia española, “ismo” es un sufijo utilizado para formar sustantivos que suelen significar doctrinas, sistemas o movimientos, indicar actitudes, nombrar actividades deportivas ó señalar diferentes conceptos científicos.

La conducta adictiva ha sido etiquetada² de diferentes maneras que tienen, al menos desde fines del siglo XIX, algo en común: todas ellas consideran al consumo de drogas como una conducta desviada, es decir, una categoría de condenación y juicio negativo construida y aplicada con éxito a algunos miembros de la sociedad por parte de otros (Conrad y Schneider, 1980). Esta categoría de condenación no es más que un etiquetado. Dependiendo de quien o quienes sean los gestores de un etiquetado particular y de sus connotaciones específicas (su significado en un tiempo y lugar concreto), las consecuencias políticas pueden ser totalmente diferentes.

Las dos formas más importantes de conductas desviadas han sido definidas por Talcott Parsons: El crimen y la enfermedad. Esto se debe, según Parsons, a que estas categorías comprometen la estabilidad del sistema social del modo en que él lo concebía (Parsons, 1951). La adicción a sustancias reúne, desde el momento en que estas sustancias son prohibidas al mismo tiempo que la conducta adictiva es definida como una enfermedad, las características de ambos tipos de desviación y se convierte en el paradigma de la “conducta desviada”.

Aunque las respuestas a uno y otro modo de desviación son diferentes, en la problemática del adicto, las formas en que se intenta controlar socialmente este problema están indisociablemente mezcladas. Para Parsons el “rol de enfermo” conlleva una serie de responsabilidades y derechos. Uno de estos derechos, por ejemplo, indica que un individuo no debe ser señalado como responsable de su estado enfermo. Sin embargo, cuando un adicto es conceptualizado como un delincuente (porque consume, vende o comparte una sustancia ilegal), se lo considera directamente responsable de esta conducta, eliminando los derechos que la enfermedad le había otorgado.

² Tomamos este término prestado de la perspectiva teórica llamada *interaccionismo* simbólico, principalmente de Howard Becker, cuyos trabajos al respecto se emparentan con los trabajos de Erving Goffman y su desarrollo del concepto de *estigma* y los de Frank Tannenbaum y su idea de la noción de rotulación. Estos autores han desarrollado sus ideas principalmente en tres obras *Outsiders* (1963), *Asylums* (1961) y *Crime and the Community* (1951), respectivamente.

Muchos autores han señalado las consecuencias políticas de distintas formas de llamar a un problema. Joseph Gusfield, por ejemplo, ha mostrado convincentemente cómo en los Estados Unidos, la Unión de Mujeres Cristianas contra el Alcoholismo logró etiquetar, hacia finales del siglo XIX, el consumo de alcohol como una conducta desviada, y cómo esto jugó un papel central en la prohibición posterior que tuvo lugar en ese país en la década de 1920. Estas mujeres eran parte del protestantismo rural dominante que, por ese entonces, vio amenazada su forma de vida por la oleada de inmigrantes católicos que venían a trabajar en las fábricas de las grandes ciudades emergentes. El conflicto subyacente era entre dos modos de vida. La lucha a favor de la prohibición del alcohol fue, según Gusfield, un símbolo de este conflicto (Gusfield, 1975).

Conrad y Schneider han señalado que ha habido un desplazamiento histórico del significado de las conductas desviadas desde aquellos relacionados con los valores morales y políticos tales como “maldad” o “delincuencia” e incluso “pecado” hacia otros cuyo contenido es médico o científico, como es el caso de la “enfermedad”³, entendida como conducta desviada. En este sentido, podemos inscribir a la adicción a drogas en este tipo de conductas donde la versión moderna que descriminaliza al adicto y lo considera una víctima, ya sea de su enfermedad o del contexto social, y donde se ha reemplazado al castigo y al encierro por diferentes tipos de tratamientos coercitivos y de internación, no son más que nuevas formas de etiquetar conductas desviadas que implican nuevas formas de intervención y control social.

A lo largo de la mayor parte del siglo XX, las políticas nacionales en materias de drogas –y la Argentina en particular – tanto en los aspectos relacionados con la fiscalización como aquellos que regulan la prevención y los tratamientos, no se han mantenido al margen de considerar el panorama internacional más amplio. La mayoría de los países ha ido suscribiendo a diferentes Convenciones que impusieron el cumplimiento de normas y la

³ Retomaré esto mas adelante. La medicina como herramienta de control social a través de la redefinición de las conductas desviadas y la “promesa” de controlarlas mediante la medicalización.

aceptación de sus definiciones. De este modo, muchas veces las conductas y las sustancias eran conocidas mediante nombres que se definían en ámbitos internacionales con poca, o ninguna intervención del ámbito local.

Es por eso, en parte, que tratar a una persona adicta ha sido, hasta épocas recientes, una preocupación secundaria de los Estados, supeditada a las preocupaciones de control y castigo, pues eran éstos los modos de intervención que venían incorporados en las definiciones internacionales.

La adicción es considerada actualmente por la Organización Mundial de la Salud entre las enfermedades llamadas del “tercer estadio”. Esto es, aquellas enfermedades que han alcanzado proporciones epidémicas como resultado de los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades, como el desempleo, las migraciones, etc. (OMS, 1980). Esto indica que actualmente se encuentra entre las preocupaciones de primer nivel a escala internacional en temas de salud, junto con el SIDA y los problemas más acuciantes asociados a la desnutrición y a la higiene. Y son estas preocupaciones las que requieren la intervención de los foros internacionales.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas” (OMS, 2004) el término técnico que se emplea para definir **adicción** es el de “dependencia” o “síndrome de dependencia”. Y las definiciones de dependencia que se manejan actualmente son las siguientes:

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 en su apartado de trastornos mentales y de la conducta, la dependencia a sustancias comprende seis criterios de los que se deben experimentar tres o más para ser considerado un individuo dependiente, esto es, adicto.

Cuadro 2.1

Criterios sobre dependencia de sustancias en CIE-10

Se deben experimentar o presentar juntos tres o más de los siguientes criterios en algún momento del año anterior :

1. Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
2. Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.
3. Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores.
5. Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.

Fuente: OMS, 1992.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense presenta criterios similares:

Cuadro 2.2

Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSM-IV

De conformidad con el DSM-IV, la dependencia de una sustancia es un patrón de adaptación al uso de la sustancia, lo que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas, manifestadas por tres (o más) de los siguientes criterios, que ocurran en cualquier momento durante un mismo periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes indicadores:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente mayores de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado,
 - (b) un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
2. Abstinencia, que se manifiesta por cualquiera de los siguientes:
 - (a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - (b) se toma la misma sustancia (u otra similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades o durante periodos más prolongados de lo que se deseaba.
4. Existe un deseo persistente o la imposibilidad de reducir o controlar el uso de la sustancia.
5. Se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o manejar grandes distancias), en usar la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro) o en recuperarse de sus efectos.
6. Se reducen o se dejan de realizar actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por el uso de la sustancia.
7. Se continúa el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, muy probablemente causado o exacerbado por la sustancia (seguir usando cocaína pese a que se padece la depresión inducida por ésta, o se sigue bebiendo aunque se sabe que se agravó una úlcera por el consumo de alcohol).

Fuente: Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, 1994.

Como se puede observar, los criterios anteriores comprenden parámetros biológicos, psicológicos y de la conducta y se considera dependiente a cualquier persona que posea tres o más de *cualquiera* de estos parámetros. Esto indica que la definición diagnóstica de la dependencia –y por lo tanto de la adicción – a sustancias no implica necesariamente que alguno de los

criterios biológicamente mensurables sea incluido, como podría ser el uso de cantidades cada vez mayores de la sustancia. Este es el núcleo de las dificultades de *definir y medir* la adicción a sustancias: su inconmensurabilidad intrínseca.

Sin embargo, definiciones como éstas se centran en lo que Hugo Míguez ha llamado la “punta del Iceberg” del problema de las adicciones (Míguez y Grimson, 1998). Es decir, aquellos casos en los que la adicción ya está instalada, en los que la dependencia es un hecho. Conceptos tales como “usuario de drogas”, “abusador”, “uso indebido”, caen fuera de estas definiciones, lo que contribuye a invisibilizar tanto los problemas como las investigaciones que se realizan en torno al consumo, en toda y cada una de sus formas y escalas.

Otras definiciones, de tipo normativo, se centran en la legalidad e ilegalidad de una sustancia. Así, la Convención de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 que está hoy vigente y a la que nuestro país ha suscripto, establece en el preámbulo que:

“Las Partes, preocupadas por la salud física y moral de la humanidad.
Advirtiendo con inquietud los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias psicotrópicas.
Decididas a prevenir y combatir el uso indebido de tales sustancias y el tráfico ilícito a que da lugar.
Considerando que es necesario tomar medidas rigurosas para restringir el uso de tales sustancias a fines lícitos...

Y más adelante sigue:

Por "sustancia psicotrópica" se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural de la Lista I, II, III o IV."

De este modo, el “uso indebido” queda definido por lo establecido por dicha convención y las sustancias psicotrópicas son aquellas pertenecientes a una

de cuatro listas. Más allá de los criterios con los cuáles éstas listas fueron establecidas –que serán tratados en otra sección –, hace falta notar que sustancias psicotrópicas como el alcohol y el tabaco quedan fuera de estas definiciones y pese a que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (que es parte del sistema de la Organización de las Naciones Unidas) las incluye en sus listados de enfermedades, el problema de las adicciones continúa siendo caracterizado por este tipo de interpretaciones que focalizan el carácter ilegal de una sustancia y no el tipo de uso que se hace de ella. Esta diferencia de interpretación ha dado lugar a numerosos conflictos entre la OMS y los programas que manejan la fiscalización de drogas en Naciones Unidas (OMS, 1964, 1993a, 1993b).

Estas definiciones desplazan la problemática de las personas a las sustancias. El problema de las adicciones sería, en definitiva, un problema de control de sustancias y no de tratamiento de personas.

Esta multiplicidad de formas de entender la cuestión de la adicción ha sido estudiada por Helen Nowlis en 1975. Las categorías señaladas por esta autora nos parecen útiles para comenzar a pensar esta problemática. Nowlis señala cuatro modelos o formas de pensar esta cuestión que han sido utilizados a lo largo del siglo XX. El modelo Ético-Jurídico, el modelo Médico-Sanitario, el Psico-Social y finalmente el Socio-Cultural. Estos modelos fueron apareciendo en forma sucesiva aunque la aparición de un nuevo modelo no implique la ruptura con el anterior.

El Modelo Ético-Jurídico se organiza en torno a las sustancias reconociendo dos grandes grupos: las sustancias lícitas y las ilícitas. La droga se define según criterios legales y la persona que las utiliza está violando la ley, por lo cual es conceptualizada en términos criminales. Lo que prima aquí es la norma, y todo lo que no se acomoda a ella “*anormal*”. Surgen así las asociaciones entre uso de drogas y “delito” o “vicio”. Este modelo no pondera el tratamiento, más bien lo subsume en las consecuencias de la ilegalidad, encerrando al consumidor y sometiénolo, por consiguiente a una abstinencia obligada. En cuanto a la prevención, se asimila al control de la

oferta y al efecto disuasorio de la amenaza de sanción sobre la demanda. Este modelo se consolida a principios de siglo XX en los Estados Unidos como producto de los movimientos prohibicionistas.

El Modelo Médico-Sanitario introduce la noción de enfermedad. Desde una perspectiva epidemiológica clásica, asimila la enfermedad de la “drogadicción” a una enfermedad infectocontagiosa. De este modo, el usuario de drogas es un enfermo al que hay que aislar y poner en cuarentena (abstención). Nuevamente la sustancia es el elemento activo que infecta al huésped, que se mantiene pasivo. En este sentido, la conducta drogadictiva sería contagiosa si el medio vuelve vulnerable al sujeto. Aunque la sustancia sigue siendo el elemento estructurante del modelo, el criterio con que se define ya no es normativo, como en el modelo anterior, sino que se define en función de la toxicidad de la sustancia. Aparecen así las caracterizaciones de drogas “duras” y “blandas”. Al remitir a la tríada ecológica agente-huésped-contexto se introducen desde este modelo la preocupación por los factores de riesgo. Se identifican así poblaciones de riesgo (niños y jóvenes) y se busca identificar la contaminación del medio. Esto inscribe la acción del modelo en el campo de la salud pública. El modelo Médico-Sanitario se consolida en la década de 1940 luego de la firma de los convenios de Ginebra (1924-1925; 1931). Este modelo orienta la prevención hacia las consecuencias negativas del uso indebido de drogas apelando al temor como elemento fundamental. Otro elemento de este modelo es que, al introducir la noción de enfermedad, introduce junto con ella la de tratamiento, que se centraría en la eliminación del “agente infeccioso” (la droga) y en la “desinfección” (desintoxicación) del sujeto.

Modelo Psico-Social. Este modelo desplaza el eje del problema de la sustancia, eje organizador en los modelos anteriores, al sujeto. Lo que importa es el “tipo de vínculo” que establece el sujeto con la sustancia, vínculos que se pueden clasificar en uso, abuso y adicción a drogas considerando como problemático los dos últimos tipos. Este modelo conceptualiza la adicción como un síntoma de una enfermedad de tipo

psicológico. Se consolidó en la década de 1960 con los desarrollos en Psiquiatría Social de Gerald Caplan, entre otros. La prevención se traslada del campo más general de la salud pública al campo más específico de la salud mental y los tratamientos, a pesar de que son fundamentalmente psicoterapéuticos, no buscan exclusivamente la eliminación del consumo. Se incluye el contexto en el análisis con especial énfasis en la familia y los grupos de pares.

Modelo Socio-Cultural. Aquí el análisis se sitúa en el contexto, en el medio social. Si en el modelo anterior el contexto se enfocaba hacia lo microsocial, la familia y los grupos de pares, en este modelo se enfoca hacia lo macrosocial. Dentro de esta perspectiva, la presión de factores socioeconómicos y culturales de la sociedad en cuestión son los que conducirían al uso indebido de sustancias. Aquí, el uso indebido de drogas es un síntoma de una “patología social”. Este modelo comenzó a tener vigencia en la década de 1970 y se manifestó de formas diferentes según se consideren países centrales o periféricos. En los países centrales, el uso de drogas se asociaba a actitudes contestatarias de grupos de jóvenes y de activistas sociales que se expresaban en disconformidad con el sistema y que eran interpretados como individuos con poca capacidad de adaptación. En los países periféricos, sin embargo, la polarización social más marcada asoció el consumo de drogas con pobreza y exclusión.

El trabajo de Helen Nowlis tuvo la enorme virtud de ordenar el panorama en un momento en el que muy pocas personas conocían la complejidad del problema (Calabrese, 2010; González y Furia, 1977).

Con éste trabajo como base que, además, al estar publicado por la Organización de las Naciones Unidas [ONU] había sido traducido al español en forma simultánea a su edición en otros cinco idiomas, se comenzó a pensar la problemática adictiva en Latinoamérica (Luciano, s/f).

El mismo año en que se editó el trabajo de Nowlis, el Fondo de Ayuda Toxicológica [FAT], desde la Cátedra de Toxicología de la UBA presentó en la

UNESCO un modelo que intentó ser un superador de los cuatro anteriores. El modelo Ético-Social.

El **Modelo Ético-Social** incluye la preocupación existencial por el sentido de la vida. El modelo problematiza el *significado social del consumo de drogas*. No se limita a interpretarlo como una manifestación de un modo de funcionamiento de la sociedad, sino que se pregunta acerca del por qué de esa manifestación particular. Bajo este modelo, toda acción de prevención, debería ser transformadora de la realidad social y no sólo de algún aspecto particular del usuario o su entorno directo. El modelo llama a la necesidad de integrar los diferentes niveles sociales en acciones de tipo interdisciplinario que estén orientadas por una elaboración común y solidaria (Calabrese, 1976; Herrero, Casati, Dana, Mariones, Calabrese, et al., 1975; Tarrab, et al., 1978).

El Modelo Ético-Social, quizás por su amplitud, que plantea una modificación general de la estructura social, pero también por provenir de un país periférico a la problemática, no tuvo demasiada trascendencia (como veremos más adelante, en la década de 1970, el “problema droga” no era ni tan grande, ni tan significativo en la Argentina).

No sucedió lo mismo con el trabajo de Nowlis que fue, y continúa siendo, ampliamente citado. En cada uno los modelos planteados por Nowlis, se encuentran movilizadas diferentes formas de concebir el fenómeno adictivo que se manifiestan en distintas representaciones estereotipadas. Estas representaciones están conformadas por elementos diversos. Conocimientos científicos, paquetes ideológicos y marcos normativos que pueden ser observados en tres planos:

- El plano de las **sustancias**: cada modelo define “droga” de un modo particular.
- El plano de los **sujetos**: cada modelo conceptualiza al usuario de drogas de modos diferentes. Esto puede estar ligado a la conceptualización que se realiza de sustancia o no pero incide definitivamente sobre la siguiente categoría.

- El plano de los **tratamientos**: el tipo de tratamiento se desprende del modelo y de las definiciones de sustancia y sujeto que intervengan.

En resumen, a lo largo del siglo XX, los discursos hegemónicos han pasado sucesivamente de condenar a los adictos por criminales⁴, luego por enfermos (cuya enfermedad fue primero física, luego psíquica y más tarde neurológica) y finalmente como víctimas. Estas definiciones y redefiniciones fueron permitiendo que se desplegaran diferentes estrategias de tratamientos. La primera de ellas es el no-tratamiento (entendido en términos médicos). Un criminal no necesita ser tratado, sino encerrado y castigado y esto, por supuesto es una forma de “tratar” con el problema (Foucault, 2001). Un enfermo, por el contrario, será tratado de acuerdo al tipo y magnitud de la enfermedad que posea (como sea que la enfermedad esté definida).

2.2 Problema público/problema de conocimiento

Como señalamos anteriormente, la palabra adicción admite una variedad de definiciones todas las cuales tienen la característica común de considerarla una conducta problemática o, para ser mas precisos, *desviada*.

Sin embargo, considerar la adicción como un problema es asumir que una conducta, un fenómeno corriente – el consumo de ciertas sustancias-, tiene ciertas características sociales que lo convierten en tal. Pero los fenómenos no *poseen* características sociales, éstas son *adjudicadas* mediante diversos procesos de definición. Al hacerlo, se los convierte en una cuestión social.

Por lo tanto, un fenómeno cualquiera se convierte en un problema social cuando se lo somete a un *proceso mediante el cual los miembros de grupos o*

⁴ Debemos señalar, sin embargo, que el modelo criminológico estuvo signado durante gran parte del siglo XX y, sobre todo en las primeras décadas, por una perspectiva lombrosiana bajo la cuál el criminal era al mismo tiempo un desviado moral y un enfermo. La prisión y sus rutinas tenían el objetivo de normalizar al individuo y “curarlo”. Del mismo modo que los modelos se “hibridan” entre si, coexistiendo, el modelo ético jurídico no surge en un vacío conceptual respecto de las otras conceptualizaciones. La medicalización general de la conducta criminal es parte de un proceso que de ningún modo comienza en este período, sino que es preexistente a estos modelos. Sólo nos valemos de estas categorías en términos analíticos y como forma de marcar una tendencia general. No obstante estas salvedades no modifican el argumento central de este trabajo.

sociedades lo definen como tal (Becker, 1963; Blumer, 1971; Conrad y Schneider, 1980; Spector y Kitsuse, 1977).

Al mismo tiempo, los problemas sociales son, muchas veces, problemas públicos. Pero no *todos* los problemas sociales son problemas públicos. Los problemas sociales y los problemas públicos pueden coincidir o no. Por ejemplo, la enfermedad de Chagas, bien puede ser considerada un problema social, desde el momento en que existen mecanismos sociales institucionalizados y organizados para lidiar con el problema a nivel nacional (Kreimer y Zabala, 2007), sin embargo, el conocimiento público del problema, muchas veces se reduce a los territorios en los que el mismo se manifiesta (un porcentaje muy alto de la población de Capital Federal ignora casi todo sobre el mismo).

¿Qué es un problema público? En pocas palabras, un problema público es cualquier actividad de los sujetos sociales que, por algún motivo, ya sea por la magnitud misma de la acción, por la cantidad de sujetos involucrados o por el tratamiento que hicieron los medios de la misma, éste alcanza la esfera pública y es construido colectivamente como tal (Gusfield, 1981). Todos hemos sufrido, o conocemos a alguien que haya sufrido un accidente de tránsito. Pero el hecho de que todos tengamos alguna experiencia cercana con este tipo de accidentes no es suficiente para convertirlos en un problema público. El tratamiento que hacen los medios de los accidentes de tránsito, las estadísticas oficiales que objetivan estos accidentes en datos tales como el “número de accidentes por habitante” y que luego se difunden en otros ámbitos de decisión y las formas de intervención sobre esos datos que ejerce el Estado (multas, controles de alcoholemia, puntajes de manejo, etc.), es lo que convierte a los accidentes de tránsito en un problema factible de ser abordado por la opinión pública.

Para que un problema social se convierta en un problema público deber ser también motivo de controversias en la arena pública (Gusfield, 1981). Y como se desprende de lo anterior, las controversias son llevadas adelante por diferentes formas de concebir e intervenir sobre un problema.

La diferencia entre ambos radica, entonces, en si alguien considera que es necesario intervenir en la arena pública o no. Lo interesante, para nuestro modo de abordaje, son los argumentos mediante los cuáles se justifica el modo y la magnitud de la intervención.

El hecho de que reconozcamos abiertamente que la adicción a sustancias sea un problema público señala que existe una preocupación social acerca del problema tal y como este ha sido construido y presentado en la esfera pública y que, además, existen luchas por definir el problema de uno u otro modo que se expresan en ese ámbito. Esta preocupación social se manifiesta en el establecimiento de políticas públicas para lidiar con el problema, en el surgimiento de instituciones, en la implementación de tratamientos, en la cobertura del problema por parte de los medios de comunicación, en el establecimiento de debates legislativos, y en la demanda de soluciones por parte de la sociedad, etc.

Sin embargo esta situación no es ni permanente ni natural. El problema público de las adicciones, del mismo modo que cualquier otro problema público, tiene su génesis, su desarrollo y, muy probablemente su final.

En este libro asumimos que la emergencia de un problema de estas características, las decisiones contingentes acerca de cómo se trata la adicción, qué tipos de tratamientos médicos se deben implementar, dónde y por quién, son todas decisiones que resultan de la interacción entre distintos actores sociales que movilizan mecanismos institucionales y conocimientos que dan forma a los intereses de las partes involucradas y la opinión pública.

Las políticas públicas en materia de tratamiento de drogas se basan en una serie de abstracciones que seleccionan algunas características de la realidad. Entre estas características, encontramos una construcción cuantitativa -esto es, el número de adictos que el Estado conoce y reconoce a través de distintas estadísticas-, la forma de concebir la adicción, asociado al conocimiento

científico o no, que influirá sobre los dispositivos específicos de tratamiento y la adopción de marcos normativos.

Todas estas consideraciones, cuando se presentan en una política pública, se encuentran fuera de toda disputa. Sin embargo allí se oculta la complejidad con que cada una de estas definiciones fue construida y las luchas que tuvo que sortear para imponerse al resto de las definiciones disponibles.

Por consiguiente, al indagar en la historia de los tratamientos para adictos en la argentina, nuestro interés no está enfocado en la efectividad del tratamiento o en los beneficios en los que redundan para la sociedad. Nuestro interés es observar, mediante la historia de los tratamientos, cómo se han desarrollado diferentes disputas por definir o etiquetar a los adictos y sus conductas. Nuestra pregunta por los tratamientos por lo tanto no es ¿qué tipo de tratamientos existen en la Argentina? sino que nos preguntamos, ¿por qué existe un tipo de tratamientos en particular?

Según Gusfield es posible diferenciar dos dimensiones de un problema público: la dimensión cultural que expresa el nivel simbólico en el que el problema es representado, y la dimensión de la organización social, que considera los patrones de actividades mediante los cuales el fenómeno considerado (el problema público) es sistematizado en datos y teorías (Gusfield, 1981).

La primera de estas dimensiones va a ser abordada, sobre todo, en el capítulo cinco de este libro: *“la construcción de la adicción como problema público”*.

La otra dimensión, será desarmada a lo largo de toda el libro, principalmente atendiendo a las siguientes dimensiones que permiten desentrañar algunas disputas específicas que juegan un rol central en la conformación del problema:

- las definiciones de adicción y por tanto,
- el número de adictos: este punto, especialmente controvertido oscila enormemente de acuerdo a la definición que se esté considerando. Las estadísticas internacionales consideran la

categoría *prevalencia*⁵ *anual*, que arroja cifras cercanas al 10% de la población mundial (JIFE, 2008). Las cifras de consumidores problemáticos son inferiores al 10% de este valor (SEDRONAR, 2007) y el número de adictos definidos psiquiátricamente es desconocido, pero su cifra necesariamente es menor aún.

- la coherencia entre tratamientos y legislación: dado que la legislación penaliza casi todos los aspectos de la relación con las drogas, los tratamientos deberían estar dentro de esta perspectiva.
- la influencia de la conducta adictiva en el “bienestar social” es otra categoría fundamental presente en la construcción pública del problema que puede ser observada en las asociaciones que se realizan entre adicción y violencia, crimen, inseguridad, pobreza, adolescencia y SIDA, por nombrar solo las principales.
- los grupos de riesgo: esto implica considerar las poblaciones específicas que son objeto de estas definiciones (adolescentes, excluidos, pobres, enfermos de SIDA, etc.)
- la estigmatización del adicto: esto será considerado tanto en el papel que juega este proceso en la sociedad como en la propia percepción que los adictos tienen sobre sí mismos.
- La importancia de los tratamientos en términos de inversión pública: la elucidación de este punto intentará señalar el balance que existe entre la dimensión cultural y la organización social que responde al problema.

Pero hay otro aspecto del problema público de las adicciones que es necesario considerar.

El hecho de que haya sido definido, al menos en teoría, como un “problema de salud” implica que el campo biomédico debería estar especialmente involucrado en las definiciones, disputas y modos de

⁵ Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período dado.

resolución. Del mismo modo que lo que sucede con las descripciones de la construcción de otros problemas públicos de salud -enfermedad de chagas (Kreimer y Zabala, 2007), alcoholismo (Conrad y Schneider, 1980; Gusfield, 1981), Viagra (Conrad y Leiter, 2004; Míguez y Grimson, 1998), SIDA (Míguez y Grimson, 1998) por nombrar solo algunos- existe una fuerte influencia del conocimiento biomédico en la forma en la que se piensa la intervención pública y las estrategias que se imaginan e implementan para su solución.

En el caso de la adicción a sustancias esta relación es, como veremos, más compleja. ¿Qué producción de conocimiento médico hay alrededor de esta problemática?, ¿qué impacto tiene la misma en la resolución del problema público?

2.3 Sociología de la desviación

¿A qué se llama conducta desviada? Desde el momento en que existe una sociedad, la misma tiene reglas. En su concepción más general, la conducta desviada puede ser entendida como todo aquello que cae fuera de los parámetros establecidos por las reglas sociales (Becker, 1963). No hay desviación sin reglas sociales y no hay reglas sociales sin sociedad. Por consiguiente, y paradójico, la desviación es normal en la sociedad (Durkheim, 1895).

Por este motivo, todas las sociedades poseen mecanismos para lidiar con lo anormal, con la desviación. Esto nos da la primera característica de las conductas desviadas: su universalidad.

Otra característica fundamental de las conductas desviadas es que pueden ser positivas o negativas. Así, por ejemplo, el crimen es una desviación negativa, mientras que las conductas que llevan adelante los genios o los héroes pueden ser consideradas como ejemplos de desviaciones positivas.

A su vez, las conductas desviadas pueden ser formales o informales. En relación con las normas, las conductas desviadas serán de uno u otro tipo de acuerdo al tipo de norma que estén violando. Formales cuando estén violando leyes e informales, por ejemplo, cuando estén violando otro tipo de normas, como los protocolos de conducta o los consensos familiares, etc.

A pesar de que se observan en diversas sociedades, no hay un modo universal de tratar con este tipo de conductas. No todas las sociedades tratan con la desviación de la misma manera. Conductas similares han sido tratadas de diferente forma por sociedades diferentes. Incluso una conducta desviada como el asesinato, tiene ámbitos específicos en los que se le quita el carácter desviado y se convierte en “normal”, como en los períodos de guerra o determinadas situaciones policiales.

De modo que las conductas desviadas son concebidas de modo diferente por sociedades diferentes y también por la misma sociedad dependiendo del momento histórico o del contexto en el que son llevadas a cabo. Esto nos sitúa ante la pregunta acerca del modo de tratar con la desviación: ¿La desviación viene determinada intrínsecamente por

características propias de la conducta considerada o es la forma en la que se considera la conducta el origen de su naturaleza desviada? (Becker, 1963).

Si la respuesta estuviera en la propia conducta, en sus características intrínsecas, la estrategia de lidiar con ella sería eliminándola. En cambio si la conducta es considerada una desviación debido al modo en que se ha definido, existe la posibilidad de lidiar de más de un modo con ella (p. ej. definiéndola de otro modo o también, eliminándola).

Este trabajo adopta la segunda postura: las conductas desviadas, lo son por un proceso que las ha definido, el cual es un producto complejo de la intersección de procesos históricos, culturales, políticos y sociales que incluyen luchas de poder para las que se movilizan diferentes tipos de argumentos: científicos, éticos, jurídicos, morales:

“La presencia de un tipo dado de comportamiento es el resultado de una secuencia de experiencias sociales durante las cuáles la persona adquiere una concepción del significado del comportamiento, y percepciones y juicios de los objetos y las situaciones, todo lo cual convierte a la actividad en posible y deseable. De este modo, la predisposición para involucrarse en la actividad es construida en el curso del aprendizaje para involucrarse en ella y no precede a este proceso de aprendizaje” (Becker, 1953)

Existen distintos “tipos” de normas dentro de una sociedad. Una forma de clasificar las conductas desviadas, es observar qué tipo o tipos de normas sociales están ignorando o incumpliendo esas conductas. Un criterio para clasificar los tipos de normas es el que considera la severidad con que se castiga el no cumplimiento de la misma (Freidson, 1978). De este modo, los principales tipos de normas son:

Penales: establecidas en el código penal de cada sociedad y su violación representa un crimen.

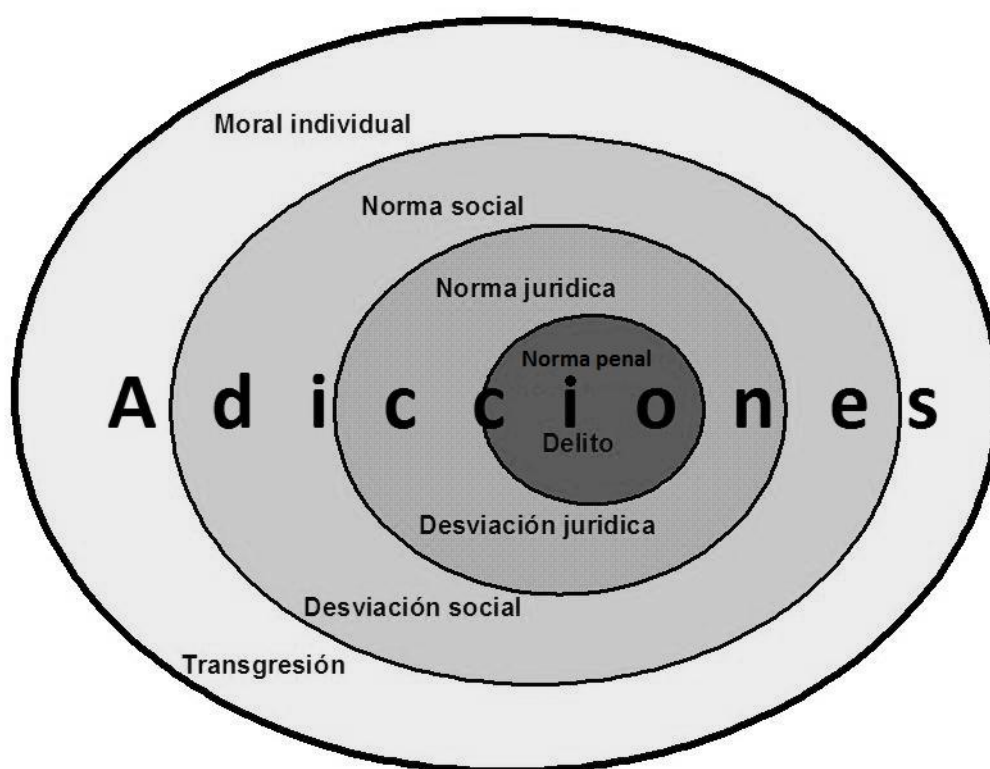
Jurídicas: establecidas en el código civil, y su violación representa un delito.

Sociales: son normas extendidas implícitamente en la sociedad y su violación representa un “castigo social” como la estigmatización y la segregación social.

Morales: Son normas auto impuestas que representan poco o ningún castigo social.

Utilizando esta clasificación, podemos clasificar también a las conductas desviadas de acuerdo al tipo de norma que están violando: delito, desviación jurídica, desviación moral y “trasgresión”, respectivamente (ver gráfico I).

Gráfico 2.1



Como vemos en el gráfico 2.1, la adicción a sustancias, tal como está definida en la actualidad, reúne las características necesarias para violar todos los tipos de normas⁶. Incluso la norma individual, puesto que el adicto –se piensa– no puede “cumplir su propia norma” de abstenerse de consumir, en el caso que se la imponga.

⁶ Es necesario considerar que la adicción, como fenómeno médico, no viola estrictamente la norma penal ni la jurídica, pero desde el momento en que todo vínculo con las sustancias (comercio, consumo, tenencia, etc.) está penalizado, es imposible separar estos aspectos de la problemática. En los últimos años, la tendencia a despenalizar la tenencia de algunas sustancias, principalmente marihuana, añadiría una complejidad adicional a esta forma de clasificar la adicción, puesto que las categorías “usuario”, “consumidor”, “adicto”, “comerciante”, etc. deberían ser conceptualizadas de forma diferente en la legislación.

Otros intentos de definir la conducta desviada provinieron desde la biología, disciplina que ha hecho sus intentos para dar a la definición de conducta desviada un carácter científico positivo. En el siglo XIX Cesare Lombroso trataba de identificar las características anatómicas que caracterizaban a un hombre criminal y pretendía, al identificar las causas de la desviación, poder erradicarla. En este sentido, las concepciones biologicistas de la desviación asocian desviación social a imperfección biológica y enfermedad.

Pero el estudio de la enfermedad como ejemplo de conducta desviada fue interpretado por las ciencias sociales, y en particular por la sociología funcionalista, más como una analogía que fue adquiriendo carácter más rígido a medida que se utilizaba. Según esta postura, el cuerpo biológico, cuando es saludable y funciona bien, no es propenso a cometer actos desviados. Esa es una característica de los cuerpos enfermos y, en particular, de las mentes enfermas (no hay mucha distinción entre estos términos para quienes se han dedicado a buscar las causas biológicas de la desviación).

Sin embargo, la concepción de “salud” es también compleja. Qué cosa es un cuerpo sano y qué cosa es un cuerpo enfermo son conceptos que también han ido modificándose con el tiempo y con ello, la idea de conducta desviada asociada (Luz, 1997). En los últimos años, la sociología y la antropología médica se han ocupado ampliamente del cuerpo como ámbito de expresión de las ideologías y de su uso como herramienta de control social (Le Breton, 2002). La adicción tiene en esta tradición teórica una nueva vía, relativamente inexplorada, que promete la ampliación y comprensión más profunda del fenómeno.

Con estos antecedentes que comenzaron a relacionar la desviación a la estructura del cerebro, nacen los vínculos entre desviación y enfermedad mental. Pero quién primero planteó claramente los vínculos entre conducta desviada y enfermedad fue Talcott Parsons (Parsons, 1951).

Parsons describió las dos formas más importantes de conductas desviadas. El crimen y la enfermedad. Esto se debe, según este autor, a que

estas categorías comprometen la estabilidad del sistema social del modo en que el lo concebía (Parsons, 1951).

De acuerdo con Parsons, cuando un individuo se enferma, adopta un rol social (rol del enfermo) caracterizado por cuatro elementos:

- no ser responsable de su incapacidad
- ser eximido de sus roles y obligaciones usuales
- deber querer abandonar el rol de enfermo y “curarse”
- estar obligados a buscar ayuda médica profesional

El “rol del enfermo” se convierte en una herramienta conveniente para mantener el status quo en individuos que no aceptan totalmente las normas sociales. La asignación de este rol permite controlar formas temporales de la desviación social, aislándolos y evitando la conformación de grupos coherentes con disconformidades (desviaciones) compatibles.

El rol de enfermo conlleva una serie de responsabilidades y derechos. Uno de estos derechos indica que un individuo no debe ser señalado como responsable de su estado enfermo. Sin embargo, cuando un adicto es conceptualizado como un delincuente (porque consume, vende, o comparte una sustancia ilegal), se lo considera directamente responsable de esta conducta, eliminando el derecho que la enfermedad le había otorgado.

En la perspectiva de Parsons los médicos son agentes de control social y la acción del sistema médico puede tener, básicamente, dos consecuencias. La eliminación de la conducta desviada, lo que, en la problemática adictiva se conoce como “reinserción”. O bien la disconformidad creciente que puede desembocar en la acumulación y ser una fuente básica del cambio social.

Un elemento central en la concepción de Parsons que permite a los médicos actuar como agentes de control social es lo que él denomina “the competence gap”. Esto es, la diferencia de conocimiento que existe entre el médico y el paciente que le otorga al primero un poder profesional para dirigir las acciones del paciente.

Sin embargo, en nuestro caso de estudio –la conducta adictiva- la perspectiva de Parsons tiene relativamente poca utilidad porque precisa que el adicto se reconozca a si mismo como tal y acuda en busca de ayuda al médico cosa que, en la gran mayoría de los casos, no sucede. Esto complejiza, entre otras cosas, la noción de paciente como un sujeto que, a la vez que es objeto del control social ejercido por el médico, posee ciertos derechos a los que puede recurrir. Usualmente, con el adicto esta situación es más compleja, como se ha manifestado en innumerables ocasiones en las discusiones que se produjeron, dentro de la ONU, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE] y la OMS (OMS, 1980, 1993a).

No obstante, la perspectiva parsoniana ha dado origen a formas más complejas de considerar la problemática desviación/enfermedad.

La enfermedad no fue considerada seriamente como una desviación, hasta una época relativamente reciente. Hasta la década de 1970 no fue incluida, salvo excepciones, en los estudios sociológicos sobre conductas desviadas.

Esto se debió, según Freidson, a que el grado de consenso que existe en la sociedad acerca de qué signos físicos son indeseables y, por lo tanto, desviados, es enorme (Freidson, 1978). Esto invisibilizó el problema. Pero el hecho de que el consenso sea grande no implica que las características desviadas puedan ser interpretadas como naturales. Continúan siendo construcciones sociales. Este extraordinario núcleo de consenso es también el que facilitó la expansión de la jurisdicción médica (Conrad y Schneider, 1980; Menéndez, 1990), ampliando constantemente la categoría desviación social/enfermedad en el proceso conocido como medicalización (Foucault, 1974).

La capitalización que ha hecho la medicina del conocimiento científico es uno de los elementos que ha posibilitado este fenómeno, aunque ciertamente no el único. En este sentido, una sociología de la medicina (o de la enfermedad) que no ignore los supuestos anteriores, será también, y por sobre todas las cosas, una sociología del conocimiento (Freidson, 1978), puesto que estará interesada en el mismo tipo de preguntas: ¿cómo un estado llega a ser considerado como enfermedad? ¿Existen modelos en que la

enfermedad tiende a ser atribuida? ¿Qué efecto tiene esta atribución en la organización social más amplia?

Eliot Freidson ha acuñado el concepto de *iatrogenia social* para referirse a la capacidad que tiene la medicina de utilizar su autoridad para establecer cuándo la queja de un paciente es una enfermedad y cuándo no. La medicina está comprometida, según Freidson, en la creación de la enfermedad como un estado social que un ser humano puede adquirir. En esto, Freidson se diferencia de Parsons. No sólo se limita a legitimar la conducta del paciente, sino que crea las condiciones sociales para establecer una conducta como enfermedad (Freidson, 1970)

Es cierto que el profano puede tener su propia visión “no científica” de la enfermedad, divergente del punto de vista propio de la medicina, pero en el mundo moderno es la visión médica sobre la enfermedad la que está sancionada oficialmente y que, oportunamente, se impone administrativamente sobre el profano. Es parte de una profesión el que se le conceda poder oficial para definir y por tanto crear la forma de segmentos problemáticos de conducta social; el juez determina lo que es legal y quién es culpable, el clérigo lo que es sagrado y quién es profano, el médico lo que es normal y quién está enfermo.” (Freidson, 1978)

Así, Freidson considera a la enfermedad como un estado social. Aunque la propia medicina pretenda situarse a sí misma fuera de la religión, el derecho o la filosofía reclamando para sí un acercamiento científico a la realidad (Menéndez, 1990), el designar algo como *enfermedad* tiene consecuencias independientes del estadio biológico del organismo.

Las consideraciones anteriores nos llevan a diferenciar dos aspectos fundamentales de la enfermedad que se adivinan de los párrafos anteriores, pero es necesario explicitar:

- la enfermedad como un estado biológico, como una alteración en los tejidos o el organismo biológico.

- La enfermedad como estado social, que implica cambios en la conducta entre los seres humanos.

En tanto la primera puede tener una existencia independiente del conocimiento, la segunda es creada y determinada por él. En otras palabras, cuando una persona tiene una enfermedad, no es lo mismo que haya sido diagnosticada médicamente a que no. El diagnóstico cambia la conducta del hombre y la conducta de la sociedad hacia él. Esta perspectiva es coherente con la consideración de la conducta adictiva como desviación/enfermedad (recordemos que ya es una conducta desviada por su carácter criminal), puesto que no necesita el autorreconocimiento del enfermo como tal.

Freidson ha adaptado la clasificación realizada por Parsons de las conductas desviadas de acuerdo a la imputación de responsabilidad al individuo y a la gravedad de la desviación del siguiente modo:

Tabla 2.1: Clasificación de conductas desviadas según imputación de responsabilidad

Imputación de gravedad	Imputación de responsabilidad	
	Individuo al que se hace responsable	Individuo al que no se hace responsable. (enfermedad)
Desviación leve	Ej.: Infracción de tránsito. Leve adición a las obligaciones. Suspensión menor de privilegios	Ej.: Resfriado Suspensión parcial de unas pocas obligaciones. Realce suave de privilegios. Obligación de recuperarse.
Desviación grave	Ej.: Asesinato. Reemplazo de las obligaciones comunes. Pérdida de privilegios	Ej.: Ataque al corazón. Relevo de obligaciones. Adición a los privilegios ordinarios. Obligación de buscar ayuda y cooperar.

Fuente: (Freidson, 1978)

Las enfermedades que tienen posibilidad de ser curadas son mas susceptibles de caer dentro de la exención de roles y obligaciones de Parsons que aquellas “incurables”. En este sentido, la conducta adictiva, ante la creencia de que es “incurable” o una enfermedad crónica tal como lo ha mostrado la neurobiología (Knight, 1937; OMS, 2004; Volkow, 2004; Vrecko, 2009), pasaría a ocupar la categoría de “desviación grave”. Sin embargo no puede ocupar el “casillero” correspondiente reservado a la intersección entre

“desviación grave” y “enfermedad”, es decir, aquellas conductas de las que no se responsabiliza al individuo dado que los adictos son comúnmente responsabilizados directamente de su conducta. De este modo, la adicción no es clasificable en este esquema de categorías.

Otra perspectiva teórica, dentro de la conducta desviada, que no podemos dejar de considerar, es la desarrollada por Erving Goffman en relación al concepto de *estigma* (Goffman, 1970). Según este autor, el estigma es una reacción de la sociedad que “arruina” la identidad normal del sujeto estigmatizado. Este etiquetamiento, en algunos casos, acompaña a la persona de por vida, aún cuando la causa de la estigmatización ha sido eliminada: “estuvo preso”, “estuvo internado en un manicomio” o “de joven se drogaba”, son ejemplos de este tipo de acción que ejerce la sociedad sobre los individuos estigmatizados, moldeando sus relaciones y conductas.

La persona estigmatizada, a diferencia del “enfermo simple” a quien se lo libera de una serie de responsabilidades, es imputada con una serie adicional de nuevas obligaciones que implican, entre otras cosas, la exageración de los comportamientos normales. Por ejemplo, de un ex adicto que robaba a su familia, no solo se espera normalidad, sino que sea un ejemplo de conducta normal, se espera que tenga una conducta hipernormal. Este tipo de exigencia es imposible de ser cumplida, puesto que, como señalábamos antes, este tipo de conducta es también una desviación (en este caso positiva) y el individuo la reconoce como tal y la rechaza. Fenómenos como éste están muy lejos de ser considerados por la mayor parte de las perspectivas terapéuticas que buscan “resocializar” al adicto.

Considerar la noción de estigma implica para Friedson romper con la clasificación dicotómica de Parsons que separa crimen de enfermedad. El estigma tiene la capacidad de adjudicarle responsabilidades nuevas al individuo estigmatizado (cosa que no sucedía con el enfermo de Parsons, excepto la obligación de recuperarse). Adicionalmente, la persona estigmatizada no es relevada de sus obligaciones. Friedson encuentra la clave en el concepto de *legitimidad*.

Parsons se valía de este concepto para diferenciar entre crimen y enfermedad. La legitimación de la desviación, la convertía en enfermedad. Pero esta legitimación es condicional a la cura y el individuo vuelve a la normalidad, recupera sus deberes y pierde los privilegios temporales que le otorgó el ser considerado un enfermo.

Pero si consideramos el proceso de estigmatización, que es irreversible, o las enfermedades crónicas (como pareciera ser el caso de la adicción), la legitimidad ya no es condicional, sino que se vuelve incondicional.

Así, Freidson define tres tipos de legitimidad, que complejizan la noción de desviación/enfermedad:

- legitimidad condicional
- legitimidad incondicional
- ilegitimidad

En el cuadro que sigue se resumen las características de las variaciones de los tipos de conductas desviadas a las que se le ha aplicado el concepto de legitimidad según Freidson:

Tabla 2.2: clasificación de las conductas desviadas según su legitimidad.

Gravedad imputada	Ilegítima (estigmatizada)	Legítima condicional	Legítima incondicional
Desviación menor	"tartamudear" Suspensión parcial de algunas obligaciones, pocos o ningún privilegio, pocas o ninguna obligación nueva	"resfriado" Suspensión temporal de pocas obligaciones, aumento temporal de privilegios, obligación de recuperarse.	"marcas de viruela" Ningún cambio especial.
Desviación grave	"epilepsia" Suspensión parcial de algunas obligaciones, adopción de nuevas, pocos o ningún privilegio	"neumonía" Relevó temporal de obligaciones, adición a los privilegios comunes, obligación de cooperar y buscar ayuda	"cáncer" Suspensión permanente de muchas obligaciones y adición notable de privilegios.

Adaptación de (Freidson, 1978)

De este modo aparecen seis tipos de conductas desviadas (ya no se diferencia entre enfermedad y conducta desviada genérica) que generan respuestas diferentes tanto en los individuos como en los sistemas sociales.

¿Adónde se encuentra la adicción a sustancias en esta clasificación? Como vimos en el capítulo anterior, la adicción a sustancias ha sido conceptualizada una y otra vez como una enfermedad, al mismo tiempo que se han estigmatizado a los adictos. La estigmatización los convierte en adictos perpetuos (una manifestación de eso es la proliferación de los grupos de Narcóticos Anónimos, un desprendimiento de Alcohólicos Anónimos, cuya premisa es “soy adicto, y llevo x días, meses o años sin consumir”).

La adicción a sustancias es concebida claramente una desviación grave, pero oscila entre ser clasificada de ilegítima o legítima incondicional (nunca es condicional). En rigor, no es una oscilación, sino que reúne características de ambos tipos de desviación pudiendo ocupar simultáneamente, al igual que en la clasificación respecto de las normas sociales, más de un casillero.

Esta discusión teórica acerca de los conceptos de desviación y enfermedad tiene como objetivo establecer la complejidad de la temática y la dificultad de encasillamiento de este tipo de conducta. La ubicuidad de la conducta adictiva dentro de las definiciones existentes se manifiesta en los procesos de intervención que serán abordados en los próximos capítulos que, como vemos, no sólo dependen de la definición específica que se tenga del fenómeno adictivo. Ésta depende de una consideración más amplia del lugar que ocupan las conductas desviadas en la sociedad.

2.4 Medicalización

Definir un problema como una enfermedad es un proceso más complejo de lo que superficialmente parece. Existen diferentes posiciones teóricas acerca de lo que llamamos “enfermedad”. ¿Es la enfermedad una realidad objetiva – virus, parásitos, etc. –, es un padecimiento subjetivo de los individuos ó es una construcción social? En otros idiomas existen vocablos diferentes para dar cuenta de esta complejidad. Esto sucede con los términos ingleses *illness* y *disease*. Según una postura positivista, una enfermedad o *padecimiento*

(illness) puede ser considerada como la intersección entre la enfermedad (disease) y el huésped. De este modo, un patólogo puede observar la enfermedad, pero el médico solamente accede al padecimiento (illness) por medio del análisis de los síntomas y, a partir de este, inferir la enfermedad (Conrad y Schneider, 1980).

Otras posturas teóricas consideran que una enfermedad solamente existe cuando un padecimiento específico es definido de ese modo por la cultura (Gusfield, 1981). Lo que nos interesa no es una definición en particular, sino el mecanismo concreto por medio del cual una definición logra imponerse sobre otras y se manifiesta en estrategias de tratamientos concretas.

Foucault ha señalado el rol que puede jugar la medicalización en el curso de lo que él denomina *la biohistoria*. Esto es, el proceso que ha dejado su huella en la especie humana a través del consumo de medicamentos (Foucault, 1974). Este proceso se evidencia, por ejemplo, en la tolerancia que han desarrollado ciertos organismos patógenos debido al uso indiscriminado de antibióticos y que hoy inciden negativamente en la salud de la población.

La medicalización de la conducta adictiva es doble. Por un lado, se ha señalado una conducta humana generalizada -el consumo de ciertas sustancias- como un problema médico. La adicción puede ser interpretada como una modificación causada por la intervención médica farmacologizante⁷. Los usos abusivos de ciertas sustancias están enraizados en la utilización del opio como medicina durante los siglos XVII, XVIII y XIX (Davenport-Hines, 2003). Pero por otro lado, se ha medicalizado la adicción en el sentido de intentar intervenir farmacológicamente en su tratamiento. Así, a diferencia de otras conductas medicalizadas farmacológicamente, aquí hay un doble juego de sustancias. Aquellas que fueron introducidas originalmente y luego prohibidas o rechazadas por el Modelo Médico Hegemónico, que describiremos en breve, (opio, cocaína, heroína),

⁷ Con "intervención médica farmacologizante" quiero poner el énfasis en la acción médica de recetar drogas -de cualquier tipo- como forma de tratar una enfermedad, para diferenciarla de otros tipos de intervenciones médicas que no implican el uso de drogas de ningún tipo.

posteriormente intentan ser erradicadas utilizando nuevas sustancias (metadona, bupropión, etc.).

Uno de los autores que se ha dedicado a estudiar la influencia de lo que conocemos con el nombre de medicina científica en la estructuración de la medicina moderna es Eduardo Menéndez. Este autor plantea el concepto de *Modelo Médico Hegemónico* para interpretar la totalidad de las prácticas médicas. Según Menéndez, el Modelo Médico Hegemónico [MMH] se refiere a:

“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Este modelo ha ido dejando como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban los conjuntos sociales y fue identificándose como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por los Estados.” (Menéndez, 1990)

La hegemonía de este modelo, según Menéndez, se sustenta en el tipo de relación que mantiene con otros modelos y prácticas de atención y prevención de la salud que existen en la sociedad. Principalmente con lo que el autor denomina Modelo Alternativo Subordinado [MAS] y el Modelo de Autoatención [MAA].

El MMH presenta una serie de rasgos estructurales⁸, entre los cuáles, el rasgo dominante es el biologismo o la concentración de la práctica médica en lo que se ha dado en llamar *biomedicina*. La biomedicina incluye el saber de la biología, que le otorga al modelo la garantía de científicidad y una diferenciación concreta respecto de otros modelos y otras prácticas médicas o de atención de la salud, jerarquizando el tipo de conocimiento que el MMH utiliza.

⁸ Estos rasgos estructurales son: biologismo, concepción teórica evolucionista/positivista, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, salud/enfermedad como mercancía, orientación curativa, enfermedad como desviación/diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico/paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, concepción del paciente como ignorante, portador de un saber equivocado, concepción del paciente como responsable de su enfermedad, inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, prevención no estructural, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia inductora al consumo médico, predominio de la cantidad sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1990)

El MAS comprende las prácticas a las que habitualmente se denomina *tradicionales o alternativas* y el MAA es aquel que se basa en el diagnóstico y atención llevados a cabo por el propio individuo. Este último modelo está en la base de todos los otros modelos. Según Menéndez, las prácticas de autoatención no pueden ser erradicadas y son el origen histórico y social de toda medicina. De este modo, la autoatención permea a toda la sociedad. Los caracteres estructurales del MAA son: eficacia pragmática, concepción de la salud como un bien de uso, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación micro grupal de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

La construcción de la hegemonía por parte del MMH apunta a la exclusión ideológica y jurídica de otras posibilidades de atención. Sin embargo, el MMH juega un papel importante en la implementación de otras prácticas no hegemónicas. Por ejemplo, la automedicación, el consumo de fármacos (ó drogas) sin prescripción médica. La automedicación es uno de los aspectos de las prácticas de autoatención que el MMH combate no percibiéndose al mismo como responsable de este tipo de prácticas. ¿De dónde, si no es del propio MMH, aprende la sociedad cómo, cuándo y en que cantidad deben utilizarse los medicamentos, práctica por la que luego es condenada? A pesar de ello, el MAA es fuertemente cuestionado por el MMH, sin responsabilizarse directamente en la cuestión. Esta característica fundamental del MMH es crucial, creemos, para interpretar, no sólo el fenómeno adictivo sino la totalidad el consumo de drogas. En términos generales, el tipo de vínculo que los individuos y las sociedades establecen con las drogas es ambiguo desde su concepción.

La autoatención, expresada a través de la automedicación, aprendida por los pacientes de los médicos y ejercida también por estos últimos sobre sus propios cuerpos (¿quién diagnostica a un médico?), no fue menor en el

proceso de expansión histórica de los patrones de consumo de opio, cocaína y otros medicamentos⁹ que causaban acostumbramiento.

No obstante, el MMH rechaza –en teoría – la automedicación y la combate, evitando de este modo considerar la misma en sus aspectos positivos, que podría tenerlos, con una adecuada inclusión de esta conducta en los esquemas de salud. Así resalta los aspectos negativos de la automedicación, que la convierten en una conducta desviada, ajena a toda mirada médica, que permitiría entender el origen de este padecimiento y repensar las estrategias de atención. Esto agrega otra dimensión mas al fenómeno adictivo, la estigmatización social, causada por el MMH, por el hecho de auto administrarse una droga.

Otra de las características fundamentales del MMH resaltadas por Menéndez es la asociabilidad, en el sentido de que no incorpora la complejidad de lo social en la práctica médica por más que se haga un uso retórico de ello a nivel del discurso. De este modo, la enfermedad se manifiesta como un hecho ahistórico y puramente biológico en el que lo social no tiene nada que aportar. Este tipo de práctica se evidencia, por ejemplo, en el tratamiento que se le ha dado a los alcohólicos en los hospitales, a quienes se los coloca durante unas horas con un suministro de solución fisiológica hasta que se le pasen los efectos del alcohol y luego se los deja ir sin otro tipo de atención.

Si seguimos a Foucault, esta intervención médica ha modificado e instalado nuevas conductas sociales. La medicalización de la conducta adictiva ha provocado una modificación *biosocial*, puesto que esta conducta deja su huella en el sistema biológico del individuo, tal como mostraremos en el capítulo correspondiente a la neurobiología del fenómeno adictivo. En cierto sentido, la adicción es hija del propio proceso de medicalización.

⁹ Aquí, la utilización del término “medicamento” es anacrónica. Sin embargo es ése el sentido que se le quiere dar al texto.

El aumento y prestigio de la medicalización profundiza la separación entre la enfermedad, entendida como un proceso fisiológico (disease) y las percepciones sociales y valorizaciones subjetivas de los pacientes sobre ellas (illness). De este modo se contribuye a profundizar la asociabilidad, característica del MMH.

¿De dónde surge la capacidad que tiene el MMH de imponer su hegemonía? La medicina científica está sustentada en el desarrollo de un tipo particular de conocimiento que privilegió la ciencia físico-matemática, el conocimiento científico y el modelo experimental. Sin embargo, los valores que se han agregado a este tipo de conocimiento, y en los que se sustenta gran parte de su capacidad de legitimación, no son intrínsecos.

La ciencia moderna, ha adoptado lo que Robert Merton (Merton, 1968) ha definido como el *ethos* científico. Es decir, una ciencia caracterizada por un conjunto de valores resumidos en el acrónimo “CUDEO”, que sintetiza los conceptos de Comunalismo, Universalismo, Desinterés, y Escepticismo Organizado. Si bien Merton es el primero en definir estos valores, los mismos ya estaban presentes en la ciencia de la época. La obra de Merton tuvo dos importantes consecuencias. Por un lado, difundió hacia otros espacios esta idea del *ethos* científico. La influencia de sus ideas en la medicina, no puede ser negada. Los propios científicos “compraron” esta versión y es la versión dominante que tienen de sí mismos, incluso en la actualidad. Pero también dio origen a una corriente teórica que toma a la ciencia como objeto de estudio sociológico, permitiendo, a partir de allí, hacerse mas preguntas sobre su modo de funcionamiento.

Nace así la sociología de la ciencia, una rama de la sociología que, sobre todo a partir de la década de 1970, rompe con la tradición mertoniana e indaga sobre los contenidos sociales, culturales, políticos y económicos del conocimiento científico (Kreimer, 1999). No obstante, estos logros de la ciencia social serían ignorados por la mayor parte de las ciencias exactas y naturales y, en particular, por la medicina.

Queda así la medicina “atrapada” en un corsé teórico que, por un lado le impone los valores anacrónicamente otorgados a las ciencias (CUDEO), sin

poder incorporar otros desarrollos de la ciencia social, al tiempo que debe cumplir con determinados supuestos de cientificidad y productividad. Esta selectividad teórica del MMH le otorga un enorme poder de imposición. Cuenta con todas las herramientas de las ciencias positivas y con el aval de las ciencias sociales, desoyendo las críticas de uno y otro lado.

Desde que fue definida a principios de los años 1970, la medicalización ha variado en conceptualización, magnitud y alcance, puesto que la propia medicina ha ampliado su “campo” de acción (Conrad y Schneider, 1980). Como ya han señalado muchos autores, la propia historia de la medicalización ha puesto de manifiesto que no hay una relación “necesaria” entre biomedicina y consumo de sustancias psicoactivas (Epele, M., 2008).

También resulta claro observar cómo la industria farmacéutica ha sido promotora, productora y luego opositora, de la mayor parte de las sustancias consideradas “drogas”. La historia de la medicalización ha mostrado este proceso en el opio, la morfina, la cocaína, la heroína, la metadona, las benzodiazepinas, los psicotrópicos, etc. (Conrad y Schneider, 1980; Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989; Szasz, 1961)

Por otra parte, la expansión de la medicalización a otras áreas del comportamiento humano que tradicionalmente no pertenecían al ámbito médico (Conrad, 1992, 2007; Conrad y Schneider, 1980), como en los casos de la homosexualidad, la maternidad, el síndrome del déficit de atención, etc. circunscribe las conductas normales a un mínimo necesario. El resto de las conductas, son consideradas como desviadas y por tanto, enfermas y el paradigma biomédico las ubica en el cuerpo de las personas, medicando su cura. Casi no quedan aspectos de la vida de un ser humano en el espacio comprendido entre el nacimiento y la muerte que no sean hayan sido abordados por el proceso de medicalización.

De este modo, niega todo proceso social, histórico o político que puede intervenir en la generación, desarrollo, diseminación o incluso la cura de la patología en cuestión. Esta ubicuidad de los padecimientos en el cuerpo biológico es importante, puesto que permite su abstracción y, posteriormente su objetivación para poder realizar las extrapolaciones necesarias en

animales, como veremos cuando abordemos el capítulo sobre investigación biomédica.

No obstante, el proceso de medicalización no es homogéneo ni total. Existen grados de medicalización que dependen, entre otras variables, del tipo de conducta que estemos considerando, de la existencia de múltiples estrategias médicas de atención de la salud que compiten entre sí dentro del paradigma médico o bien de estrategias alternativas no médicas que compiten en la misma *arena transepistémica* desde otro campo (Knorr-Cetina, 2005), como resulta en el caso que describimos más adelante, de las Comunidades Terapéuticas, que se han posicionado como una estrategia central de la atención del proceso de salud/enfermedad adictivo sin estar completamente integradas al MMH.

Conrad ha señalado tres niveles en los cuáles la medicalización de un padecimiento puede ocurrir. El nivel conceptual, el institucional y el interaccional (Conrad, 1992). Estos tres niveles implican el involucramiento creciente de profesionales médicos en diferentes marcos institucionales que apuntan, todos ellos, a monopolizar las estrategias de atención de la salud.

El nivel conceptual se refiere al ámbito en dónde los problemas son definidos en términos médicos. Esto sucede a nivel de investigación básica en ciencias biomédicas y a nivel de las empresas farmacéuticas que no sólo están buscando nuevos productos para problemas de salud, sino que están constantemente intentando ampliar los mercados para los productos existentes “inventando” nuevos padecimientos. Así, en las últimas dos décadas hay numerosos ejemplos de medicamentos que han ampliado los padecimientos para los cuales estaban diseñados originalmente y este proceso ha sido identificado como dirigido principalmente por la industria farmacéutica y el marketing asociado (Lakoff, 2006; Szasz, 1961).

El nivel Institucional se refiere a la intervención política que pueden tener los profesionales médicos, ya sea en forma directa, o como consultores de terceros que ocupan lugares de decisión. Estos profesionales trabajan en pos de imponer sus propias concepciones de los procesos de salud-enfermedad-

atención utilizando, generalmente, una retórica científicista, biológica y sustentada en criterios de éxito terapéutico medidos desde la propia medicina, ignorando los contextos socioculturales más amplios. Esto es lo que Eduardo Menéndez denomina asociabilidad y ahistoricidad del MMH.

Mientras en los dos primeros, según Conrad, los tratamientos médicos no son necesarios (puesto que no es necesaria la existencia de un tratamiento para intervenir conceptual o institucionalmente), en el nivel interaccional, el eje está puesto en la relación médico-paciente y la medicalización en ese nivel.

Lo interesante de estos conceptos desarrollados por Conrad es que pueden ser interpretados como un proceso. Si bien no es continuo ni lineal, brindan herramientas para evaluar cualitativamente la influencia de la medicina el grado de avance de la medicalización sobre una conducta particular. Así, según hemos podido relevar a través de diversas entrevistas y del análisis de los tratamientos para adictos existentes en la Argentina, se revela como un rasgo característico y muy extendido, aunque no universal, la ausencia de profesionales médicos. El origen de los tratamientos en la Argentina, al menos de los tratamientos que luego derivaron en el establecimiento de un sistema público de atención¹⁰, estuvo fuertemente relacionado con movimientos religiosos, grupos de autoayuda del tipo de Alcohólicos Anónimos y ciertas estrategias terapéuticas tomadas, casi sin la intervención de profesionales médicos, de la nueva psiquiatría social desarrollada a partir de los años 1950 y sus derivaciones comunitarias (Deitch, 1988; Grimson, 1999; Hablemos, 2005; Touzé, 2006; Yaría). Estos tratamientos han ido profesionalizándose con el tiempo, pero aún hoy, la estructura de atención dentro de este sistema continúa siendo mixta (SEDRONAR, 2009). Por otro lado, la mayor parte de los adictos son atendidos en instituciones que se encuentran separadas físicamente de las instituciones centrales de salud (hospitales). Esto podría ser tomado como un indicador que señala que, si bien la conducta adictiva se encuentra medicalizada, esto ocurre principalmente en los niveles conceptuales, que permiten incidir

¹⁰ Nos referimos al origen de la estructura que hoy tiene SEDRONAR.

retóricamente en la realidad y en los niveles institucionales, es decir aquellos desde donde se diseñan las estrategias políticas de intervención (médica o no), pero no en el nivel interaccional (la relación médico-paciente no se verifica). Por ejemplo, resulta claro que la principal estrategia de atención de SEDRONAR es la utilización de las capacidades terapéuticas de organizaciones del tercer sector. El registro de instituciones prestadoras de SEDRONAR y el registro de instituciones adheridas a FONGA son altamente coincidentes (www.fonga.com; www.sedronar.gob.ar). Estas características podrían ser un indicador del “estado” de la medicalización de la conducta adictiva en la Argentina, pero también, de la estrategia que despliega el MMH para hegemonizar su mirada respecto de la problemática.

Por otra parte, el grado de medicalización de la conducta adictiva no es total. Esto puede deberse, en gran medida a la coexistencia de múltiples definiciones sobre el padecimiento que pugnan por estabilizarse (Conrad, 1992; Gusfield, 1981).

¿Cómo opera el control social a través de la medicalización? En este sentido, el caso de la conducta adictiva que estamos analizando es interesante. La capacidad de controlar, es decir, de dictar normas que sean acatadas por la sociedad depende de la capacidad de imponer definiciones que sean aceptadas ampliamente. La biomedicina ha sabido capitalizar su capacidad de imponer definiciones: antiguamente las medicinas preexistían a los padecimientos y, muchas veces, eran éstas las que los definían como enfermedad. En la actualidad, un padecimiento se define previamente como enfermedad y luego se busca una cura. Eso es lo que sucede con la conducta adictiva. Luego de haber sido definida como pecado, conducta desviada, locura, etc., actualmente se ha definido como enfermedad. Como señalamos anteriormente, esta definición se encuentra más consolidada en los niveles conceptuales e institucionales. Es común encontrar definiciones de adicción hasta cierto punto consolidadas y también ciertos dispositivos institucionales estándar (hospital de día, tratamiento psicoterapéutico, actividades de desarrollo de habilidades sociales, etc.). Pero a la hora de verificar las

prácticas concretas en la relación médico-paciente la variedad de abordajes estalla.

Esto es sólo el modo en que la medicalización ejerce el control social y demuestra que no existe una relación directa entre eficacia terapéutica y capacidad de imposición de definiciones (o lo que es lo mismo, control social). El MMH primero define, luego implementa y, finalmente, busca atacar el padecimiento. Si volvemos a Conrad, según su terminología el control social se ejerce de tres modos. Ideológicamente, colaborativamente y tecnológicamente (Conrad, 1992). Brevemente, el primero de ellos hace referencia a un modelo conceptual. La colaboración hace referencia a la participación política de los médicos como consultores, en diferentes niveles institucionales y finalmente, la tecnología, hace referencia a la aplicación concreta de medidas médicas. Luego de observar como funcionan los tratamientos en la Argentina, volveremos sobre estas categorías.

Ahora, es necesario entender cómo ha llegado a conformarse históricamente el andamiaje cultural que ha colocado a la conducta adictiva en la encrucijada de definiciones que venimos señalando. De eso trata el próximo capítulo.

3. Elementos contextuales

3.1 La historia del consumo de drogas en occidente:

En la mayor parte de los países desarrollados de occidente, resultado de la expansión europea primero y norteamericana después, las sustancias de abuso y su utilización (excepto el alcohol) son prácticas foráneas (Bialakowky y Cattani, 2001; Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989). Han llegado a establecerse como resultado de la apropiación de recursos naturales y la importación de mano de obra barata, procesos ambos que trajeron aparejada la implantación de determinadas prácticas sociales que eran comunes en los lugares de origen, pero totalmente extrañas y descontextualizadas en los nuevos escenarios. El opio de la India, el hachís de Oriente Medio, la coca de América del sur.

Hasta que la utilización de estas sustancias no pudo ser sustituida por las alternativas desarrolladas por la industria farmacéutica, funcionaron como eficaces medicinas y potentes mecanismos de contención social (Ehrenberg, 1994). Pero su sustitución, al volverse sustancias prescindibles, permitió que su uso sea etiquetado como una conducta desviada, primero médica y luego moral y criminal para ser nuevamente medicalizada hacia finales del siglo XX.

El status médico, jurídico y moral de todas las sustancias de abuso ilegales tiene su origen en estas tres sustancias naturales que han sido tratadas históricamente como un conjunto inseparable. La utilización tan vaga y extendida de la palabra “droga” para dar cuenta de todas ellas ejemplifica esta asociación. A medida que fueron apareciendo nuevas sustancias que se parecían a estas que, bien por sus características farmacológicas o por los patrones de consumo, el grupo fue creciendo hasta llegar a la complejidad actual. No obstante, la simplificación existente en estas clasificaciones sigue presente.

La sustancia más antigua sobre la cuál se aplicaron estas conceptualizaciones es el opio, al que rápidamente le siguieron sus derivados, la morfina y la

heroína y, poco tiempo después, el cannabis y la cocaína. Es por ese motivo que la historia del consumo y los tratamientos de opiáceos ilustra paradigmáticamente el resto de los consumos. Sus trayectorias médicas, jurídicas y morales están unidas.

Las asociaciones entre consumo de sustancias prohibidas y medicina son muy complejas. Sin embargo, a lo largo de casi tres siglos de historia occidental de consumo, puede observarse un proceso que tuvo tres grandes etapas. Las sustancias hoy conocidas como “sustancias de abuso” eran, en un principio, tanto medicinas como objeto de tratamiento. Los médicos estaban plenamente involucrados con su uso y difusión. Posteriormente, como veremos, su utilización fue estigmatizada y los médicos, apoyados en las nuevas alternativas farmacéuticas -y obligados por la legislación-, abandonaron la prescripción de las mismas, pero también el tratamiento de los adictos. En este período el tratamiento de adictos fue sustituido en gran parte por alternativas no médicas. Finalmente, en las últimas décadas, la medicina está siendo nuevamente interpelada, retomando sus vínculos con estas sustancias ya desde una decidida oposición al consumo, una diferencia fundamental con el primer período. A continuación describimos este proceso signado por la relación de los médicos y la profesión médica con el consumo de opiáceos.

3.1.1 Medicalización

El empleo médico del opio¹¹ se remonta quizá al Antiguo Egipto, donde muchos jeroglíficos mencionan el jugo que se extraía de las cabezas de adormidera y lo recomiendan como analgésico y calmante, tanto en pomadas como por vía oral y rectal. Hipócrates es el que le da su nombre actual a la droga, que traduce como opós mekonos: “jugo de adormidera”.

¹¹ El opio es una droga analgésica narcótica que se extrae de las cabezas verdes de la adormidera (*Papaver somniferum*). La adormidera es una planta que puede llegar a crecer un metro y medio, con flores blancas, violetas o fucsia. Se extrae realizando incisiones superficiales en las cabezas de la adormidera todavía verdes y unos días después de caerse los pétalos de las flores. Los cortes exudan un látex blanco y lechoso, que al secarse se convierte en una resina pegajosa marrón. Esta resina se raspa de las cabezas obteniéndose así el opio en bruto, al dejar secar este durante más tiempo se convierte en una piedra más oscura y cristalina a la vez que pierde agua y gana en potencia, debido a la concentración de alcaloides.

Los médicos griegos se volvieron expertos en crear antídotos para el envenenamiento o triacas, que —tomados cotidianamente— inmunizaban al usuario. Estas triacas contenían venenos (como la cicuta y el acónito), pero en pequeñas dosis. Con el tiempo llegó a haber más de mil recetas de triacas, y todas contenían distintas cantidades de opio. Las intersecciones con la toxicología moderna tienen aquí sus orígenes. Cuando Galeno confeccionó su antídoto magno, en el siglo II, ya la proporción de jugo de adormidera en las triacas había crecido hasta ser un 40% del total. No obstante el consumo diario que requerían estas triacas, no se tiene registro de problemas ocasionados por el acostumbamiento.

Durante el Imperio Romano el opio, como la harina, fue un bien de precio controlado, con el cual no se permitía especular. Sin embargo, este formidable consumo no generaba problemas de orden público o privado. Aunque se cuentan por millones, los usuarios regulares de opio no se consideran enfermos ni marginados sociales. La costumbre de tomar esta sustancia no se distingue de cualquier otra costumbre. De ahí que no haya en latín una expresión equivalente a “opiómano”, si bien ya había al menos una docena de equivalentes a “alcohólico”.

Tomando como núcleo productor las plantaciones turcas e iraníes, la rápida expansión del Islam contribuyó a la diseminación del opio desde Gibraltar hasta Malasia. Hacia el siglo IX sus usuarios solían comerlo, aunque los persas ya acostumbraban fumarlo; también era frecuente consumirlo en jarabes de uva, mezclado con hachís (cannabis).

Queda claro pues que en todo el territorio conocido como Oriente Medio el consumo de Opio estaba muy extendido. Aunque de su utilización en la antigüedad se pueden hacer poco más que conjeturas, lo que nos interesa aquí es la introducción del opio en occidente. Esta historia comienza a estar documentada a partir del siglo XVII (Courtwright, 1983; Davenport-Hines, 2003; Pachet, 1994; Vigarello, 1994; Young, 1753).

A fines del siglo XVII el uso medicinal del opio estaba ampliamente extendido en occidente y los principales escritos médicos de la época recomiendan su utilización (Sydenham, 1784; Szasz, 1961). Durante este siglo, hay tres eventos relevantes para la historia del consumo de opio. Por un lado, la proliferación de los viajes y, junto con ellos, los relatos de viajeros, ya sean reales o fantásticos que se convirtieron en un nuevo género literario. El auge de los relatos de viajes vino a incentivar la curiosidad de los europeos cultivados por los usos y costumbres de los nuevos pueblos y, entre ellos, el empleo no medicinal de opio (Ehrenberg, 1994; Pachet, 1994).

Por otro lado, el surgimiento de los primeros médicos profesionales (Courtwright, 1983; Freidson, 1978) y las primeras investigaciones en materia médica encontraron en las propiedades analgésicas del opio un aliado para tratar una infinidad de dolencias.

Finalmente debemos mencionar aquello que se puede definir como “la aparición del deseo por mejorar la experiencia humana por medios farmacéuticos” (Vigarello, 1994). No es el objeto de este capítulo describir los orígenes del sujeto moderno, pero son muchos los autores que sitúan en este período las primeras indagaciones sobre la conciencia y la subjetividad, búsqueda que ha sido sintetizada por Charles Baudelaire en su obra “Los Paraísos artificiales” donde narra su experiencia con el hachís y el opio durante las reuniones del *club del hachís*¹² (Baudelaire, 2005).

Mas allá de noticias dispersas, el opio ingresa en Europa con las anécdotas de viajeros españoles y portugueses. Cuando Inglaterra inicia oficialmente sus relaciones comerciales con el imperio Otomano hacia finales del siglo XVI se multiplican los relatos y los contactos con ciudades como Constantinopla, Esmirna y Alepo, todas ciudades en las que se consumía opio de forma tan habitual como hoy café (Davenport-Hines, 2003).

¹² El “Club del hachís” se formó en París en el siglo XIX. Consistía en un grupo de artistas que se reunían en el Hotel Pimodán para conversar y producir sus obras mientras probaban diferentes sustancias entre las que el hachís y el opio eran las principales.

Es en esta época en donde comienzan las primeras indagaciones médicas sobre la acción del opio y sus derivados. Thomas Sydenham, quien ha sido llamado el Shakespeare de la medicina, inventa el láudano en 1660, un preparado alcohólico de opio que se haría famoso. Proliferan también los preparados de opio para curar “todas las dolencias del cuerpo y el espíritu” (Sydenham, 1848). No obstante, tan pronto como empezaron a utilizarse, aparecieron las voces de advertencia acerca de los peligros de su uso prolongado.

El opio, proveniente principalmente de Turquía, se podía conseguir en píldoras. La calidad y variedad de los compuestos de opio era muy variada (Vigarello, 1994) y su uso, a pesar de estar ya muy extendido, era controversial. Desde la antigüedad, médicos griegos, árabes y romanos llaman la atención sobre el envenenamiento con opio. Debido a la resistencia que ya generaba el uso de las píldoras, el láudano se difundió rápidamente entre los médicos que tuvieron así la posibilidad de administrar opio sin que el paciente se entere (Courtwright, 1983). Durante el próximo siglo (XVIII), la expansión imperialista británica comenzaría a moldear la actitud pública hacia el opio.

Hacia 1700, los usos medicinales del opio y sus derivados eran evidentes. Para esta época, el comercio de opio Indio en China era ya muy lucrativo para muchos mercaderes europeos. Hacia mediados de este siglo se fortalece en India la posición inglesa que monopolizó el comercio del opio Indio. Desde 1600, Inglaterra, a través de la Compañía de Indias Orientales tenía un comercio triangular con China. Gran Bretaña importaba grandes cantidades de té, seda, y porcelana mientras que la demanda de productos ingleses en China era muy baja (Fairbank, 1996). Esto creaba un desajuste en el comercio que Gran Bretaña intentó compensar exportando opio.

Desde mediados del siglo XVI, los chinos compraban pequeñas cantidades de opio a comerciantes portugueses. El comercio del opio creció rápidamente, y el Emperador Yongzheng (1678 - 1735) prohibió la venta y la costumbre de fumar opio en 1729 a través de un edicto imperial. Sin

embargo parece claro para los historiadores que esta restricción respondía a intereses de tipo comercial y no a un problema social relevante (Fairbank, 1996). El consumo de opio en China se limitaba, en el siglo XVIII a las provincias costeras del sur, allí donde los portugueses y los ingleses habían introducido el hábito. El comercio directo en el interior de la China estaba prohibido de modo que esto actuaba como una eficaz barrera cultural y comercial.

En 1733, la Compañía de Indias Orientales, respondiendo al edicto imperial Chino, prohibió a sus barcos transportar opio a China. A pesar de esto, el comercio continuó incrementándose mediante el tráfico ilícito. Las exportaciones de opio de los británicos crecieron vertiginosamente. Hay diferentes cifras al respecto pero independientemente precisión, todas muestran un aumento y pueden ser tomadas como indicadores de la magnitud del comercio (Fairbank, 1996; Rediker, 2007). Por ejemplo Fairbank señala que de aproximadamente 15 toneladas en 1730 se pasó a 75 toneladas en 1773, embarcadas en más de dos mil cajas con 70 Kg. de opio cada una (Fairbank, 1996). A pesar de la prohibición de 1733, que fue ratificada en 1782, los comerciantes ingleses en India o los indios autorizados por estos, vendían el opio a intermediarios privados para no intervenir directamente en el contrabando con China. Durante este período el opio se refinó hasta alcanzar una calidad estándar y los lingotes de opio producidos en India bajo la administración inglesa eran estampados con la marca de la Compañía. De este modo, el comercio semiclandestino prosperó hasta alcanzar niveles que se volvieron insustituibles en la balanza comercial inglesa (Rediker, 2007).

Los productos chinos eran muy codiciados en toda Europa. El té, la seda, las porcelanas chinas eran consumidos ávidamente por los europeos y pagados habitualmente con plata. Sin embargo, los chinos no gustaban de los productos europeos y las ventas de opio en Cantón proporcionaron un conveniente modo de ajuste, con el opio indio pagaban los envíos de té y seda a Londres en un próspero comercio triangular (Fairbank, 1996; Rediker, 2007).

Hacia la década de 1790 el hábito de consumir opio en China se había extendido de las provincias costeras del sur hacia el norte y hacia el oeste. En 1799 un nuevo edicto imperial prohibía la importación y el consumo de opio como así también el cultivo de adormideras. Estas disposiciones, sumadas a las noticias que llegaban de China acerca de los problemas que comenzaba a ocasionar el opio entre sus pobladores, generaron controversias en la sociedad inglesa que empezaron a delinear diferentes actitudes hacia el opio y su consumo (Davenport-Hines, 2003; Rediker, 2007).

Mientras tanto en Europa el consumo de opiáceos con fines medicinales continuaba avanzando. Se hicieron los primeros intentos por determinar el principio activo del opio, se estudiaron sus efectos en la actividad cardíaca y en la circulación y se comenzaron a identificar terapias efectivas basadas en el opio para todo tipo de enfermedades (Sydenham, 1848; Young, 1753).

Hacia finales del siglo XVII, los médicos no se ponían de acuerdo acerca de los mecanismos de acción del opio. Charles Alston sostenía que el opio actuaba sobre los nervios (Alston, 1770); Brown lo calificó de estimulante, sosteniendo que su acción curativa residía en el efecto contrarrestaba el decaimiento que provocan la mayoría de las enfermedades (Escohotado, 1989). Young por el contrario, achacaba el efecto del opio a sus propiedades soporíferas y las virtudes de lograr un sueño reparador (Young, 1753). El opio también era un medio conocido para aliviar los sufrimientos de los moribundos (Davenport-Hines, 2003).

No fue hasta el siglo XVIII que el consumo regular de opio fue asociado definitivamente a los síntomas que generaba su interrupción y ya en el siglo XIX se hablaba de “adicción” como enfermedad, asociada a la aparición del síndrome de abstinencia (Conrad y Schneider, 1980). Pero estas primeras advertencias no fueron aceptadas rápidamente, quizás por la ausencia de sustancias alternativas que permitieran a los médicos dar respuesta a las demandas de sus pacientes.

La disponibilidad de opiáceos posibilitaba que los “adictos” pudieran llevar sus vidas con relativa normalidad, siempre y cuando la provisión de opio no se discontinuara. Por otro lado, aunque no se reconociera abiertamente, la existencia de adictos era, en gran medida, responsabilidad de los propios médicos. Son muchas las fuentes que señalan a las mujeres y a los médicos, como las dos poblaciones en las cuáles la adicción era más frecuente. Estas son, justamente, las poblaciones que más expuestas estaban a la administración de opiáceos puesto que el opio estaba indicado para los dolores menstruales (Courtwright, 1983; Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989) y los médicos se autoadministraban opiáceos.

La limitación del consumo al ámbito médico permitía cierto control sobre el mismo y sobre la imagen que se difundía de sus consumidores: enfermos bajo tratamiento médico a quienes no se los responsabiliza de su estado. A lo largo de varios siglos de consumo de opiáceos con fines medicinales (principalmente en Inglaterra, pero también en Alemania y Francia), se habían desarrollado ciertas pautas culturales que daban un marco de consumo seguro (Luciano, s/f).

En 1806 se pudo extraer el alcaloide puro del opio, la morfina, y poco tiempo después su administración fue enormemente facilitada por la invención de la aguja hipodérmica, en 1853 (Davenport-Hines, 2003). La nueva forma de administración de opio y la purificación de la morfina trajeron aparejadas nuevas teorías. La potencia incrementada de los efectos del componente activo del opio y la posibilidad de administrarlo discriminando lugares específicos del cuerpo humano ampliaron las posibilidades de tratamiento y rápidamente diferenciaron las utilidades de la morfina por sobre los productos tradicionales del opio. Además, la utilización de la aguja hipodérmica contribuyó a generar una versión “científica” de la administración de morfina que se oponía a las versiones “bárbaras” de administración de opio en pastillas, jarabes o fumado (Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989).

En el siglo XIX, el desarrollo de la industria farmacéutica diversificó las medicinas disponibles y el opio perdió credibilidad médica frente a la potencia analgésica de la morfina, la heroína y la inocuidad de la aspirina.

Sin embargo hay otro aspecto de la utilización de opio (y otras sustancias adictivas) con fines medicinales: aquel que considera a las mismas como parte del tratamiento para curar la propia adicción a una sustancia. Así, la morfina fue utilizada para curar la adicción al opio, la cocaína para curar la adicción a morfina al igual que la heroína. Y muchas de ellas fueron alternativas válidas durante cierto tiempo para tratar el alcoholismo (Courtwright, 1983; Freud, 1980). Estos tratamientos se llevaban a cabo bajo la premisa que consideraba que una sustancia que provoca adicción, lo hace por el efecto que esta sustancia tiene sobre el cuerpo, por ejemplo, aliviando el dolor. De modo que se buscaban sustancias que logren el mismo efecto por el cual fue utilizada originalmente la sustancia adictiva, pero que no tengan los efectos indeseables de ellas. Esta forma de “tratar” la adicción es el origen de las terapias de sustitución (OMS, 2004) y contribuyó ampliamente a difundir el uso de las mismas. Un usuario de opio, podía pasar en muy poco tiempo a conocer los efectos de la cocaína y la heroína.

3.1.2 Desviación: enfermedad y degeneración

Durante las primeras décadas del siglo XIX, el opio comenzó a ser utilizado con nuevos fines que podemos llamar “recreacionales” (Ehrenberg, 1994). Georges Vigarello, quien ha analizado los testimonios de los consumidores de los siglos XVIII y XIX señala que en este último siglo, aparece un tipo de registro totalmente nuevo, de carácter psicológico, que vuelve la experiencia del consumo totalmente inédita (Vigarello, 1994). Nada nuevo había sucedido aún con las sustancias. No se trataba de nuevos productos químicos ni de nuevas formas de administración. Lo que se modifica, según Vigarello, es la concepción de la individualidad y de la “vida interior”. Un lugar que comienza a ser visitado e investigado intensamente. Al igual que lo que sucedía con el hachís procedente de Argelia (Davenport-Hines, 2003), el opio invadió los círculos literarios. De Quincey, Browning, Coleridge, Baudelaire,

entre otros difundieron las propiedades placenteras del opio popularizando en cierta medida sus experiencias y patrones de consumo (Davenport-Hines, 2003; Ehrenberg, 1994; Pachet, 1994; Vigarello, 1994).

Hasta el siglo XIX, el acostumbramiento al opio era considerada un asunto médico y existía cierta creencia generalizada en que el mismo podía ser efectivamente tratado por medio de la desintoxicación y el control médico (Courtwright, 1983; Musto, 1973). La aparición de sustancias como la morfina y la cocaína y su inclusión en el tratamiento de los opiómanos sustentan la idea de que el tratamiento sustitutivo se creía posible. A finales del siglo, el opio y su derivado más potente, la morfina, eran casi las únicas medicinas disponibles. La aspirina fue sintetizada en 1897 y estuvo disponible comercialmente en 1899. Robert Koch realiza el descubrimiento del bacilo que lleva su nombre en 1882 y Pasteur demuestra la eficacia de la vacuna contra el ántrax en 1881 (Gribbin, 2003).

Salvo excepciones, los preparados de opio se comercializaban libremente y se promocionaban para una amplia variedad de afecciones y poblaciones. Los médicos administraban opio y morfina a niños, mujeres y ancianos por igual.

Hacia 1800 los usos medicinales nocivos del opio se habían hecho tan evidentes como sus usos analgésicos y, cuando una serie de sucesos político-económicos se precipitaron, junto con las modificaciones técnico-químicas que moldearon el consumo, la actitud pública hacia el opio y sus derivados comenzó a cambiar.

En 1834 Londres puso fin al monopolio comercial que mantenía la Compañía de las Indias Orientales y envió a un funcionario para hacerse cargo del libre comercio en la región. Esta decisión fue el comienzo de la profundización de los conflictos comerciales entre Inglaterra y China que desencadenaron lo que hoy se conoce como las “Guerras del Opio”.

El agotamiento de la plata a raíz de los pagos por las importaciones de Opio comenzó a alarmar a los administradores China, quienes notaron que la Plata,

comprada a los Ingleses, se tornaba cada vez más cara en relación con las monedas de cobre utilizadas por la población tanto para pagar los impuestos como para su supervivencia. Seguir tolerando el comercio del opio no solo afectaba a la tasa de cambio cobre/plata. La adicción al opio, aunque menos poderosa que sus derivados contemporáneos, que no estaban disponibles a la población china, había comenzado a constituir un problema de dimensiones considerables. A los problemas individuales y familiares que esto ocasionaba se sumaba la destrucción de las tierras utilizadas en el cultivo de adormidera, que había comenzado a cultivarse en territorio chino para evitar las compras a los ingleses y para sostener la demanda creciente.

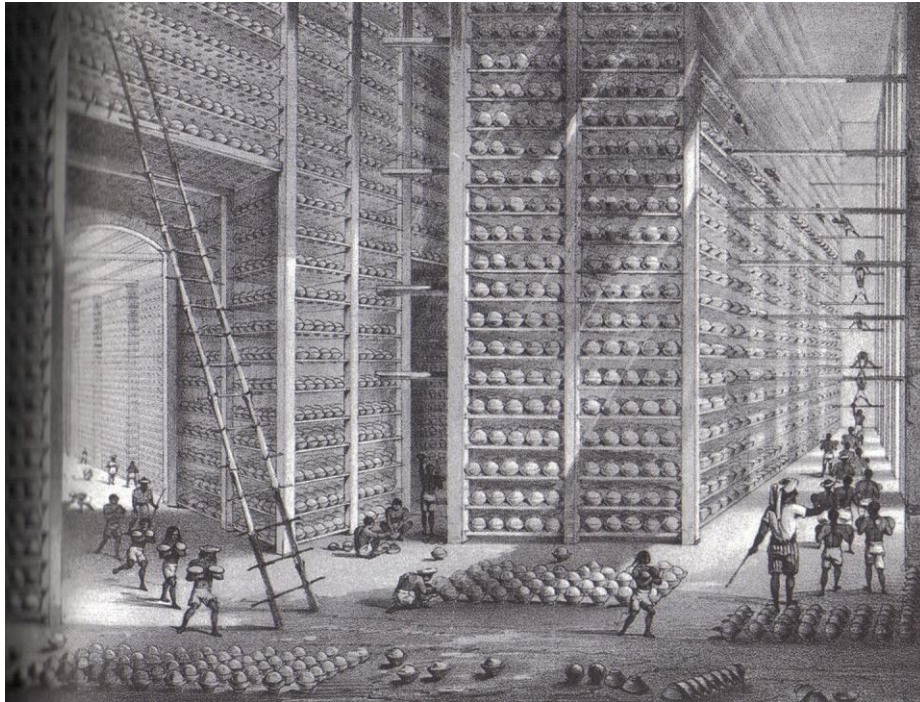
Varios años de discusiones transcurrieron entre las dudas si podrían destruir a los contrabandistas o embargar el comercio británico procedente de India. En 1839 el emperador Chino envió a un funcionario a exigir a los comerciantes extranjeros que dejaran de introducir opio en China (Davenport-Hines, 2003). El funcionario Chino reprimió a los abastecedores chinos pero tuvo que acorrallar a los comerciantes ingleses en sus depósitos antes de que entregasen su opio (Fairbank, 1996). Esto precipitó las decisiones. La fuerza expedicionaria británica fue enviada a China para asegurar los privilegios de las relaciones diplomáticas y comerciales sobre la base de una igualdad comercial occidental.

En media docena de combates, los ingleses vencieron y se aseguraron el acuerdo Qing en el tratado de Nankin en Agosto de 1842. En este tratado se establecieron nuevas reglamentaciones para el comercio entre China e Inglaterra, con la apertura de 5 puertos de libre comercio y la cesión a Inglaterra de la isla de Hong Kong.

Sin embargo Gran Bretaña consideró poco adecuados los privilegios especificados en el tratado lo que llevó a una segunda guerra que sostuvieron ingleses y franceses en 1858 donde se firmaron los tratados de Tianjin, que fueron desconocidos por la dinastía china hasta que, finalmente en 1860 una expedición anglofrancesa ocupó Pekín. Allí se legalizó el comercio del opio como parte de una serie de medidas de abrir el territorio chino al comercio con occidente.

El comercio del opio indio en china se extendió durante más de 100 años mediante el patrocinio británico. Después de la década de 1880, la producción china comenzó a reemplazar al producto indio.

Imagen 3.1: Almacén inglés de opio en la India, 1850



Fuente: (Davenport-Hines, 2003)

La morfina y la aguja hipodérmica:

La morfina es una potente droga opiácea usada frecuentemente en medicina como analgésico. El proceso de aislamiento de este narcótico comenzó a principios del siglo XIX y ya en 1825 el farmacéutico Darmstadt Heinrich Emmanuel Merck emprendió la producción al por mayor. En 1803 un farmacéutico industrial francés, Jean François Derosne comenzó a producir una sal llamada Seel Narcotique de Derosne. Al año siguiente, otro francés, Armand Seguin, consiguió aislar el principio activo del opio. Pero fue un ayudante del boticario Alemán Friedrich Wilhelm Adam Ferdinand Sertürner quien, utilizando la sal de Derosne dio a esta sustancia el nombre de “morphium” en honor a Morfeo, el dios griego de los sueños. Pero los hallazgos de Sertürner pasaron desapercibidos durante más de una década

hasta que en 1817 se reimprimieron sus descubrimientos (Davenport-Hines, 2003; Escobedo, 1989).

Durante las primeras décadas del siglo XIX la farmacología europea se revolucionó. Se emprendieron estudios sobre la acción tóxica de las drogas vegetales, se aislaron diversos componentes activos como la estricnina, la quinina, la emetina, la cafeína, la nicotina y la codeína. Jean Pierre Robiquet perfeccionó el proceso de extracción de la morfina y a partir de allí la sustancia fue promocionada tanto por sus efectos superiores a los del opio, como un calmante eficaz para los habitués del mismo.

Para la década de 1840 el opio ya era popularmente aceptado. Los jarabes, calmantes y medicamentos infantiles de marca se habían extendido al punto de que:

“tan solo en la calle Manchester había tres boticarios que vendían diecinueve litros semanales de cada una de estas drogas, una de ellas se llamaba Cordial de Godfrey y la otra Quietus de Atkinson” (primer informe de la comisión de inspección del estado de las Grandes Ciudades, 1844).

En medio de este consumo se desarrolla el conflicto con China, que provoca el doble efecto de mantener el interés por el opio al tiempo que comienza a modelar las actitudes públicas de rechazo hacia su consumo y hacia Oriente en general. De una visión casi mística y poética del lejano Oriente se pasó a considerar al “Este” como “bárbaro, peligroso y cruel”.

A pesar de que la morfina fue descubierta a principios del siglo XIX, no pudo ser utilizada hasta después de 1860 una vez que, por un lado, se pueden aislar las sales que la hacen soluble y, por otro, se inventa la aguja hipodérmica, necesaria para su introyección al cuerpo.

La aguja hipodérmica fue inventada en 1853 por Alexander Wood, médico de Edimburgo, cuya esposa padecía un cáncer incurable, precisamente para inyectarle morfina. Fue la primera persona en recibir esta droga por esa vía y la primera en adquirir el “hábito de la aguja”. El invento fue posible gracias a que el irlandés Francis Rynd (1811-1861) había

inventado la aguja hueca en 1844. Wood inyectaba morfina en el área más afectada mediante una inyección subcutánea.

Un médico londinense, Charles Hunter, informó en 1858 que había abandonado el método de Wood. Fue el quien acuñó el término “hipodérmico” para diferenciarlo de las inyecciones “subcutáneas” de Wood. Pasaron varias décadas antes de que prevaleciera el criterio de Hunter y se definieran de la forma moderna los términos “subcutáneo”, “hipodérmico” “intramuscular” e “intravenoso”.

Pero quien verdaderamente popularizó el método fue el médico francés Charles Gabriel Pravaz al diseñar una jeringa, precursora de las actuales, el mismo año que Wood. Más tarde, Williams Fergusson la simplificó y luego el fabricante Luer la industrializó con una forma similar a las usadas en la actualidad.

El concepto era conocido desde la antigüedad, ya Galeno usó y describió métodos de inyección; sin embargo las inyecciones aprovechaban incisiones de la piel o las mismas se practicaban ad-hoc, la invención e industrialización de la aguja hipodérmica fue, por tanto, un gran avance.

Las inyecciones son siempre hipodérmicas, es decir, que el líquido se introduce debajo de la piel. Hay tres formas de inyecciones. Una es la inyección intravenosa, en la que se introduce la aguja a través de la piel en una vena. El líquido entra por lo tanto en el sistema sanguíneo y se distribuye rápidamente por todo el cuerpo. El segundo caso es la inyección intramuscular, en la que la aguja penetra en un tejido muscular, depositando el líquido en ese lugar. Desde allí el cuerpo lo va absorbiendo lentamente a través de los vasos sanguíneos capilares. La tercera forma es la inyección subcutánea. En este caso la aguja penetra muy poco espacio por debajo de la piel, y el líquido se deposita en esa zona, desde donde es igualmente absorbida de forma lenta por todo el organismo.

Este nuevo método de suministro de opiáceos, que se agregaba a las pastillas, los líquidos alcohólicos y las pomadas, multiplicó las utilidades del opio.

Si durante todo el siglo XIX el opio y la morfina se utilizaron principalmente con fines medicinales, el objeto de tratamiento parece haber

sido diferente que en los siglos precedentes. Durante el siglo XVIII y principios del XIX, se utilizó principalmente contra los dolores estomacales, pero para la segunda mitad del siglo XIX los principales usos eran para el tratamiento de las “neuralgias” y como anestésico (Courtwright, 1983; Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989; Musto, 1973).

Las guerras de secesión (1861-1865), la guerra autroprusiana (1866) y la guerra francoprusiana (1870-1871) aumentaron el consumo de opio y morfina (Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989) para aliviar los dolores de los heridos y en las numerosas intervenciones quirúrgicas que se realizaban. Por supuesto estos procesos generaron también numerosos consumidores habituales.

Durante las primeras décadas del siglo XIX las técnicas de inoculación fueron evolucionando lentamente como medio de suministrar morfina de forma más eficiente. Se generó una controversia acerca de si era mejor inocular morfina directamente en el sitio del dolor o si era igualmente efectiva siendo inoculada en cualquier otra parte del cuerpo ó en una zona específica, distinta a la de producción del dolor. En Alemania se inyectó morfina por primera vez en 1856 y ya para la década de 1860 ya se llamaba la atención sobre los problemas que ocasionaba el exceso de uso de la aguja hipodérmica y de la morfina. Felix von Niemeyer (1872), Alfred Fiedler (1874-1872), Maximilian Leidesdorf y Hermann von Boeck de Baviera (1843) advirtieron, entre otros, que estos problemas eran más graves en aquellos que se inyectaban que en los usuarios tradicionales (por vía digestiva) (Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989).

El aumento del consumo, del número de muertes y de otro tipo de problemas relacionados con el consumo de drogas, permitió a los médicos realizar más observaciones y refinar sus teorías.

En Inglaterra las primeras advertencias contra el uso de la morfina inyectada aparecen en 1870 y pronto llegó a las novelas sensacionalistas como recurso melodramático (Ehrenberg, 1994; Musto, 1973; Vigarello, 1994).

En Prusia, decretos que datan de 1800-1801 prohibían la venta libre de opio y sus derivados y obligaban la prescripción médica explícita para la renovación del tratamiento.

En 1872, un decreto imperial alemán intentó reducir el suministro de opio por parte de los boticarios, aunque no surtió mucho efecto.

En la década de 1860 los altos índice de muertes por sobredosis de opio lograron que el Concejo Médico Inglés se volviese en contra de la automedicación de opiáceos. La ley de Farmacia de 1868 fue efectiva en las muertes de la población infantil, pero no tuvo mucho efecto en la población adulta (Davenport-Hines, 2003).

En Estados Unidos, la administración hipodérmica de morfina comenzó a finales de la década de 1850. Muchos médicos norteamericanos cometieron los mismos errores que sus colegas europeos suministrándole opiáceos o morfina a sus pacientes por más de diez días o bien proporcionándoles todos los elementos y las instrucciones para que lo hicieran por su propia cuenta. Probablemente las epidemias de cólera de 1832 y 1848 y la de disentería de 1847 contribuyeron a la expansión de la utilización de los opiáceos y la morfina.

Aparentemente hay una correlación positiva entre el índice de adicción y las enfermedades crónicas. Esta hipótesis está sustentada en los datos acerca de los bajos índices de adicción entre los negros en los Estados Unidos (que no contaban con asistencia médica) y los altos índices de adicción entre los blancos de edad avanzada. Este tipo de datos sustenta las hipótesis que señalan a los médicos del siglo XIX entre los principales responsables de la diseminación de la costumbre de ingerir y suministrar opio y morfina.

Parece que también jugó un rol, hacia finales del siglo XIX el uso de morfina para subyugar los deseos sexuales en una sociedad (inglesa) demasiado puritana. Las connotaciones sexuales y de género de la utilización de la morfina se profundizaban con el correr de los años. La morfina comenzó a ser utilizada para las “dolencias femeninas” al punto que la adicción hipodérmica comenzó a ser identificada con las mujeres de finales del siglo XIX (Ehrenberg, 1994; Escohotado, 1989; Musto, 1973). La afección femenina

más común era la dismenorrea (menstrual ó cólica), que también era considerada una neuralgia y se trataba con morfina.

En el siglo XIX, el alcohol estaba socialmente condenado en la mujer, por lo que en ellas, era sustituido, no pocas veces, por el opio y la morfina.

En este período existen tratamiento contra la adicción a los opiáceos e instituciones especializadas, todos basados en la desintoxicación y la abstinencia.

En 1851 en Inglaterra había quienes creían que la cruzada contra las bebidas alcohólicas había incrementado el consumo de opio, que era más barato que el alcohol por ese entonces.

Haciéndose eco de estos informes negativos, el químico inglés Alder Wright, comenzó los intentos para aislar un sustituto eficaz de la morfina.

En la segunda mitad del siglo, los fumaderos de opio, establecimientos comerciales abiertos por inmigrantes chinos, comenzaron a extenderse rápidamente por Inglaterra, pero su impacto fue mayor en los Estados Unidos. Los estados de Nevada, Luisiana e Illinois fueron en los que surgieron los primeros fumaderos y desde los que se diseminó el hábito de fumar opio.

Pero los fumaderos de opio chinos en Inglaterra y Estados Unidos suscitaron menos atención que la controversia acerca del cultivo y comercio de opio con China. Una resistencia encabezada por la Sociedad para la Supresión del Comercio del Opio, presidida por Joseph Pease, impulsó el debate en el parlamento inglés argumentando que el imperio indio solamente debía ocuparse de cultivar y vender opio con fines medicinales.

En 1893 el gobierno de Gladstone nombró una comisión para investigar el asunto del opio. La comisión comenzó a analizar las pruebas en septiembre de 1893 y su informe de 25.000 páginas se publicó en 1895 (Conrad y Schneider, 1980; Davenport-Hines, 2003). Según este informe “era imposible, e indeseable, suprimir el consumo y cultivo de opio en la india”

Las conclusiones de la comisión son, por supuesto, discutibles. Sin embargo son muchos los elementos a tener en cuenta. El comercio del opio se había convertido en un pilar fundamental del imperio inglés en India y de la

economía inglesa en general (Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989; Rediker, 2007). A pesar de que el gobierno de china había tomado medidas para contrarrestar las importaciones de opio de la india en su territorio, el comercio del opio seguía floreciendo. Por otro lado, los temores acerca de que la prohibición del cultivo, el comercio, o el consumo del opio generarían contrabando y el desarrollo de un mercado negro y con él una mafia asociada ya se hacían escuchar (Conrad y Schneider, 1980). También había numerosas opiniones médicas autorizadas tanto a favor, como en contra. A favor estaban quienes sostenían, por un lado, los usos medicinales del opio y también la necesidad, de todos los pueblos, de utilizar sustancias para aliviar el sistema nervioso de la fatiga que implica el trabajo de vivir. En contra, quienes llamaban la atención acerca de los efectos adictivos del opio y sus derivados.

Por consiguiente, en el siglo XIX se despliegan una serie de elementos que complejizan la relación que mantenían los médicos con el opio y sus derivados y comienza a gestarse una actitud pública muy específica –de rechazo- hacia la utilización no médica de los mismos, asociándola, principalmente, con poblaciones de inmigrantes y extranjeras. El desarrollo de derivados más potentes, la ampliación de los usos médicos del opio, las nuevas formas de administración, los conflictos internacionales que fueron moldeando las diferentes actitudes políticas, públicas y religiosas, las diferentes teorías acerca de las enfermedades y del funcionamiento del cuerpo y su metabolismo son, como vimos, elementos que es necesario conocer para entender como se fueron desarrollando los patrones de consumo y las estrategias de intervención que se fueron pensando al respecto.

No obstante, los médicos seguían estando básicamente a cargo de la mediación entre los opiáceos y los consumidores. La existencia de un comercio ilícito se restringía a los médicos, boticarios y farmacéuticos que alteraban sus recetas y seguía siendo, a pesar –o mas bien, gracias a ello- un comercio ilegal relativamente regulado.

3.1.3 De-medicalización y criminalización

En 1898, los Estados Unidos anexas las islas Filipinas a su territorio, cedidas por España en el tratado de París. Allí, el comercio del opio tenía una larga tradición, controlado por los colonialistas españoles quiénes habían organizado un sistema de licencias, administrado principalmente por comerciantes chinos. Este sistema controlaba bastante bien el consumo de opio en los fumaderos que tenían sus reglas de consumo y comportamiento (como los bares actuales) y evitaba que el hábito se distribuyese libremente entre la población filipina.

Los nuevos gobernantes norteamericanos desecharon las regulaciones existentes y se prohibieron las tiendas de consumo de opio. Al parecer, estas acciones estaban originadas en un racismo y un temor al pueblo chino. Esto desreguló el consumo y el mismo se trasladó a las calles y otro tipo de establecimientos en forma ilícita. En 1902 hubo una epidemia de cólera que intensificó el uso de opiáceos como medicamentos. Estas dos circunstancias, tomadas en conjunto, garantizaron que el consumo elevara sus valores históricos.

Alarmados por esta situación, las autoridades intentaron restaurar los antiguos sistemas, pero ahora, con una población norteamericana creciente, encontraron una fuerte oposición en los misioneros protestantes que habían sido enviados a filipinas. En 1902 el obispo episcopaliano de Filipinas, Charles Brent, organizó un movimiento en contra de la restauración del sistema de suministro de opio. En lugar de ello, el administrador de Filipinas, William Taft nombró el Comité Filipino del Opio, para investigar el tema en 1903.

Este informe fue diametralmente opuesto a los informes ingleses de menos de una década anterior y en 1908 la importación y venta de opiáceos con fines no medicinales quedó prohibida. Veinte años después, las medidas no habían sido efectivas en la eliminación del consumo ilícito.

El caso de las Filipinas sentó el precedente para que los activistas prohibicionistas en todo el mundo se hicieran eco del mismo y modificaran la

balanza que tomaba las decisiones respecto del consumo y comercio de opiáceos. En el informe inglés, el criterio médico había prevalecido, junto con el comercial (Conrad y Schneider, 1980), señalando que las bondades medicinales del opio y sus derivados superaban ampliamente los problemas que su consumo provocaba, que no había reemplazos eficaces y que el comercio no podía ser sustituido.

En Inglaterra Theodore Taylor logró que la Cámara de los Comunes decidiera que “el comercio Indochino del Opio es moralmente indefendible”, en 1906. Después de esto, se produjo un viraje en donde ya no se tomó como principal el discurso de los médicos o los especialistas, sino que fue el discurso de los políticos y, sobre todo, los políticos religiosos, el que primó. El informe de Filipinas no tomaba como concluyentes las pruebas médicas. Según lo expresó un político inglés, el informe filipino adoptaba un punto de vista “más amplio” (Davenport-Hines, 2003)

Ese mismo año, se inaugura la era de las políticas internacionales. En 1906 el Gobierno Central de China promulgó un edicto para eliminar paulatinamente el comercio del opio en el plazo de una década. Al año siguiente Inglaterra se sumó a esta iniciativa con sus territorios de la India en una política de reducción a diez años.

La labor de Brent propició las condiciones para que el Presidente Roosevelt convocara una Convención Internacional del opio en Shangai en 1909. Los delegados norteamericanos en Shangai (Brent entre ellos) llevaban una propuesta prohibicionista, pero como no había una legislación semejante y homogénea en los Estados Unidos, el Congreso norteamericano firmó rápidamente la Ley de exclusión del Consumo del Opio, en 1909. Los delegados de Shangai instaron a los gobiernos a trabajar por la erradicación del consumo no medicinal del Opio en sus territorios y a prohibir o controlar estrictamente la elaboración, distribución y uso no medicinal del opio y sus derivados.

El siguiente debate Internacional fue la Conferencia de La Haya, 1911-1912 que estuvo presidida por Charles Brent. A instancias de varias potencias europeas se incluyó en los temas de debate la morfina y la cocaína. Inglaterra quería, naturalmente, desviar la atención del comercio del Opio, a lo que se suma el aumento real de los problemas ocasionados por la morfina y la cocaína. La Convención fue firmada el 23 de enero de 1912 y establecía que el consumo de opiáceos y cocaína debía limitarse exclusivamente a usos medicinales y comprometía a la erradicación gradual del abuso del opio la morfina y la heroína o sustancias que pudieran originar los mismos abusos.

Los gobiernos de Serbia y Turquía se negaron a firmar a lo que se sumó, entonces, la negativa de Alemania, argumentando que no firmaría una convención que limitara sus capacidades comerciales y permitiera la aparición de nuevas oportunidades para otras naciones. En consecuencia, se acordó que la convención de La Haya no entraría en vigor hasta tanto no haya sido convalidada por treinta y cinco naciones.

Con esta convención se comienza a consolidar un dogmatismo prohibicionista que originó una nueva actitud hacia los consumidores de drogas. Durante todo el siglo XIX eran vistos o bien como enfermos bajo tratamiento médico o bien como improductivos o deshonestos en el peor de los casos. Aquí se inaugura la concepción de los consumidores como “delincuentes”, al mismo tiempo que se le adjudica una carga moral que atenta contra ciertos valores religiosos. El movimiento prohibicionista impulsado por los políticos norteamericanos liderados por Charles Brent no tenía en cuenta las opiniones médicas y especializadas. Ponderaba más una ideología, asociada al protestantismo norteamericano y a diversas causas progresistas (abolicionismo, feminismo, la protección de los niños, etc.) (Conrad y Schneider, 1980; Gusfield, 1975).

En 1914 en la ciudad de El Paso, Estados Unidos, se publicó una ordenanza que prohibía la posesión y venta de cannabis, introduciendo esta sustancia en la lista de prohibiciones. Para 1900, en los Estados Unidos el hábito se había desplazado del opio a la morfina y, para 1910, la heroína se había convertido

en una droga muy utilizada. El opio se había vuelto demasiado caro a causa de las regulaciones y la heroína era más barata y fácil de conseguir.

El desarrollo de la industria química aplicada a la medicina permitió que se generaran dos patrones de consumo. Los médicos ya no recetaban productos “naturales” ni preparados magistrales que muchas veces fabricaban ellos mismos o boticarios que lo hacían sin ningún control, como lo hacían en el siglo XIX. Comenzaron a disponer de sustancias purificadas y más potentes que eran provistas por una industria en crecimiento. Pero poco a poco se fueron haciendo más evidentes los problemas causados por el acostumbramiento al opio y los médicos se involucraron en el tratamiento de los pacientes. Este involucramiento no era casual. Los médicos recetaban opiáceos a sus pacientes aún conociendo, o al menos advertidos, de los casos de acostumbramiento. Cuando esta situación se hacía manifiesta, o bien continuaban administrando opiáceos, o bien intentaban una “cura”.

La aparición de la morfina, la diversificación de las sustancias promovidas por la industria química y la búsqueda médica de la anestesia, diferenció rápidamente el consumo de sustancias “naturales” como el opio y el hachís, de las sustancias “médicas” como la morfina y la cocaína. Esto permitió diferenciar a los consumidores: aquellos que caían bajo la esfera médica y aquellos que no. Estos últimos eran generalmente inmigrantes (chinos, mejicanos) que consumían las sustancias manteniendo los patrones culturales de sus países de origen. Este consumo diferencial, comenzó a ser estigmatizado y, la adicción generada sobre estos últimos comenzó a ser vista como una conducta desviada, a diferencia de la adicción provocada por el consumo médico de las mismas sustancias o sus derivados farmacológicos.

Por lo tanto, se comenzó a diferenciar a aquellos que consumían estas sustancias a través de los médicos y aquellos que no. En tiempos anteriores esto no podía ser discriminado, puesto que los productos que manejaban ambas poblaciones era el mismo. Pero la industria farmacéutica cambió esta situación. Los médicos eran los proveedores de un consumo seguro y no conflictivo, mientras que los consumidores no medicalizados eran peligrosos.

Las mismas sustancias que unas décadas atrás eran recetadas por los médicos comenzaron a ser vistas como parte de un consumo problemático.

¿Quiénes eran estos consumidores problemáticos? Principalmente inmigrantes. Chinos que fumaban opio, tanto en Europa como en Estados Unidos, mejicanos que fumaban marihuana en el sur de Estados Unidos y estibadores coqueros en los puertos y en la construcción de las vías férreas norteamericanas. Estas poblaciones no tenían acceso a los servicios médicos y además, consumían estas sustancias con fines recreativos y también terapéuticos, para soportar las fuertes presiones de las jornadas laborales. Adicionalmente, de estas poblaciones surgieron muchos líderes culturales. Músicos y escritores que llevaron consigo el consumo, contribuyendo a su expansión.

Sin embargo, a la hora de contabilizar adictos, las poblaciones medicalizadas aportaban igual o mayor cantidad de adictos que las poblaciones de inmigrantes (Davenport-Hines, 2003).

En Estados Unidos, la Guerra Civil (1861-1865) había contribuido a difundir la utilización de opiáceos y la morfina fue ampliamente utilizada. Estos acontecimientos contribuyeron a difundir la creencia de que el producto inyectado no producía acostumbramiento, mientras las versiones ingeridas por vía oral o fumadas sí lo hacían (Conrad y Schneider, 1980). La aparición de nuevas técnicas y productos, derivados de los antiguamente utilizados, ampliaron la separación existente entre los antiguos productos naturales y sus derivados farmacológicos. Los médicos tuvieron la oportunidad, nuevamente, de poseer el monopolio sobre las medicinas. Lo habían perdido sobre el opio y lo recuperaban sobre la morfina y la heroína. Esta situación le otorgó al establishment cultural y médico nuevos argumentos para atacar los hábitos de los inmigrantes.

Adicionalmente, el consumo medicalizado se realizaba en el ámbito de lo privado y, por lo general, la disponibilidad de la sustancia estaba asegurada mientras que el consumo realizado por los inmigrantes se realizaba en el

ámbito público y la disponibilidad de la sustancia era aleatoria. El malestar generado por el síndrome de abstinencia tenía, de este modo, muchas más posibilidades de manifestarse en una población que en otra y, sobre todo, más posibilidades de ser observado.

No obstante, los médicos trataban a los pacientes adictos. Durante el siglo XIX y principios del siglo XX se desarrollaron muchos tipos de terapias, abstencionistas y sustitutivas cuyo objetivo era eliminar el hábito del consumo.

Los inmigrantes chinos que durante el siglo XIX abrieron fumaderos de opio en Inglaterra y Estados Unidos comenzaron a ser vistos como una amenaza a los valores culturales occidentales. La figura del “inmigrante loco”, tan habitual en contextos de expansión cultural, jugó un papel relevante en este sentido (Davenport-Hines, 2003; Vigarello, 1994).

La adicción provocada por el consumo de opio fumado comenzó a ser vista como una debilidad intrínseca a determinado tipo de personas (inmigrantes, débiles, locos) que se diferenciaba cada vez más de la administración médica de morfina intravenosa. Esta creencia llevó a utilizar la morfina como sustituto del opio en los primeros tratamientos que intentaban curar la adicción. Lo mismo sucedía con el alcoholismo, que era tratado con morfina (Brecher, 1972). Freud intentó utilizar la cocaína como un sustituto eficaz de la morfina (Freud, 1980).

La cocaína, comenzó a ser utilizada hacia mediados de siglo. En 1862 Merck emprendió la fabricación de cocaína que durante los primeros años no lograba superar el kilogramo, sin embargo, en 1885 la producción fue de 83.343 kilogramos (Davenport-Hines, 2003)

En 1915, luego de varios intentos, entró en vigor en Estados Unidos la Ley Harrison, impulsada por el demócrata Francis Burton Harrison. Esta ley exigía que todos los que importaban, producían, vendían o regalaban opio, coca o sus derivados, debían registrarse y pagar un impuesto y dejar

constancia de sus transferencias. Los médicos, los farmacéuticos y los fabricantes debían ahora sacar una licencia.

A pesar de no ser una ley prohibicionista, puesto que buscaba regular el consumo y no prohibirlo, la Ley Harrison se convirtió en una herramienta para implementar la prohibición total de los usos no medicinales de los opiáceos y criminalizar a los adictos. Esta ley, dejaba a criterio médico la prescripción de opiáceos en “el buen desempeño de la profesión” y “la práctica legítima de la medicina”. Su implementación, provocó una discontinuidad en el suministro de opio, y los adictos debieron recurrir a los médicos en forma obligada para sostener su adicción. Estos, comenzaron a aplicar diferentes criterios médicos. Hasta el momento, el adicto (si no era inmigrante) no estaba socialmente condenado y el médico trataba de solucionar su sufrimiento proporcionándole nuevas dosis de opiáceos. Esto permitió el lucro. Las leyes habilitaban a los médicos y los criterios científicos no estaban establecidos. Los usuarios de opiáceos comenzaron a visitar a los médicos para obtener sus dosis y, como la ley lo permitía, muchos organizaron toda su práctica médica alrededor de esta lucrativa práctica.

Según David Musto, que ha estudiado especialmente este proceso, no parece que los médicos estuvieran involucrados *especialmente* en el tráfico de opiáceos ni especialmente interesados en el mantenimiento de los adictos (Musto, 1973). Las recetas se hacían de acuerdo a la ley, dejando debido registro de ello, lo que hubiera permitido saber si el consumo aumentaba significativamente y con el tiempo esta práctica se volvía un problema. Si bien es cierto que muchos médicos se beneficiaron de la Ley Harrison, esta no fue una ley impulsada desde el ámbito médico. No había una crítica pública hacia los médicos que recetaban opiáceos y, según todos los datos disponibles, no parece que hubiera problemas importantes relacionados con el abuso de opiáceos, mientras los médicos estuvieran recetándolos.

El Departamento del Tesoro comenzó a preocuparse por las personas que concurrían a los médicos en busca de opiáceos y por los médicos que recetaban opiáceos en cantidad. Se interpretó que la tenencia de opiáceos sin

una fuente justificada consistía una violación a la Ley Harrison y se implementaron regulaciones más estrictas. Se iniciaron campañas públicas señalando a los médicos como responsables y denigrando a los adictos como degenerados (Davenport-Hines, 2003; Musto, 1973). En poco tiempo, el Departamento del Tesoro se vio involucrado en una serie de procesos judiciales contra los médicos y los casos llegaron a la Suprema Corte de Justicia.

Entre 1915 y 1922, una serie de decisiones de la Corte obligaron a los médicos a abandonar por completo la prescripción de opiáceos. En 1919 se resolvió que recetar opiáceos como forma de hacer sentir más confortable a un paciente era ilegal. En 1920 se comenzó a prohibir la prescripción de opiáceos mediante otras decisiones judiciales.

Esta forma de lidiar con el problema, mediante decisiones judiciales, y no mediante acciones legislativas, que debían pasar por el congreso, fue una estrategia para evitar los fuertes grupos de presión que había en el congreso y que apoyaban a los médicos.

Por otra parte, como señalan Conrad & Schneider, la entrada de Estados Unidos en la Guerra Mundial, ayudó a forjar una imagen que consolidaba a una nación ideológicamente compacta y toda conducta combatida por el Estado era una desviación y debía ser activamente erradicada (Conrad y Schneider, 1980). Esto profundizó la estigmatización de los inmigrantes, y el consumo asociado.

La implementación de las decisiones tomadas en cada uno de estos juicios imposibilitó que se desarrollara cualquier tipo de tratamiento médico ambulatorio, puesto que la tenencia de cualquier cantidad de droga estaba prohibida. Por otra parte, sustentar el stock de opiáceos en una clínica o consultorio particular que quisiera tratar adictos, se hizo cada vez más difícil debido a las regulaciones.

Los médicos no soportaron las presiones y abandonaron todo trato con los opiáceos en su práctica particular (Davenport-Hines, 2003; Musto, 1973).

En 1919, un comité especial del Departamento del Tesoro elaboró un informe, *Traffic in narcotics*, donde recomendaban la implementación de servicios médicos especializados para curar la adicción.

Según Conrad & Schneider, entre 1919 y 1920 se abrieron alrededor de 44 clínicas a lo largo de todo el territorio de los Estados Unidos para tratar la adicción, la mayor parte de las cuales realizaba tratamientos ambulatorios. Sin embargo, la actitud gubernamental hacia estas clínicas cambió rápidamente. La nueva División de narcóticos del Departamento del Tesoro adoptó una actitud opuesta a las recomendaciones del informe elaborado poco tiempo antes y se produjo una división de opiniones dentro del Departamento del Tesoro. Se produjeron una serie de investigaciones en las clínicas abiertas recientemente y se llegó a la conclusión, basándose en aquellas que funcionaban mal, que las mismas eran utilizadas para mantener la adicción de los adictos (Lindesmith, 1965). Muchos médicos y farmacéuticos fueron arrestados (Conrad, 1992) y los casos recibieron mucha atención de la prensa.

La Asociación Americana de Medicina, AMA, criticó duramente los tratamientos ambulatorios, defendiendo las internaciones. Para 1923, todas las clínicas habían sido cerradas.

Según Eric Goode, entre 1915 y 1940, 25.000 médicos fueron arrestados por cargos de narcóticos y miles perdieron sus licencias (Goode, 1972). Ya no se pudieron encontrar médicos interesados en tratar a los adictos.

Esta retirada de los médicos del ámbito de las adicciones se prolongaría a lo largo de la mayor parte del siglo XX. Sólo en las últimas décadas, y ya desde perspectivas diferentes, la medicina retomaría su interés por estos tratamientos.

La prohibición total de los opiáceos llevó a los adictos que buscaban escapar de los efectos del síndrome de abstinencia a que comenzaran a agruparse en busca de droga, contactos e información acerca de cómo conseguirla. Esto incrementó el mercado ilegal y actuó como una vía efectiva de reclutar

nuevos adictos en el proceso. Los precios se incrementaron y muchos se vieron obligados a recurrir al crimen para sustentar su adicción.

3.1.4 Nuevamente una enfermedad

Desde inicios de la década de 1920, cuando en los Estados Unidos se comenzó a perseguir a los médicos y a sus pacientes que consumían opiáceos hubo una progresiva y rápida retirada de los médicos del tratamiento de los adictos. Esta situación se prolongó, por varias décadas hasta que, a principios de la década de 1960 la situación cambiaría nuevamente y los médicos volverían a la escena de la adicción a las drogas.

En este período, pocas voces fueron las que se escucharon en contra de la política oficial llevada a cabo por el Departamento del Tesoro. En 1930 Harry Anslinger, el primer “zar” de la lucha contra las drogas, se hace cargo de la recientemente creada Agencia Federal de Narcóticos. Anslinger era un policía que había actuado en la década anterior bajo la Ley Seca controlando la venta, fabricación y transporte de licor (el consumo no estaba penado).

Fue nombrado gracias a Andrew Mellon, tío de su esposa. Mellon, secretario del Tesoro, era banquero de Du-Pont, y las ventas del cáñamo amenazaban los esfuerzos de esa firma para crear un mercado de fibras sintéticas (Herer, 2000).

Anslinger veía el problema de las drogas en términos exclusivamente criminales. Desarrolló una enorme campaña propagandística contra los consumidores, se empeñó en incluir el cannabis en los mismos controles que los opiáceos y silenció todas las voces que se levantaban con opiniones divergentes.

La criminalización de los consumidores generó un nuevo tipo de delincuente y los consumidores se volvieron rápidamente la población mayoritaria en las cárceles norteamericanas (Musto, 1973). Por este motivo, el Departamento de Justicia solicitó la apertura de centros especializados en adictos. En 1935 se abrió el Hospital de Lexington, en Kentucky y en 1938 el de Forth Worth,

Texas. Ambas instituciones respondían a una lógica manicomial. Trataban a los adictos como locos y perversos, además de criminales y se encargaban de mantenerlos alejados del resto de la sociedad con poca o ninguna intervención médica con fines curativos. Eran cárceles diferenciadas en donde los adictos no recibían ningún tipo de atención (Lindesmith, 1965).

En la década de 1950, algunas voces opositoras comenzaron a oírse. Es el caso del sociólogo Alfred Lindesmith quien publicó muchos trabajos basados en miles de entrevistas a adictos de diferentes tipos. En ellos los caracterizaba como enfermos y recomendaba tratamientos médicos, el mantenimiento con dosis mínimas de opiáceos y la legalización de las drogas. Lindesmith fue uno de los primeros en criticar la interpretación según la cuál la ingesta de drogas era una forma de buscar euforia, sino que la identificó como una consecuencia del rechazo a los efectos del síndrome de abstinencia. La primera de las interpretaciones, hegemónica en la cultura norteamericana hasta la década de 1950, ponía al adicto mas cerca de un ser desviado, que por propia voluntad buscaba los efectos perniciosos de la droga. Por el contrario, Lindesmith demostró que la ingesta inicial de drogas se producía por diferentes causas sociales y que la adicción venía más tarde, con los efectos que provocaba el acostumbamiento, principalmente el síndrome de abstinencia.

Los trabajos de Lindesmith ayudaron a allanar el camino. En 1958, un reporte conjunto de la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Abogados señalaba que las leyes de narcóticos debían ser revisadas, que debía permitirse que los médicos receten narcóticos bajo ciertos controles y que debían implementarse tratamientos ambulatorios (AMA y ABA, 1961). El informe iba a ser publicado en la editorial de la Universidad de Indiana, cuando Harry Anslinger envió a un agente para que lo investigara. Finalmente, el informe salió en 1961 y desencadenó una serie de fallos judiciales que retrotrajeron la jurisprudencia norteamericana a 1925, en donde los adictos eran tratados por médicos (Reason, 1975). Harry Anslinger renunció en 1962 y, en 1963, la Agencia Federal de Narcóticos fue

desmantelada y se transfirieron sus funciones a distintos departamentos: Salud, Educación, Bienestar y Justicia.

En 1965 un médico y una psiquiatra que trabajaban tanto en Lexington como en Nueva York tratando adictos, Vincent Dole y Marie Nyswander, descubren el tratamiento de mantenimiento con metadona. Dole y Nyswander publicaron sus hallazgos por primera vez ese año (Dole y Nyswander, 1965).

La metadona es un agonista opioide sintético que actúa sobre los mismos receptores de las drogas opiáceas presentes en el cerebro y, en consecuencia, bloquea sus efectos, elimina los síntomas de abstinencia y reduce la avidez. Si se emplea apropiadamente, la metadona no es sedante ni intoxicante, y además no interfiere con las actividades normales.

Los descubrimientos de Dole y Nyswander se realizaron en medio de una “epidemia” de heroína (los medios lo relataban en esos términos). *Epidemia* hace referencia a un problema médico y no a una categoría criminal como sucedía una década atrás (Conrad y Schneider, 1980). La Guerra de Vietnam (1956-1975) contribuyó a incrementar el tráfico de heroína y generó una enorme cantidad de adictos entre los soldados y los oficiales del ejército. En esta época se establece la primera Comunidad Terapéutica para adictos (Synanon, en 1958), y los tratamientos de mantenimiento con metadona se vuelven la estrategia oficial de atención de este país en ese momento (Jaffe, 1999). Como veremos cuando desarrollemos la historia de los descubrimientos neurobiológicos, en ésta época el pentágono se involucra en el desarrollo de un sistema de detección de opiáceos (Vrecko, 2009).

El descubrimiento del tratamiento con metadona, el involucramiento del pentágono en los tratamientos de adictos, los desarrollos de las drogas psiquiátricas y el descubrimiento de los receptores opioides le devolvieron a los médicos (aunque no sólo a ellos), el interés por el tratamiento de los adictos.

Desde que la medicina y la investigación biomédica volvieron a interesarse por el tratamiento de los adictos, proceso que empezó lentamente hacia finales de la década de 1960 y se profundizó en la década de 1990, se ha producido una acumulación de trabajos que dan cuenta, como veremos en próximos capítulos, tanto de los mecanismos biológicos subyacentes al fenómeno adictivo, como de diferentes modalidades de tratamiento implementadas en las más diversas partes del mundo.

Al revisar la vasta literatura sobre tratamientos es notable la diversidad en los diferentes tipos de modalidades de tratamientos que se encuentra, en parte debido a las diferentes formas que adquiere el fenómeno adictivo en el mundo, pero también debido a los diferentes enfoques teóricos y morales con los que se aborda el problema.

Sin embargo estos trabajos tienen ciertos denominadores comunes. De su lectura se desprende que hay un enorme consenso en que los tratamientos son razonablemente efectivos (aunque distan mucho de alcanzar los niveles de efectividad de otros tratamientos médicos) para reducir el abuso de drogas, como en la potenciación de habilidades sociales como la inclusión escolar, el empleo y la reducción de la criminalidad. Estos trabajos muestran también que la duración del tratamiento es un factor fundamental en el éxito que pueda obtenerse. Los tratamientos mas largos son los mas efectivos. Otras conclusiones generales que pueden extraerse de estos trabajos son el reconocimiento de la “recaída” en el abuso de drogas como una parte sustantiva del proceso de rehabilitación, no hay recuperación instantánea. Los índices de recaídas son altísimos en todas las modalidades, excepto en aquellas que no las admiten y por consiguiente no pueden ser medidos. También existe un considerable grupo de adictos que, a pesar de estar en tratamiento durante largos períodos no abandona el consumo nunca.

Los hallazgos señalados, de carácter general, muestran que no hay consenso acerca de qué tipo de tratamiento es más efectivo. Hay una enorme variedad de modalidades terapéuticas que poseen, más o menos, las mismas bondades y mas o menos las mismas dificultades. Entre las bondades generalizadas

podemos señalar la disminución en el uso de sustancias que todas incentivan y muchas veces logran, la transmisión de cierto conjunto de valores que hacen al individuo más compatible con la sociedad y ciertos parámetros de éxito en cuanto a su reinserción. Entre las dificultades, el alto índice de recaídas y abandono de tratamientos, la extensión y costo de los mismos, y las dificultades en el acceso (SEDRONAR, 2009; Touzé, 2006).

La dificultad, entonces, para poder evaluar la efectividad de los tratamientos reside en entender qué parte de estos tratamientos es efectiva, que parte no, qué personas se benefician más en cada caso y bajo qué condiciones. La investigación de factores previos a los tratamientos, como por ejemplo, por qué motivos las personas ingresan en ellos (independientemente del consumo), por qué egresan, qué fenómenos terapéuticos concretos ocurren durante los tratamientos, etc., son preguntas que aún están por responderse.

Este tipo de interrogantes que exploran no sólo los tipos de modalidades terapéuticas que son efectivas, sino qué elementos de estas modalidades contribuyen a esa efectividad, apuntan a entender el fenómeno adictivo como un proceso localmente situado e individualizado.

Desarmar la complejidad terapéutica y encontrar las especificidades del éxito en cada caso implica situar cada modalidad terapéutica en su contexto social, cultural, económico y adaptarla, modificarla para maximizar la efectividad de los elementos terapéuticos efectivos. Este tipo de investigación, lamentablemente no se está haciendo. Por el contrario, los abordajes neurobiológicos y medicalizantes apuntan en la dirección contraria: encontrar los elementos comunes.

3.1.5 El consumo en la actualidad:

Estimar el consumo de sustancias ilícitas en la población mundial es muy complejo. Aún no existen sistemas internacionales verdaderamente integrados, de estadísticas acerca del consumo y la producción, aunque se ha

avanzado mucho en su implementación en las dos últimas décadas (JIFE, 2008).

Para estimar el consumo, se utilizan tres métodos y el cruce de los datos arrojados por cada uno de ellos. El primero, consiste en evaluar la superficie cultivada con cada una de las especies vegetales. Este método es muy útil para las plantaciones de arbustos de coca y plantas de adormidera, pero poco útil para las plantaciones de cannabis, puesto que pueden hacerse en condiciones mucho más variables. El segundo método consiste en evaluar las cantidades de droga y de productos sin procesar que fueron confiscados por los mecanismos de control existentes y otros operativos policiales, aduaneros, etc. Mediante estas cifras se pueden hacer extrapolaciones a las cantidades totales de sustancias que circulan, ingresan o egresan de un territorio particular. Finalmente, en muchos países, y cada vez más, se realizan estudios acerca del consumo de la población. Encuestas en poblaciones generales, escolares, universitarias, datos policiales, estadísticas hospitalarias, estudios en diferentes poblaciones laborales e incluso datos de aseguradoras, contribuyen a conformar este universo (ASEP, 1988; Aureano, 1998; Cagliotti, 1979; JIFE, 2008).

En líneas generales se puede decir que, respecto de las décadas anteriores, el consumo de opiáceos, cocaína y cannabis se ha estabilizado en el mundo, mientras que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico se ha incrementado, al igual que las drogas de diseño y el uso de medicamentos de expendio bajo receta para usos no medicinales (ONU, 2009).

La elaboración de los datos sobre el consumo es competencia de dos órganos internacionales que se encargan de la fiscalización de estupefacientes y psicotrópicos¹³. La Comisión de Estupefacientes [CE] y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE] de la Organización de las Naciones Unidas. Estos organismos, conforme con lo dispuesto en el artículo 5º de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, llevan la cuenta del consumo, la producción y el tráfico de las sustancias sometidas a fiscalización, con la

¹³ La denominación narcótico, estupefaciente, psicotrópico...

cooperación de la Organización Mundial de la Salud [OMS], que actúa como órgano consultivo. La CE es un órgano subsidiario del Consejo Económico y Social [ECOSOC], que se compone de los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Es el órgano normativo central del sistema de las Naciones Unidas para tratar de todas las cuestiones relacionadas con las drogas.

La JIFE se encarga de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La Junta se estableció en el año 1968 mediante la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Ella es quién determina las deficiencias de los sistemas de fiscalización nacionales e internacionales y contribuye a corregir esas situaciones. La JIFE analiza la información proporcionada por los gobiernos, los diferentes órganos de las Naciones Unidas, los organismos especializados y otras organizaciones internacionales competentes. Anualmente, y desde 1994, la JIFE publica un informe que presenta al ECOSOC. El informe ofrece un análisis de la situación de la lucha contra la droga en el mundo. Complementan este informe diversos informes técnicos sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas que ofrecen datos relativos a la producción, fabricación, comercio, consumo lícitos, y en (mucho) menor medida, la situación de los tratamientos y la prevención del consumo de esas drogas en todo el mundo (JIFE, 2008; ONU, 1995).

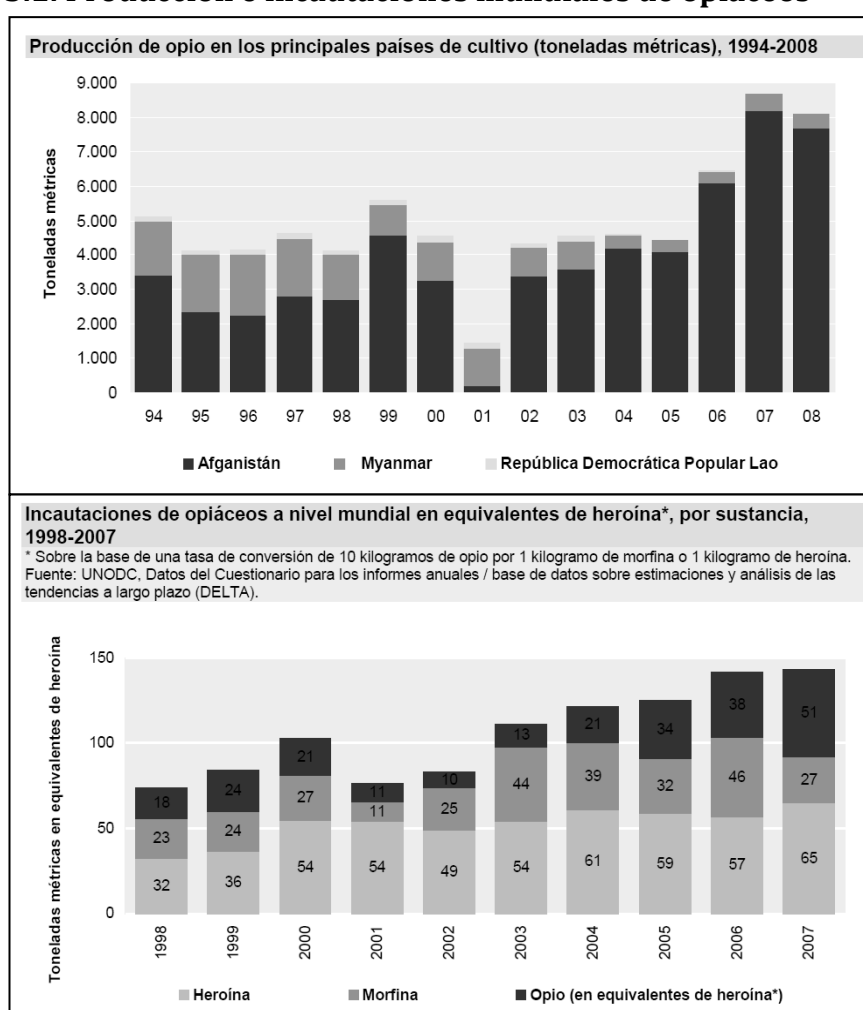
A su vez, la ONUDD publicó en 1997, en 2000, y a partir de allí, en forma anual un *Informe Mundial sobre las Drogas*. Los datos internacionales que se dan a continuación se obtuvieron de estas fuentes y nos ayudan a comprender la magnitud del fenómeno de consumo de drogas en el mundo, y el lugar que ocupa la Argentina en ese contexto.

A continuación se señalarán brevemente las estimaciones de los consumos mundiales de las principales sustancias fiscalizadas internacionalmente: opiáceos, cocaína y cannabis, como así también algunos datos sobre otros estimulantes como el éxtasis o las anfetaminas.

Como se puede ver en el gráfico I, la producción internacional de opio se incrementó considerablemente, lo cual muestra una buena correlación con

las incautaciones. Aunque en los últimos años tanto las incautaciones como el consumo parecen haber menguado, es evidente que las medidas represivas y punitivas aplicadas en todo el mundo sobre los opiáceos y su producción no han dado los resultados esperados¹⁴. Adicionalmente, no se tienen datos completos sobre el aumento de la productividad de las plantaciones debido a mejoras vegetales y/o modificaciones biológicas de las especies. Se cree que la misma puede haber aumentado enormemente en las dos últimas décadas, lo cual agravaría aún más la situación.

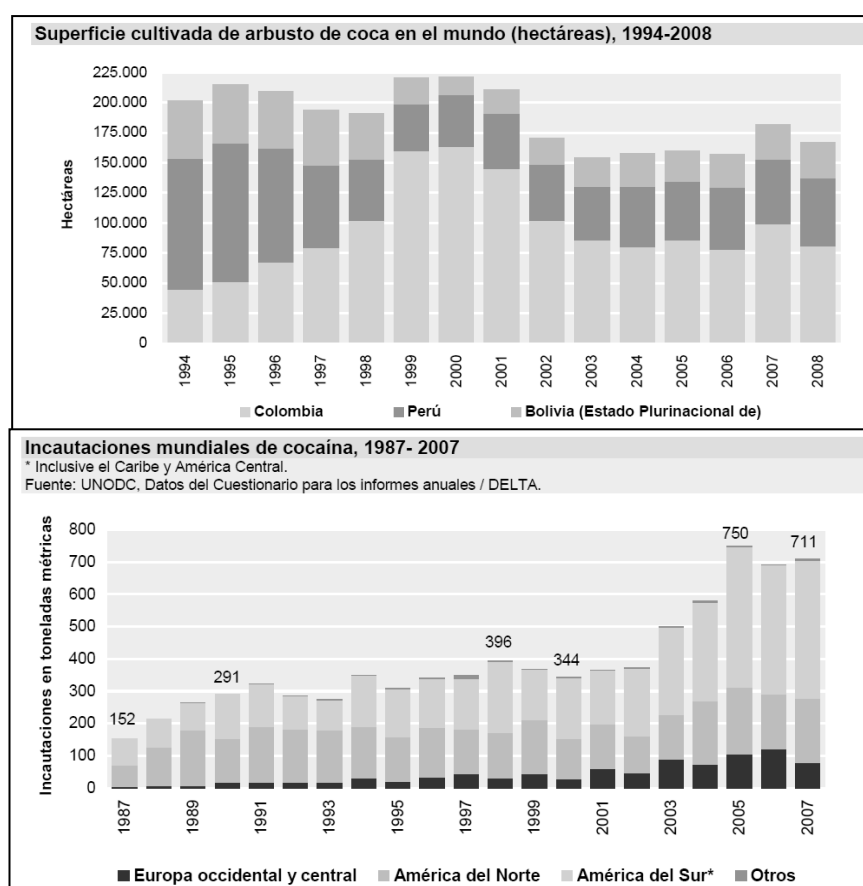
Grafico 3.1: Producción e incautaciones mundiales de opiáceos



¹⁴ En el año 1998, la ONU había lanzado una campaña cuyo lema era “un mundo libre de drogas” para el año 2008. Tomándose muy seriamente la consigna desplegaron una política de reducción de la oferta muy agresiva. Las cifras indican que, evidentemente, ni siquiera se han acercado a los objetivos planteados una década atrás.

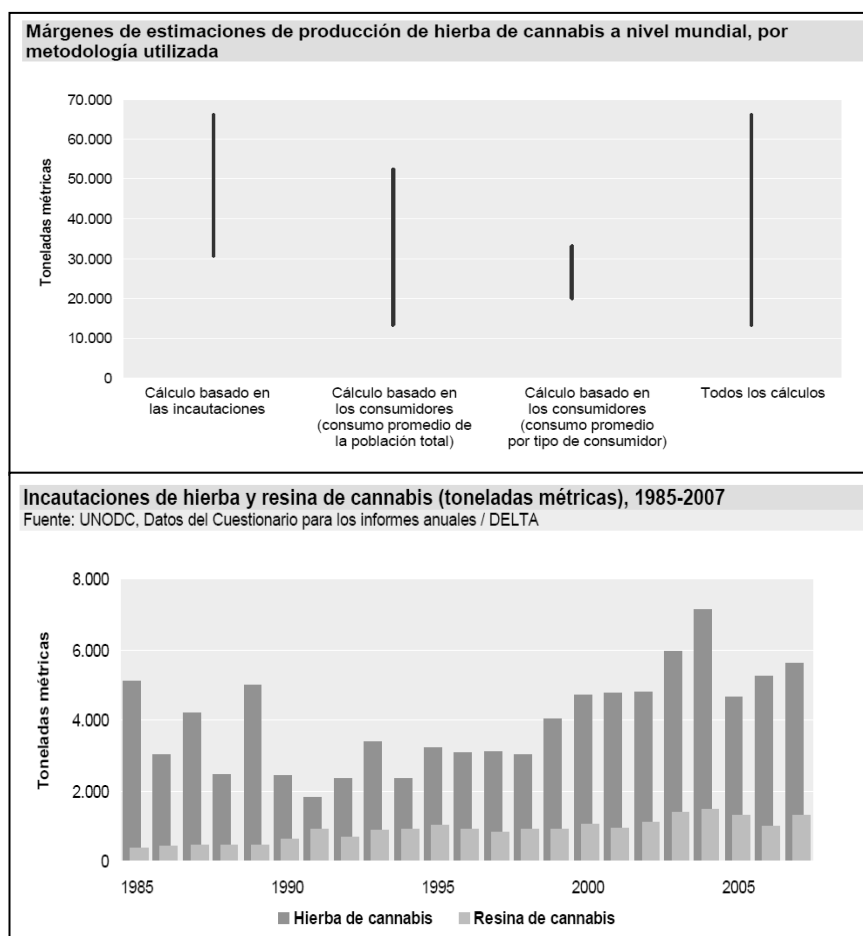
La producción internacional de cocaína, por el contrario, se redujo. Si bien no lo suficiente, marca un cambio de tendencia respecto de la década anterior. Sin embargo las incautaciones se quintuplicaron evidentemente gracias a más y mejores mecanismos de control. La reducción de los cultivos responde a los programas internacionales de control, sin embargo, muchos especialistas señalan que las mejoras realizadas sobre las especies vegetales de los arbustos de coca, permiten obtener mayores cantidades de cocaína con igual o menor superficie cultivada (Husak, 1992).

Gráfico 3.2: Cultivo de coca e incautaciones mundiales de cocaína



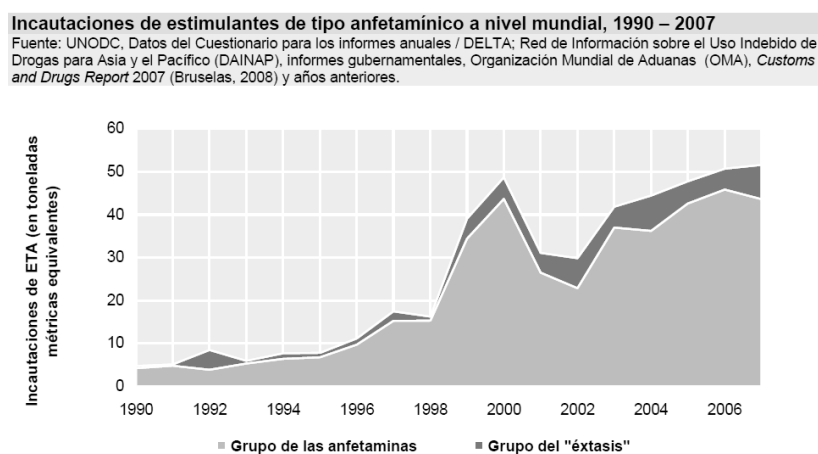
Respecto del cannabis, las estimaciones de cultivo son muy difíciles de realizar. El cannabis se cultiva prácticamente en todo el mundo, al aire libre o en interiores. Las incautaciones muestran un tráfico continuo y más bien estable, quizás por haber saturado las capacidades de control.

Gráfico 3.3: Producción e incautaciones mundiales de cannabis



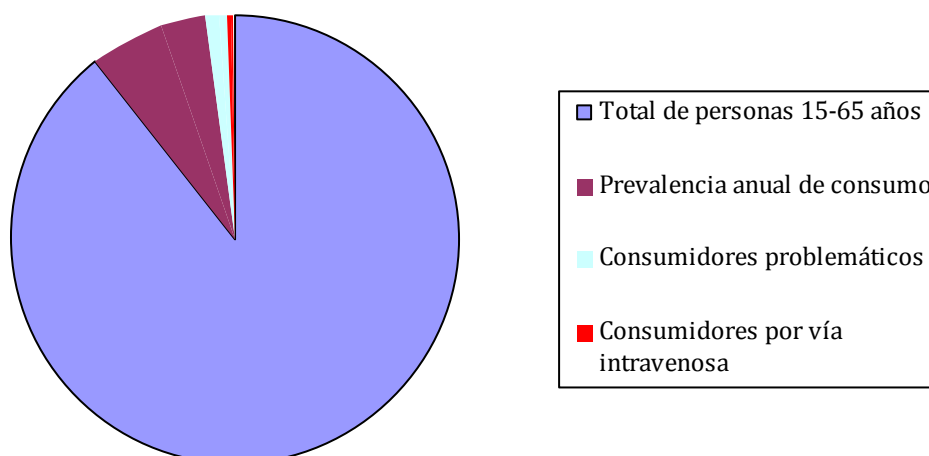
Finalmente, las drogas que se encuentran en franco incremento, son los estimulantes de tipo anfetamínico y las drogas de diseño como el éxtasis.

Gráfico 3.4: Incautaciones mundiales de estimulantes anfetamínicos



El conjunto de estos datos, junto con otras estimaciones, le permiten a los organismos internacionales realizar una estimación general del consumo de drogas a nivel mundial (ONU, 2010)j:

Gráfico 3.5: Consumo ilícito de drogas a nivel mundial



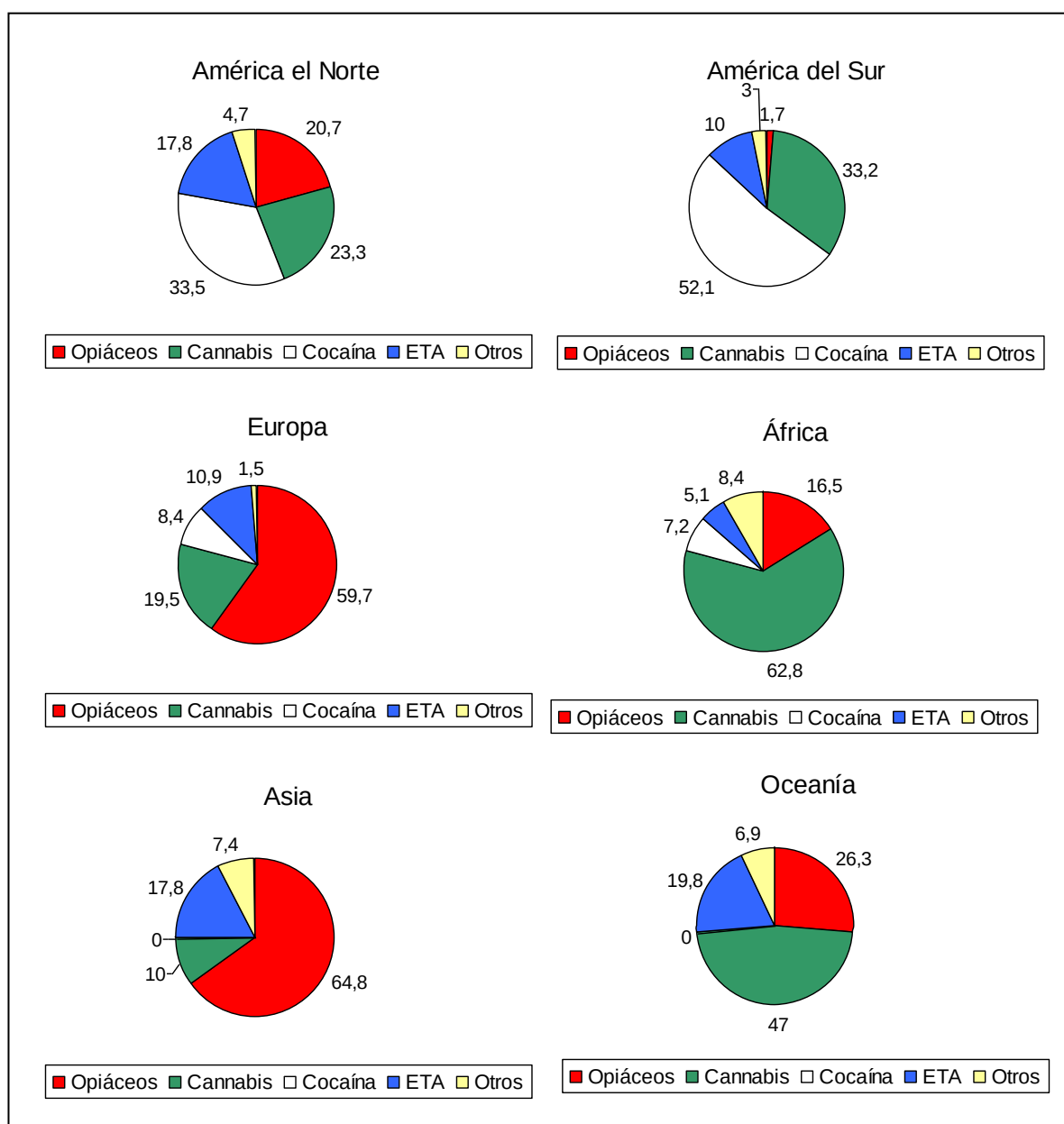
	#	%
Total de personas 15-65 años	4.343.000.000	100
Prevalencia anual de consumo	250.000.000	4,86
	172.000.000	
Consumidores problemáticos	38.000.000	0,65
	18.000.000	
Consumidores por vía intravenosa	21.000.000	0,37
	11.000.000	

Esta estimación del consumo mundial de drogas tiene algunos problemas. Lo que se denomina “consumidores problemáticos” es una categoría muy compleja dado que es un cruce entre los criterios establecidos internacionalmente y que se plasman en las metodologías con las que se realizan las encuestas, pero también están viciados de los datos locales en los que se aplican otros criterios. A veces esta categoría se construye en base a aquellos individuos que ingresan a un tratamiento, otras sobre datos policiales. En todo caso, ni los que entran a tratamientos ni los que cometen algún delito pueden ser considerados “problemáticos” en términos

universales. Por ejemplo, los sujetos que son objeto de los tratamientos por adicción a cannabis, que se implementan en los Estados Unidos, muy probablemente no sean objeto de tratamiento (ni de problema alguno) en la Argentina. Quizás sea más realista, y pensando como “consumidores problemáticos” a aquellas personas que requieren tratamiento para dejar la adicción, utilizar la fracción más pequeña del círculo (consumidores por vía intravenosa). Ello nos coloca en una cifra de “adictos” inferior al 0.5% de la población mundial, mientras que los consumidores de sustancias (prevalencia anual) representan mas del 5% de la misma. Por lo tanto, la adicción sería un fenómeno relativamente marginal dentro de la población consumidora. Y un problema menor dentro de la población mundial, muy por debajo de los consumos de alcohol, tabaco y otros grandes problemas que, habitualmente se colocan dentro del mismo conjunto de “problemas mundiales” como el acceso a la salud, el hambre o los derechos humanos.

En 2008, el informe Anual sobre las Drogas publicaba cifras de consumo en la población mundial, basadas en las demandas de tratamiento registradas en el mundo durante el año anterior. Estas cifras muestran claramente que los consumos están asociados directamente a las producciones geográficamente situadas, excepto en los Estados Unidos, la única región que consume todas las drogas en proporciones similares. Como se puede observar en los gráficos, en las demás regiones, existe una droga de consumo principal que acapara al menos el 50% del mercado y que es aquella que se produce localmente.

Gráfico 3.6: comparación del consumo por continente



3.2 Marco normativo internacional

Como ya hemos señalado, los tratamientos de las adicciones están indisolublemente vinculados a los contextos normativos nacionales e internacionales. Esto se debe fundamentalmente al carácter ilegal de las sustancias de abuso y a la criminalización de sus usuarios. Por consiguiente, para comprender la estructuración actual de los tratamientos y su conformación histórica se hace imprescindible conocer estos contextos normativos.

Aunque ya existían diferentes regulaciones nacionales acerca del uso y del consumo de lo que hoy conocemos con el nombre de *sustancias psicoactivas*, a principios del siglo XX comienza un proceso de homogeneización internacional que buscaba controlar la producción, las vías comerciales y finalmente, el uso que se hacía de las mismas. A pesar de que todas estas regulaciones hacen mención a las “razones humanitarias” y los “problemas morales” que provoca el consumo –principalmente de opio, morfina, heroína y cocaína-, hasta la década de 1970 el interés está puesto en controlar las vías comerciales, limitar la producción, castigar el tráfico ilícito y la tenencia injustificada. No se observa, al menos hasta épocas más recientes, una preocupación genuina por los usuarios y las consecuencias del uso de estas sustancias en la salud de las personas. La inclusión de los tratamientos en la agenda internacional se inaugura tímidamente en la década de 1960 y se toma con mayor seriedad recién hacia finales de la década del 2000, cuando se permite que la sociedad civil tome parte de los debates de la ONU (Jelsma, 2003; ONU, 2010; Touzé, 2006) y la JIFE reconoce explícitamente que el problema droga, debe ser tomado seriamente como un problema de salud pública (JIFE, 2008, 2010).

Como vimos, son tres los países que jugaron un rol central en la promoción y el establecimiento temprano de un consenso internacional en el modo de percibir y lidiar con este tipo de sustancias. Gran Bretaña, China y Estados Unidos. Inicialmente, todos los esfuerzos estaban dirigidos a controlar la producción y el comercio de opio. La coca, el cannabis, los productos puros

(morfina, cocaína) y los derivados químicos (heroína) de estos se agregarían con posterioridad.

Con los antecedentes en los conflictos comerciales que desembocaron en las Guerras del Opio entre Inglaterra y China, se realiza en 1909 la primera Reunión Internacional sobre el Opio en Shangai, convocada por el presidente Roosevelt. Allí se reunieron los delegados de 13 países y fue el inicio de una serie de conferencias multilaterales cuyo objeto era la eliminación de la manufactura, el comercio y el consumo de opio. Estas discusiones se extenderían en los años siguientes a otras sustancias: la morfina, la cocaína y la marihuana y sentarían las bases de toda la normativa internacional en materia de drogas. El tema central de estas discusiones se relacionaba con los problemas que provocaba el consumo de opiáceos, principalmente entre los habitantes de china.

Como consecuencia de los debates de Shangai se firma, en 1912, el primer tratado internacional, la Convención Internacional del Opio en La Haya. Esta convención trata de regular el comercio de opio, tanto crudo como preparado, de la cocaína, la heroína y sus derivados.

En el preámbulo de esta conferencia no se hace otra mención que a *“la necesidad y el provecho mutuo de un acuerdo internacional”* y las normativas que se señalan son estrictamente comerciales, no se hace mención alguna a tratamientos, ni a los usuarios. Se regulan exclusivamente las sustancias.

De la lectura de esta convención, y de las discusiones que se suscitaron previamente se puede ver claramente el uso retórico que se hace de las preocupaciones por la salud de la población. Al igual que los intereses que estaban detrás de las Guerras del Opio, estas convenciones tienen un carácter más comercial que sanitario.

Esto queda más claro cuando observamos que, al enterarse que Serbia y Turquía no firmarían la Convención, Alemania hizo lo mismo argumentando desventajas comerciales.

Estos debates dan cuenta de los intereses comerciales que se jugaban detrás de los intentos de regular estas sustancias. En una época en donde la

industria farmacéutica está en pleno desarrollo, mantener el control sobre las sustancias naturales era una prioridad.

Afirmaciones como la que sigue son moneda corriente en los discursos que legitiman las acciones internacionales que se estaban emprendiendo:

“Es ahora un hecho reconocido por las autoridades internacionales que el abuso de estas drogas, cuyo empleo fomenta la repetición y finalmente la adicción, provoca la parálisis volitiva, la degradación moral, el vicio y el crimen.”

Estas palabras fueron pronunciadas por Sir William Collins, teniente de Londres, uno de los enviados a celebrar la Convención de La Haya en representación del Reino Unido. Podemos señalar este momento como el inicio del período en el que las drogas contenidas en estas convenciones son conceptualizadas en términos morales.

Previamente, el consumo de opio en occidente era visto más bien como una excentricidad de algunos grupos de artistas (Ehrenberg, 1994; Pachet, 1994) o como un efecto colateral de determinados tratamientos médicos (Courtwright, 1983; Escohotado, 1989). Pero a partir de 1909/1912, el discurso moralizante se hizo más rígido y los usuarios de drogas comenzaron a ser mirados con desconfianza y desprecio en forma creciente.

No está claro que, a principios de siglo, existiera un problema médico o sanitario de una envergadura tal que exigiera este tipo de medidas. Por el contrario, el problema comercial, que provocaba un desbalance importante en el comercio entre oriente y occidente, llevaba varios siglos de conflictos. En los Estados Unidos la marihuana y la cocaína se consumían en mayores cantidades que el opio (Mc Iver y Price, 1916; Rediker, 2007). En Inglaterra por ejemplo, a principios del siglo XX, las muertes por narcóticos apenas sobrepasaban las 2 muertes por millón de personas (Davenport-Hines, 2001) y en la Argentina las regulaciones ni siquiera consideraban la existencia de traficantes. Sólo se regulaban las prescripciones médicas.

En 1914 el inicio de la Primera Guerra Mundial dilató la puesta en vigencia de la Convención de La Haya y los acuerdos de esta convención fueron remitidos

al Tratado de Versalles, firmado en 1919 cuando se crea la Sociedad de Naciones. La Argentina ratificó este tratado en 1933 en la ley 11.722, como veremos más adelante.

En 1920 la Sociedad de Naciones designó un Comité de asesoramiento sobre el Opio y otras Drogas Peligrosas (notar la connotación “peligrosas”). Debido a los desacuerdos comerciales que señalamos anteriormente, la convención de La Haya fue firmada originalmente por 12 naciones, pero no entraría en vigor hasta que fuera ratificada por 36 naciones. En 1921 se habían sumado 38 y en 1934, 56 naciones.

A fines de 1924, se realizó en Ginebra una nueva reunión de la Sociedad de Naciones y a instancias de la delegación egipcia y de los Estados Unidos (Goodman, et al., 2007) el cannabis es incluido en la lista de sustancias fiscalizadas por la convención de La Haya (Davenport-Hines, 2001). En 1931 se llevó a cabo la Convención de Ginebra sobre Fabricación de Drogas Narcóticas, donde se introdujo un sistema de cuotas. Cada país firmante debía presentar con un año de antelación las estimaciones de consumo de drogas. De este modo, se podían determinar los volúmenes de fabricación de cada sustancia que iban a ser autorizados por los organismos de fiscalización dado que, a pesar de que se quería eliminar el consumo, se hizo evidente que los usos medicinales y científicos no podían ser erradicados.

Estas normativas generaron un mercado creciente no autorizado por las Convenciones. Como resultado, en 1936 la Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas tipifica por primera vez estos delitos como delitos internacionales y se establece la represión a la tenencia. Como consecuencia, ante la imposibilidad de cultivar y producir estas sustancias en sus territorios, otros países se convierten en productores. Efectivamente en este período se puede confirmar una expansión en la producción de morfina y heroína. Turquía, Serbia, Japón, Persia, Bulgaria, Yugoslavia y Rusia, entre otros países, se convirtieron en los nuevos productores que se sumaban a los tradicionales China e India, que estaban intentando reducir su producción

para cumplir con los tratados internacionales (Davenport-Hines, 2003; Escohotado, 1989).

Pero el problema comienza a tomar la envergadura internacional actual cuando es tematizado por la Organización de las Naciones Unidas. La ONU fue fundada el 24 de octubre de 1945. Dentro de su estructura organizativa, el Consejo Económico y Social [ECOSOC], es el encargado de promover niveles de vida más elevados, el pleno empleo, y el progreso económico y social y de identificar soluciones para los problemas de salud, económicos y sociales en el plano internacional (ONU, 1945). Una de sus Comisiones Orgánicas es la Comisión de Estupefacientes, establecida en 1946. A su vez, ONU posee actualmente, dentro de su Secretaría, la Oficina contra la Droga y el Delito [ONUDD], que contiene al Programa de Fiscalización Internacional de Drogas, el PNUFID, establecido en 1991. Una de las primeras acciones que realiza la ONU es ampliar la lista de sustancias sometidas a fiscalización, en el Protocolo sobre Estupefacientes que entra en vigor en 1948.

Hasta este momento, el problema de las adicciones era conceptualizado, en estos foros como un problema de sustancias. Ni los usuarios de drogas, ni los tratamientos entraban en la esfera de las preocupaciones reales de las convenciones internacionales. Los usuarios eran muchas veces mencionados, pero sólo se hacía un uso retórico de sus problemas como modo de argumentar a favor de más y mejores controles al comercio y la producción. En términos de Nowlis, es la aplicación del Modelo Ético-Jurídico lo que se encuentra detrás de las acciones promovidas en este ámbito. Los tratamientos son invisibles a las regulaciones porque el abuso de sustancias no es considerado como una enfermedad sino que es un problema moral. La ideología que movilizaba las decisiones estaba arraigada en la fe cristiana y los valores morales del progresismo protestante que había defendido las causas abolicionistas y sostenía a la familia como eje central de la sociedad:

"...la Civilización depende de la integridad el carácter y ésta, depende del cristianismo" (Charles Brent, Convención internacional del Opio, Shanghai, 1909)

“Hubo una tendencia por parte de algunos a contemplar al morfinómano y al cocainómano como seres inválidos y dignos de lástima, pero muchos de ellos son una de las plagas más peligrosas de la sociedad” (William Collins, La Haya, 1912)

“Convencidos que este esfuerzo humanitario recibirá la adhesión unánime de los países interesados” (Ginebra, 1925)

En este sentido, considerar a la adicción como una conducta desviada de carácter moral, y luego criminal, permitía que, si pensamos el problema en términos de Parsons, se pueda actuar sobre los consumidores punitivamente. Las conductas desviadas imponen la eliminación de privilegios e imponen nuevas responsabilidades a los individuos en un marco de mantenimiento de la norma social (Parsons, 1951).

En 1948, como veremos más adelante, ni siquiera habían comenzado a ponerse en marcha las primeras iniciativas de grupos de autoayuda. Alcohólicos Anónimos había sido creado recientemente pero el consumo de alcohol aún no se vinculaba al mismo tipo de problema que los consumos de opio, cocaína y cannabis (Gusfield, 1975; Knight, 1937).

A principios del siglo XX, en un movimiento que tuvo su expresión más fuerte en los Estados Unidos, el consumo de alcohol comenzó a ser visto como un problema moral (Conrad y Schneider, 1980; Gusfield, 1975). Esto se asociaba fuertemente a los nuevos inmigrantes que comenzaron a poblar los Estados Unidos. Estas mismas poblaciones son las que, poco tiempo después, serían las depositarias de la persecución del consumo de otras sustancias. Los obreros mexicanos serían perseguidos por el consumo de cannabis y los músicos y obreros negros por el consumo de cocaína (Courtwright, 1983; Mann, 2000).

La imagen del “inmigrante loco” se convirtió en un elemento importante del imaginario popular. Del mismo modo que lo que sucedía en otros contextos, está presente en el origen de las concepciones modernas acerca del consumo de sustancias, esta figura ocupa un lugar central a la hora de pensar y diseñar estrategias para “gobernar el poblar”.

En 1961 se aprueba la Convención Única de Estupefacientes. Allí se crea la JIFE, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y se conforman las cuatro listas de sustancias sometidas a controles que, con modificaciones, aún están vigentes. Esta convención consolida todos los tratados anteriores y es la piedra angular de la fiscalización internacional de estupefacientes que rige hoy en día.

La Convención será modificada en 1972 por un Protocolo que fortalecerá los factores represivos, pero también las acciones destinadas a la investigación científica y los tratamientos que, por primera vez, habían sido tenidos en cuenta, cuando 1961 se indicaba en el artículo 38 que:

1. *Las partes considerarán especialmente las medidas que pueden adoptarse para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación de los toxicómanos.*
2. *Si la toxicomanía constituye un grave problema para una Parte y sus recursos económicos lo permiten, es conveniente que dicha Parte establezca servicios adecuados para tratar eficazmente a los toxicómanos.*

Sin embargo, en el Preámbulo de esta Convención (1961), se señala que:

“...Las Partes[...]conscientes de que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad, conscientes de su obligación de prevenir y combatir ese mal[...]se hace necesaria una acción concertada y universal...”

¿Qué tipo de acción concertada y universal es aquella que deja el establecimiento de los *servicios adecuados para tratar a los toxicómanos* a la existencia de recursos económicos locales? Mientras que otras medidas para “combatir ese mal”, como son la fiscalización y el castigo de productores y usuarios, se diseñan mecanismos concretos de asistencia y regulación, los tratamientos son incluidos solamente en términos retóricos vacíos. Comprometerse con la regulación, el diseño y la implementación de tratamientos eficaces hubiese necesitado de una redefinición de los

supuestos básicos acerca de las sustancias, los usuarios y de la producción de conocimiento acerca del fenómeno adictivo que pocos estaban dispuestos a apoyar. La mayor parte de las investigaciones que se habían realizado hasta el momento (muy pocas, por cierto) no apoyaban las hipótesis subyacentes a los tratados internacionales y la opinión de los especialistas aislados, principalmente médicos, eran muy divergentes. El caso más evidente es el caso del cannabis, donde se han realizado docenas de estudios científicos internacionales, cuyas conclusiones muchas veces han sido silenciadas.

Diez años más tarde, en el protocolo de modificación de 1972 se fortalecen los tratamientos a través del incentivo a la generación de recursos humanos especializados, la creación de instituciones regionales de investigación, y el fomento de la comunicación pública de los problemas ocasionados por los estupefacientes. Las principales modificaciones introducidas en 1972 son las siguientes:

Art. 38

1. Las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación y postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido.

2. Las Partes fomentarán, en la medida de lo posible, la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.

3. Las Partes procurarán prestar asistencia a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de estupefacientes y de su prevención y fomentarán asimismo esa conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de estupefacientes."

Art. 38 bis

Si una Parte lo considera deseable teniendo debidamente en cuenta su régimen constitucional, legal y administrativo, y con el asesoramiento técnico de la Junta o de los organismos especializados si así lo desea, promoverá, como parte de su lucha contra el tráfico ilícito, la celebración, en consulta con otras Partes interesadas de la misma región, de acuerdos conducentes a la creación de centros regionales de investigación científica y educación para combatir los problemas que originan el uso y el tráfico ilícito de estupefacientes."

De la lectura de estas normativas no se desprende un cambio en los modos de concebir ni a los usuarios ni a las sustancias. Por el contrario, la “pronta identificación” a la que se hace mención en 1972 hace pensar que el tratamiento era concebido como una suerte de castigo, al que tenían que ser sometidas las personas afectadas en forma obligatoria.

En respuesta al aumento del consumo de drogas, en 1971 se aprueba el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas que fortalece y promueve las medidas establecidas en la Convención Única. El artículo 33 de la convención de 1961 es reemplazado por un texto que versa en el artículo 5, inciso 3: *“Es deseable que la Partes no permitan la posesión de las sustancias de las Listas II, III y IV si no es con autorización legal”*.

De este modo, se permite cierta flexibilidad con respecto a las sanciones respecto de la tenencia para el consumo.

Las recomendaciones de 1961, de 1971 y 1972 son las primeras que hemos podido encontrar en materia de tratamientos e investigación en el ámbito internacional y son llamativas por varios motivos ¿Qué es lo que motiva, en 1961, la inclusión retórica de los tratamientos en las regulaciones? ¿Qué modificaciones se producen en la década de 1970 para que estas consideraciones sean tomadas con mayor seriedad? En 1961, como señalamos, se prohibía taxativamente la tenencia de estupefacientes sin autorización legal. En 1971, esto se convertiría en una poco más que una sugerencia. No obstante, la Argentina optaría por adoptar la postura original.

En 1973, luego de la firma de la enmienda de la Convención Única de Estupefacientes de 1961 se realizó en Buenos Aires la Conferencia Sudamericana Plenipotenciaria sobre Estupefacientes y Psicotrópicos donde se firmó el 27 de abril de 1973, el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos [ASEP] que sería convalidado en nuestro país mediante la ley 21.422, en 1976.

El ASEP estableció en 1979 una secretaría permanente en Buenos Aires (ASEP, 1980), que funcionó hasta finales de la década de 1980 en el CENARESO. Su secretario ejecutivo fue, durante diez años, Carlos Norberto Cagliotti, primer director del CENARESO. Mediante este Acuerdo, los países firmantes se comprometían, entre otras cosas a:

“...instrumentar las medidas necesarias a fin de lograr una estrecha colaboración y un intercambio eficaz en todo lo relativo a la lucha contra el uso indebido de estupefacientes y psicotrópicos, en especial lo referente al control del tráfico ilícito, la represión del tráfico ilícito, la cooperación entre organismos nacionales de seguridad, la armonización de las normas penales y civiles, la prevención de la drogadicción, el tratamiento, rehabilitación y readaptación de los toxicómanos” (1973)

De este modo, se incorporaba en la legislación regional la necesidad de prestar atención a los tratamientos. El ASEP fue convalidado por los gobiernos de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela a los cuáles se les impuso una cuota anual de 20.000 dólares para el “correcto funcionamiento de la secretaría Permanente” (ASEP, 1980). De este modo, el ASEP funcionaba con un presupuesto anual de cerca de 100.000 dólares.

La visión predominante en el ASEP no escapaba a las tendencias morales que eran impulsadas desde los organismos internacionales. La fiscalización y el control era la pauta general del Acuerdo y la problemática adictiva se contemplaba en términos de un mal social que había que erradicar:

“Esta convención tiene como finalidad analizar el grave y multicomplejo problema del uso indebido de drogas en nuestros países, unidos una vez más para enfrentar este mal, que por sus características adquiere la condición de cáncer social.” (ASEP, 1980)

El ASEP realizó su primera reunión en Buenos Aires en 1979. Participaban de estas reuniones delegados de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, así como también representantes de la División de Estupefacientes de Naciones Unidas, de la

Organización Mundial de la Salud, de la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL), del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del uso indebido de Drogas (FNUFID), y de los Departamentos de Justicia y de Estado del Gobierno Norteamericano (ASEP, 1973, 1980, 1982, 1989).

Sin embargo, el ASEP copiaba prácticamente los lineamientos seguidos por los organismos internacionales de mayor nivel y las metas que se proponía nunca lograron alcanzarse. En sus documentos se encuentran diversos proyectos de centros de documentación, archivo, centros y modalidades de tratamiento, proyectos de investigación, que se reducen a reuniones anuales en las que cada gobierno informa sobre lo realizado en ese año, sin ningún tipo de coordinación real.

La Secretaría dirigida por Cagliotti se encargaba de llevar un informe anual que se limitaba a reunir (incluso sin cambiar la tipografía), los textos que enviaban los gobiernos Partes.

La Secretaría del ASEP le dio a Cagliotti los recursos y la responsabilidad de mantenerse informado y actualizado como ningún otro funcionario en la Argentina, y la posibilidad de ser convocado por diversas reuniones internacionales en los diferentes aspectos de la problemática adictiva. Esto lo convirtió en una persona conocida y se convirtió, durante un tiempo, en un punto de pasaje obligado para todas las cuestiones relacionadas con esta problemática en Latinoamérica. Cagliotti se había posicionado como el centro de una red, lo que le daba cierta autoridad. Sin embargo esta autoridad no estaba acompañada de un desarrollo teórico ni sustentada en la acumulación de conocimientos en la materia. Tampoco estaba construida en base a una experiencia práctica en la materia. El gobierno militar de turno y algunas buenas amistades lo colocaron en el lugar correcto en el momento oportuno, como veremos en el capítulo V, cuando describamos en detalle el rol de Carlos Cagliotti en la historia de los tratamientos públicos en la Argentina (ASEP, 1973, 1980, 1982, 1988, 1989, 1990, 1991; Calabrese, 2010).

En 1987 se celebró en Viena la Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (a la que ASEP fue invitado) y en 1988 se firma la Convención de Viena Contra el Tráfico Ilícito de estupefacientes y

sustancias psicotrópicas, el punto máximo de las regulaciones internacionales en materia de fiscalización (ASEP, 1988; ONU, 1988).

Desde 1961, el sistema internacional de fiscalización se fue modificando permanentemente. La Convención Única se centraba en el cultivo de plantas con propiedades narcóticas. Los extractos de la adormidera, del opio y del cannabis habían sido incluidos en la categoría “narcóticos” desoyendo todos las voces especializadas, médicas o científicas, bajo el precepto de que “todos los estupefacientes son peligrosos hasta que se demuestre lo contrario” (Jelsma, 2003).

La Convención de 1971 se implementó, en gran medida, para mantener separadas las sustancias psicotrópicas, objeto principalmente de fabricación farmacéutica. Allí se dio vuelta el criterio de 1961 y, se determinó que una sustancia no debiera penalizarse hasta que haya pruebas concluyentes de su peligrosidad (ONU, 1971).

Estas diferencias entre una y otra Convención, que beneficiaban a las empresas farmacéuticas y perjudicaban a los países productores de las especies vegetales que daban origen a las drogas ilícitas, generaron un creciente malestar en la comunidad internacional. Este desbalance se profundizaba a medida que se constataba que las acciones de fiscalización emprendidas no eran efectivas, como vimos en la sección anterior.

La Convención de 1988 incluyó entre sus preocupaciones el lavado de dinero, los precursores químicos y obligó a los Estados que firmaron la convención a penalizar muchas actividades relacionadas con las drogas:

Artículo 1: cada una de las Partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente:
(ONU, 1988)

Así, comienza una larga lista enumerativa de delitos penales que, aunque muchos ya habían sido señalados en las convenciones anteriores

(Convención de 1961, art. 36, Convenio de 1971, art. 22), en esta nueva Convención están consignados al inicio de la misma, con el énfasis que ello implica, siendo el elemento estructurante de la misma.

En 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicó una primera Sesión Especial al problema de las drogas en donde se aprobó un Programa Global de Acción y se anunció que el período 1991-2000 se iba a convertir en la Década de las Naciones Unidas contra el Uso Indebido de Drogas. En 1991, se creó el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas [PNUFID].

En 1993, se convocó a una Asamblea General de la ONU para examinar la situación internacional en materia de control de drogas. El gobierno de México presentó una carta dirigida al Secretario General señalando que en 30 años de fiscalización de estupefacientes el cultivo de coca no se había reducido, el consumo a nivel mundial había aumentado y la organización criminal en torno al tráfico ilícito también había aumentado (ONU, 1993b). Este fue el inicio de un amplio debate. México señalaba que debía prestarse más atención a la demanda que a la oferta, reduciendo el consumo. En definitiva, lo que exigía el gobierno mexicano, junto con otros gobiernos, era que se cambie el foco y se empiece a pensar en los usuarios de drogas.

Durante los debates de 1993, la reducción de daños¹⁵, fue mencionada varias veces (ONU, 1993a). Como señala Martin Jelsma, este fue el año en que la reducción de daños se presentó al mundo oficialmente (Jelsma, 2003).

Surgieron entonces una serie de iniciativas, dentro de Naciones Unidas orientadas si no bien a modificar, al menos a revisar la estrategia internacional. La OMS encaró una serie de estudios (OMS, 1995, 1997) y se establecieron diversas Comisiones Especiales para abordar temas específicos criticados en los tratados durante 1988 y 1993.

En 1994, el PNUFID presentó un informe elaborado por un comité consultivo intergubernamental y la JIFE en donde se estudiaron recomendaciones sobre los cambios que debían efectuarse. Contrariamente a

¹⁵ Básicamente la reducción de daños hace referencia a estrategias que buscan minimizar las consecuencias perniciosas del consumo. Serán descriptas en el próximo capítulo.

las tendencias que dieron origen a estas iniciativas, el informe promovía un endurecimiento de los controles hacia el cannabis y nuevos estudios que impulsaran la erradicación final de la masticación de coca (ONU, 1995).

Mientras la situación se polarizaba cada vez mas, entre los países que defendían la reducción de daños y una política más abierta hacia la despenalización y la reducción de la demanda, representados principalmente por Holanda, Canadá, Australia, Perú, Bolivia, México y África, aunque también se sumaban la INTERPOL y ciertos sectores de la OMS a las voces disidentes, comenzó a surgir la necesidad de otra Conferencia Internacional como la realizada en 1987 para poder discutir estos y otros temas en profundidad, puesto que los mecanismos existentes no parecían suficientes. Esta iniciativa derivaría en la realización de una Sesión Especial de la Asamblea General [UNGASS], en 1998, y no una Conferencia Internacional específica, como se había planteado. ¿Por qué se tomó esta decisión?

Las recomendaciones recogidas desde 1993 fueron desestimadas una a una debido a la falta de consenso. Las decisiones en la ONU se toman, tradicionalmente, por consenso. Nunca hasta el momento se quebró esa modalidad y se sometió a voto alguna cuestión. No obstante la realización de una nueva Conferencia Internacional seguía teniendo aceptación. Pero, a raíz de que Estados Unidos había dejado de realizar sus pagos a la ONU, esta se encontraba en una situación financiera crítica. Este fue uno de los argumentos que se esgrimió para no realizar la Conferencia solicitada y subsumirla en la realización de una Sesión especial de la Asamblea General.

En 1998 se llevo a cabo la mencionada Sesión Especial, que incluyó muchos de los temas en debate. Sin embargo la reunión se volcó nuevamente hacia los discursos prohibicionistas, impulsados por el nuevo director del PNUFID, quien presentó un programa denominado SCOPE, que pretendía suprimir totalmente los cultivos de adormidera y coca en 10 años. El plan SCOPE no fue aprobado, pero resucitó los discursos que abogaban por un “mundo libre de drogas”. Se fijó también ese año (2008) como fecha límite para eliminar o reducir considerablemente la fabricación, la comercialización y el tráfico

ilícito de sustancias psicotrópicas, comprendidas las drogas sintéticas y los precursores así como lograr resultados importantes y mensurables en la reducción de la demanda. Estos objetivos anclados en una fecha, ya eran moneda corriente en la ONU. En 1961 se había puesto un plazo de 25 años para la eliminación de la masticación de coca el opio y el cannabis:

Artículo 49:

d) El uso del opio para fines casi médicos deberá ser abolido en un plazo de 15 años a partir de la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41.

e) La masticación de hoja de coca quedará prohibida dentro de los 25 años siguientes a la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41.

f) El uso de la cannabis para fines que no sean médicos y científicos deberá cesar lo antes posible, pero en todo caso dentro de un plazo de 25 años a partir de la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41 (ONU, 1961).

Como vimos en los capítulos anteriores, ninguno de estos objetivos se logró. En 2008, la Comisión de Estupeficientes, la JIFE y la ONUDD se esforzaron por mostrar resultados alentadores. Sin embargo, las diferencias con la OMS, la falta de homogeneidad con otras áreas de la propia ONU, como la comisión de derechos humanos y sobre todo las diferencias con el movimiento creciente de organizaciones de la sociedad civil, llevaron a que la Comisión de Estupeficientes inaugurase en su 51ª Reunión, un “año de reflexión” sobre las metas definidas en 1998.

En esta Reunión, el director de la ONUDD Antonio Costa señaló que “el mayor problema es convencer a los estados miembro de que la adicción a las drogas es un problema de salud y que debe ser tratado como tal”. Era la primera vez que en casi 50 años de reuniones y elaboración de documentos de fiscalización desde la ONUDD se ponía en primer plano la salud por sobre los demás temas de interés de la Oficina.

Se establecieron grupos intergubernamentales que deberían elaborar propuestas políticas que luego evaluaría la Comisión. Por primera vez, la Comisión señaló que los grupos deberían ser capaces de recibir información y representantes que provengan de la sociedad civil.

Paralelamente, desde 2006, las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a diferentes aspectos de la temática adictiva, se organizaron en el Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC).

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial integrada por ONGs y redes profesionales que está especializada en cuestiones relacionadas con el uso y la producción de drogas fiscalizadas. El IDPC organiza sus actividades de incidencia política internacional en torno a dos grandes ejes: el sistema global de fiscalización de estupefacientes (que abarca los acuerdos, las estructuras y los debates internacionales que conforman el sistema global de prohibición de las drogas) y la coherencia de todo el sistema (que abarca la interacción entre este sistema y otros ámbitos de actividad afines de las Naciones Unidas, como el VIH/SIDA, los derechos humanos y el desarrollo económico y social).

Al mismo tiempo, la JIFE en su informe anual de 2007 reconocía por primera vez que los programas de reducción de daños podían ser efectivos (JIFE, 2008), aunque no podía dejar de llamar la atención sobre los peligros a las violaciones de los tratados internacionales que estas estrategias de salud pueden acarrear. Un año antes, al igual que lo venía haciendo tradicionalmente, la JIFE había criticado duramente estas estrategias.

En 2007, la ONU difundió un cuestionario que tenía por objetivo recibir las opiniones de las organizaciones de la sociedad civil en cuanto a la realización de los objetivos planteados en 1998. La Consulta tenía tres objetivos: Conocer los logros de las ONGs en el campo del control de drogas, revisar las prácticas relacionadas con mecanismos de colaboración entre ONGs, gobiernos y agencias de la ONU y adoptar principios generales que podrían servir como guía en las futuras deliberaciones sobre políticas de drogas.

De este modo, aunque ni la consulta ni los documentos elaborados y enviados por el IDPC tenían carácter vinculante, por primera vez en la historia de las reuniones internacionales en políticas de drogas la sociedad civil tenía una forma de expresarse.

No obstante estos preparativos alentadores para la reunión de 2009, la Reunión de Alto Nivel sobre drogas realizada en el marco de la 52ª Sesión de la Comisión de Estupefacientes dejó al descubierto el escaso consenso entre los Estados. Muchos apoyaron una continuidad de las mismas políticas que vienen implementándose desde 1988 y no se incorporó la reducción de daños a los documentos oficiales. Sin embargo se reconoció la superioridad de los convenios internacionales de derechos humanos sobre las políticas de drogas y la sociedad civil tuvo una participación sin precedentes que augura una inclusión definitiva en el futuro cercano.

En la misma Reunión, la Organización Mundial de la Salud y la ONUDD lanzaron un programa conjunto sobre “Tratamiento de Dependencia a las Drogas y Cuidado hoy”. El objetivo de este Programa Conjunto es abrir el diálogo con un grupo variado de ministerios de distintos gobiernos y agencias, tanto de las áreas de salud y bienestar como del sistema de derecho penal para mejorar la cobertura y la calidad de tratamientos y servicios en países de ingresos medios y bajos.

Hemos visto hasta aquí como se han desarrollado las principales regulaciones internacionales en control del uso y producción de drogas. El enfoque fue, y sigue siendo, principalmente prohibicionista invisibilizando las problemáticas de salud y de los usuarios bajo problemas de comercio ilícito o de peligrosidad de las propias sustancias. Los gobiernos se esfuerzan por desarrollar estrategias normativas efectivas y homogéneas que cumplan con las normativas internacionales mientras abandonan a la sociedad civil quien se organiza independientemente en el cuidado de los usuarios de drogas. En los últimos años, pareciera que la situación se está modificando lentamente y ambas facciones (gobiernos y sociedad civil) están encontrando intereses comunes: la salud de los usuarios de drogas.

3.3 Marco normativo nacional

Para entender la configuración histórica de los tratamientos para adictos en la Argentina es imprescindible indagar en las reglamentaciones locales. No sólo en aquellas que regulan específicamente los tratamientos que, como venimos anticipando, son muy recientes en nuestro país. La forma en que se fue pensando a los usuarios de drogas, y los modos en que se lidiaba con ellos desde el Estado, fueron moldeando no solo las formas en que se pensaban los tratamientos médicos, sino la propia demanda de los usuarios de drogas. Un adicto que es conceptualizado como un delincuente, difícilmente se acerque voluntariamente (más allá de las complejidades de la propia enfermedad) a solicitar un tratamiento cuando existe una ley de denuncia obligatoria u otra de internación compulsiva (Epele, M., 2008). Por consiguiente, la demanda no es independiente de la legislación vigente y los tratamientos no son independientes de ninguno de los dos.

Así, los tratamientos existentes son aquellos que pudieron surgir de la intersección de una serie de factores complejos. Entender la legislación y su historia es parte de este proceso de comprensión.

La represión del uso de estupefacientes tuvo su origen en la Argentina en disposiciones que empezaron a adoptarse ya a fines del siglo XIX. En efecto, el primer antecedente se encuentra en el último título del Proyecto Tejedor de 1866, que sirvió de base para el Código Penal Argentino y fue el primer código que rigió en la Provincia de Bs. As. En él, cuando se ocupa de los delitos contra la salud pública, empieza a castigarse con arresto a quien elabore o expendan sustancias nocivas para la salud (Tejedor, 1866).

Con este proyecto como base, y con pocas modificaciones, se elaboró el código penal de 1891, que en su artículo 241 establecía:

“El que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales las suministrarle en especie, calidad o cantidad no correspondiente a las prescripciones médicas o diversa de la declarada o convenida, será reprimido con una multa de 500 a 1000 pesos. Si del hecho resultara lesión o muerte de alguna persona, la pena será de dos a seis años de penitenciaría”.

Este artículo pasó a ser el artículo 221 del proyecto de 1906 y luego fue incorporado con ligeras variantes al Código Penal actual en su artículo 204 en 1921, promulgado en la ley 11.179 .

La Ley 11.309 de 1924 sancionaba al que estando autorizado para la venta, venta, entregue o suministre alcaloides o narcóticos sin receta médica y su modificatoria, la Ley 11.331 de 1926 agregó el tercer párrafo al artículo 204 del Código Penal, la penalización de los que no estando autorizados para la venta, tengan en su poder las drogas a que se refiere esta ley y que no justifiquen la razón legítima de su posesión o tenencia, penalizándose por primera vez la tenencia injustificada.

Así, durante el primer cuarto de siglo se avanzó desde la penalización de la venta “en especia, cantidad o calidad diferente...” a la implementación de la receta como vía de control. Luego se penalizó la tenencia sin justificación legítima. Surge así, muy tempranamente en nuestro país una tradición jurídica que reprime la tenencia de drogas sin justificación alguna que sería mantenida, casi sin interrupciones, hasta el presente.

¿En qué se basaba esta represión temprana? Internacionalmente, si bien ya estaban en marcha algunos mecanismos de contralor, los tratados existentes no obligaban a ningún país a reprimir la tenencia de drogas. Su principal foco estaba en la producción y el tráfico y, eventualmente, en el uso.

A principios de siglo este tipo de delitos ya ocupaban algún lugar en las actividades del control policial (ver Tabla 5.3) y ya se reconocía en el medio local la necesidad de colaborar con otros esfuerzos nacionales si se quería lograr un buen control sobre ciertas sustancias (Fernández Speroni y Larnagaray, 1932). La visión generalizada en esta época es la de la “represión” y la mayor parte, sino todas, las acciones y reglamentaciones están organizadas en función del control de las sustancias.

Si bien nuestro país era, en el marco del fenómeno internacional del uso y tráfico de estupefacientes un país marginal, existe un endurecimiento de las medidas tomadas de los foros internacionales. Argentina no era un país productor y no tenía un problema grave de consumo de sustancias como los que se comenzaban a evidenciarse en China o en Estados Unidos. Sin

embargo, la legislación nacional está enteramente de acuerdo con las tendencias internacionales. Estaba ausente, del mismo modo que lo que sucedía en el ámbito internacional, alguna legislación que contemple a los usuarios y la posibilidad de tratamientos. Sin embargo, numerosos artículos médicos señalan, por esa fecha, la necesidad de contar con algún tipo de establecimiento especializado:

“Desgraciadamente la construcción del mentado establecimiento [de tratamiento médico de las toxicomanías] no ha dejado de ser la expresión del deseo del legislador y la actual situación financiera del Estado no deja entrever la posibilidad de realizarla”. (Speroni y Lournagaray, 1932)

En este contexto, en 1933 el Estado Nacional convalida mediante la ley 11.722 el Pacto de la Sociedad de Naciones de 1912 contenido en el Tratado de Versalles (1919), que en su artículo 23 señala:

c) Confían a la Sociedad el contralor general de los acuerdos relativos a la trata de mujeres y niños, así como al tráfico del opio y otras drogas nocivas;

Se aceptan entonces una serie de criterios que vienen definidos por estas convenciones (La Haya y Versalles) donde se regula el comercio interno, externo, la producción y la posesión ilegal de opio, morfina, cocaína y heroína.

El cumplimiento de las medidas de fiscalización del tratado de Versalles, exigía la creación de algún tipo de registro que lleve la cuenta de las transacciones comerciales, que otorgue los permisos correspondientes y que pueda fiscalizar el cumplimiento de todo lo acordado.

Once años después, en 1944, se crea mediante el Decreto Nº 3540 el Registro Nacional de Toxicómanos. Este registro contempla a las toxicomanías del mismo modo que las enfermedades infecciosas, que eran de denuncia obligatoria por la Ley 12.317. Sin embargo el registro no estaba pensado en función de ofrecer un tratamiento a los consumidores, sino que, nuevamente,

era una herramienta para detectar las vías de tránsito de las sustancias y lograr un mejor control:

Art. 1.- Declárase obligatoria en todo el territorio de la República, la denuncia de todo caso comprobado de intoxicación habitual por estupefacientes.

Art. 4.- Dicha dependencia llevará con los casos denunciados, un "Registro de Toxicómanos", en base al cual estudiará y promoverá las medidas necesarias para que los enfermos reciban asistencia adecuada a su estado, durante y después de la desintoxicación.

La denuncia obligatoria (de una enfermedad infecciosa) tiene como finalidad última evitar la propagación de la enfermedad, no el tratamiento. De los considerandos del Decreto Ley 3540/44 surge con claridad la concepción que asimila las adicciones con las enfermedades transmisibles, cuando hace una observación crítica respecto de la Ley 11.309 de 1924:

"Que su tendencia exclusivamente represiva, ha descuidado un factor primordial en la propagación y difusión de los procesos que caen bajo la calificación común de "toxicomanías", a saber, el individuo afecto a tal proceso. Que la intervención de tal factor, destacada por todos los tratadistas, como elemento de inducción o "contagio psicológico", impone a la autoridad sanitaria el deber de considerarlo sujeto a normas similares a las que se aplican para las enfermedades contagiosas o transmisibles, en cuanto ellas se refieren a los deberes profesionales, sobre denuncia de las mismas."

El descuido del que son objeto los usuarios de drogas es utilizado en este decreto nuevamente con fines retóricos. Ese decreto establece la denuncia obligatoria de cualquier caso de intoxicación por estupefacientes. En este decreto, asimismo se establece la creación del mencionado Registro. El decreto fue ratificado en la ley 12.912 en 1947.

Aunque no hemos podido constatar que el problema de las toxicomanías fuera importante en términos poblacionales (muy probablemente no lo era, puesto que no hay registros en la prensa, ni en los hospitales, ni ha surgido de las entrevistas realizadas), sí observamos la existencia de dos posiciones. Aquellas dominantes, que ven a la toxicomanía

como una degeneración y otras que comienzan a relacionarla con algún tipo de enfermedad y ya reclaman tratamientos e instituciones.

Durante varias décadas, los controles seguirían en la misma línea. Otras normativas que podemos señalar son el Decreto/Ley N° 333 de 1958 en el que se faculta a la Policía Federal para colaborar con otras policías extranjeras en el control del tráfico de estupefacientes y, en 1964, la ley N° 16.463 de importación y exportación de medicamentos que, en su artículo 12 señala:

El Poder Ejecutivo establecerá las normas reglamentarias para la importación, exportación y fabricación, fraccionamiento, circulación y expendio de las sustancias toxicomanígenas en concordancia con los convenios internacionales, dictando todas las medidas aconsejables para la defensa de la salud pública; el contralor de las toxicomanías y del tráfico ilegal y la satisfacción de las necesidades terapéuticas, regulando los permisos de cultivo para la extracción nacional de drogas, estupefacientes, acordando los cupos de fabricación y de importación cuando ésta sea necesaria.

Aquí, cuando se hace mención a la “defensa de la salud pública” y a las “necesidades terapéuticas” no se lo hace en consideración de la posibilidad de tratar a los toxicómanos, sino de permitir que las sustancias fiscalizadas (principalmente la morfina) estén disponibles para fines médicos y científicos. La salud pública es considerada como un bien común que es necesario “defender” del flagelo de las toxicomanías, concepción muy alejada de entender a las toxicomanías como una enfermedad tratable.

En el año 1956, el Dr. Nerio Rojas, un eminente psiquiatra y medico legista con una importante vida pública y política presenta un trabajo en el Congreso de psiquiatría dónde expone un proyecto de ley –que previamente había sido presentado en el Congreso de la Nación y no había sido tratado – acerca de la asistencia a alienados, toxicómanos y alcoholistas (Rojas, 1956). En este proyecto, Rojas pretendía actualizar la legislación nacional, tanto civil como penal, estableciendo claramente un régimen asistencial para este tipo de

individuos. El toxicómano y el alcoholista son considerados por Rojas como enfermos mentales y para ellos concibe un tratamiento obligatorio: “Hay razones médicas y sociales para imponerle el tratamiento, y él debe ser con internación para asegurarse el éxito” (Rojas, 1956). Allí se hace mención a otros proyectos de ley, y a la existencia de algunas leyes provinciales (Córdoba y Tucumán) que dan una idea de la extensión y la importancia del problema. Ya no era un asunto exclusivo de Buenos Aires, sino que se había planteado el problema en otras capitales provinciales y las necesidades de tratamiento habían llegado a ser planteadas en forma repetida en el Congreso Nacional. No obstante, el tema seguía sin resolverse.

En 1968, bajo el gobierno de facto de Onganía, se promulgó la ley 19.567. Esta ley modificó el Código Penal en muchos artículos, entre ellos, el artículo 204 en su apartado tercero, donde se establece que:

“...será sancionado con prisión de uno a seis años al que, sin estar autorizado, tuviere en su poder cantidades que excedan al uso personal, sustancias estupefacientes o materias destinadas a su preparación.”

Así, esta ley terminaba con casi 45 años de represión a la tenencia para uso personal, aunque la pena se aumenta significativamente, pasando de *seis meses a dos años* en la versión anterior a *1 a 6 años de prisión* en la nueva versión del código.

Paradójicamente, el mismo año, se sanciona la ley 17.818 que prohíbe el uso de estupefacientes. Esta ley, incorpora como propios los principales elementos y las listas de sustancias reguladas de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. Básicamente, esta ley adecua lo reglamentado por la Convención Internacional al territorio nacional. En la Convención de 1961 se acordaban mecanismos de control, fabricación, cultivo, posesión, comercialización, distribución y uso de los estupefacientes, entendiendo como tales a aquellas sustancias incluidas en los listados anexos.

A pesar de que esta ley viene a adaptar, casi sin modificaciones lo establecido en la Convención Única de Estupefacientes, hay dos puntos en los cuáles la legislación nacional ignora lo establecido y convenido internacionalmente.

El primer punto se refiere a la tenencia injustificada. La Convención de 1961, prohíbe expresamente cualquier tipo de tenencia injustificada, mientras que la ley sólo prohíbe su uso. Esto ha dado lugar a un sinnúmero de interpretaciones puesto que no es posible usar sin tener pero si lo contrario.

El otro punto es el que refiere la Convención internacional en su artículo 38, el tratamiento de los toxicómanos. Más allá de las menciones retóricas del decreto del año 1944, no hay legislación nacional que contemple este aspecto de la problemática ni instituciones que traten las adicciones en forma específica. Como veremos en capítulos posteriores, en 1966 desde la Cátedra de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires se llevaba a cabo la primera experiencia en asistencia a de toxicómanos. Sólo dos años antes y como un emprendimiento exclusivamente académico.

La ley 19.567 fue derogada en 1973, bajo el gobierno de Cámpora mediante la ley 20.509 que dejó sin efecto todas las leyes dictadas por el gobierno de facto.

En 1971, se sanciona la ley 19.303 sobre **sustancias psicotrópicas**. Esta ley cambia la denominación “estupefaciente” por la de “psicotrópico” originada en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas firmada por el Consejo Económico Social de las Naciones Unidas, el mismo año. La ley 19.303 unifica las listas del Convenio con las de la ley 17.818 y regula sanitariamente la introducción, producción y comercialización de esas drogas con fines científicos.

Según un informe del CENARESO, esta ley actualiza la normativa nacional en vista de la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata que se realizaría ese mismo año (Cagliotti, 1979). En esta reunión se consideró necesario que cada país constituyera equipos de trabajo en torno a la represión, la prevención, la asistencia, la rehabilitación, la

investigación y la legislación. Como respuesta, se crea, mediante el Decreto 452 de 1972, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos [CONATON].

Este decreto introduce por primera vez en la legislación nacional la necesidad de tratamientos, a casi veinte años de los reclamos realizados por Rojas y otros médicos psiquiatras y a cuarenta años de los primeros reclamos asistenciales que hemos podido documentar.

El propio decreto de creación de la CONATON considera la incorporación de un representante del CENARESO, una institución que aún no se había creado, y cuya creación sería la primera acción de esta comisión.

El CENARESO fue creado en 1973 mediante la ley 20.332 y fue la primera institución nacional que se ocupó del tratamiento de los usuarios de drogas en forma específica. El Fondo de Ayuda Toxicológica, había sido creado unos años antes, pero era una institución no gubernamental. También debemos mencionar que existía desde 1971, en el hospital Borda, un servicio de toxicología adónde se llevaban principalmente los pacientes toxicómanos recogidos por la policía. No obstante, allí no recibían mucho más que asilo.

Poco menos de un año después de la derogación de la ley 19.567, se promulga la ley 20.771, el 9 de octubre de 1974. En esta ley, se retrotrae la jurisprudencia a lo establecido en el año 1924, reprimiendo tanto el consumo como la tenencia:

Art. 6º: "Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de cien a cinco mil pesos, el que tuviere en su posesión estupefacientes, aunque estuvieren destinados al consumo personal".

Entre las innovaciones más importantes de la ley 20.771, encontramos la inclusión de una "medida de seguridad curativa", consignada en el artículo 9º de dicha ley:

Art. 9: "Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de

desintoxicación adecuado y los cuidados terapéuticos que requiera su rehabilitación. Se aplicará por tiempo indeterminado que no podrá exceder el término de la pena, y cesará por resolución judicial previo dictamen de peritos que así lo aconsejen. La medida de seguridad se cumplirá en establecimientos adecuados que el juez determine.

En estos casos se ejecutará previamente la medida curativa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena.”

El texto de esta ley difiere en aspectos importantes del proyecto que la generó. El mismo estaba basado en las Recomendaciones Finales de la Reunión Gubernamental de Expertos Sudamericanos sobre Estupefacientes y Psicotrópicos realizada en Buenos Aires en diciembre de 1972 y en la que participaron observadores de la ONU, la OEA y el gobierno de Francia.

Al mismo tiempo, el texto de esta ley presenta algunos problemas. El primer problema surge al considerar los tiempos de ejecución de la pena y de la medida curativa. Al no ser coincidentes, se presentan situaciones confusas en las que no está claro si el sujeto de la pena es considerado como un enfermo o como un delincuente. En caso de ser un enfermo, se lo somete a la acción curativa y, si esta se ejecuta en un tiempo menor al de la pena, el sujeto vuelve a la cárcel donde probablemente pierda los aspectos resocializadores que obtuvo mediante la acción curativa.

Otro problema surge de la consideración de los “establecimientos adecuados”, dando por supuesto que estos existen.

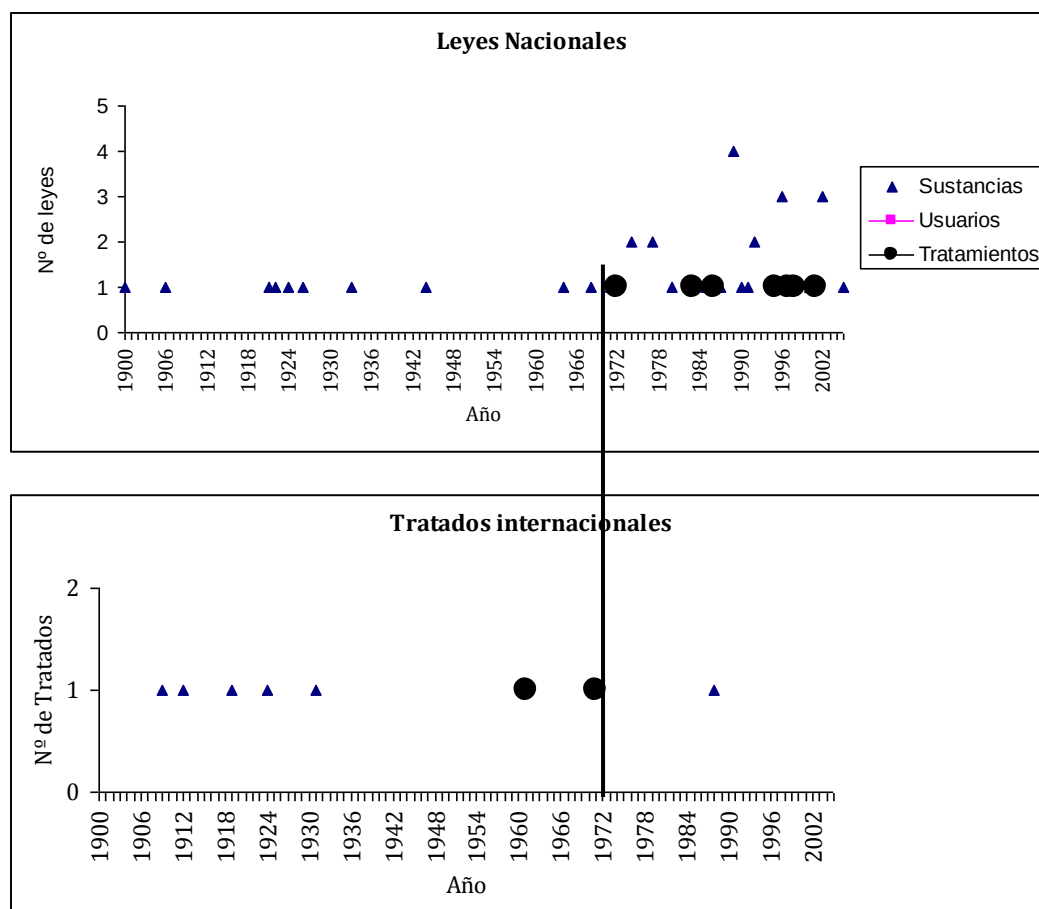
Dependiendo del estadio de la patología ó su relación con otras patologías, el cuadro de internación o tratamiento será completamente diferente, incluso para los parámetros médicos de la época. El único centro existente con las características necesarias para atender a estas necesidades era el recientemente creado CENARESO con la dificultad adicional de que este Centro, atiende (y atendía) a la población en general, ofreciendo de este modo tratamientos voluntarios. Los tratamientos compulsivos, requeridos para responder a esta ley, precisarían de nuevos dispositivos terapéuticos, medidas de seguridad adicionales y una estructura organizacional que respondiera a esas características. Se contaba, para ello únicamente con el

servicio de toxicómanos del Hospital Borda del que hablaremos más adelante.

Sin embargo, la aplicación de la Ley 20.771 pasó por diferentes etapas de acuerdo a la política imperante en cada momento. En 1978 alcanzó su máximo nivel punitivo cuando en el caso Colavini se imputa penalmente, mediante prisión de dos años, a un joven que fumaba un cigarrillo de marihuana en medio de una plaza desierta (CSJN, 1978; Niño, 2001).

Con la recuperación de la democracia y durante el gobierno del Alfonsín, la interpretación de la ley se modificó. En 1986, la Corte Suprema declaró la inconstitucionalidad del citado artículo 6º y, en 1987, el fallo Bernasconi establecía que hay que evaluar particularmente cada caso en función de las cantidades de estupefacientes y las circunstancias particulares (CSJN, 1987). Bajo la administración Menem, se eliminaron las diferencias interpretativas al sancionar, en 1989, La ley 23.737. Esta Ley prohíbe la tenencia y establece sanciones diferenciales para aquellos casos en que las cantidades indiquen que es utilizada para consumo personal, manteniendo las penas entre 1 mes y 2 años de prisión para los casos de tenencia personal y elevando la pena de 4 a 15 años para el resto de los casos.

Gráfico 3.7: Comparación entre la proliferación de leyes nacionales y tratados internacionales en materia de drogas.



En el gráfico se puede ver la correspondencia de la legislación nacional con los marcos normativos internacionales. Los tratamientos comienzan a ser tematizados en el ámbito internacional en la década de 1960 y en el ámbito nacional en la década de 1970.

Como vemos, hasta principios de la década de 1970, la estructura normativa relacionada con las adicciones estaba signada por el control y la represión enfocada en las sustancias. Esto responde en gran medida a las tendencias internacionales en materia de drogas. Como podemos observar en el gráfico 3.7, hasta que no se tematizó internacionalmente acerca de los tratamientos, nuestro país tampoco tuvo una respuesta institucional acorde a pesar de que algunas actividades profesionales ya lo recomendaban.

Con el advenimiento de la democracia comenzó también un proceso de involucramiento creciente por parte del estado en aspectos preventivos y

asistenciales de las adicciones que se puede observar claramente en la legislación:

En 1986 se sanciona la Ley 23.358 de Prevención e Información sobre drogadicción, que establece la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción.

En 1989 se sanciona la Ley 23.737, conocida como la ley de estupefacientes, que incorpora los tratamientos en las sanciones penales.

Según esta ley, los tratamientos deben llevarse a cabo en instituciones adecuadas que:

“...el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional, reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.”

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

También se incorpora una medida *educativa*, para aquellos casos que caigan bajo la figura de *tenencia para consumo personal*. Esta medida podrá ser aplicada por única vez. La medida educativa, a diferencia de lo que ocurría con la ley 20.771, puede sustituir a la pena y consiste en la realización de cursos y tareas preventivas dos veces por semana. En caso de no cumplir con la asistencia, el juez puede obligar al cumplimiento de la pena original.

La implementación de esta ley, exige la existencia de un listado de instituciones que puedan brindar este tipo de atención. La creación de este listado debería esperar aún una larga década.

Esta ley es la ley fundamental del régimen nacional de estupefacientes y tratamientos vigente.

Seis años mas tarde, en 1995 la Ley 24.455 de **Obras Sociales** obliga a todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional

incluidas en la Ley 23.660, y que son beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, a incorporar como obligatorias dentro de sus prestaciones la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes. Los tratamientos descriptos en la ley anterior, la 23.737, deben ser cubiertos por las obras sociales. No obstante, a pesar de existir una normativa que preveía tanto la existencia de instituciones asistenciales, de los recursos para solventar estos tratamientos, y de los profesionales capacitados para llevar estas tareas a cabo no se sabía que características tenían que tener ni unos ni otros. Por lo tanto, en 1995, el Ministerio de Salud y Acción Social y la SEDRONAR firman una resolución conjunta (MSAS y SEDRONAR, 1995) mediante la cual se crea la categoría de “Establecimientos preventivos asistenciales en drogodependencia”:

Artículo 1: Establécese la categoría de Establecimientos Preventivos Asistenciales en Drogodependencia, para aquellos en los que se realizan actividades de admisión, diagnóstico, recepción, acogida, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción del drogodependiente, así como cualquier otra medida terapéutica tendiente a mejorar su estado físico, psicológico o social, ya sea en forma ambulatoria o en el régimen de internación.”

Allí se establecen las normas mínimas de habilitación de los establecimientos preventivos asistenciales en drogodependencias. Se resuelve que estos establecimientos deben contar con un director técnico con título de médico psiquiatra quien estará a cargo de la estrategia asistencial, deben contar además, con un director de programa psicológico asistencial, que debe ser médico o psicólogo y deben presentar un programa terapéutico a la SEDRONAR y a la Secretaría de Salud del Ministerio (hoy Ministerio de Salud) quiénes lo evaluarían (esta evaluación nunca se realizó).

Esta medida no contempla la creación de instituciones ni su empadronamiento. Por consiguiente, el Estado no sabía con que recursos terapéuticos contaba y, dado que la inscripción no era obligatoria, esta modalidad se prestó a malas interpretaciones y al aprovechamiento de la

misma por quienes estaban al tanto de la normativa y/o cerca de los círculos de poder.

Ante la necesidad de actualizar la normativa frente a las nuevas recomendaciones internacionales, se derogan estas resoluciones conjuntas (y se redactan nuevas (MSAS y SEDRONAR, 1997) en donde se establece que:

“los centros preventivos asistenciales...deberán cubrir la totalidad de los requisitos previstos para todos, alguno, o algunos de los tres niveles que se mencionan a continuación:”

Nivel Ambulatorio. Consultorios Externos: Recepción de la demanda; Orientación; Diagnóstico; Tratamiento individual, grupal y familiar; Atención médico-clínica y psico-social; Asistencia ambulatoria individual, familiar y grupal; Deshabitación, rehabilitación y reinserción del drogodependiente.

Nivel Ambulatorio. Hospital de día: Tratamiento individual, familiar y grupal; Atención médico-clínica y psico-social; Dinámica grupal.

Nivel Internación. Establecimientos con capacidad de internación: Atención del paciente las 24 hs.; Tratamiento individual, familiar y grupal; Atención médico-clínica, especializada y psico-social; Dinámica grupal.

En 1983, el CENARESO era aún el único centro estatal especializado en adicciones. Las regulaciones que prevén los tratamientos de los casos penalizados (1989) y la que obliga a las obras sociales a solventar los tratamientos de sus asociados (1995) se encuentran o bien con la dificultad de la ausencia de centros especializados o bien con la ausencia de un padrón oficial, que la ley preveía desde 1989. Es aquí donde confluyen los intereses del Estado y los de otro movimiento que se había puesto en marcha lentamente hacia fines de la década de 1970: Las Comunidades Terapéuticas.

La resolución conjunta modificada en el año 1997 señala expresamente que “las prestaciones podrán ser brindadas por Comunidades Terapéuticas, Hospitales de Día, Centros Ambulatorios y toda otra modalidad similar que pudiere establecerse, excluidos los servicios de urgencias y emergencias (MSAS y SEDRONAR, 1997)”

En esta resolución se define también a lo que se considera una Comunidad Terapéutica [CT]:

Es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales.

La CT para patologías adictivas brindan un tratamiento organizado en diferentes fases en las cuales los residentes deben transitar un proceso que procure el crecimiento en responsabilidad y compromiso priorizándose el trabajo grupal por sobre el abordaje individual, sin que esto implique la renuncia a un programa personalizado. Esta modalidad comprende a los supuestos de co-morbilidad psico-social (OMS, 1993b).

La resolución de 1997 creaba finalmente un Registro de Organismos No Gubernamentales y Gubernamentales en el área de Drogodependencia. Este registro sería implementado por SEDRONAR.

Para ser aceptada en este Registro, los organismos asistenciales debían cumplimentar una serie de requisitos que, por primera vez se detallaban en la legislación. La resolución conjunta de 1997 contiene una detallada lista de características edilicias, requisitos profesionales del personal e infraestructura y exige la presentación de un programa terapéutico. Sin embargo no hay una descripción de qué contenidos específicos debe tener este programa terapéutico, ni bajo qué paradigmas teóricos debe enmarcarse.

De este modo, se reconoce por primera vez en la legislación nacional a las Comunidades Terapéuticas como centros capacitados para brindar atención a los adictos. Sin embargo, este reconocimiento no es casual. Ya señalamos que el Estado no contaba con capacidad de atención de los adictos. Incluir a las CT aparecía como una solución simple a un problema complejo y además, no vinculaba directamente al Estado con los contenidos de los tratamientos.

En 1998 la SEDRONAR aprueba, mediante la resolución 593/98 el programa de atención a personas con dependencia a las drogas que sería modificado en 2001 mediante la resolución SEDRONAR 885/01.

La implementación de dicho programa tiene dos componentes. El otorgamiento de subsidios personales y la selección de un conjunto de instituciones prestadoras de servicios asistenciales. Esta selección, implica la creación de un nuevo registro, en teoría un subconjunto, o a lo sumo un registro equivalente, al de los organismos asistenciales inscriptos mediante las resoluciones conjuntas anteriormente señaladas. Esto dio origen al Registro de Prestadoras, el punto más avanzado que se ha alcanzado en la legislación nacional en cuanto a tratamiento de usuarios de drogas.

Con este registro, se pretendía establecer finalmente un listado de las mismas para conocer con que recursos se cuentan en materia de atención. Sin embargo, la inscripción en el mencionado Registro no es obligatoria y, dado que la SEDRONAR no posee poder de policía, es imposible lograr que todas las instituciones que tratan adictos se inscriban. Brindaremos detalles de este Registro y otras instituciones en el capítulo 5.

Por otra parte, SEDRONAR ha realizado durante 2008 un Censo Nacional de Centros de Tratamiento. El mismo tuvo la pretensión de conocer definitivamente las capacidades reales de atención de adictos del territorio nacional, brindaremos mas información del mismo en el capítulo 5.

Como podemos ver hasta aquí, una revisión de la legislación nacional y su evolución muestra una falta absoluta de correlación entre las medidas que se quieren tomar y las capacidades reales para implementar esas medidas.

Permanentemente se promueven acciones sobre estructuras inexistentes o disfuncionales evidenciando la ausencia de un conocimiento de campo. En parte porque no hay una producción de datos y, cuando los hay, los mismos no son utilizados.

De este modo, las normas funcionan, por un lado, como instrumentos retóricos para sostener un tipo de discurso que finalmente no se hace efectivo: aquel que considera a la conducta adictiva como una enfermedad y

se preocupa más por los usuarios que por las sustancias. Esto permite que en la práctica sigan siendo hegemónicos los discursos criminalizantes.

Por otro lado es utilizada como estrategia de validación de las políticas nacionales ante los foros internacionales y finalmente, la existencia de normas que no pueden ser implementadas efectivamente debido a la falta de los recursos estatales favorece, como veremos, la proliferación de otras estrategias de atención.

4. La construcción de la adicción como problema de conocimiento.

Los primeros capítulos de este libro los dedicamos a los elementos contextuales que a nuestro criterio nos permiten comprender la complejidad que opera en la construcción social y pública que se ha hecho acerca del consumo de sustancias psicoactivas y de su abuso.

Aquí, en lo que consideramos el corazón de este trabajo, nos centraremos en el conocimiento y en cómo se han ido conformando las diferentes perspectivas teóricas que intentan explicar este fenómeno aportando elementos para su resolución en el ámbito de los tratamientos públicos estatales. Naturalmente, en esta construcción teórica se opera al mismo tiempo en el nivel explicativo, es decir, en la dilucidación de los factores que desencadenan la adicción, y en el nivel constructivo, en aquellos factores que transforman un fenómeno común, el consumo de ciertas sustancias, en un problema social, una adicción.

Como señalamos en el capítulo 2, una de las condiciones para que un problema social se convierta en un problema público radica en la existencia de controversias acerca de uno o más de los siguientes aspectos: a) la existencia misma de un problema, b) su magnitud, c) los modos de resolución y d) la designación de los responsables de llevar a cabo o implementar esta resolución. La invocación del conocimiento, y en particular del conocimiento científico, es un recurso ampliamente utilizado para sostener uno o más de esos aspectos. Esto es particularmente relevante cuando se trata de cuestiones de salud, debido a los vínculos que como señalamos, existen entre la medicina –entendida como el modo hegemónico de atender los problemas de salud–, y la ciencia experimental.

Las diferentes perspectivas presentadas en este capítulo tienen la finalidad de mostrar cómo se han ido conformando los diferentes conocimientos que intentan objetivar el fenómeno adictivo, de qué modo son interpelados y

utilizados por diferentes actores sociales como estrategia para legitimar su participación activa en la resolución del problema.

Las autoridades públicas, las comunidades académicas, las organizaciones internacionales, las organizaciones de la sociedad civil y los medios de comunicación han internalizado también la noción según la cual el desarrollo del conocimiento científico es un modo efectivo de solucionar los problemas sociales. Esta forma de abordar los problemas se ha manifestado, por ejemplo, en la utilización explícita que hacen los gobiernos y los organismos de ciencia y tecnología en todo el mundo de la noción de *relevancia social del conocimiento* (Kreimer y Zabala, 2007). Sin embargo podemos preguntarnos: ¿de qué tipo de conocimiento?

En este capítulo mostraremos que el conocimiento, aún en un problema específico cómo es el de la adicción a sustancias, no puede ser tratado en forma genérica ni universal. Existen distintos tipos de conocimientos e incluso diferentes tipos de conocimientos científicos que abordan un problema al que denominan del mismo modo pero que, al momento de intervenir, no son necesariamente compatibles.

Dentro del campo de la adicción a sustancias encontramos dos grandes perspectivas que nos permiten ordenar la variedad de conocimientos que se producen al respecto. Por un lado tenemos lo que podemos denominar como perspectivas biologizantes, es decir aquellas conceptualizaciones que tienen al cuerpo biológico como responsable de la adicción, representadas principalmente por la neurobiología. Por otro lado, encontramos las perspectivas subjetivantes que, a diferencia de las anteriores, ponen el énfasis en la subjetividad como elemento estructurante del fenómeno adictivo. Estas perspectivas están representadas principalmente por la psicología y el psicoanálisis. La psiquiatría, aunque más emparentada con esta última, posee elementos de ambas corrientes, biologizante y subjetivante, dado el carácter mixto de los psiquiatras en cuanto analistas de la subjetividad y médicos con autoridad para recetar fármacos. Existe, una tercera perspectiva, que podríamos denominar *comunitaria*. Es la representada principalmente por las Comunidades Terapéuticas. A diferencia de las anteriores, esta perspectiva no posee un

cuerpo estructurado de conocimientos teóricos. La perspectiva comunitaria es eminentemente práctica, nutriéndose de los conocimientos desarrollados por las perspectivas anteriores, entre otros aportes. Por esta razón describiremos el trabajo de estas instituciones cuándo nos ocupemos de los tratamientos, en el capítulo siguiente.

Con estos objetivos en mente, entonces, abordaremos en este capítulo la perspectiva neurobiológica como representante de las perspectivas biologizantes. Nos ocuparemos luego, brevemente de las diferentes perspectivas dentro del amplio campo de la salud mental; psicología, psicoanálisis y psiquiatría. Estas formas diversas de conocimiento son presentadas y puestas en contexto para mostrar las diferentes formas que adopta la problemática pero también para observar cómo se interrelacionan las posibilidades de resolución con las diferentes vertientes teórico cognitivas.

4.1 Perspectiva Neurobiológica: Un cerebro enfermo

Desde esta perspectiva, la adicción es conceptualizada actualmente como una enfermedad del cerebro, en particular, de los centros motivacionales y de reforzamiento¹⁶ que aseguran la supervivencia del organismo y de la especie (Baler, 2006; Day y Carelli, 2007; Robbins y Everitt, 1996). Estos centros han evolucionado como una forma de potenciar las habilidades de asignación de la atención, de dominar la motivación y de impulsar los comportamientos hacia la obtención de aquellas cosas que el cerebro interpreta como prioritarias para la supervivencia, aún en presencia de peligros. La comida, la bebida y el sexo, son los inputs motivacionales más importantes. Según esta perspectiva, cuando se activan estos centros, se asignan recursos de atención y conducta a estímulos específicos a los que se les ha señalado previamente con una recompensa determinada. Así, desde exclusivamente una

¹⁶ Estos centros son estructuras fisiológicas cerebrales definidas, como la amígdala, el núcleo accumbens ó el hipotálamo, comunicadas por haces de neuronas que forman circuitos coherentes y en las que se han encontrado grupos de receptores específicos en distribuciones muy concretas otorgándole una coherencia muy estructurada a cada sistema. Aunque cada sustancia psicoactiva tiene su propio mecanismo de acción, todas activan el sistema mesolímbico dopaminérgico.

perspectiva conductista, un aroma o una publicidad (incentivos), pueden desencadenar conductas específicas y asignación de prioridades concretas hacia la búsqueda de alimento (recompensa). Estas prioridades de asignación pueden depender de muchos factores, como por ejemplo, el hambre del individuo. Un individuo con poca hambre le asignará poco valor al estímulo, en cambio un individuo hambriento le asignará un valor más alto. Sin embargo, en la conducta adictiva, el valor asignado a la relación estímulo/respuesta está, por decirlo de un modo simple, fuera de escala. Esto significa que, ante el estímulo, la respuesta condicionada es totalmente prioritaria, frente a otros estímulos u otras respuestas. Es por eso, según esta perspectiva, que un individuo adicto no puede procesar correctamente la complejidad de estímulos/respuesta que se le presentan, volviéndose su única opción responder al estímulo condicionado por la sustancia.

La explicación neurobiológica del fenómeno adictivo y, en definitiva, de gran parte de la concepción moderna acerca del funcionamiento del cerebro, se basa en décadas de estudios en animales que modelan la dinámica del fenómeno (Dackis y O'Brien, 2005). A pesar que estos estudios han explicado muchos de los mecanismos neuronales subyacentes, su extrapolación a lo que sucede en humanos es motivo de mucha discusión (Becker y Hu, 2008; Grant, et al., 2008; Littleton, 2000; McCormick, 2010; Stephens, 2006).

4.1.1 Adicciones. Importancia de la perspectiva neurobiológica:

A pesar que el problema del uso y abuso de sustancias psicoactivas¹⁷ tiene varios siglos (Davenport-Hines, 2003), remontándose, al menos, a los conflictos entre Inglaterra y China en las conocidas “Guerras del opio”, su reconocimiento como un problema científico se enraíza en el siglo XX (Gusfield, 1975; Jaffe, 1999; Vrecko, 2009). El modelo ético-jurídico según el

¹⁷ El término “sustancias psicoactivas” es el término moderno con el que se conocen las sustancias que causan adicción, resaltando su capacidad de alterar el funcionamiento del cerebro. Sin embargo históricamente se han utilizado otros términos presentes tanto en la bibliografía científica, como en las regulaciones nacionales e internacionales. En la década de 1920 la Sociedad de Naciones impuso la denominación “drogas peligrosas” que en 1931 fue cambiada por el de “drogas narcóticas”, denominación que se mantuvo en las Naciones Unidas (ONU) en la Convención única sobre drogas narcóticas, de 1961. En 1971 la ONU realizó la *Convención sobre sustancias psicotrópicas* cambiando nuevamente la denominación. El término psicoactivo ha sido incorporado en las últimas décadas como resultado de los avances en el conocimiento acerca del efecto de estas sustancias en el cerebro.

cuál las drogas son concebidas como sustancias ilegales, los adictos, por tanto como delincuentes y las intervenciones se limitan al encierro punitivo (Nowlis, 1975), aún continúa siendo muy importante. Pero en la medida que el fenómeno del abuso de sustancias se extendió y diversificó, cada vez más profesionales se vieron involucrados (Conrad y Schneider, 1980; Gusfield, 1975; Szasz, 1961; Vrecko, 2009 1999). Mientras que durante mucho tiempo este problema fue manejado por la policía y los médicos (Courtwright, 1983; Merry, 1975), poco a poco se fue ampliando la red incluyendo a químicos, psiquiatras, bioquímicos, biólogos y genetistas (Vrecko, 2009). Este hecho se evidencia claramente, por ejemplo, si se observan las instituciones y programas que se encargaron de administrar los fondos y las acciones dirigidas a controlar este problema en los Estados Unidos¹⁸ (Jaffe, 1999; Schuster, 1989). También puede desprenderse del análisis de la bibliografía científica (Griffith, 1996) que muestra no sólo una ampliación y diversificación temática sino también un interés creciente por las aproximaciones biomédicas.

Un indicador de este proceso es, por ejemplo, la diversificación de publicaciones. La revista *Addiction*¹⁹, una de las más antiguas y prestigiosas en el campo de la investigación en adicciones creó, en 1996 la revista *Addiction Biology*, como un modo de atender a la cantidad creciente de investigaciones en esta área particular (Griffith, 1996) que eran presentadas a esa revista.

Pero más interesante es quizás el hecho de que este tipo de explicación se ha convertido en la explicación hegemónica de las principales instituciones que se dedican a investigar la problemática desde una perspectiva médica. Por ejemplo, para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados

¹⁸ Hasta finales de la década de 1960 la FBN coordinaba todas las acciones para controlar el uso de drogas, que eran de naturaleza punitiva. A partir de 1970 se crean una serie de instituciones y programas que realizan prevención, tratamiento e investigación. Por ejemplo, en 1969 se crea la Agencia de Narcóticos y Drogas Peligrosas (BNDD) que, en 1973 se convertiría en la DEA. En 1972 se crea la SAODAP y en 1974 se crea el NIDA. En 1972 se pone en marcha la Red de Alerta contra el Abuso de Drogas (DAWN) y el Estudio Nacional de Abuso de Drogas en la Familia y en 1975 se inicia el estudio de Abuso de Drogas en la Escuela Superior (Vrecko, 2009).

¹⁹ *Addiction* es una revista publicada por la Society for the Study of Addiction, fundada en 1884 bajo el nombre de *Proceedings of the Society for the Study and Cure of Inebriety*, es quizás la más prestigiosa en el área. En 1996 la misma sociedad funda una revista paralela, *Addiction Biology*, para atender a la creciente oferta y demanda de artículos específicos relacionados con los aspectos biológicos de la adicción (Griffith, 1996)

Unidos (NIDA), quien financia alrededor del 85% de la investigación médica mundial en relación a las adicciones (Vrecko, 2009) la adicción está definida como:

“Una enfermedad crónica, caracterizada por la búsqueda compulsiva de la droga, su abuso, recaídas y por cambios químicos de largo plazo en el cerebro.” <http://teens.drugabuse.gov/utilities/glossary.php>

La Organización Mundial de la Salud en el informe redactado por la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD) en 2004 sostiene que:

“La dependencia de sustancias es un trastorno que involucra los sistemas motivacionales del cerebro. Similarmente, con la dependencia, la conducta es compleja, pero está principalmente relacionada con los efectos de las drogas sobre el cerebro. Los temblores del mal de Parkinson, las convulsiones de la epilepsia e incluso la melancolía de la depresión están ampliamente reconocidos y aceptados como síntomas de una patología cerebral subyacente. La dependencia no se había reconocido previamente como resultado de un trastorno cerebral, de la misma manera que a las enfermedades psiquiátricas y mentales. Sin embargo, con los recientes avances en las neurociencias, es claro que la dependencia es un desorden del cerebro al igual que muchas otras enfermedades neurológicas o psiquiátricas. (OMS, 2004)

Como se desprende de las definiciones tomadas de estas importantes instituciones de gran influencia internacional, actualmente asistimos a la objetivación consolidada de una perspectiva teórica por sobre las demás. No se trata, al menos dentro de estas instituciones, de saber qué tipo de trastorno es la adicción. La ciencia ha dado su veredicto y la neurobiología se presenta en estos párrafos como la única perspectiva posible, ya que es la verdadera. Sin embargo, no debemos perder de vista que esta objetivación es producto de complejas negociaciones.

La consolidación de la explicación neurobiológica del fenómeno adictivo parece del todo consistente con el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990). Resalta los aspectos biológicos individuales por sobre los sociales, niega los aspectos históricos del desarrollo de la enfermedad a todo nivel y

busca encontrar los factores biológicos específicos que cristalizan las características crónicas de la adicción, desconociendo además los componentes psicosociales del padecimiento.

Sin embargo, la expresión de otros caracteres dominantes del MMH, como la eficacia pragmática, o el predominio de la productividad tienen una interpretación confusa. La eficacia pragmática ha sido considerada como un factor clave en la capacidad de imponerse que tiene el modelo, sustentada en su efectividad, en obtener, finalmente, una mejoría objetiva en el padecimiento de la enfermedad. Los tratamientos para adictos no cumplen con este requisito fundamental. Del mismo modo, el predominio de la productividad, como aquél rasgo del MMH que le permite curar mejor y a más cantidad de personas que mediante la aplicación de otros modelos, tampoco se comprueba.

4.1.2 Consolidación de la perspectiva neurobiológica

Durante la primera mitad del siglo XX, los estudios neurobiológicos no estaban relacionados con el fenómeno adictivo. El uso y abuso de sustancias era percibido como un área marginal en el campo que no interesaba a muchos especialistas y los abordajes prácticos de la adicción estaban dominados por las perspectivas psiquiátricas que la percibían como una enfermedad mental cuyo tratamiento era la psicoterapia (Vrecko, 2009). La asociación de la estructura cognitiva de la neurobiología con el fenómeno de las adicciones encontraría las condiciones para prosperar casi 20 años más tarde: a principios de la década de 1970 se identifican los neuroreceptores específicos de las sustancias psicoactivas. El primero de ellos fue el receptor opioide, descubierto en 1973 por Salomón Snyder y Candace Pert (Pert y Snyder, 1973).

Pero la introducción de la problemática adictiva en el campo de la neurobiología se haría posible debido a la modificación del contexto sociopolítico que comienza en la década de 1960: Estados Unidos, como ya hemos mostrado en los capítulos 2 y 3, fue el primer país que generó una estructura compleja para perseguir, y luego investigar y tratar, la adicción a sustancias psicoactivas. Los lineamientos normativos desarrollados en este

país, han sido tomados por muchos otros (y también por Argentina) para el diseño de políticas y estrategias para prevenir y tratar la adicción.

Desde 1930 la política norteamericana en materia de drogas estuvo dirigida por Harry Anslinger, comisario de la Agencia Federal de Narcóticos (FBN), conocido como “el zar de las drogas”. Durante 32 años su política estaba explícitamente en contra de cualquier tipo de tratamiento y de la utilización de drogas en el proceso de recuperación (Anslinger, 1943, 1950; Anslinger y Thompkins, 1953). Se oponía abiertamente a cualquier investigación que, según él, pueda confundir a la opinión pública basándose en la premisa según la cual *“el hábito no se adquiere por la ignorancia, sino por la información”* (Anslinger, 1950).

Joseph Gusfield ha identificado dos estrategias políticas que impulsó el gobierno estadounidense durante el período anterior a la década de 1960 (Gusfield, 1975). Una es legal; consiste en etiquetar a las drogas como sustancias ilícitas y las consecuencias de su uso son punitivas, aquello que Nowlis denominara modelo ético-jurídico. La otra estrategia es terapéutica; consistente en definir al usuario como un enfermo, haciendo necesarios los tratamientos que eran principalmente de naturaleza psicoanalítica (Jaffe, 1999; Vrecko, 2009). Mas tarde se empezaron a desarrollar intervenciones psiquiátricas apoyadas en medicación, y otras estrategias psicológicas, pero eso no sería hasta fines de la década de 1960 (Jaffe, 1999). Según la terminología de Nowlis había una coexistencia del modelo ético-jurídico y el modelo médico-sanitario, aunque este último no estaba considerado en toda su amplitud, puesto que los tratamientos, aunque existentes, no eran vistos como una solución real al problema, sino como un mal necesario. Como señala Jaffe, los tratamientos estaban subsumidos bajo el modelo ético-jurídico, pues para acceder a ellos era necesario delinquir. *““Si querías ser desintoxicado, debías suplicar que te encontrasen culpable de un crimen menor y entonces te enviaban a una unidad médica en la cárcel local, dónde una*

enfermera amable te daba algo de clorpromazina"²⁰ (Jaffe, 1999). La solución aún estaba en la persecución, el encierro y la eliminación de la demanda.

Pero a comienzos de la década de 1960 esta situación comienza a cambiar. El surgimiento de nuevos grupos sociales consumidores de drogas (Caruana, 1966; Glatt, 1968), como la proliferación del uso de marihuana entre los adolescentes de las clases media y media alta (Glatt, 1968) o, un poco más tarde, los soldados vueltos de Vietnam adictos a la heroína (Davenport-Hines, 2003; Jaffe, 1999) hicieron cada vez más difícil tratar el asunto como un problema de minorías. Los soldados norteamericanos que cuando llegaban a Vietnam se hacían adictos a la heroína, fueron utilizados como argumento político para validar la "Guerra contra las Drogas" (Gusfield, 1975 1999, Davenport-Hines, 2003). Estos sucesos alarmaron a la opinión pública que durante décadas había desarrollado un temor a las drogas gracias a la política propagandística impulsada por Anslinger.

En esta época, las drogas no alcohólicas se convierten en un tema con mayor relevancia pública siendo objeto de una mayor cobertura por parte de los medios de comunicación, nuevos y más diversos estudios académicos y una atención legal y gubernamental incrementada (Gusfield, 1975). A pesar de este auge, la tematización pública de las drogas seguía siendo un asunto sensacionalista (Anslinger, 1950). Así, la información que circulaba era exagerada y tenía la intención de infundir el miedo en la sociedad. Son muy conocidas las exageraciones públicas de Anslinger (Davenport-Hines, 2003) desde la FBN que desautorizaban los pocos estudios que se realizaban sobre el tema (National Commission On Marihuana And Drug Abuse, 1972, 1973) los que eran censurados o negados públicamente (JAMA, 1942). La mayor parte de estos estudios señalaban al alcohol como el principal causante de los problemas relacionados con las adicciones y sus problemas sociales asociados (Gusfield, 1975; Davenport Hines, 2003; Musto, 1973) y contradecían las versiones oficiales del FBN acerca del papel que jugaba la

²⁰ La clorpromazina es un medicamento neuroléptico que tranquiliza sin sedar. Se utiliza en pacientes esquizofrénicos, y se utilizaba para facilitar, en los adictos, el pasaje por el síndrome de abstinencia.

marihuana en la carrera del adicto a la vez que mostraban versiones mas “lavadas” de los efectos nocivos de las sustancias y sus potenciales adictivos (Anslinger, 1943; Chein, et al., 1964; Marcovits, 1945). Algunos autores (Conrad y Schneider, 1980; Davenport-Hines, 2003; Gusfield, 1975) señalan que esta situación desprestigió el valor de la información provista por el Estado, revalorizando la información “popular” e incentivando el consumo. Hacia finales de la década de 1960 desde la perspectiva neurobiológica, el problema de las adicciones no era concebido aún como un problema importante, pero atendiendo a estos conflictos sociales emergentes, el gobierno de Nixon reorientó las políticas de drogas emprendiendo una acción gubernamental masiva conocida como “La Guerra contra las Drogas” y que le dio al problema una envergadura diferente. Lo convirtió en un problema internacional entre cuyos objetivos estaba la eliminación de la oferta y el fortalecimiento de los tratamientos contra la adicción. Dos diferencias centrales se observan con el período anterior que enfatizaba la eliminación de la demanda (persecución de adictos) y no consideraba a los tratamientos (Nixon, 1971). En 1972 se crea la oficina de acciones especiales para la prevención del abuso de drogas (SAODAP), y se designa como director a Jerome Jaffe (Jaffe, 1999; Vrecko, 2009), un psiquiatra biológico que participaba del campo de las adicciones y que daría un nuevo rumbo a los fondos destinados a la prevención. Jaffe había estudiado psiquiatría y medicina y trabajó en psicología experimental, interesándose en las posibilidades de la regulación farmacológica del comportamiento (Jaffe, 1999). Fue uno de los principales promotores de los tratamientos para adictos en los Estados Unidos durante los años 1960, conjugando los nuevos conocimientos y los enfoques como las comunidades terapéuticas (CT) y los tratamientos con metadona para adictos a la heroína (Jaffe, 1999). El enfoque de Jaffe era heterodoxo. Cuando lo habitual era encontrar defensores de una u otra forma de tratar a los adictos, Jaffe se valía de diferentes técnicas para tratar casos concretos.

Jaffe fue puesto a cargo de la SAODAP. Esta oficina, con sede en la Casa Blanca tenía la misión de organizar una red nacional de tratamientos (Schuster, 1989). Aquí se armó la estructura sobre la cual, dos años después, en 1974, se

crearía el National Institute on Drug Abuse (NIDA), como parte del departamento de servicios humanos y de la salud de los Estados Unidos. Este organismo se convirtió en el centro de la investigación de las causas y los tratamientos del abuso de drogas en ese país (Schuster, 1989) y es el organismo que actualmente mayor cantidad de fondos destina a la investigación en todo el mundo (Schuster, 1989; Vrecko, 2009). La SAODAP creó fondos especiales para investigación básica y clínica en adicciones (Jaffe, 1999). A partir de entonces, comienza a haber más fondos públicos para la investigación básica en este tema desde una perspectiva psiquiátrica orientada hacia lo biológico, lo cual atrajo a científicos de diferentes áreas (Jaffe, 1999; Snyder, 1989; Vrecko, 2009). Como señalara quien descubriera los receptores opioides poco tiempo después, en 1972, siendo financiado con estos fondos: *“Elegimos los opiáceos como objeto de investigación simplemente porque había fondos disponibles”* (Snyder, 1989).

Ya desde la SAODAP, Jaffe logró que destinaran fondos a la investigación básica en las aproximaciones biomédicas (Vrecko, 2009) y la creación del NIDA permitió ampliar este campo de estudios. Estableció estudios sistemáticos anuales en los ámbitos familiares, escolares y laborales (Schuster, 1989), se crearon áreas específicas para estudiar y resolver diferentes aspectos de la problemática, y se incrementaron enormemente los recursos humanos dedicados a investigación (Schuster, 1989). Actualmente el NIDA está dirigido por la Dra. Nora Volkow, especialista internacional en los estudios de imagenología del cerebro y pionera en su uso para investigar los efectos de las sustancias psicoactivas.

4.1.3 Los factores cognitivos se consolidan:

Con el edificio conceptual de la neurociencia de principios de la década de 1970 y los cambios políticos y culturales que surgieron, se hizo posible un tipo de investigación en el área de adicciones dentro del campo de las neurociencias que hasta el momento no había sido posible. Ni la disciplina había alcanzado un grado de madurez considerable ni, por otra parte,

existían las condiciones sociales para que el consumo de sustancias sea considerado en términos médicos.

La afluencia de fondos y de recursos humanos permitió abordar preguntas dejadas de lado, inaugurando una nueva forma de entender el problema. Se consolidó una suerte de alianza entre diferentes actores que hasta el momento no colaboraban entre sí, delineando un objeto y unos objetivos cada vez más específicos: el tratamiento médico efectivo de los adictos a las sustancias psicoactivas. Los políticos estaban interesados en resolver el problema en las calles, los médicos en tratar a los pacientes y los científicos en encontrar fondos para realizar sus investigaciones. Con esta conformación social se avanza en la búsqueda de los sitios sobre los cuales actuaban dichas sustancias en el cerebro: los neuroreceptores.

En 1973, investigadores de la John Hopkins Medical School publicaron en la revista *Science* un artículo en el que demostraban la presencia de receptores opioides en el tejido nervioso (Pert y Snyder, 1973). Solomon Snyder y Candance Pert encontraron las estructuras bioquímicas exactas a las cuales se pegan los opiáceos para desencadenar las reacciones que generan en el organismo. 15 años más tarde Allyn C. Howlett descubriría el lugar al que se pega el THC, el compuesto activo de la marihuana (Howlett, 1988)

El descubrimiento de estos receptores no solo es importante porque ubica el lugar exacto en el que se produce la primera interacción entre la sustancia y el organismo. Estos descubrimientos permiten también conocer la distribución de los receptores en el cerebro y en el resto del cuerpo.

Pero hay otra razón por la que estos descubrimientos son importantes. La existencia de un receptor en el cerebro a una sustancia externa al cuerpo, presupone o bien que por algún motivo el cerebro posee receptores para una sustancia producida por una planta (morfina, THC, Nicotina, etc.), situación muy difícil de explicar en términos biológicos, o bien que existe en el propio cuerpo una sustancia similar y que se une a los mismos receptores. Bajo esta nueva mirada, las sustancias psicoactivas vendrían a interferir con el funcionamiento del cerebro, modificando sus funciones normales, y no introduciendo algo totalmente nuevo. El cerebro se

desvía de su funcionamiento “normal” a causa de la intervención de una sustancia externa (análogamente a un patógeno). En definitiva, lo que permite afianzar esta perspectiva es el concepto de enfermedad ya que no es posible concebirla como una simple intoxicación u otra de las formas en se ha conceptualizado la adicción. La droga llega al cerebro, lo modifica estructuralmente y lo hace funcionar mal.

4.1.4 Fundamentos epistemológicos

Esta explicación del fenómeno adictivo se basa en el desarrollo histórico de una serie de conceptos totalmente diferentes a aquellos que se venían manejando en el campo de las adicciones (Ehrenberg, 1994; Szasz, 1961). Como ya dijimos, este campo no fue de interés para la neurobiología hasta, al menos, la década de 1970 (Vrecko, 2009). El desarrollo histórico de los conceptos que hicieron posible este abordaje se basa, según Eric Kandel, en cinco principios fundacionales, desarrollados principalmente durante el siglo XX (Kandel, 2006):

- La neurociencia no separa el cerebro de la mente. El cerebro es un órgano complejo y la mente puede ser explicada como un conjunto de operaciones llevadas a cabo por él.
- En cada función mental están involucrados circuitos neuronales especializados de diferentes zonas del cerebro.
- Todos los circuitos están constituidos por el mismo tipo de unidades elementales, las neuronas.
- En esos circuitos, las señales dentro y entre las neuronas, viajan por medio de moléculas específicas.
- Finalmente, estas moléculas específicas, al igual que las neuronas y los circuitos que éstas conforman, son el resultado del proceso general de evolución biológica explicado en su forma más moderna, que incluye la teoría de selección natural, la teoría de las mutaciones, la teoría neutralista, la deriva genética y la especiación.

Adicionalmente a estos supuestos internos de las disciplinas biológicas, la investigación neurobiológica incluye en su paradigma una serie de supuestos

externos a la biología. La interacción con las ciencias cognitivas, la psicología y la psiquiatría enriquecen y complejizan el abordaje neurobiológico. El principal de estos aportes es el *conductismo* (OMS, 2004). El conductismo basa su experimentación en los paradigmas de condicionamiento. El condicionamiento *clásico o pavloviano* y el condicionamiento *operante*. El condicionamiento operante o instrumental difiere del condicionamiento clásico, en el sentido de que en este último el organismo no tiene control sobre la presentación del estímulo. Por ejemplo, cuando aparece el estímulo condicionado (luz), ocurre la respuesta condicionada (parpadeo del ojo). En contraste, en el condicionamiento operante es la conducta del organismo la que produce el estímulo. Existen tres categorías principales del condicionamiento operante: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y castigo. En el reforzamiento positivo, una conducta produce un estímulo placentero, que refuerza la repetición de la conducta. Por ejemplo, se puede entrenar a animales para que opriman una palanca y así obtener alimento (o droga). Por consiguiente, la conducta produce el alimento, que es el estímulo. Si el animal desea el alimento, aprende a oprimir la palanca para obtenerlo. En el refuerzo negativo, una conducta elimina o impide un estímulo adverso, lo que a su vez refuerza la conducta o incrementa la posibilidad de que ésta vuelva a ocurrir. En el castigo, la conducta produce un estímulo adverso. En este caso, es mucho menos probable que aquélla vuelva a presentarse.

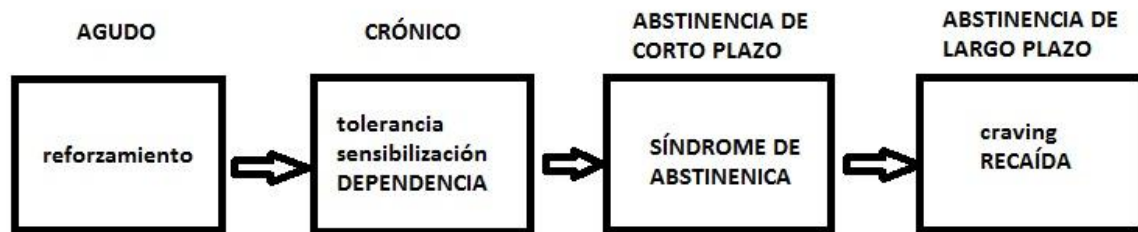
4.1.5 Las adicciones como objeto de estudio neurobiológico:

Llegados a este punto. ¿Cómo estudia el fenómeno adictivo la neurobiología actualmente?

La perspectiva neurobiológica desarma el fenómeno adictivo en una serie etapas que ocurren en el cerebro y que pueden ser identificadas individualmente y separadas del resto para su estudio (Castañé, 2005). Estos pasos son sucesivos y en su conjunto conforman el fenómeno adictivo. Dependiendo de la sustancia o el sujeto, alguno de estos pasos puede ser más importante que otro, o eventualmente puede faltar. En cada uno ocurren una

serie de fenómenos que pueden ser estudiados en diferentes modelos animales (fig. 4.1)

Figura 4.1: Etapas del proceso adictivo (Castañé, 2005)



En la etapa aguda ocurre el primer encuentro con la sustancia adictiva en dosis excepcionalmente altas para los estándares del cerebro y se establecen una serie de mecanismos conocidos como recompensa o reforzamiento, en los que se fortalecen circuitos neurológicos específicos que favorecen la relación entre un estímulo y su recompensa. La recompensa se refiere al efecto agradable o placentero que se obtiene al consumir una sustancia (OMS, 2004) y actúa como un estímulo positivo hacia la conducta adictiva.

En la etapa crónica se manifiesta la tolerancia a la sustancia, la sensibilización a su uso y es el núcleo de la dependencia. Un cerebro sensibilizado obtendrá una respuesta motivacional hacia la droga aumentada (en la primera dosis), respecto de un cerebro no sensibilizado y sus efectos placenteros se harán sentir más rápido y con mayor intensidad.

La dependencia, característica de esta etapa, puede definirse como una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican el uso continuo de la sustancia a pesar de los problemas que este uso conlleva.

La tercera etapa se denomina abstinencia de corto término y es provocada cuando se discontinúa el uso de la sustancia, provocando, a veces, el síndrome de abstinencia característico de cada sustancia. Esto ocurre cuando la concentración de la sustancia en sangre o en los tejidos correspondientes disminuye luego de un uso intensivo y prolongado. El síndrome de abstinencia puede ser precipitado en forma artificial, mediante un

antagonista de la droga, o puede ser una abstinencia espontánea, debido a la discontinuidad de la administración de la droga.

La cuarta etapa, finalmente, se denomina abstinencia sostenida y es donde se manifiestan, una vez pasado los síntomas agudos de la abstinencia, el ansia por la droga o “craving” y donde ocurren las recaídas hacia el abuso.

Existen diferentes estrategias para estudiar cada una de estas etapas. Los experimentos en animales (ratones y monos) han sido, durante décadas los estudios mayoritarios pero con el tiempo se han ido agregando otras estrategias que complementan la información de estos estudios. En los últimos años, la investigación en humanos, ha tenido un desarrollo considerable de la mano de las nuevas técnicas de imagenología que pueden observar ciertos aspectos del funcionamiento del cerebro en tiempo real. Sin embargo los experimentos en animales constituyen una de las primeras etapas en la investigación básica acerca de los mecanismos de la adicción y en la prueba o testeo de sustancias que puedan servir como potenciales tratamientos, de modo que las investigaciones de otro tipo se realizan, principalmente, sobre aquellas que han pasado por esta etapa. De esta forma, los experimentos en animales actúan como cuello de botella de las posibles estrategias terapéuticas.

Existen diferentes modelos para estudiar precisamente cada una de las etapas del proceso adictivo señaladas por Castañé, pero todos incorporan la autoadministración de drogas como forma de modelar la conducta adictiva. Brevemente, en estos modelos se implanta al animal con un catéter intravenoso o intracraneal, dependiendo el caso. El suministro de droga se realiza mediante una respuesta operante, cuando el animal oprime un botón o coloca la nariz en un agujero, de acuerdo a una conducta aprendida (Castañé, 2005).

4.1.6 Críticas a la investigación en animales:

Según los investigadores del área, los test de medicamentos en paradigmas comportamentales de animales poseen el potencial de guiar las decisiones sobre otros test en humanos que son más costosos y largos (Balerio, et al.,

2004; Balerio y Rubio, 1995; Di Chiara y Imperato, 1988; Egli, 2005; Panlillo y Goldberg, 2007). Egli, por ejemplo, reconoce que ningún paradigma puede modelar completamente la conducta adictiva (Egli, 2005), aunque otros autores consideran que la suma de resultados parciales puede modelar el proceso como un todo. Por ejemplo, Panlillo y Golberg señalan que: *“La autoadministración de droga es una técnica altamente adaptable para modelar muchos aspectos de la adicción a drogas en laboratorio usando animales y humanos”...* (Panlillo y Goldberg, 2007)

Otros autores han argumentado que:

“...los modelos animales de autoadministración proveen de entornos controlados en los que los comportamientos de búsqueda y obtención de droga pueden ser estudiados sin la influencia de factores sociales, culturales u otros factores que pueden esconder las diferencias sexuales en entornos clínicos.”
(Fattore, et al., 2009)

Sin embargo, esto supone que al eliminar la complejidad de los factores sociales y/o culturales es posible revelar las “diferencias ocultas” que subyacen en la biología de la conducta adictiva. Este tipo de razonamiento presenta múltiples inconvenientes. En primer lugar, y por obvio que parezca hay que señalar que este tipo de investigación se realiza con miras a entender un comportamiento humano y eventualmente prevenirlo o eliminarlo. Sin embargo, el ser humano es un ser social y su biología no puede ser escindida de esta realidad. Toda interpretación biológica de un comportamiento debería simular cada vez más (y no cada vez menos) las condiciones en las que ese comportamiento estudiado se manifiesta en humanos. La adicción a sustancias, a diferencia de otras enfermedades estudiadas en modelos animales, es un fenómeno que se manifiesta con características sociales, culturales y psicológicas muy marcadas. Eliminar estos factores equivale a eliminar las causas mismas de la adicción, de modo que existe la posibilidad de que, junto con la eliminación de la complejidad de la que hablan los autores, se esté eliminando toda posibilidad de estudiar la diferencia que se pone en juego justamente cuando los individuos se relacionan con las

sustancias en contextos sociales complejos. La manifestación de comportamientos diferentes respecto de la adicción es considerada como una variable independiente de las condiciones sociales y no se considera siquiera la existencia de la posibilidad de que sean ellas las responsables de generar estas variaciones. Esto lleva a conceptualizar una conducta de un modo muy estructurado sobre una base ajena a toda experiencia humana, provocando una situación de asimetría extrema entre el comportamiento estudiado y el comportamiento modelado.

A pesar de reconocer la adicción como una enfermedad multifactorial, los especialistas recomiendan enfocarse en paradigmas cada vez más reduccionistas. Así, Egli señala que trabajar con ratones sin un historial de adicción no provee información clínicamente útil y aconseja la utilización de ratones genéticamente modificados en los cuáles la conducta adictiva ha sido instalada artificialmente a nivel genético²¹ (Egli, 2005). De este modo, se consolida una enfermedad y se niega la capacidad de influir en su establecimiento pues el acento está puesto en la enfermedad misma y en su erradicación, y no se enfoca el proceso por el cual llega a establecerse. En este modelo, toda posibilidad de tratamiento parte de la existencia de la enfermedad consolidada.

Lo que en definitiva está sucediendo es lo que en el campo de la sociología y la antropología de la salud es ya un tópico clásico. La disociación entre dos formas de concebir la enfermedad, representada por los vocablos anglosajones *illness* y *disease*, ya señalados anteriormente en el capítulo 2. La neurobiología de las adicciones, cuando estudia la adicción, la concibe como una patología biológica (*disease*), mientras que la enfermedad que padecen los adictos humanos es ampliamente considerada en términos de padecimiento (*illness*) dónde se incluyen las percepciones sociales, las respuestas afectivas, las relaciones interpersonales, etc.

²¹ La modificación genética de los ratones se refiere a líneas mutantes en las que se ha modificado o eliminado algún receptor específico de drogas o bien se ha modificado algún mecanismo de regulación. No se refiere en ningún caso, al menos del que podamos dar cuenta, de genes específicos que predispongan a una conducta adictiva. De este modo, se crean ratones que desarrollan una conducta adictiva como parte constitutiva de su conducta general y no como una condición particular del aprendizaje u otra variable externa.

La biomedicina ha construido su edificio conceptual basada en el paradigma cientificista que toma como modelo experimental a la ciencia físico-matemática y a la biología. En este sentido, ha incorporado gran parte del pensamiento evolutivo que concibe al mundo biológico como un continuo que va desde los organismos unicelulares hasta los más complejos seres vivos. Ésta es la razón que se encuentra detrás de la posibilidad de extrapolar la fisiología y la bioquímica de animales a humanos.

Podemos agrupar las críticas a la investigación neurobiológica en adicciones en modelos animales en internas y externas. Esto se refiere a si las críticas están realizadas dentro de la propia disciplina, o el mismo paradigma biomédico, para ampliar un poco el espectro o si las mismas están realizadas desde otras concepciones de los procesos de salud-enfermedad.

4.1.6.1 Críticas internas

Parece ser un hecho que del mismo modo que los humanos, los ratones se autoadministran drogas (Dar y Frenk, 2002; Di Chiara y Imperato, 1988; Grant, et al., 2008; Panlillo y Goldberg, 2007; Yokel, 1987). Se ha afirmado que este paralelismo tan intuitivo es la razón por la que este modelo experimental es ampliamente utilizado, aunque su utilización se ha extendido en forma acrítica (Willner, 1997). La característica central de estos experimentos es que consideran a las drogas como reforzadores es decir, bajo un paradigma conductista. Se ha señalado esto como una debilidad de estos modelos ya que no consideran la importancia de la motivación. Para ello se han diseñado experimentos en donde el animal tiene que trabajar en forma creciente para autoadministrarse la droga. Pero en estos experimentos aparecen otros problemas. Por ejemplo, en el caso del alcohol, no se ha logrado que los animales lo ingieran por vía oral, y se han tenido que desarrollar líneas endocruzadas e incluso genéticamente modificadas para obtener animales con este comportamiento. De este modo los ratones serían intrínsecamente alcohólicos y las comparaciones con el comportamiento humano son aún más dudosas o serían solamente extrapolables, en todo caso,

a aquellos humanos con una predisposición genética hacia la adicción, en caso de que esto pueda existir.

Se han descrito circunstancias en las que la autoadministración falla tanto en humanos como en ratones. Dependiendo del acceso a la droga (limitado o ilimitado) o de la concentración de la sustancia, el comportamiento puede modificarse y la autoadministración puede interrumpirse. Los alucinógenos y los cannabinoides generalmente no presentan autoadministración en ratones y se han reportado otras sustancias que logran autoadministrarse en ratones, pero no en humanos (Yokel, 1987).

Estas diferencias llevan a “fabricar” modelos forzados, en donde los animales consumen estas sustancias luego de complejas estrategias de aprendizaje y sometidos a situaciones de estrés y sufrimiento que alejan aun más el comportamiento modelado del que se quiere modelar. Probablemente, si uno encierra a un ser humano bajo una situación de estrés extremo, con serias heridas en el cuerpo y con un suministro indefinido de una sustancia que alivie su dolor físico y/o su angustia, no resulte extraño que se vuelva adicto. Sin embargo es éste el modo en que se establecen las bases del modelo neurobiológico de la adicción.

La validez de un modelo de comportamiento requiere una buena comprensión de ambas partes de la ecuación. Por un lado una buena comprensión teórica del comportamiento de los ratones, cosa que como resultado de la utilización extendida de estos animales como modelo experimental es bien conocida, y una buena comprensión teórica de la adicción en humanos. Lamentablemente esta última variable no se conoce tan bien y el encuentro entre ambas partes resulta confuso (Willner, 1997).

Aún los medicamentos que más han sido testeados y que han sido aprobados por la FDA, como la naltrexona y el acamprosate, presentan resultados ambiguos entre los diferentes paradigmas y protocolos de autoadministración en animales. Por otra parte, sus resultados clínicos distan de ser los ideales (Egli, 2005). Esto dificulta la posibilidad de generalización de los modelos, puesto que lo que funciona en uno, puede no funcionar en otro.

4.1.6.2 Críticas externas

En el diseño de los experimentos en animales se supone una conducta adictiva estandarizada (proceso de habituación) que intenta emular las condiciones en las que una persona se vuelve adicta. Sin embargo, esto oculta la complejidad de las prácticas sociales de consumo que, como estos mismos experimentos reconocen, influyen de manera decisiva en el establecimiento y en las características de la enfermedad.

Las explicaciones neurobiológicas acerca de por qué se vuelven adictos los ratones y, por ejemplo, se autoadministran la droga, están expresadas en términos de “aumentar el placer” o “evitar los síntomas de la abstinencia”. Bajo estos conceptos subyacen categorías humanas que están siendo aplicadas en animales. Más allá de que se hayan “encontrado” los sitios del cerebro que se activan en uno u otro caso, no se puede suponer acríticamente que estas categorías pueden ser aplicadas a ratones. Como han señalado muchos sociólogos y filósofos, no podemos olvidar que “la adicción (y toda enfermedad) es socialmente construida y tiene una existencia simbólica que la convierte en lo que es”. Así, Vigarello ha señalado, por ejemplo, que la experiencia descrita por los adictos de otros períodos históricos y otras culturas es completamente diferente a la descrita por los adictos modernos y esta diferencia modela la enfermedad que hoy conocemos (Vigarello, 1994). Este interesante señalamiento de Vigarello posicionaría a la adicción en el lugar de un mal cultural, corriéndolo del lugar biológico que estamos discutiendo. Así, los mecanismos biológicos (las zonas y circuitos del cerebro) que se postula están involucrados en el desarrollo de la enfermedad podrían no ser los factores determinantes para intentar su erradicación.

Otro factor que no es considerado en estos estudios, es el proceso de “remisión espontánea” de la adicción que ha sido observado en numerosos estudios en humanos. Existen muchos factores por los cuáles se ha señalado la remisión espontánea del proceso adictivo, pero ciertamente muchos de ellos están relacionados con las estrategias de socialización del consumo de drogas (Epele, M., 2008) que incluyen estrategias de supervivencia por fuera

de los aparatos estatales de atención de la salud, generalmente en un marco de criminalización del consumo. Ignorar este aspecto de la práctica de consumo, asociabilizar de este modo la patología, impide la conceptualización de estrategias de tratamiento alternativas que no exijan la intervención farmacológica ni el aislamiento social. De hecho, si tomamos las cifras de consumo elaboradas por los organismos internacionales, resulta evidente que, en la población general existe un proceso de “remisión espontánea del consumo”. La mayor parte de los consumidores que abandona las drogas lo hace por propia voluntad y no porque estén sometidos a tratamiento alguno. Ya señalamos que la autoadministración de drogas en humanos ha sido señalada como uno de los aspectos del Modelo de Autoatención (MAA) según lo describe Eduardo Menéndez cuando estudia las relaciones que mantiene el Modelo Medico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1990) con otros modelos. El MAA es ampliamente combatido por el MMH, como lo evidencian las campañas públicas contra la automedicación y las regulaciones existentes en materia de venta de medicamentos (independientemente de que se cumplan o no, estas regulaciones existen y dan cuenta de esta lucha por el control de los productos farmacéuticos).

Sin embargo, la mayor parte de los experimentos en animales de laboratorio incluyen la autoadministración de droga como parte constitutiva del modelado de la conducta adictiva. Esto funciona en varios niveles. Por un lado, se utiliza el paradigma de autoadministración como forma casi exclusiva de instalar la conducta adictiva en animales de laboratorio. Pero al mismo tiempo, esta conducta de autoadministración, está jugando un papel importante en el establecimiento de las posibilidades de tratamientos. Esto es, la autoadministración forma parte constitutiva de los tratamientos pues se encuentra en el corazón mismo de estas modelizaciones. Esto tiene importantes consecuencias.

En primer lugar, como ya señalamos, se ponen en el mismo nivel la autoadministración en humanos y la conducta que se considera análoga en ratones. Tanto desde el pensamiento social sobre la medicina, como desde la propia biología se reconoce la diferencia entre comportamientos similares, incluso iguales, pero que tienen orígenes contextuales diferentes. Así,

Canguilhem ha señalado este hecho entre conductas que, en determinadas culturas, son definidas como anormales, no lo son en otras y solamente la aplicación de los parámetros culturales de una sobre otra permite definir la conducta exógena como anormal.

Algo similar sucede en la teoría moderna de la evolución –sustento de gran parte del pensamiento médico –. Según esta teoría, existen soluciones evolutivas exactamente iguales, para las cuales se puede demostrar una historia filogenética paralela. Si esto ha sido aceptado respecto de, por ejemplo, las alas de diferentes organismos, proteínas funcionalmente iguales o incluso patrones de conducta complejos, ¿por qué no considerarlo, al menos, para las conductas adictivas?

Consistentemente con estas teorías, a pesar de que una conducta adictiva como la autoadministración esté presente tanto en humanos como en ratones, su presencia puede deberse a diferentes circuitos neuronales, diferentes historias evolutivas o incluso diferentes modos de funcionamiento de los mismos circuitos y no a analogías basadas en supuestos evolutivos que interpretan la teoría de modo muy estructurado.

En segundo lugar, si seguimos la conceptualización que ha hecho Eduardo Menéndez acerca del MMH, la utilización de la autoadministración como forma de modelar la conducta adictiva, implica introducir un modelo alternativo (El Modelo de Autoatención), no reconocido por el MMH, en el corazón mismo de su práctica hegemónica como forma de validar su propia eficacia. A pesar de que en términos metodológicos esta inclusión pueda parecer contraintuitiva, puesta en contexto histórico y social hace más sentido: sólo es posible crear animales adictos brindándoles la posibilidad de autoadministrarse una droga. Esto equivale a decir que solamente existe la enfermedad cuando se crean las condiciones – sociales y materiales- para que ese comportamiento se manifieste. De este modo, este tipo de investigación no está verdaderamente interesada en erradicar la enfermedad, puesto que esto implicaría estudiar las condiciones que llevan a que la misma se establezca. Por el contrario, considera necesario este proceso para, entonces sí, aplicar una posible cura. Hasta donde hemos podido relevar, toda la investigación neurobiológica en adicciones se basa en la capacidad de

instalar la adicción en un proceso sumamente violento y radical que ignora las complejidades del mismo.

En términos históricos es similar a lo que ha sucedido con las sustancias. Ya señalamos que provienen, en su gran mayoría, de la industria farmacéutica. Sin embargo, el mismo modelo (MMH), utiliza y promueve una práctica (la autoadministración) en un nivel mientras la combate en otro.

Otra limitación a la validez de estos modelos resulta del ambiente extremadamente reducido en el que se realizan los experimentos. Con el fin de aislar los estímulos y enfocar las respuestas, los ratones son privados de cualquier complejidad social u otros estímulos que puedan modificar su conducta. Existe evidencia que señala que la ingesta de droga decrece en animales que se encuentran en grupos sociales (Alexander, et al., 1981). Contrariamente, la adicción en humanos es habitualmente descrita como fuertemente enriquecida mediante estrategias simbólicas, ritos de iniciación y mecanismos de pertenencia entre otros, que dan cuenta de una compleja estructura social del comportamiento adictivo (Epele, 2009; Kornblit, 1989b; Míguez y Pecci, 1993).

Dimorfismo sexual:

La adicción en humanos no es homogénea entre los sexos. Razones sociales, médicas y religiosas han promovido un consumo diferencial de las sustancias a lo largo de la historia entre hombres y mujeres y esto se conoce hace mucho tiempo (Davenport-Hines, 2003; Kim y Fendrich, 2002; SEDRONAR, 2005b, 2005d, 2005f, 2006b, 2007). Recientemente se han publicado investigaciones neurobiológicas que sustentan estas diferencias a nivel cerebral (Kritzer y Creutz, 2008). Pero a pesar que estas diferencias están presentes en todas las etapas del proceso adictivo (Becker y Hu, 2008), las investigaciones con animales de laboratorio no reflejan este dimorfismo sexual.

Por ejemplo, Balerio *et al.*, en un estudio sobre nicotina y cannabis, indican en la sección materiales y métodos que trabajan con ratones macho (Balerio, et al., 2004). Sin embargo en las conclusiones señalan que:

“El presente resultado demuestra que la administración de D9-THC atenúa las manifestaciones somáticas del síndrome de abstinencia a nicotina.[...]. Estos hallazgos comportamentales proveen importantes ideas para entender mejor las interacciones que ocurren en humanos cuando el cannabis y el tabaco se consumen juntos.”

Este trabajo es sólo un ejemplo de un modo estandarizado de trabajar en neurociencias de las adicciones.

Los ratones hembra son difíciles de criar y de mantener. Por este motivo, habitualmente en los laboratorios biológicos en los que se estudia el comportamiento con modelos murinos, se utilizan casi exclusivamente machos. Adicionalmente los ciclos hormonales de los ratones hembra son muy difíciles de sincronizar y por esta razón los experimentos más difíciles de diseñar.

Aunque se ha vuelto hegemónica dentro del campo de las adicciones, la perspectiva neurobiológica que implica el trabajo con ratones es un área marginal dentro del enorme abanico de otras disciplinas y problemáticas que implican el uso de estos modelos animales. Esta es una de las razones que explican la poca capacidad de imponer sus propias demandas a la industria de producción de modelos de investigación que ha tenido hasta el presente este tipo de investigación y, por consiguiente, debe utilizar aquello que se encuentra disponible en el mercado. Pero sin duda, otras razones de índole cognitivo también ocultan estas necesidades.

Si nos ceñimos a la perspectiva neurobiológica, sabemos que la adicción a sustancias es un fenómeno que implica los centros de placer del cerebro y también sabemos que estos sistemas biológicos no son iguales entre el hombre y la mujer.

También sabemos, como veremos en el capítulo 5 de este libro y como lo evidencian la mayor parte de las estadísticas internacionales, que existen diferencias significativas en el consumo entre hombres y mujeres (JIFE, 2008, 2010; OMS, 2004; SEDRONAR, 2007). Estas diferencias son tanto de tipo cualitativo como cuantitativo. Las mujeres consumen drogas diferentes y en diferentes cantidades que los hombres. Sin embargo, cuando se modela la

conducta en ratones se olvidan estas diferencias a pesar de que se están estudiando específicamente estos sistemas.

4.1.7 La investigación neurobiológica en Argentina:

Como señalamos al principio de este capítulo, el conocimiento desarrollado en neurobiología de las adicciones se ha vuelto hegemónico en muchos discursos y las definiciones que tienen al cerebro como protagonista se han consolidado en el ámbito internacional. La perspectiva neurobiológica ha aportado elementos contundentes para profundizar la interpretación médica de la conducta adictiva. En este sentido favorece los discursos de muchas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en pro de la inclusión de este problema dentro de una perspectiva sanitaria y no exclusivamente fiscalizadora. Sin embargo, la mayor parte de los organismos con influencia internacional que intervienen en el diseño de políticas y estrategias de intervención en materia de drogas y adicciones, a excepción de la OMS, no lo consideran así²². Ya hemos señalado como la JIFE, la DEA, el NIDA e incluso amplios sectores de la OMS, han ido adoptando esta perspectiva de forma creciente. La Organización Mundial de la Salud, aunque portadora del discurso hegemónico de la profesión médica, y en este sentido también es una institución con tendencias biologizantes, resulta menos permeable al discurso fiscalizador y más sensible a otras perspectivas que consideren lo social y otras dimensiones del ser humano. Sin embargo, debido a sus discusiones internas y a la fuerza con que se presenta la perspectiva biológica en otros ámbitos, las perspectivas alternativas no han logrado imponerse.

Argentina, por cierto, no está al margen de esta influencia: ¿qué es lo que se realiza en nuestro país en materia de investigación en este campo?

Como modo de tener una aproximación a las instituciones y a las personas que realizan investigación básica en neurobiología de las adicciones en la Argentina, realizamos búsquedas en diferentes bases de datos: SCOPUS, JSTOR, Medline, IME (España), Redalyc, Scielo y CONICET utilizando las palabras ADDICTION + NEUROBIOLOGY (o Adicción + neurobiología), tanto en el plano internacional como en el plano local, hasta el año 2008 inclusive.

²² Sólo recientemente, en su último informe anual, la JIFE ha señalado que la adicción debería ser interpretada como un problema de salud (JIFE, 2008).

Esta información se cruzó luego con información obtenida de entrevistas específicas para corroborarla y ampliarla.

Los trabajos encontrados remiten a los autores y a las instituciones que se detallan en la tabla 4.1.

Tabla 4.1

Investigador	Institución	Nº de artículos
Molina, Juan Carlos	Inst. Inv. Médicas Mercedes y Martín Ferreyra	12
Rubinstein, Marcelo	ININFA/INGEBI	7
Cancela, Liliana	Inst. Inv. Médicas Mercedes y Martín Ferreyra	6
Molina, V.A.	Inst. Inv. Médicas Mercedes y Martín Ferreyra	6
Almirón, R.S.	Inst. Inv. Médicas Mercedes y Martín Ferreyra	2
Balerio, Graciela	ININFA	1
Díaz, Valeria	ININFA	1
Bonacita	ININFA	1

Este panorama nos sitúa básicamente en tres instituciones: El departamento de Farmacología de la Universidad de Córdoba, el Instituto de Investigaciones Farmacológicas [ININFA], de la UBA y el Instituto de Investigaciones en Ingeniería Genética y Biología Molecular [INGEBI].

Juan Carlos Molina es Investigador principal del CONICET, psicólogo y Doctor en psicología. Se ha especializado en psicobiología experimental en particular en los mecanismos de desarrollo temprano prenatal e infantil en presencia de alcohol. Aunque sus investigaciones consideran la conducta adictiva, no están enfocadas hacia el desarrollo de medidas terapéuticas, sino hacia entender las consecuencias del consumo de alcohol en el desarrollo embrionario e infantil temprano y sus implicancias cognitivas.

El ININFA posee una línea de investigación exclusiva en Neurobiología de la adicción que está dirigida por la Dra. Graciela Balerio. La Dra. Balerio es farmacéutica y comenzó a trabajar en 1992 con el Dr. Rubio, actual director del ININFA, en el mecanismo de acción de una droga agonista²³ a los receptores GABA-B y sus efectos inhibitorios en la regulación de la analgesia, el baclofén²⁴. Balerio finalizó su tesis de doctorado en ese tema en 1996, uno

²³ Una droga agonista es aquella que tiene la capacidad de unirse exactamente a los mismos receptores provocando el mismo efecto que la sustancia original. Se diferencian de los antagonistas en que, si bien éstos también se unen al mismo receptor, no provocan la respuesta celular.

²⁴ El baclofén es una droga antiespástica que se utiliza en los tratamientos de esclerosis múltiple.

de cuyos resultados fue encontrar relaciones entre el sistema gabaérgico y el sistema opioide (Balerio y Rubio, 1995).

En el año 1998, solicita su primer subsidio a investigadores jóvenes de la UBA para trabajar en los efectos de la morfina en estos sistemas. Con este proyecto forma a su primera tesista doctoral, Silvina Díaz, quien finalizó su tesis en 2006. Uno de los trabajos importantes realizados durante esta tesis, fue la puesta a punto de una técnica para medir el síndrome de abstinencia a morfina en ratones con el interés de estudiar si las relaciones encontradas entre el sistema gabaérgico y el opioide con el baclofén (1992-1996), podían tener algún resultado en el control del síndrome de abstinencia a morfina. A través de esta vía es que la Dra. Balerio se pone en contacto con un investigador muy importante en el campo de los estudios neurobiológicos de las adicciones, el Dr. Maldonado, con quien terminaría realizando su tesis posdoctoral en la Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona.

Su estadía en España duró 3 años (2001-2003). Durante 2003 aplica a otro subsidio de la UBA (2004-2007) para tener financiación a su regreso y también obtiene un subsidio de la fundación Florencio Fiorini para investigaciones biomédicas.

Según la doctora Balerio, no había investigadores en la Argentina trabajando en esta área bajo esta perspectiva en ese momento y su formación fue muy autodidacta, hasta el año 2000, cuando accede al Dr. Maldonado (Balerio, 2009). A su regreso, en 2004, tuvo que reacondicionar completamente el lugar de trabajo en la UBA, pues no estaba preparado para desarrollar las técnicas que había aprendido en España. En 2007 establecen una línea de ratones knock-out²⁵ en receptores GABA-B y comienzan a trabajar en nicotina poniendo a punto diversas técnicas biotecnológicas que permitirían sistematizar los datos genéticos obtenidos de esos ratones.

A pesar, sin embargo, de esta aparente marginalidad en el campo, las investigaciones realizadas por la Doctora Balerio y su grupo juegan algún rol en la conformación del problema en nuestro país, tal como lo venimos discutiendo: en 2008, la Dra. Balerio organizó un curso de doctorado en la facultad de Farmacia y Bioquímica titulado “Bases Neurobiológicas de las adicciones”, dirigido a un público más amplio que los propios especialistas en neurobiología. En ese curso hubo también algunos profesores invitados:

²⁵ “Knock-out” se refiere a una técnica de ingeniería genética mediante la cual se elimina un gen de interés. Los individuos resultantes de este tipo de intervención carecen del gen en cuestión, razón por la cual se los puede comparar con individuos normales y de allí, intentar dilucidar la función del mismo.

personal de la SEDRONAR y el Dr. Gorlero²⁶, de la Fundación Convivir. Al indagar en los tipos de vínculos que existen entre la Dra. Balerio, el ININFA y estas instituciones, no hemos podido encontrar, de parte de la Dra. Balerio ninguna formalidad ni compromiso más allá de la inclusión de ciertas perspectivas asistenciales en la temática del curso. Sin embargo, al realizar la tarea opuesta, es decir, al consultar en las instituciones acerca de los motivos por los cuales están interesados en participar en un curso de estas características, recibimos un marcado interés, tanto por parte de la Fundación Convivir, como de los representantes de la SEDRONAR en avalar la perspectiva promocionada por el curso. Ambas instituciones lo significan en términos de “el conocimiento más avanzado” o “una perspectiva nueva con la que tenemos una deuda, en el sentido de que aún no ha podido ser incluida en términos asistenciales”.

Ya señalamos los vínculos entre la Dra. Balerio y la fundación Florencio Fiorini. Esta institución tiene por objetivos: *“Estimular y favorecer la educación, formación profesional e investigación científica, especialmente en el campo de la salud humana y cooperar a la beneficencia pública.”* De este modo, tanto la Dra. Balerio, como las instituciones que la financian y con las que establece vínculos esperan no sólo el desarrollo de un conocimiento básico acerca de los mecanismos adictivos, sino el establecimiento de algún vínculo directo entre este conocimiento y las posibilidades de tratamiento.

Con respecto al Dr. Rubinstein, a pesar de ser el biólogo molecular que más publicaciones tiene en el área, sus investigaciones no pueden ser incluidas en la producción local de conocimiento neurobiológico acerca de las adicciones. El Dr. Marcelo Rubinstein se doctoró en el ININFA en 1989, en farmacología conductual de receptores de dopamina. Luego realizó un postdoctorado en el Instituto Vollum, en Estados Unidos, acerca de la regulación de la expresión de genes en cerebro. En ese instituto habían clonado en el año 1989 el receptor D2, luego el D1 y el D4. Según Rubinstein, en este laboratorio estaban buscando receptores opioides y finalmente encuentran estos receptores dopaminérgicos, para los que no estaban preparados. Rubinstein, que había realizado su tesis doctoral en ese tema, es convocado en el año 1990 para dictar un seminario interno y poder evaluar las potencialidades de estos receptores (Rubinstein, 2008).

²⁶ El Dr. Juan Carlos Gorlero es Médico, Psicoanalista y Magister en Neuropsicofarmacología.

Parte del trabajo postdoctoral del Dr. Rubinstein consistía en estudiar un gen que codifica para un péptido endoópioide, la beta endorfina, para lo cual tuvo que poner a punto una técnica de obtención de ratones mutantes, técnica que recién empezaba a utilizarse y que, según Rubinstein, comenzaban a vislumbrarse sus posibles utilidades tanto comerciales como para la investigación. En ese momento, Rubinstein se propone producir un ratón mutante para beta endorfina. Al término de su proyecto doctoral, Rubinstein pensó en desarrollar ratones mutantes para receptores de dopamina, algunos de los cuáles eran de interés para el Instituto. Es a través de la obtención de estos ratones, que luego serían muy útiles en el estudio de determinados aspectos de las adicciones, que el Dr. Rubinstein colabora con muchos grupos que los utilizaban, algunos de los cuales estaban interesados en los mecanismos relacionados con la adicción.

“Yo hice los ratones, y después como esos receptores supuestamente están involucrados en ciertos circuitos y vinculados a ciertas patologías, y la adicción es una de ellas, hubo muchos trabajos que hicimos, sobre todo en colaboración, donde los laboratorios expertos en adicciones no éramos nosotros sino que eran los colaboradores.” (Rubinstein, 25/03/2009)

Por consiguiente, a pesar que los trabajos del Dr. Rubinstein relacionados con la problemática de las adicciones son numerosos, su participación del campo es marginal.

Estas son las principales líneas de investigación en la temática adictiva desde una perspectiva neurobiológica en la Argentina. Como vemos, es muy pobre el rol que juegan en el desarrollo local de conocimientos básicos, y prácticamente ninguno en el desarrollo de conocimientos aplicados a terapias específicas. No obstante esta escasa producción local de conocimiento neurobiológico en adicciones, no se puede decir que la perspectiva neurobiológica no tenga ningún peso en la conformación de la problemática a nivel local. Lo que sucede, a nuestro criterio, es que esta perspectiva está operando en el nivel conceptual tal como ha sido descripto por Conrad y para ello, no se requiere del desarrollo de conocimientos locales. Las investigaciones llevadas a cabo en NIDA o en la Universidad Pompeu Fabra, son tan válidas (o más) que las investigaciones realizadas aquí.

De estas observaciones se evidencia también la ausencia de una utilización efectiva del poco conocimiento que se produce y lo que es más llamativo aún, del conocimiento que se tiene como resultado de la formación de investigadores profesionales.

4.2 La subjetividad como elemento estructurante:

El abanico de posibilidades terapéuticas que surgieron internacionalmente de las perspectivas psicológicas y psiquiátricas es enorme. No obstante, en lo que respecta a los tratamientos públicos estatales en la Argentina, la cantidad de abordajes es acotada.

Si bien, los tratamientos especializados para adictos en la Argentina empezaron a consolidarse en la década de 1970 con la creación del CENARESO, las primeras Comunidades Terapéuticas y algunas experiencias tempranas en hospitales públicos, los psicoanalistas no se involucraron con esta tarea (salvo excepciones) hasta finales de la década de 1980. Los psiquiatras, por su parte, los trataban – las escasas veces que lo hacían – del mismo modo que a otros alienados, en estructuras institucionales de tipo manicomial y sin ninguna especificidad en el tratamiento. Por otro lado, la preponderancia del psicoanálisis dentro del campo psicológico local impidió que otras perspectivas psicológicas que pudieran ocuparse de los adictos encontraran un terreno propicio para desarrollarse.

Desde este punto de vista, el abordaje psicoanalítico de orientación lacaniana es el que se ha instalado como hegemónico dentro de la atención pública estatal.

Resulta importante para los objetivos de este libro entender como esta orientación psicoanalítica ha logrado imponerse, tanto en términos generales, como en el campo específico de las adicciones. Esto se presenta como resultado de la conjunción de elementos conceptuales propios de la interpretación lacaniana del psicoanálisis, pero también de factores coyunturales de la historia del campo de la salud mental en la Argentina que mostraremos a continuación. En esta historia se imbrican en forma compleja, el origen de las Comunidades Terapéuticas, la creación del CENARESO y otras instituciones importantes en la conformación de los tratamientos actuales, como son el grupo TyA y la EOL.

Antes de adentrarnos en los aspectos históricos del desarrollo de las perspectivas subjetivantes en el campo de las adicciones, conviene explicar cómo es concebido conceptualmente el fenómeno según estos abordajes. A

diferencia de lo que sucede con las perspectivas biologicantes, en las que el conocimiento es más uniforme, estas perspectivas interpretan la adicción de formas diversas.

Desde una perspectiva pública estatal, sin embargo, ni la psiquiatría ni la psicología son los abordajes más implementados. En los hospitales públicos, como veremos más adelante, predominan los abordajes psicoanalíticos, al igual que en las comunidades terapéuticas, donde la presencia de psiquiatras es baja o bien sólo se incluyen como modo de responder a ciertas exigencias regulatorias que no tienen ninguna influencia en el programa terapéutico concreto.

La situación es completamente diferente en el ámbito privado. Allí, por el contrario, los psicoanalistas actúan muchas veces como complemento del trabajo psiquiátrico, que en este caso sí es quien estructura un tratamiento de mayor complejidad. Este tipo de instituciones quedan fuera del alcance de este libro. Por un lado, no pertenecen al sistema público y en consecuencia no figuran en ningún registro. Por otro lado, la confidencialidad médico-paciente que se establece en estos ámbitos es muy difícil de sortear, debido a la estigmatización del adicto y a la ilegalidad de los consumos.

Es por ello que prestaremos especial atención a la corriente psicoanalítica, aunque describiremos otros abordajes como las terapias cognitivo-conductuales y ciertos lineamientos psiquiátricos generales.

4.2.1 Principales abordajes teóricos subjetivantes

4.2.1.1 Psicoanálisis freudiano tradicional y perspectivas psicodinámicas

La teoría psicoanalítica considera que las toxicomanías son constituyentes de una neurosis del carácter y presentan características que las hacen claramente pertenecientes a los desórdenes del control de impulsos. Entre estas neurosis encontramos las personalidades psicopáticas, las perversiones sexuales y las toxicomanías que se caracterizan todas por un intento permanente de satisfacción de las pulsiones instintivas, sin la adecuada acción modificadora del yo, tanto en lo referido a la conservación del

principio de realidad externa como con la integración de cada impulso en el conjunto de las necesidades totales del individuo. El sujeto entra en conflictos con su familia, el sistema social, el ámbito profesional y sexual y no presenta conciencia de enfermedad.

No son muchos los autores que se han dedicado a indagar la conducta toxicómana desde el psicoanálisis pero podemos hacer una somera descripción de aquellos que sí lo hicieron para entender cuáles son los ejes de este tipo de intervención terapéutica.

A pesar que Freud no dedicó ninguno de sus trabajos en particular a las adicciones, a lo largo de sus escritos pueden encontrarse algunas referencias, las cuales han servido como punto de partida para las posteriores investigaciones psicoanalíticas. En un texto escrito en 1897 Freud considera que la adicción primaria es la masturbación y que las otras adicciones son únicamente sustitutas de ésta²⁷. La adicción sería, para Freud, el resultado de fuertes fijaciones orales que suelen estar asociadas a traumas infantiles tales como madres sobreprotectoras, negligencia materna o frustración de la necesidad de dependencia (Freud, 1897). En este texto establece las principales características de la enfermedad, que serían retomadas por futuros autores: orientación narcisista, alejamiento de relaciones profundas, manipulación del cuerpo y reemplazo del placer sexual genital por una satisfacción regresiva pregenital.

Las observaciones iniciales de Freud fueron desarrolladas por diferentes analistas desde diversos puntos de vista. Desde la teoría de las pulsiones²⁸, Knight y Fenichel entre otros, relacionaron esta conducta con la dependencia oral y la regresión del placer genital al placer masturbatorio (Fenichel, 1945; Knight, 1937). Radó y Mack lo interpretaron desde la psicología del ego,

²⁷ En «La sexualidad en la etiología de las neurosis», Freud también compara la masturbación con las demás adicciones (Freud, 1981)

²⁸ En el psicoanálisis freudiano, la teoría de la pulsión se refiere a la teoría de los impulsos, motivaciones, o instintos, que tienen objetos claros. En su expresión más general, la teoría de las pulsiones se refiere a un conjunto diverso de técnicas de motivación en psicología. Se basan en el principio de que los organismos nacen con ciertas necesidades fisiológicas y que se genera un estado negativo cuando estas necesidades no son satisfechas. Cuando la necesidad está satisfecha, la pulsión se reduce y le devuelve al organismo un estado de homeostasis y la relajación.

como una afectividad primitiva (Radó, 1933). Sandor Radó, señala que en la adicción a las drogas se revive el "orgasmo alimentario" que experimentó el niño durante la lactancia, y que la excitación sexual perteneciente a las fases edípicas es descargada a través de ese orgasmo en lugar de serlo mediante la masturbación. La función de la droga es la de proporcionar un estado placentero que puede considerarse de naturaleza erótica.. Esto da lugar a que la totalidad del aparato sexual periférico quede marginado, desarrollándose un estado de "metaerotismo", lo cual coincide con la observación de que la mayoría de los drogadictos van desinteresándose progresivamente del ejercicio de las funciones sexuales. Mientras dura el efecto de la droga el Yo recupera su estado narcisista original, en el cual existe una mágica satisfacción de todas las necesidades y un sentimiento de omnipotencia. Pero esta situación es transitoria y se hace necesaria una nueva euforización farmacológica promoviendo un proceso cíclico.

Knight estudió la configuración familiar del adicto, llegando a la conclusión de que a ha existido en la infancia de éste una madre sobreprotectora e indulgente que ha tratado de apaciguar al niño con repetidas gratificaciones orales, siendo la figura paterna sumamente desvalida y falta de firmeza. Como resultado de esta política de sobregratificación, el niño no aprende a desarrollar mecanismos de autocontrol, reaccionando con rabia destructiva cuando se siente frustrado. Este proceso alternativo de rabia y de apaciguamiento oral es intensificado por un padre inconsistente que, de forma imprevisible, gratifica a veces y frustra otras. Así se forma una personalidad organizada fundamentalmente sobre una pauta de dependencia, temor al rechazo e insaciables sentimientos de culpa e inferioridad. Estos sujetos reaccionan posteriormente ante cualquier frustración con fuertes impulsos agresivos, lo cual origina sentimientos de culpa que precisan una reparación masoquista que es proporcionada por los efectos de las drogas, reforzándose a través de ellas las necesidades de gratificación oral y la conducta irresponsable (Knight, 1937).

Glover considera que el objetivo de la adicción es controlar los ataques sádicos de otros sujetos, ataques que se encuentran en la zona intermedia entre los que conforman la base de la paranoia y los síndromes obsesivos.

Rosenfeld vincula la dependencia a las drogas con los mecanismos de defensa maníaca que tienen su origen en la temprana infancia, durante el predominio de la posición esquizo-paranoide. Estas defensas maníacas son modificadas posteriormente cuando se alcanza la posición depresiva, por lo cual se hallan ligadas a la vez a las ansiedades paranoides y a las depresivas (Rosenfeld, 1965). La droga simboliza un objeto ideal que puede ser incorporado, a la vez que el efecto farmacotóxico es empleado para reforzar la omnipotencia de los mecanismos de negación y disociación. En este caso, la droga es utilizada para anular y negar cualquier situación u objeto persecutorios. Al mismo tiempo, la droga puede ser relacionada directamente con las ansiedades persecutorias y los impulsos sádicos, en cuyo caso es sentida como una mala sustancia.

Estas perspectivas psicoanalíticas que intentan entender la conducta adictiva se mantuvieron en un plano teórico. Aunque aportaron algunas herramientas conceptuales para que los analistas puedan operar en su práctica, no se desarrolló ningún método estructurado ni una bibliografía relacionada de la que pudiéramos dar cuenta en términos terapéuticos. Ni siquiera en la exposición de casos, una práctica de difusión de conocimientos muy habitual en psicoanálisis, existen ejemplos en el área de las toxicomanías que den cuenta de esa problemática en particular.

Esta disociación entre teoría y práctica, se debe en gran medida a que según esta interpretación del funcionamiento del inconsciente existe un desencuentro elemental entre la toxicomanía y el psicoanálisis. El psicoanálisis opera con el síntoma y la toxicomanía opera contra el síntoma. La toxicomanía es una maniobra tendiente a evitar la relación del sujeto con la sexualidad real mientras que el psicoanálisis provoca un método que se especializa en tratar la sexualidad del ser hablante (Galante, 2010).

4.2.1.2 Perspectiva lacaniana del tratamiento de toxicómanos:

La clínica psicoanalítica lacaniana con toxicómanos se basa en la premisa según la cual el toxicómano no tiene una estructura particular que lo diferencia:

“Si bien consideramos [desde una perspectiva lacaniana] que no existen “diferencias entre el análisis “strictu sensu” y el análisis emprendido con aquellos que tienen una relación con las drogas y el alcohol, es una evidencia que hay particularidades que han llevado a colectivizar a aquellos que se caracterizan por una particular relación con los tóxicos” (Pharmakon I, 1994)

Según esta descripción, el fenómeno de la toxicomanía se aloja en las estructuras neuróticas, psicóticas y perversas, comunes a todos los individuos. Desentrañar el lugar que la droga ocupa en la economía psíquica del sujeto es la función del analista y es lo que lo va a orientar en la dirección del tratamiento (TyA, 1998).

Actualmente, los psicoanalistas lacanianos señalan que “poseen una teoría de lo que significa la toxicomanía desde el psicoanálisis” (Galante, 2010), y están convencidos de que poseen un método eficaz para tratarlo.

El psicoanálisis lacaniano se basa en una lectura particular de la obra de Freud, la lectura que realizó Lacan. En ese sentido, reconocen también los mismos antecesores freudianos que trabajaron la temática:

Los antecesores Glover y Ferentzi, hicieron algunos esbozos que quedaron diluidos en una caracterización de alguien que consumía.

Hoy estamos pensando al psicoanálisis y a las toxicomanías en conjunto.

¿Cuál es la primera pregunta en el tratamiento de alguien que consume algún tipo de tóxico? Lo primero que hay que decir es que hay que centrarse sobre la transferencia y no la interpretación. ¿Qué es una intervención analítica desde el psicoanálisis? La intervención analítica se basa sobre el principio de la transferencia. Y esto es un planteo que se encuentra fuertemente en Lacan.

“El secreto del análisis está en la transferencia”, dice Lacan en el Seminario 8. Esta es una máxima que se aplica especialmente al tratamiento psicoanalítico de las toxicomanías (Galante, 2010).

Lacan estudia 4 términos de la obra de Freud y propone elevarlos a la categoría de concepto. Estos conceptos son: Inconsciente, Repetición, Pulsión y Transferencia. En este recorte, Lacan realiza una lectura que va a priorizar la transferencia por sobre la interpretación. Éste es un punto en el que el psicoanálisis lacaniano se diferencia del freudiano tradicional, puesto que la interpretación sucede en el tratamiento una vez que el analista ha situado bien los puntos de referencia de la transferencia y esto es parte de un proceso terapéutico, conforme a la mirada analítica del terapeuta.

Según el psicoanálisis lacaniano, existe demasiado énfasis puesto en lo que una interpretación dice y el efecto en que esa interpretación provoca, cuando en realidad, Lacan pone el énfasis en lo que una interpretación no dice. Desde los inicios Lacan piensa un modelo de intervención que tenga algún efecto en el sujeto, que se basa en el principio de la no comunicación del lenguaje. Para Lacan, la intervención analítica no es una intervención que comunica, sino que evoca, sugiere.

En el Seminario 10, Lacan pone especial énfasis en la relación del sujeto con la angustia y, en toxicomanía, la pregunta se centra en esa misma dirección: ¿qué relación tiene el adicto con su angustia? Así, esta perspectiva se despega de aquellas que piensan al adicto en relación al tipo de sustancia que consume. De esa pregunta surge la posibilidad al tratamiento psicoanalítico.

Otro elemento que aparece repetitivamente en los textos de orientación lacaniana es la referencia a la necesidad de prestar atención a la demanda del paciente, a diferencia de otras perspectivas que consideran que el adicto no es un sujeto con capacidad de demanda (Galante, 2009; Grossi, et al., 1996; TyA, 1998, 2002).

La drogadicción es una neurosis y como tal, no hay otra posibilidad que, en el encuentro con el otro, conformar un síntoma.

Cuando nos encontramos con un sujeto que, por el solo hecho de plantear el encuentro con el deseo del otro, se inhibe de ese encuentro, poniendo como excusa el recurso a la droga. Esto hace que el desafío del analista sea doblemente complicado, porque le propone al sujeto poner en funcionamiento

algo que le angustia y que sabe que el mecanismo para defenderse de esa angustia es desentenderse del encuentro con el otro (Galante, 2010).

El problema para el psicoanálisis lacaniano se resume en como poner en funcionamiento estos dos deseos. La función que el analista tiene que poner en juego es conectar al inconsciente con el síntoma. Hacer que ese síntoma diga algo para ese sujeto.

Así el psicoanálisis lacaniano se desentiende de los interrogantes acerca de cuanto consume el sujeto, con quien, en que contextos, que tipo de sustancias, etc. Todos estos interrogantes no apuntan a trabajar el problema central para el psicoanálisis.

Según Eric Laurent, un famoso psicoanalista lacaniano, existen cuatro formas o modos de tratamiento analítico de la adicción: tratamiento por el saber, tratamiento por el significante, por el sujeto y por el objeto.

El tratamiento por el saber, que se basa en decirle al sujeto todo el daño que le produce la sustancia. Según Laurent, el único efecto posible de este tipo de tratamiento es el de la culpabilización del sujeto que consume. Bajo la premisa de que un sujeto no se separa de un objeto de goce porque sí ni porque sepa que es dañino ya que la pulsión de muerte es mucho más fuerte que cualquier narcisismo. El psicoanálisis se ocupa de conocer la vida del sujeto y de la relación con su síntoma, no para informarlo porque, justamente, desde una perspectiva lacaniana, abstenerse de dar información es una intervención analítica. Es generar un encuentro diferente al de otros tratamientos.

El tratamiento por el Significante consiste en decirle al sujeto “efectivamente, usted es un toxicómano”. Según Laurent, estos tratamientos condenan al sujeto a ser un adicto de por vida. Aquí no se tienen en cuenta lo que pasa después de que el sujeto aparentemente se cura. Así se interpreta desde esta perspectiva el tipo de tratamiento que utilizan, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos.

El tratamiento por el sujeto se plantea a partir de la máxima según la cual “el toxicómano no existe”. Lo que sí existe es la relación del sujeto con la droga. Pero como entidad nosológica, el toxicómano, no existe. Esto se acerca a los modelos psico-social y socio-cultural planteados por Helen Nowlis.

El tratamiento por el objeto se ha difundido sobre todo en Europa, a través de la adicción a heroína, dónde utilizan metadona como terapia de sustitución. El tratamiento se basa en sustituir un objeto por otro. Este tipo de tratamiento minimiza los daños, acercándose a las perspectivas de reducción de daños. El analista también puede ocupar este lugar, es decir sustituir el objeto droga, por el objeto analista.

El psicoanálisis de orientación lacaniana trabaja con las últimas dos perspectivas.

¿Cuáles son las consecuencias analíticas de la interpretación lacaniana del fenómeno de las adicciones?

La primera es que hay que interpretar el uso de drogas integrando su uso en la lógica de la cura. Si se somete a un sujeto a un tratamiento abstencionista, ¿cómo podrá interpretarse el uso de droga alguna si el mismo no puede ser observado? Aquí el psicoanálisis lacaniano tiene puntos de encuentro con terapias no abstencionistas y perspectivas de reducción de daño. Aunque el objetivo de no establecer la abstinencia es diferente, esto permite que puedan convivir bajo el mismo marco institucional.

Otra consecuencia es que las recaídas forman parte del recorrido del tratamiento, no significando un retroceso ya que un análisis comienza con un reordenamiento de los síntomas de transferencia. Aquí encuentra otro modo de vincularse directamente con las perspectivas terapéuticas no psicoanalíticas de reducción de daños. Por ejemplo, en una Comunidad Terapéutica que trabaje bajo esta perspectiva, un psicoanalista de esta orientación tendrá más chances de vincularse que uno que vea la abstinencia como un objetivo necesario e inmediato. Por el contrario, en instituciones abstencionistas, el psicoanalista lacaniano no podrá trabajar este síntoma en particular.

4.2.1.3 Terapias grupales

Otra de las modalidades psicológicas de tratamiento para adictos que han proliferado son las terapias de tipo grupal.

Según Bion, la diferenciación entre psicología individual y psicología grupal son una ilusión (Bion, 1961). No existe la posibilidad de que un individuo “no haga nada” respecto de un grupo. Esta idea rompe con el modelo médico que sólo observa cuerpos anatómicos o estados mentales individuales. Así, se propone revisar las funciones de la familia y otras relaciones sociales en los adictos.

Para Enrique Pichón-Rivière, la técnica psicoanalítica de grupos se puede clasificar en tres vertientes.

La primera de ellas, conocida como “grupos centrados en el individuo”, en los que el grupo gira en torno a aquel que se conoce como “portavoz”. La tarea interpretativa está dirigida por aquel que enuncia un problema, que generalmente es de características personales.

El segundo tipo de grupos es el que se conoce como “grupo centrado en el grupo”. Este abordaje considera al grupo como una totalidad.

Finalmente están los “grupos centrados en la tarea”, en donde lo importante es el objetivo que persigue el grupo en la relación sujeto-grupo, horizontalidad-verticalidad.

Este último tipo de grupos es el que se ha extendido mayormente en el tratamiento de adictos en diferentes instituciones. Lo fundamental de este tipo de abordaje es que se centra en la tarea, abordando los problemas de aprendizaje, los problemas personales en relación a la tarea (Pichón-Rivière, 1980).

El objetivo de estos grupos es, hecha explícita la tarea, promover un cambio operativo, es decir desde una situación concreta a otra, a través del conocimiento explícito de cómo realizar ese cambio. En ese proceso de explicitación, surgen inconvenientes que generan lagunas o baches en ese conocimiento. Allí se pone en juego la relación explícito-implícito, consciente-inconsciente, que es lo que el grupo quiere promover, llevando a una espiral

generativa de conocimiento grupal-individual que promoverá el cambio (Pichón-Riviére, 1980).

En los comienzos de las intervenciones psicoanalíticas en los hospitales en el área de adicciones, salvo excepciones, no se acostumbraba a realizar tratamientos individuales (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005; Galante, 2010) . Existen varias versiones acerca de por que se sostenía esta postura. Algunas de ellas apuntan a lo presupuestario, puesto que disponer de un profesional durante el tiempo que se requiere para una intervención analítica no está en línea con las políticas de eficiencia que se implementaron en el sistema médico, sobre todo a partir de la década de 1990. Por otro lado, existen oposiciones de índole teórica. Si el grupo es la unidad donde se produce la transferencia, y donde el adicto logra expresarse, existe una corriente teórica que señala que aquello que fue dicho en una instancia individual, no será dicho nuevamente en una instancia grupal y viceversa (Galante, 2010)

4.2.1.4 Terapias cognitivo-conductuales:

Las terapias cognitivas se centran en los procesos mentales, bajo la premisa general que el funcionamiento del cerebro guarda ciertas analogías con una computadora. Las terapias conductuales, por el contrario y como su nombre lo indica, se basan en la conducta.

La terapia cognitivo-conductual es por lo tanto, un tipo de terapia psicológica que se basa en reconocer y sustituir el pensamiento distorsionado o disfuncional - que ha llevado al abuso de sustancias en este caso- por pensamientos y creencias racionales (Gold, et al., 2008). De este modo, se parte desde de la conducta para lograr influir en el ámbito cognitivo y finalmente, en el emocional. La aplicación de este tipo de terapias es compleja, puesto que consideran que las emociones son una manifestación de los pensamientos y no a la inversa. Por consiguiente, cambiar el modo de pensar, influye directamente sobre el modo de sentir. Estos paradigmas han demostrado ser más efectivos en el corto plazo, pero no se tienen datos acerca de su robustez a lo largo del tiempo.

Como se desprende de lo anterior, es necesario interpretar determinadas conductas como irracionales (o desviadas) y proponer

conductas de reemplazo que sean racionales. Esto, a diferencia de las terapias psicoanalíticas que trabajan sobre estructuras de personalidad más generales, aunque interpretadas bajo la particularidad del sujeto hablante, es una forma de reduccionismo, puesto que reduce lo emocional a lo racional. A su vez, permite que los dispositivos diseñados estén más cerca de las modelizaciones en animales.

Este tipo de terapia posee cuatro aportes teóricos fundamentales:

- El condicionamiento clásico pavloviano, que da origen al conductismo.
- El condicionamiento operante, desarrollado por Frederic Skinner
- La teoría del aprendizaje cognitivo que presupone que los factores psicológicos son importantes influencias en las conductas de las personas.
- La Teoría del aprendizaje social, desarrollada a partir de la década de 1960 por Albert Bandura que pone el énfasis en la imitación como proceso de aprendizaje a través de la observación y la internalización de símbolos (lenguaje) (Bandura, 1977).

La intervención terapéutica en este tipo de terapia se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

La preocupación central de las terapias cognitivo conductuales no es acerca de las causas que originan la adicción, como si lo hace el psicoanálisis, el énfasis está puesto en diferentes explicaciones teóricas acerca del funcionamiento del comportamiento humano y del funcionamiento del cerebro.

Un tipo particular de terapias cognitivo conductuales son las terapias de manejo de contingencias que se basan en la farmacología conductual y en el condicionamiento operante. Por medio de programas de incentivos y recompensas se diseña un plan de manejo de situaciones en el que se toma como objetivo algún comportamiento central, reconocible y fácilmente cuantificable relacionado con la conducta que se quiere modificar (p.j. armar un cigarrillo ó comprar droga). Se escoge un mecanismo de refuerzo positivo, que premie la implementación de la conducta alternativa (dinero, pases de salida, etc.) y se establece un contrato que indique claramente los controles que se implementaran y los beneficios que es posible obtener.

Los estudios que dan origen a estas técnicas se remontan a los años 1970 en dónde se mostró como las terapias basadas en principios de reforzamiento podían modificar conductas en adictos severos al alcohol (Hunt y Azrin, 1973). Estos estudios estaban ligados a aquellos que se realizaban en animales en la misma época (Katz y Gormenzano, 1979), que hemos explicado en detalle en la sección anterior.

Estas son, en síntesis, las principales líneas teóricas que han abordado la problemática del adicto desde la psicología y el psicoanálisis.

En todas ellas, los principales objetivos terapéuticos radican en la eliminación de las necesidades básicas que llevan al impulso, así como al reforzamiento del aparato de control, de modo tal que la persona pueda enfrentarse al impulso, o por lo menos controlar las conductas relacionadas del tipo criminal.

Las personalidades toxicómanas, al presentarse como trastornos del carácter no poseen conciencia de enfermedad, por lo menos al inicio de tratamiento, o la tienen sólo cuando las drogas ya han causado efectos importantes. Esto puede jugar un rol fundamental, ya que muchos sujetos acudirán a consultar no por su propia voluntad, sino que obligados por instancias judiciales o familiares, como en el caso de muchos adolescentes. Naturalmente, cualquier individuo que acuda a terapia bajo estas condiciones no tendrá un buen pronóstico, ya que la motivación para ello no estaría presente y no se formaría la necesaria alianza terapéutica a la que tanto psiquiatras como

psicólogos y psicoanalistas hacen referencia. Además, dado que comúnmente los toxicómanos tienden a ser manipuladores y afectos a la mentira (condicionados por la estigmatización de la figura del “adicto”), el terapeuta podría confiar en que se estuvieran logrando avances y cambios, cuando en realidad no está ocurriendo ninguno.

Por otra parte, los toxicómanos poseen una fijación oral en la cual se conservan fuertes rasgos de dependencia hacia los objetos y baja tolerancia a la frustración. Dado esto, si el sujeto decide dejar las drogas a las que ha sido adicto, puede ser probable que desplace esa dependencia desde la droga hacia el terapeuta, debiendo cuidar muy bien éste en no ser otro objeto de dependencia y de equilibrar con cautela las gratificaciones y frustraciones hacia el paciente.

Estas complicaciones teóricas de implicancias prácticas jugaron un rol central en la falta de interés de los psicólogos y psicoanalistas por tratar a los adictos.

4.2.1.5 Psiquiatría

Según la perspectiva psiquiátrica, drogadependencia es un estado psíquico y, en ocasiones, también físico, ocasionado por la interacción entre un organismo vivo y una droga. Se caracteriza por las modificaciones del comportamiento y otras reacciones, entre las que siempre se encuentra una compulsión a ingerir la droga en forma continua o periódica, con el objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y también para evitar la angustia de la privación; este estado puede o no acompañarse de tolerancia (Gomberoff, 1986).

Los avances en neurobiología de las adicciones relacionados con el mejor conocimiento acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas motivacionales del cerebro, la estructura y función de los receptores opioides, nicotínicos, y cannabinoides, por nombrar sólo los principales, y su distribución a lo largo del cuerpo que han sido descriptos en el capítulo anterior, le han permitido a los médicos psiquiatras desarrollar una serie de estrategias para tratar las diferentes etapas del proceso adictivo, aún cuando

no se hayan desarrollado drogas realmente efectivas. Además, desde una perspectiva psiquiátrica (a diferencia de las estrategias psicoanalíticas o psicológicas vistas anteriormente), cada una de estas estrategias difiere para cada sustancia y es necesario considerar otro tipo de patologías que puedan estar interviniendo en el fenómeno adictivo.

Dependencia al alcohol:

Los psiquiatras reconocen que, en cualquier adicción, el paso del proceso de recuperación más difícil, junto con el síndrome de abstinencia, es el reconocimiento inicial que debe hacer el paciente del problema que tiene con la adicción (Daeppen, et al., 1999). Existen diferentes criterios psiquiátricos para atacar este problema, desarrollando estrategias para llevar adelante las primeras entrevistas en las que se “diagnostica” al alcoholístico. Algunas de ellas son intensivas, involucrando a la familia en un proceso de reconocimiento grupal, y otras son por medio de entrevistas individuales, cortas, evitando la confrontación.

No existe consenso acerca de cuál es el mejor mecanismo para generar la demanda de tratamiento en un alcoholístico. Probablemente porque no exista un mecanismo ideal y las especificidades individuales requieran mecanismos diferentes.

A diferencia de otros abordajes no exclusivamente psiquiátricos, donde la “etapa de admisión” al tratamiento es un proceso complejo (Cagliotti, 1978; Deitch, 1988; SEDRONAR, 2001b), en el que intervienen equipos interdisciplinarios y es de duración media, aquí, el psiquiatra actúa sólo y en un lapso muy breve.

Cuando el paciente acepta que tiene un problema con la sustancia y se somete al tratamiento, el paso siguiente es la desintoxicación.

La desintoxicación se fundamenta en el reconocimiento de que el cuerpo se ha acostumbrado a funcionar con una dosis alta de la sustancia considerada, modificando diferentes sistemas para encontrar un nuevo estado de equilibrio (OMS, 2004). Como regla general, cuando se elimina una sustancia de abuso del cuerpo, el mismo reacciona mediante los efectos opuestos a los

que provoca la sustancia. Es decir, si se es adicto a un depresor, al someter al paciente a desintoxicación, el cuerpo reaccionará produciendo los síntomas de euforia.

Es importante tener en cuenta que estos síntomas pueden generar problemas médicos adicionales. Por lo tanto es necesario realizar una exploración médica completa antes de someter al paciente a la abstinencia.

Para evitar parcialmente estos síntomas, también como regla general, se puede medicar al paciente con otra droga psiquiátrica que produzca efectos análogos a los del alcohol (depresores). En general se utilizan protocolos de desintoxicación de cinco días, disminuyendo la dosis de depresores legales en un 20% diario hasta llegar a la abstinencia total.

Atravesado el proceso de desintoxicación, se comienza a trabajar en la rehabilitación del paciente. Se utilizan para ello paradigmas educativos y enfoques cognitivo-conductuales para aumentar la motivación y prevenir la recaída. Lo que se busca es ayudar al paciente a que identifique aquellos puntos de su vida que le provocan situaciones de alto riesgo para consumir alcohol, y aprenda a manejarlos. Una de las formas mas utilizadas para lograr esto es la utilización de terapias de tipo grupal, que utilicen técnicas de *role playing*.

En cuanto a la medicación psiquiátrica específica para el tratamiento del alcoholismo, existen tres drogas que fueron aprobadas por la FDA y que según los psiquiatras han demostrado alguna utilidad, aunque ninguna de ellas es muy efectiva, ni siquiera razonablemente como para convertirse en un tratamiento extendido. Estas son la *Naltrexona*, un bloqueador de los opioides, el *Acamprosato* de estructura semejante al GABA, y el *Disulfiram* que produce reacciones agudas con la ingesta del alcohol, provocando una fuerte aversión.

Tanto la *Naltrexona* como el *Acamprosato* actúan a nivel del sistema nervioso central, aunque por mecanismos diferentes. El *Disulfiram*, en cambio, actúa a nivel del hígado, bloqueando la correcta metabolización del alcohol. En este sentido, por más que ha sido señalada cierta utilidad

respecto de este último medicamento su acción no tiene ningún efecto sobre el fenómeno adictivo en si mismo, más allá del “castigo” que recibe el paciente al ingerir alcohol.

Dependencia de opiáceos:

Los tratamientos psiquiátricos farmacológicos para la adicción a opiáceos son los que se encuentran más desarrollados. Quizás por la antigüedad de esta adicción. Recordemos que, si descartamos al alcohol, los problemas relacionados con el consumo de opio son los más antiguos de todas las sustancias de abuso. Pero más probablemente, la existencia de estos fármacos, como la metadona o la clonidina, esté relacionada con la potencia y la extensión que ha tenido en las décadas pasadas la adicción a heroína en los países del primer mundo (JIFE, 2008; OMS, 1993a).

El proceso de tratamiento de la adicción a opiáceos tiene, a grandes rasgos, las mismas fases que el resto de las adicciones. Un período breve de desintoxicación, luego un proceso largo de tratamiento (mantenimiento) que, en el caso de los opiáceos, puede llevarse a cabo con antagonistas y/o agonistas parciales.

La desintoxicación de opiáceos busca eliminar del organismo la dependencia fisiológica de los mismos en un contexto en el que, idealmente, se eliminen los síntomas adversos de este proceso.

El proceso de desintoxicación de un opiáceo comienza con un tratamiento de sustitución con otro opiáceo de menor peligrosidad y la posterior disminución gradual de su uso hasta una dosis de mantenimiento. Los dos opiáceos más utilizados para la sustitución son la metadona y la buprenorfina. Las principales ventajas de la metadona frente a los otros opiáceos es que puede ser administrada por vía oral y que es de acción prologada, su vida media ronda las 24 horas, permitiendo una dosificación diaria. Asimismo, posee un síndrome de abstinencia mas leve (Collins y Kleber, 2008). La metadona se une a los receptores opioides, estimulándolos y evitando que otros opiáceos, como la heroína, puedan actuar sobre ellos. Reducen de este modo tanto el síndrome de abstinencia, al tiempo que proporcionan cierta inmunidad sobre dosis posteriores de heroína.

Una vez realizada la desintoxicación se tiene que buscar una estrategia para realizar el tratamiento de mantenimiento. Existen dos estrategias farmacológicas principales. Las que utilizan agonistas puros o parciales, como la metadona, y las que utilizan antagonistas, como la naloxona y la naltrexona. Los antagonistas, se unen a los mismos receptores que las drogas que vienen a sustituir, pero no los activan. Es importante tener en cuenta que para iniciar un tratamiento con antagonistas, el paciente debe estar libre de opiáceos, sino se desencadenaría un síndrome de abstinencia inmediato. Por ello es importante completar previamente la etapa de desintoxicación. Los datos clínicos muestran que estos tratamientos no son efectivos por si mismos. Deben estar acompañados de otras estrategias terapéuticas en un “tratamiento integral”, que incluye terapia individual y grupal.

Cuando un adicto ha llegado a este punto del tratamiento, hay que mantenerlo “limpio”. Para ello, se utilizan tratamientos a largo plazo de mantenimiento con agonistas, principalmente metadona. No se sabe cuanto dura el tratamiento de mantenimiento con metadona, quizás de por vida, convirtiéndose de este modo la adicción en una enfermedad crónica que necesita ser medicada “de por vida”. Cuando se interrumpe el tratamiento, sobreviene la abstinencia y/o el riesgo consiguiente de consumir otras drogas.

4.2.2 Breve historia de la salud mental en la Argentina:

La psiquiatría y la psicología, y más radicalmente el psicoanálisis, se constituyeron en la Argentina como especialidades separadas. Hasta la década de 1930, los psiquiatras eran vistos más como administradores de hospicios, cercanos a los directores de cárceles, que como médicos (Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro, 2005; Goffman, 1970). Esto se debía, en gran medida, a la ausencia de técnicas terapéuticas eficaces que dieran respuesta a las enfermedades mentales más comunes. En la década de 1930 esto comienza a modificarse gradualmente con la aparición de las técnicas de shock eléctrico y shock químico, que resultaban efectivas en algunos casos. El relativo éxito de éstas técnicas permitió que la psiquiatría

se consolide como una disciplina médica autónoma y que aumente su prestigio científico.

El psicoanálisis fue introducido en la Argentina a fines de la década de 1910. Según Mariano Plotkin (Plotkin, 2003) se pueden distinguir tres etapas o momentos en la introducción y la difusión del psicoanálisis en la Argentina. Un primer momento, que abarca desde fines de la década de 1910 hasta comienzo de la década de 1920 y que se caracteriza por la discusión de las ideas de Freud en círculos médicos, donde las mismas eran concebidas, principalmente, como una doctrina extranjera con algún interés teórico y de poca o ninguna aplicación práctica. Un segundo momento, que llega hasta finales de la década de 1930, caracterizado por una fuerte discusión entre los psiquiatras locales. Por un lado estaban quienes fueron incorporando gradualmente las ideas y las prácticas freudianas a su arsenal terapéutico y por otro, aquellos psiquiatras que lo criticaban duramente. En este período, el psicoanálisis comienza a rebasar los límites de la psiquiatría y la psicología y comienza a ser discutido en entornos más amplios de la cultura. La técnica psicoanalítica comienza a ser utilizada para analizar la realidad política, la literatura, el arte en general, etc. En este sentido, deja de ser sólo una técnica terapéutica y se convierte en un objeto de consumo cultural (Plotkin, 2003).

Finalmente, entre las décadas de 1930 y 1940 el psicoanálisis y la psiquiatría se establecen como especialidades autónomas.

En 1942 se funda la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), la primera asociación psicoanalítica admitida, en 1949, en la IPA, su contraparte internacional. La APA jugaría un rol central en la difusión del psicoanálisis y en la generación de una visión científica del mismo. En los orígenes de esta institución, fue mucho lo que se hizo por estrechar los vínculos con la comunidad médica. Sin embargo, los psiquiatras y los médicos se mostraron resistentes a incorporar las técnicas psicoanalíticas hasta dos décadas después.

Como señala Plotkin, la polarización creciente entre psiquiatras y psicoanalistas se debió en gran medida al encierro de estos últimos en sus propias instituciones, a la construcción de un lenguaje propio y a la generación de una subcultura con límites muy definidos. Pero más

importante sería la polarización política general que sufrió la sociedad Argentina con la aparición del Peronismo. Durante una década, el psicoanálisis no sería visto con buenos ojos, sino como parte del movimiento de resistencia cultural hacia el peronismo, actitud que, si bien no estaba acompañada de una persecución activa, sí lo era en términos retóricos. La manifestación más relevante de esta ideología provenía, quizás, del propio Ministro de Salud Pública, Ramón Carrillo, quién objetaba permanentemente al psicoanálisis.

De este modo, psicoanálisis y psiquiatría quedaron separados y su reencuentro provendría posteriormente de lugares mucho más específicos que condicionarían las posibilidades de desarrollo conjunto y de cooperación terapéutica.

Durante la década de 1950 el psicoanálisis expandió sus intereses y sus públicos. Se ocupó del psicoanálisis de niños, de la maternidad, aparecieron las terapias grupales y un sinnúmero de técnicas analíticas nuevas. En la siguiente los psicoanalistas ampliarían sus intereses hacia problemáticas sociales, en oposición a lo que ocurría con la psiquiatría clásica somática (Plotkin, 2003).

Hacia finales de la década de 1950 la psiquiatría experimentó en todo el mundo una revolución conocida como la “nueva psiquiatría”, donde surgieron nuevos abordajes teóricos dentro del campo psiquiátrico. Principalmente poniendo en cuestión la estructura hospitalaria, basada en el asilo como modelo de tratamiento psiquiátrico (Jones, 1970). Esta revisión de la psiquiatría permitió que el psicoanálisis fuera considerado como una herramienta válida por los psiquiatras más progresistas. Por otra parte, el psicoanálisis ya gozaba, en la Argentina, de un alto prestigio social. Los psiquiatras progresistas lo incorporaban también como modo de modernizar el sistema de asistencia psiquiátrica, inaugurando lo que sería dado en llamar la psiquiatría dinámica.

Al mismo tiempo, la rigidez del establishment psicoanalítico argentino, representado por la APA provocó que un grupo de psicoanalistas que consideraban que el psicoanálisis no debía quedar confinado al

consultorio privado se escindieran de esta institución. Entre ellos estaban, José Bleger, Enrique Pichón Riviere, Fernando Ulloa y David Liberman. Esto posibilitó el encuentro entre estos dos campos que se plasmó, por ejemplo, en la inclusión de psicoanalistas en el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en 1957.

Otros indicadores del encuentro teórico y práctico entre psicoanálisis y psiquiatría en la década de 1950 son las publicaciones Revista Latinoamericana de Psiquiatría y la revista Acta Neuropsiquiátrica Latinoamericana²⁹.

Ambas revistas estaban conformadas por un comité editorial heterogéneo y publicaron artículos tanto de psiquiatría como de psicoanálisis. En la primera de ellas, Nerio Rojas formaba parte del comité. Recordemos que fue este psiquiatra y médico legista quien elevaría, en 1956, un proyecto de Ley acerca de la asistencia a alienados, toxicómanos y alcoholistas (Rojas, 1956).

Este acercamiento ocurrido en la década de 1950 entre psiquiatría y psicoanálisis derivó en que las discusiones posteriores ya no sean entre unos y otros, sino entre concepciones distintas de la salud e higiene mental (Plotkin, 2003). Por un lado estaban los psiquiatras clásicos somáticos y los psicoanalistas ortodoxos de la APA, quienes se sentían más cómodos con el antiguo sistema asilar, en gran medida porque defendían su estatus de médicos profesionales, mientras que las nuevas generaciones de psicoanalistas ya no serían, necesariamente, médicos. Por otro lado estaban los psiquiatras y psicoanalistas progresistas que veían en sus disciplinas no solo un modo de atención de la salud, sino una herramienta de cambio social.

Otro elemento que contribuyó, en esta época, al acercamiento entre psicoanálisis y psiquiatría fue el desarrollo de drogas psicotrópicas. Las mismas permitían generar las condiciones en pacientes con ciertas patologías, para que puedan expresarse y, por consiguiente ser escuchados y por tanto ser objeto de intervenciones psicoanalíticas. De este modo, un

²⁹ Fundada por Guillermo Vidal en 1954 con el nombre *Acta Neuropsiquiátrica Argentina* desde 1964 cambió su denominación a *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.

correcto diagnóstico psiquiátrico, que implicaba la correcta utilización de estas drogas, favorecía la inclusión del psicoanálisis y, por su parte, un buen tratamiento psicoanalítico favorecía un mejor diagnóstico psiquiátrico.

A raíz de este acercamiento, la terapia psicoanalítica logra una integración relativa en los hospitales generales del país. Con el caso sobresaliente de la experiencia llevada a cabo en “El Lanús”, el Hospital Gregorio Araoz Alfaro, donde Mauricio Goldemberg, que fue designado director del servicio de psicopatología de ese hospital en 1956, introdujo un abordaje interdisciplinario. Goldemberg fue incluyendo al psicoanálisis de forma cada vez más importante (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005). Desde 1950, el Hospital Rawson también contaba con un servicio de salud mental (Plotkin, 2003), pero no contaba con la misma complejidad que el servicio que ofrecía Goldemberg en El Lanús, donde se ofrecía terapia psicoanalítica individual, terapia psicoanalítica grupal, servicio de hospitalización, hospital de día y tratamiento ambulatorio además de todos los abordajes psiquiátricos clásicos. En este hospital se integro por primera vez tanto a la psicología y a la psiquiatría a la práctica clínica general.

De este modo, el psicoanálisis, que durante muchas décadas se había mantenido al margen de los ámbitos de salud públicos terminó siendo incluido de forma definitiva en los hospitales. Psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas comenzaron a trabajar en conjunto, no sin diferencias, pero en la construcción de tratamientos y marcos teóricos cada vez más inclusivos. Durante la década de 1960, psicoanálisis y psiquiatría estrecharon progresivamente sus vínculos. Pero no será hasta la década de 1980 y más decididamente en 1990, cuando psicoanálisis y psiquiatría comienzan un camino de colaboración mutua en el área específica de las adicciones.

Los motivos que explican este interés tardío de los psicoanalistas por la problemática adictiva son múltiples. Por un lado, la propia historia del psicoanálisis en la Argentina y la oposición que encontró para ser incluido como una disciplina por derecho propio dentro del campo de la salud mental no puede ser descartada, como vimos anteriormente. Por otro lado, y relacionado con lo anterior, existen factores normativos concretos que

dificultaron que el psicoanálisis se ocupe de los adictos (y de muchas otras enfermedades mentales).

Así, en 1954, el Ministerio de Salud Pública limitaba la práctica del psicoanálisis a los médicos. A los psicoanalistas solamente se les permitía actuar como auxiliares en la implementación de distintos tipos de test, siempre bajo la dirección de un médico.

En 1967, la ley 17.132 señalaba en su artículo 9° que *“la anestesia general, el psicoanálisis y los procedimientos psicoterápicos en el ámbito de la psicopatología quedan reservados a los profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina.”* Asimismo, en el capítulo X titulado “De los Auxiliares de Psiquiatría”, señalaba que:

“...en psicopatología únicamente como colaboradores del médico especializado en psiquiatría, por su indicación y bajo su supervisión, control y con las responsabilidades emergentes de los artículos 3°, 4° y 19, inciso 9; debiendo limitar su actuación a la obtención de tests psicológicos y a la colaboración en tareas de investigación.

Y finalmente, de forma tajante: *“Les está prohibido toda actividad con personas enfermas fuera de lo expresamente autorizado en los párrafos precedentes, asimismo como la práctica del psicoanálisis y la utilización de psicodrogas.*

Esta ley recién sería modificada en 1985 cuando, ya en democracia, se promulga la ley 23.277 donde se reglamenta el ejercicio profesional de la psicología.

No obstante estas restricciones legales, el ejercicio de la psicología y el psicoanálisis era moneda corriente en Buenos Aires (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005; Plotkin, 2003), tanto en el ámbito privado, como en hospitales públicos en los que fue ingresando paulatinamente luego de la experiencia en El Lanus. Tenemos que recordar que, desde sus orígenes y hasta las escisiones más importantes ocurridas en las décadas de 1950 y 1960, la APA exigía que, para ser psicoanalista, se debía obtener, primero, el título de médico. Esta situación se modificaría radicalmente en la década de 1950 con

la creación de las carreras de psicología (Vezzetti, 1992). De modo que, aunque pudo implicar una importante restricción, la legislación no explica por sí sola la ausencia de psicólogos y psicoanalistas en los tratamientos para adictos. Existen determinantes de índole conceptual que dificultaban la aproximación entre psicoanalistas y adictos que se relacionan con las formas específicas que adoptó el psicoanálisis. En todas ellas se considera que, para que una terapia analítica tenga éxito, es necesario que exista una demanda del paciente respecto del síntoma. Por lo general, los adictos no reconocen el síntoma y existe poca demanda espontánea de tratamiento por parte de ellos. La importancia de esta restricción teórico-conceptual se modificaría con la aparición de Lacan.

4.2.3 Historia del lacanismo en Argentina

La obra de Lacan fue introducida en la Argentina hacia mediados de la década de 1960 con la traducción de un texto del filósofo marxista francés Louis Althusser. El texto de Althusser, de 1964, se titulaba *Freud y Lacan* (Althusser, 1996) y expresaba, claramente, la pretensión de muchos psicoanalistas: dar al psicoanálisis un estatus científico. Althusser definía al psicoanálisis del siguiente modo:

“Una práctica (la cura analítica). Una técnica (método de la cura), que da lugar a una exposición abstracta, de aspecto teórico. Una teoría que está en relación con la práctica y la técnica. Este conjunto orgánico, práctico, técnico, teórico, nos recuerda la estructura de toda disciplina científica. *Formalmente*, lo que Freud nos da posee en realidad la estructura de una ciencia.” (Althusser, 1964)

El estructuralismo Althusseriano, que ya se había difundido entre los intelectuales argentinos en esa década, comulgaba muy bien con las descripciones que hacía Lacan de la estructura psíquica y de su funcionamiento. Lacan independizaba definitivamente al psicoanálisis de otras ciencias y prácticas científicas, en particular de la medicina.

La interpretación de Freud que hizo Lacan y, sobre todo, la interpretación de Lacan que hicieron los intelectuales argentinos despolitizó en cierto sentido al psicoanálisis (lacaniano). Hacia la década de 1960, el

psicoanálisis se había vuelto un producto de consumo cultural y la militancia política de los psicoanalistas argentinos teñía toda su práctica. Pero la introducción de Lacan permitió que muchos psicoanalistas pudieran reinterpretarlo. Ya no era el psicoanálisis, a través de su interpretación de la cultura, una herramienta del cambio social, una forma de resistencia política. El psicoanálisis lacaniano se enfocó más en la *cura*³⁰. Si bien en términos de instituciones y de militancia política los psicoanalistas lacanianos eran, por supuesto, sujetos políticos, a la hora de la intervención analítica propiamente dicha, el “purismo” y la rigidez que tenían en la lectura e interpretación de los textos de Freud y Lacan los llevó a erradicar de su práctica cualquier elemento cultural que considerasen no pertinente.

Esto no significa que estuviera exento de contenido político. El rechazo que el lacanismo hacía de las instituciones tradicionales, como la APA, la IPA, y la forma en la que se enfrentaba al establishment médico, lo posicionaron durante algún tiempo como una práctica de izquierda.

Esta doble condición politizadora y despolitizadora al mismo tiempo le permitía a los psicoanalistas lacanianos sostener un discurso despolitizado que les abría espacios allí donde los psicoanalistas tradicionales eran rechazados al mismo tiempo que les permitía actuar políticamente sin manifestarlo y sin que ello presente conflictos aparentes para sus practicantes, ni con las autoridades.

Estas particularidades del psicoanálisis lacaniano derivaron en la creación de instituciones paralelas a las ya múltiples instituciones psicoanalíticas existentes.

En 1969 Oscar Masotta fundó la Escuela Freudiana de Buenos Aires, la primera institución psicoanalítica lacaniana de habla hispana (Plotkin, 2003). Con el transcurso del tiempo y a diferencia de lo que ocurría en gran parte del mundo, el psicoanálisis lacaniano se convirtió, en la argentina en una corriente muy difundida.

³⁰ Esta interpretación del psicoanálisis lacaniano corresponde a las primeras décadas del mismo. En la actualidad la situación es prácticamente la inversa.

Dentro del campo de la conceptualización y el tratamiento de la conducta adictiva, la creación institucional más importante fue sin lugar a dudas la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL), en 1992 cuyos objetivos son:

- Favorecer el desarrollo del psicoanálisis freudiano según la orientación de Jacques Lacan.
- Contribuir a restaurar la verdad del psicoanálisis y transmitir su saber, ofreciéndolo al control y al debate científico.
- Fundar en razón la calificación de psicoanalista.
- Promover la formación científica del psicoanalista conforme a dicha orientación.
- Difundir el conocimiento de los fundamentos teóricos y de los resultados prácticos de la experiencia psicoanalítica.

Esta institución emprende, por primera vez en el campo psicoanalítico nacional (y sería pionera en el plano internacional), una investigación organizada en torno a la temática adictiva a través del Grupo de Toxicomanía y Alcoholismo, el TyA.

TyA (Toxicomanía y Alcoholismo)

El TyA es un departamento de investigación y formación de la Escuela de la Orientación Lacaniana. En él se propone la investigación y la formación especializada en el campo Freudiano de orientación Lacaniana en el área de adicciones. Este grupo surge como efecto de la conformación de la EOL pero tiene sus antecedentes nacionales en el Véctor del Alcoholismo y Toxicomanía de la Biblioteca Internacional de Psicoanálisis y en el Grupo de Trabajo en Drogadicción del Simposio del Campo Freudiano.

Originalmente el grupo TyA se desarrollaba, en Argentina, en el Instituto del Campo Freudiano. Sus comienzos datan del año 1988 (Galante, 2010; Miller, 1994). En 1992, con la conformación de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL), el grupo TyA paso a formar parte de la misma y, desde ese año, el TyA lleva a cabo un seminario semanal en forma ininterrumpida donde se discuten diversos temas de la toxicomanía y el alcoholismo

interrogados desde el psicoanálisis de orientación lacaniana. Este seminario es abierto y gratuito.

Adicionalmente, este grupo mantiene reuniones mensuales de organización y coordinación. En 1994, TyA comenzó a recopilar sus investigaciones, publicaciones y actividades en una revista periódica, *Pharmakón* que se edita desde 1994 en forma semestral.

Es importante señalar que el TyA no realiza tratamientos ni atención, es un espacio de reflexión teórica y formación en el cual los psicoanalistas de esa orientación pueden obtener herramientas terapéuticas y compartir experiencias para aplicar en su práctica profesional.

El grupo TyA no se crea en el vacío. Por el contrario, tiene sus antecedentes en el grupo GRETA (Grupo de Investigación y de Estudio sobre la Toxicomania y el Alcoholismo) que se desarrolla en París, el grupo CEREDA, también de Francia que estaba a cargo de Hugo Freda, el grupo MACERATA, en Macerata, Italia y el Grupo del Centro Fundanalítica, de Caracas, Venezuela, creado en 1986 (Miller, 1994).

Desde 1992 y hasta el presente, TyA se ha constituido como un espacio de reflexión acerca de la problemática adictiva en el ámbito psicoanalítico. Ha contribuido a la formación de profesionales, ha brindado cursos y conferencias en hospitales públicos y Universidades y se ha consolidado como un referente en el área de toxicomanía en los congresos de salud mental en la Argentina.

Desde que se publica *Pharmakon*, TyA cuenta con un espacio formal desde donde difundir sus investigaciones, sus discusiones, sus actividades anuales, y las actividades de los grupos asociados de todo el mundo que, en 1993, conformaron la “Red TyA”. Esta red se conforma de diferentes grupos de características similares que realizan investigación, formación e incluso tratamiento de adictos desde la misma perspectiva en diferentes partes del mundo. Estos grupos se fueron relacionando en los sucesivos encuentros internacionales del Campo Freudiano, plasmándose la idea de la realización

de una publicación conjunta y de la conformación de una red que la utilice como vía formal de comunicación en el VII Encuentro Internacional del Campo Freudiano que se realizó en Caracas en 1992.

En 1992, cuando se realizan las primeras reuniones del TyA participan, entre otras personas Rudy Bleger, Graciela Brodsky y José Luis González, importantes psicoanalistas argentinos y personas estructurantes del campo de las adicciones.

En el anexo se ofrece un breve repaso por alguna de las actividades anuales del TyA (Tabla A1).

Es muy difícil cuantificar la influencia específica de las actividades del Grupo TyA en la Argentina, pero tanto sus integrantes formales como los profesionales que asisten o han asistido a sus seminarios se encuentran diseminados por todo el sistema público de salud de atención de las adicciones. Asimismo, su trayectoria en actividades de capacitación informal y actividades de extensión hace que las mismas estén en boca de todos los profesionales del área. Por otro lado, no existe un espacio de formación psicoanalítica especializado en adicciones que represente otras modalidades terapéuticas, de modo que la orientación lacaniana se ha vuelto hegemónica. Como indicador de la extensión de la influencia de las actividades de TyA señalaremos algunas inserciones institucionales.

- En el CENARESO, José Luis González, actual director asistencial, es miembro fundador y partícipe activo de la EOL y del TyA. Actualmente se desempeña como secretario de asuntos institucionales del TyA.
- En el Hospital Álvarez, Darío Galante, quien supervisa psiquiátricamente al Área de Adicciones es integrante y director del TyA y dicta periódicamente sus seminarios.
- En el mismo Hospital, el Lic. Alberto Trímboli director del Área de Adicciones pertenece a la misma escuela. Ambos han dictado cursos y seminarios del TyA.
- En el Centro Carlos Gardel, el Centro de Adicciones del Hospital Ramos Mejía, su director, el Dr. Mario Kamenieki es integrante del TyA.

- La licenciada Rosa Daniell, que coordina la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es integrante del TyA y asiste periódicamente a sus seminarios.

Como podemos ver, las principales instituciones públicas de tratamiento de adicciones están dirigidas por personas que integran el TyA. Esto, junto con la estructuración propia del campo freudiano de orientación lacaniana que, como señalábamos antes, fue conformando un lenguaje y unas instituciones muy cerradas con ritos de iniciación muy claros, fomenta la endogamia teórica y la unicidad de abordajes.

4.3 Las adicciones en la revista *Acta*:

Hacia la década de 1960, si dejamos de lado el alcoholismo que era una preocupación académica de larga data, el consumo de drogas, la adicción ó bien la toxicomanía, para usar la terminología de la época, era un fenómeno que no estaba instalado como tema de estudio en los ámbitos académicos. Solamente existían algunas menciones esporádicas, escritas por médicos toxicólogos en revistas de medicina (Astolfi, 1970; Brizuela, 1983).

Uno de los primeros ejemplos que encontramos de publicaciones científicas que abordan la problemática en el país de forma recurrente es la revista *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, una de las primeras y más prestigiosas revistas que se dedican a publicar investigaciones del ámbito psicocientífico en lengua española, tanto en psiquiatría como en psicología, psicoanálisis y, últimamente, también en neurociencias.

Se han revisado los artículos publicados entre 1955 y 2009 con la finalidad de observar la cantidad de ellos que corresponden a la temática adictiva y cómo se organizan temáticamente hacia adentro de este campo. Se presentan a continuación los resultados principales de esta indagación como modo de evaluar, al menos desde esta mirada particular, los intereses académicos y sus modificaciones a lo largo de más de 5 décadas. No se trata de ningún modo de un estudio cuantitativo. Se trata de una exploración cualitativa con

el único objeto de detectar intereses académicos que contribuyan a pensar la relación de la producción de conocimiento con la construcción pública del problema.

Entre 1955 y 2009, se publicaron en Acta, 149 artículos sobre adicciones. De estos, 80 son sobre alcohol y tabaco mientras que 69 tratan sobre diferentes aspectos de otras drogas. 17 de ellos tratan sobre los usos terapéuticos del LSD, terapia de moda en la década de 1960 en el ámbito psiquiátrico dinámico local.

En 1966 se prohíbe la venta de LSD en la Argentina y por consiguiente el LSD pierde interés terapéutico y las publicaciones decrecen.

A principios de la década de 1960, según señala Weissmann, se puede encontrar una modificación de los discursos de esta revista que vira del uso terapéutico o experimental del LSD (y otras drogas como la marihuana) hacia concebir la adicción ó toxicomanía como un trastorno fisiológico provocado por la intoxicación con una sustancia. En general, este consumo se explicaba por fenómenos psicológicos desadaptativos debido a la imposibilidad y/o incapacidad de ciertos individuos de encontrar soluciones más acertadas a sus problemas existenciales (Lindesmith, 1965). Muy poco se decía de la toxicomanía en este medio, como una enfermedad psicopatológica. No obstante, claramente esta incapacidad intrínseca de los individuos se la asociaba directamente al funcionamiento del inconsciente (Weissmann, 2000).

Este cambio de perspectiva debe ser interpretado en el marco de las modificaciones internacionales señaladas por Helen Nowlis en la concepción acerca del problema de las adicciones (Nowlis, 1975). Lo que subyace en este período es la emergencia del modelo psico-social que comienza a reemplazar, en algunos aspectos, al medico-sanitario.

En 1964, la Organización Mundial de la Salud recomendó sustituir el término *toxicomanía* por el de *dependencia* entendida como un “estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos mas o menos intensos

(síndrome de abstinencia) cuando se suspende bruscamente la ingesta de droga (OMS, 1964).

Comienzan entonces a circular estos nuevos conceptos que le otorgan cierto sustento biológico al fenómeno y, sobre todo, una explicación causal de tipo materialista y no de tipo psicológica o social.

Hacia finales de la década de 1960 y comienzos de 1970 surge una nueva asociación que dominaría los discursos académicos: drogas y juventud. En parte asociado a los fenómenos que señalábamos antes, respecto de las dificultades para afrontar los problemas de la vida, una característica típica de la adolescencia, pero también con el agravamiento de estos problemas producto del rápido desarrollo del sistema social capitalista, que alcanzaría sus límites en la década de 1990, se construye a la juventud como el principal “grupo de riesgo” susceptible a la problemática “droga”. Es en este período en el que se establecen tres formas de afrontar el problema. Puesto que ha sido relacionado con un problema de “salud”, se aplican los mismos principios que al resto de las patologías: prevención, tratamiento y rehabilitación.

Poco a poco se empieza a hacer evidente que los usuarios compulsivos de drogas tienen altos índices de patologías psiquiátricas asociadas. Comienza a construirse entonces la imagen del “adicto loco” y la idea de que, en realidad, la dependencia oculta problemas psicopatológicos subyacentes. De este modo, en el ámbito psicológico/psiquiátrico se pasó de concebir al adicto como un individuo con problemas para adaptarse al medio, debido a su debilidad intrínseca (psicológica), para entenderlo luego como un joven contestatario de los valores sociales dominantes y mas tarde como un loco que utiliza las drogas para ocultar o mitigar su locura. De mas está decir que estas conceptualizaciones no se encuentran en forma “pura”. Los adictos son cargados a través de estos discursos de todas estas características negativas. A su vez, estas problemáticas están cruzadas por la condición legal de las sustancias. A pesar de que estas conceptualizaciones de las que venimos hablando ocurren en ámbitos académicos (y de allí van a difundir al resto de la sociedad), la estigmatización del adicto como delincuente tiene su origen, como vimos, fuera de estos ámbitos. Pero los mismos no eran totalmente

impermeables a ello. La sola mención de la estigmatización de la que son objetos los adictos es señalada muchas veces en estos foros con el doble sentido de, por un lado justificar la nueva visión que defiende el académico en cuestión, al mismo tiempo que se la utiliza para resaltar la importancia de la problemática y justificar de este modo la importancia de su trabajo:

“El mal de la toxicomanía es un problema universal, y él afecta los más diversos aspectos de la vida social. Es, en primer término, un problema médico, pues el hábito del uso de alcohol y drogas estupefacientes compromete, ante todo, la salud del intoxicado y su descendencia.

Si bien ese tan grave aspecto, bastaría para imponer preocupación de los poderes públicos, hay también otros igualmente importantes. Uno es el económico, pues tal estado compromete intereses patrimoniales que afectan al enfermo y además, a su familia. Hay también el aspecto moral, pues tales intoxicaciones crónicas, sin referirme a los casos de verdadera alienación mental, agravan taras anteriores, despiertan malas tendencias latentes, producen trastornos nerviosos; todo ello en detrimento de la personalidad psicológica, especialmente con disminución del sentido ético, de la voluntad y de la capacidad de trabajo, además de la impulsividad propia de los alcoholistas y la propensión a la mentira de los narcómanos. Y esto perturba grandemente la armonía y la moral familiares.

Hay, finalmente, el aspecto público de la delincuencia vinculada a esta causa. Ella tiene dos sectores: uno es el de los delitos en los cuales el toxicómano es el agente o la víctima; otro es el del mundo de los traficantes...” (Rojas, 1956)

Discursos como el anterior, que mezclan indiscriminadamente aspectos médicos, psicológicos, sociales, familiares, públicos y privados son moneda corriente incluso en la actualidad.

Al mismo tiempo, se produce una contradicción. El adicto, al ser considerado un loco, no es responsable de su conducta, mientras que, al infringir la ley, ya sea por tenencia o consumo de estas sustancias, es susceptible de castigo, cuyas penas son de las más severas que se pueden encontrar en la legislación.

Las acciones de prevención, se mezclan así con acciones de control, puesto que prevenir es al mismo tiempo, informar a los grupos de riesgo de los peligros del consumo, pero también controlar el tráfico ilícito, la tenencia y el consumo del mismo.

En la década de 1980 se publicaron 22 artículos en *Acta* sobre problemáticas adictivas. Los artículos publicados se centran aún mas sobre el alcohol (13/22). Se vuelven más importantes los estudios de tipo epidemiológico realizados por grupos de investigación locales, sin ninguna o poca articulación metodológica internacional que permita la comparación. Esto los vuelve interesantes desde un punto de vista académico, pero poco relevantes desde una perspectiva de salud pública, puesto que sus datos no pueden ser puestos en contexto (Serfaty, et al., 1997).

Otra característica de las publicaciones de esta década es la inclusión de “la pobreza” como un factor adicional en la problemática. Esto se mantendría en la década siguiente, pero se agregarían además, las problemáticas de las clases “altas”, evidenciándose patrones de consumo diferenciales (Míguez y Magrí, 1993).

En la década siguiente se publicaron 16 artículos sobre la temática adictiva, sobre un total de 350 artículos (*Acta* publica entre 30 y 40 artículos anualmente). En estos, se continúa con los estudios de tipo epidemiológico, pero el objeto de estudio ya no es prioritariamente el alcohol, sino que se traslada a todas las sustancias de abuso, tanto legales como ilegales (13/16) (Míguez, 1997) y se evidencia un interés creciente por los aspectos preventivos (Míguez, 1998).

Las preocupaciones originadas en la década de 1970 en torno a droga y juventud se manifiestan en la década de 1990 en estudios sobre poblaciones de jóvenes. De los primeros estudios realizados sobre el consumo en estas poblaciones surge la idea de la *desintegración familiar*, como un causal de la toxicomanía. Los estudios muestran como los individuos que se encuentran en tratamiento pertenecen, en porcentajes elevados, a familias disfuncionales, de padres separados o sin trabajo (Míguez y Pecci, 1993; Míguez, 1998; Serfaty, et al., 1997). No obstante, no es posible encontrar estadísticas similares en la población general que nos permita contextualizar el uso que se está haciendo de estas características sociofamiliares de los consumidores. Esta conceptualización es

contemporánea al auge de las terapias psicoanalíticas grupales y familiares (Abadi, 1980; CENARESO, 1976; OMS, 1993b; Plotkin, 2003).

En la década del 2000 se publicaron 24 artículos sobre un total de 353. A las temáticas anteriores se agrega la problemática de los medicamentos no recetados (Míguez, 2000, 2007). Continúa la preponderancia de los artículos epidemiológicos y se profundizan los estudios en poblaciones específicas, particularmente en jóvenes.

Si comparamos las temáticas generales de los artículos entre 1980 y 2009 (Tabla 4.2) vemos una clara preponderancia de los artículos epidemiológicos seguidos de otros que abordan aspectos más generales de la problemática adictiva. Nuevamente vemos relegadas las preocupaciones directas sobre los tratamientos o la prevención. Aunque podría argumentarse que la epidemiología es una base sobre la cual construir la información para posteriormente prevenir e intervenir, no se ha evidenciado esta tendencia ni en la revista ni, ya lo hemos visto, en otras áreas de construcción de discursos y políticas (neurobiología, legislación, etc.).

Tabla 4.2: Clasificación de los artículos de *Acta* entre 1980 y 2009

Temática	#
Epidemiológicos	24
Sociopolíticos	15
Subjetivantes	10
Descripción de Terapias	5
Prevención	5
Investigación básica	3
Total	62

Elaboración propia. Fuente: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*

El análisis de los artículos publicados por *Acta* nos muestra por un lado la marginalidad de la temática adictiva dentro del campo más amplio de la salud mental. El lugar que se le otorgó al uso de drogas ilícitas es muy reducido si lo comparamos, por ejemplo, con el número de artículos sobre alcoholismo: 52 artículos sobre drogas, frente a 80 que tratan alcohol y en menor medida, tabaco.

Por otro lado nos muestra que hay, entre aquellos investigadores que trabajan en la temática, una fuerte preocupación por *describir* el problema en términos cualitativos y no por cuantificarlo ni pensar estrategias para su solución.

5. La construcción de la adicción como problema público.

Daniel Scioli, gobernador de la provincia de Bs. As. entre 2007 y 2011, afirmaba en el año 2008 que durante el año anterior habían sido detenidas 16.865 personas en procedimientos de narcotráfico en su provincia y que “el 50% de los delitos son realizados por gente drogada” (Aagasti, 2008). Mientras que la Policía Federal informa, para el mismo período, un total de detenciones en todo el país de 12.891 personas en delitos relacionados con drogas. ¿Se detuvieron mas personas en la provincia de Buenos Aires que en todo el país? Esta objetivación de ciertos datos de la realidad que realiza el gobernador en dos frases es producto de la intersección entre, por un lado, la producción de información acerca del número de usuarios de drogas y de los delitos cometidos en relación a la tenencia, consumo y comercialización de las mismas. Pero también es producto de las representaciones sociales que se han difundido en la sociedad y que, a su vez, se promueven desde los ámbitos oficiales.

En este capítulo nos proponemos mostrar de qué manera ha sido construido el problema “adicción” en términos públicos. Para ello, establecemos analíticamente tres momentos de la construcción de un problema. El primer momento o *diagnóstico* en el que se objetiva el problema en términos numéricos. Mostraremos diversos tipos de datos elaborados por el Estado y algunos ámbitos académicos a través de encuestas y otras estrategias de objetivación numérica, como forma de medir el problema. Un segundo momento que podemos llamar de *interpretación* en el que se estructuran una serie de discursos en torno al problema. Mostraremos esto en el análisis de algunas campañas de prevención diseñadas por el Estado. Finalmente un momento de *intervención*, en el que se analizan las instituciones que creó el Estado (y otras que no creó pero que sostiene) para responder al problema.

Naturalmente estas categorías analíticas no tienen un correlato temporal. Habitualmente los acontecimientos sociales no siguen este orden lógico de diagnóstico-interpretación-intervención. Justamente lo interesante es ver cómo estas categorías interactúan para consolidar estrategias que funcionan

“como sí” hubieran sido elaboradas de ese modo. Estos datos señalan que no hay una relación directa entre ellos y las respuestas institucionales que se han dado. El momento interpretativo no necesariamente tiene en cuenta el diagnóstico realizado acerca de la problemática y, el momento de intervención, es una suerte de campo de batalla en donde se expresan los otros dos momentos de forma compleja. La “guerra” social que se ha desatado contra “la droga”, fundamentalmente a partir de la década de 1980, y que se manifiesta entre otras cosas en la estigmatización de la figura del adicto y su vinculación con la violencia, pero también en la creación de instituciones y en el establecimiento de estrategias de intervención terapéutica, no encuentra sustento en el conocimiento que se tenía del fenómeno ni en su magnitud aparente.

Si bien la legislación prohibicionista ha sido un instrumento poco eficaz para evitar el consumo, ha tenido más éxito en el aspecto conceptual o representacional, puesto que ha contribuido a forjar y cristalizar una serie de percepciones acerca de las sustancias y sus consumidores. La manera en que los individuos construyen su conocimiento se encuentra íntimamente ligada al contexto social en el que están inmersos. Como ya hemos mostrado en los ámbitos internacionales más generales, la representación que se tiene respecto de los adictos ha variado según las condiciones socio históricas y responden a determinantes morales, políticos y económicos, más que a factores epidemiológicos y sanitarios. Detrás de estas interpretaciones se encuentra la legislación nacional e internacional que brinda un marco sobre el cuál intervenir. La estructuración legal en torno al consumo de sustancias ha contribuido a que se modifique, en menos de cincuenta años, la imagen pública del consumidor de drogas convirtiéndolo por un lado, en un adicto, y por el otro, en un enemigo del orden social.

Aunque las estadísticas muestran que las drogas legales causan hasta 30 veces mas problemas sociales y sanitarios que las drogas ilegales (OMS, 2004), los discursos y las intervenciones se centran en las sustancias prohibidas, haciendo hincapié en sus “temibles” consecuencias, siendo las

drogas ilegales las que despiertan mayor “sensibilidad” en la población (Verón, 1989). Esta percepción repercute inevitablemente en la toma de decisiones políticas. Se asocia el consumo de drogas ilegales con la inseguridad ciudadana, la violencia, la juventud, la pobreza, el delito, el peligro económico, político, social y moral, generando en la sociedad un sentimiento de amenaza continua y de temor.

Diversas investigaciones dan cuenta de que la utilización del temor en el ámbito comunicacional puede provocar reacciones contradictorias en la población (Del Olmo, 1992; Epele, M. E., 2008; Morillas, 1979; Niño, 2001). Por un lado los mensajes que infunden temor son mucho más persuasivos, pero también se ha demostrado que la reacción emocional que genera el temor puede paralizar a las personas o inhibir la puesta en marcha de acciones proactivas, dejando de pensar en el peligro o bien despreocupándose (Jodelet, 1986). De este modo, campañas públicas que apunten a comunicar ya sea los efectos nocivos de una droga sobre el cuerpo o los efectos sociales de su uso y comercialización pueden estar generando en la población el efecto opuesto al buscado. Asimismo, cuando los individuos se enfrentan con mensajes o situaciones en las cuales se les imponen restricciones a su libertad, se produce un fenómeno psicológico que ha sido denominado como *reactancia* por el cual las personas se resisten activamente a una obligación (Brehm, 1981). Este fenómeno da por resultado el fracaso de las medidas coercitivas, logrando lo contrario de lo que originariamente se proponen (Baron y Byrne, 2005).

En las páginas que siguen presentaremos los datos que, como resultado de nuestra investigación, entendemos que son aquellos con los que ha contado (o ha podido contar) el Estado. Ya sean de producción propia o de terceros, estos datos son aquellos través de los cuáles se ha diagnosticado, analizado e intervenido sobre el consumo de sustancias psicotrópicas en la Argentina y nos sirven para interpretar la construcción pública de la problemática en estos tres niveles.

Aunque el momento que denominamos “intervención” se encuentra al final del recorrido lógico que hemos descripto, lo presentaremos al inicio para que el lector cuente en forma anticipada con la información que será

interpretada a la luz de los datos que se presentan mas adelante en el capítulo.

5.1 Los tratamientos públicos en la Argentina

En la Argentina, existen una infinidad de instituciones que se dedican al tratamiento de adictos. Desde el Estado, sin embargo, se siguen básicamente dos estrategias en la actualidad: a) atención primaria en hospitales públicos y en el CENARESO y b) a través de SEDRONAR se ofrecen becas y asesoramiento para tratamientos ambulatorios y residenciales en instituciones especializadas.

La atención de adictos en hospitales es un fenómeno relativamente reciente (ya señalamos que el primer servicio en hospitales surgió en el Borda en 1971 y los servicios del hospital Álvarez, Fernández y Ramos Mejía fueron creados a finales de la década de 1980), y son pocos los hospitales poseen un mecanismo concreto de atención de adictos. La estrategia hospitalaria, sin embargo, ofrece un tipo de tratamiento que busca atender a la población menos comprometida. Se atienden de este modo a las personas que se acercan espontáneamente y presentan características de consumo moderado y que pueden sostener por sí mismas (o mediante cierto apoyo contextual) un tratamiento. Prácticamente, a excepción del Hospital Fernández no hay, en los hospitales públicos, mecanismos de internación que contemplen casos severos de adicción que necesiten desintoxicación aguda. De este modo, los hospitales trabajan con diferentes estrategias, pero que se identifican por poseer tratamientos no residenciales y, principalmente, abordajes psicoanalíticos. Por otro lado, desde 1973 existe el CENARESO, el único hospital público especializado en adicciones y que como tal brinda tanto tratamientos ambulatorios como residenciales.

Cuando un caso necesita internación, se activa otro mecanismo, el que implementa la SEDRONAR que ofrece un enorme abanico de instituciones (entre las que también se incluye al CENARESO) que brindan tratamientos residenciales. La mayor parte de estas instituciones se pueden clasificar en la modalidad de Comunidad Terapéutica.

Sin embargo, estos mecanismos (Hospitales públicos, CENARESO Comunidades Terapéuticas, otras instituciones de SEDRONAR), presentan estrategias de atención completamente diferentes. No solamente en lo que respecta a la complejidad de los casos. Las Comunidades Terapéuticas, los hospitales y el CENARESO trabajan bajo supuestos cognitivos y concepciones sociales de la adicción diferentes, sin que haya una unificación de criterios aparente entre ellos por parte del Estado. De este modo, un adicto que, por ejemplo, pasa tres meses internado en una comunidad terapéutica, derivado allí por SEDRONAR y que posteriormente requiere una atención ambulatoria, se ve sometido a dos tipos de tratamientos que, muchas veces, son contradictorios entre sí o, en el mejor de los casos, no se interfieren directamente, pero toman como objeto de tratamiento elementos completamente diferentes (sujeto social, síntoma lacaniano, cerebro adicto, etc.).

A continuación describimos las principales instituciones de atención de la adicción y sus estrategias terapéuticas: El Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), El CENARESO, la SEDRONAR y las Comunidades Terapéuticas.

5.1.1 Fondo de Ayuda Toxicológica

En 1964 se creó el FAT, el Fondo de Ayuda Toxicológica, hoy una entidad civil y sin fines de lucro. Su creación estuvo asociada a la Cátedra de Toxicología de la UBA dirigida en ese entonces por el Profesor Alberto I. Calabrese. Desde sus comienzos, el FAT fomentó la investigación en prevención y comenzó la tarea de realizar tratamientos. Es la primera noticia que tenemos de una Institución de cualquier tipo que realiza tratamientos en forma específica en el país.

Esta institución nace como un servicio asistencial de la Cátedra, la primer cátedra de toxicología del mundo (Calabrese, 1970). Desde allí se propuso, del mismo modo que lo que se hacía en otras cátedras de la Facultad de Medicina, brindar algún dispositivo de asistencia en la problemática. Así, a comienzos de la década de 1960, dicha Cátedra era el único servicio

especializado en el país. Atendía el 100% de la demanda de pruebas toxicológicas de los juzgados referentes a toxicología laboral, criminal, etc. Esto le daba cierto poder dentro de la vida política universitaria (Weissmann, 2002) situación que le permitía conseguir recursos y, sobre todo, vínculos con entidades policiales y judiciales que le otorgaba acceso a otros niveles de decisión política puesto que sus responsables interactuaban permanentemente con comisarios, jueces e incluso políticos que querían mantener buenos vínculos con este servicio (el de toxicología forense) (Calabrese, 2010).

Entre los colaboradores de Calabrese se encontraba Emilio Astolfi, su principal discípulo. Astolfi logró que Calabrese desdoblara la Cátedra en la que él era titular, abriendo una segunda Cátedra, que quedó a cargo de Astolfi. Rápidamente, esta segunda Cátedra creció en recursos y en ocupación del espacio físico (Weissmann, 2002) y las relaciones entre Calabrese y Astolfi se volvieron tensas.

En lo que respecta a las toxicomanías, Astolfi y Calabrese defendían posiciones encontradas. Mientras que el primero impulsaba una concepción de las toxicomanías eminentemente toxicológica, el segundo tendía a los modelos psicodinámicos que integraban, como dijimos, la psiquiatría y la psicología. Entre otros factores que podían influir en esta “desviación” de Calabrese, tal como era vista a los ojos de Astolfi, de sus intereses disciplinares concretos, podemos señalar que su esposa era psiquiatra y sus hijos se habían recibido de psicología y sociología respectivamente. Los tres jugarían roles importantes en la creación y el desarrollo del FAT.

Dentro de las demandas de servicios que llegaban a la Cátedra, comenzaron a llegar, hacia mediados de la década de 1960, las primeras consultas acerca de intoxicaciones por drogas. Estas consultas tempranas eran principalmente por alcohol y morfina. Ocurrían, sobre todo, en personajes de la noche, “tangueros”, que buscaban ayuda cuando se sentían muy mal, pero no pretendían liberarse de su adicción (Calabrese, 2010; Touzé, 2006). También recurrían al servicio, médicos que se habían hecho adictos a la morfina,

tendencia que se observaba en todo el mundo desde el siglo XVIII (Courtwright, 1983; Davenport-Hines, 2003). Ante esta demanda, la esposa del Dr. Calabrese, Carmen Destilo de Calabrese, médica psiquiatra, junto con la Dra. Azorey crean el primer consultorio psiquiátrico toxicológico del país dentro de la Cátedra de Toxicología (Damin, 2008; Weissmann, 2002).

En 1966, se establece un convenio entre la Secretaría de Salud Pública y la Cátedra de Toxicología mediante el cual se crea el CEPRETOX, el Centro de Prevención de las Toxicomanías y el CENIATOX, el Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica, financiados por Salud Pública. El primero de estos centros estaba focalizado en la drogodependencia, mientras que el CENIATOX debía responder a consultas toxicológicas más amplias. Adicionalmente, CENIATOX tenía como objetivo la formación de equipos y centros similares, dependientes de este, en el interior del país. De este modo, el convenio dio origen a la formación de centros regionales en numerosas ciudades del interior (Damin, 2008; Donnewald, 2008), en las que se ofrecieron cursos y ficheros especiales para la ayuda toxicológica de urgencia, tanto en adicciones como en otras problemáticas toxicológicas (Calabrese, 2010), tomando como modelos aquellos que se habían diseñado desde este ámbito institucional para el hospital de niños (Calabrese, 2010). El CEPRETOX era un centro en el que se realizaban tratamientos ambulatorios al mismo tiempo que se brindaba información a la población en forma telefónica, mediante charlas a la comunidad y a través de tareas de prevención (Touzé, 2006).

Más tarde, ya en los comienzos de la década de 1970 se crea, en la misma Cátedra, APPUE, la Asociación de Padres para la Prevención del Uso de Estupefacientes. A partir de un convenio establecido con esa Asociación, CEPRETOX expande sus actividades y comienza a brindar apoyo en hospitales públicos y colabora con el Servicio 30 bis (Servicio de Toxicomanías), recientemente creado (1970-71) en el Hospital José T. Borda.

El Servicio de Toxicomanías del Borda ofrecía internaciones. Allí eran depositados los jóvenes que eran apresados por la policía, principalmente

consumidores de marihuana, que tenían pequeñas cantidades en su poder. Hasta la apertura del Servicio del Hospital Borda no hubo, en la Argentina, un lugar en donde los usuarios de drogas pudieran ser observados diferencialmente de otras poblaciones. Los académicos, toxicólogos, psiquiatras y otros médicos concurrían al Borda a poner en práctica sus conocimientos teóricos. Se encontraban entonces con una población de “toxicómanos” que ya había sufrido una intensa selección, puesto que habían sido recogidos de la vía pública en función de su apariencia y su comportamiento. Según Aureano, aquí comienza a configurarse la versión local del estereotipo del adicto pues se entrecruzan, retroalimentándose, los discursos médicos y policiales. Los policías recogen de la calle adictos sucios, desprolijos y descuidados, los llevan al Borda donde son observados por profesionales, quienes realizan descripciones y registran oficialmente los detalles en fichas médicas con las que establecen recomendaciones para el poder político (Astolfi, 1970; Aureano, 1998; Gazzano, 1970). Ninguna pregunta se realiza acerca de si existe otro tipo de adictos o del modo específico en el que estos consumidores fueron seleccionados.

Los CEPRETOX serían cerrados en 1973, bajo la administración del Ministro de Bienestar Social José López Rega. A pesar de que en este período las profesiones progresistas de Salud Mental fueron abiertamente combatidas, el FAT recibía en la Facultad de Medicina a psicólogos y asistentes sociales como pasantes y aprendices, en un momento político en donde adquirir experiencia profesional en el área de toxicomanía era muy difícil (Calabrese, 2010). La Cátedra ofrecía, por los motivos señalados anteriormente, un espacio relativamente inviolable para las fuerzas de seguridad. Allí se formaron psicólogos y trabajadores sociales importantes en el campo de las adicciones en la actualidad, como Mauricio Tarrab (TyA), Graciela Touzé (Intercambios Asociación Civil) ó Alfredo Carballeda.

Durante todo este período, que comienza en 1964 y, hasta la jubilación forzada de Calabrese, en 1980, la Cátedra de toxicología y las instituciones asociadas; FAT, CENIATOX, CEPRETOX, APPUE, etc., dieron origen a una vasta

producción tanto en términos de formación de recursos humanos como de asistencia a la población (Calabrese, 2010; Touzé, 2006; Weissmann, 2002). Durante este período, también funcionó en esa cátedra la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías, presidida por Armando Maccagno, Miguel Ángel Materazzi como vice-presidente y Jorge Kiss como secretario. Astolfi y Calabrese, eran miembros honorarios. Estos catedráticos publicaron, en 1979 un libro titulado *Toxicomanías* (Astolfi, et al., 1979), que fue una alternativa al *Manual Policial de las Toxicomanías*, publicado el mismo año por la Policía Federal, pero en el que se ven claramente las inclinaciones toxicológicas de los autores (Morillas, 1979)

A fines de la década de 1970 el FAT atendía entre 50 y 60 personas permanentemente. Brindaba servicio médico de urgencia, servicio de asistencia social y psiquiatría. Trabajaba activamente en prevención y había comenzado a vincularse con las primeras organizaciones de la sociedad civil que, por ese entonces, aun no se organizaban.

El FAT se proponía “apoyar al paciente para que encontrara un proyecto que dé sentido a su vida” bajo el supuesto de que el hombre es creador de su propio destino. Para el FAT, el adicto, en la década de 1970, se sentía contestatario, al mismo tiempo que era identificado como marginal (Tarrab, et al., 1978).

El FAT cobro cierta relevancia internacional cuando, en 1975, la UNESCO publicó y recomendó, como estrategias para América Latina, un trabajo realizado por profesionales del mismo (Herrero, Casati, Dana, Mariones, (h.), et al., 1975). El modelo de abordaje propuesto por el FAT en este estudio era el “método circular”, que aun se sostiene en la misma institución. Proponían un Modelo al que llamaron “Modelo Ético Social”, como una propuesta superadora a los modelos propuestos por Helen Nowlis, el mismo año. La idea organizadora de este método no estaba en las sustancias, ni en los usuarios. Del mismo modo que el Modelo Socio-Cultural (Nowlis, 1975), el modelo Ético-Social hacia eje en el contexto mas amplio.

Cuando en 1980, el Dr. Calabrese fue jubilado obligatoriamente, el FAT tiene que independizarse, puesto que solo funcionaba gracias al apoyo interno que recibía de la Cátedra, convirtiéndose de este modo en una ONG independiente. Desde su independización, el FAT es dirigido por Alberto Calabrese hijo.

5.1.2 CENARESO

En el año 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social [CENARESO], la primera institución del Estado dedicada exclusivamente al tratamiento de los adictos.

Esta creación institucional es el resultado de, por un lado, un movimiento internacional promovido por la Organización de las Naciones Unidas desde donde se comenzó a contemplar la necesidad de establecer centros asistenciales y de investigación en materia de tratamientos para las adicciones. Por otro, es una respuesta a lo que podríamos llamar la “primera ola” de demandas asistenciales que surgió en ese momento en los hospitales públicos nacionales. Pero fundamentalmente, la creación del CENARESO es producto de la acción de Carlos Cagliotti. El objetivo de esta sección reside en comprender las razones que llevaron a esta creación institucional, los motivos que se encuentran detrás de la modalidad específica de atención que adoptó y entender los cambios que sufrió esta institución a lo largo de casi cuatro décadas de existencia.

5.1.2.1 Antecedentes

Hasta la década de 1960, la Salud Mental en la Argentina estaba dominada prácticamente por los dispositivos establecidos a finales del siglo anterior. En esa época se habían construido los primeros hospitales psiquiátricos, se organizaron las cátedras de psiquiatría y las primeras publicaciones. Los directores de estos hospicios eran los jefes de las cátedras y, hasta la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957, la asistencia a las clases

magistrales que se dictaban dentro de los mismos, junto con las residencias, era la única vía para formarse como psiquiatra.

Durante la gestión peronista de Ramón Carrillo, que fue Ministro de Salud Pública entre 1946 y 1954, se implementó una política asistencialista que tuvo un fuerte impacto en toda la estructura sanitaria del país. Sin embargo, se dejó a un lado la reorganización de los hospitales psiquiátricos. Carrillo era neurólogo y su concepción de la Salud Mental estaba lejos de los nuevos abordajes que se discutían en el mundo luego de la Segunda Guerra Mundial, y su rechazo al psicoanálisis era bien conocido (Plotkin, 2003).

Finalizada la Segunda Guerra Mundial se generó un movimiento internacional de reestructuración de la psiquiatría. En 1953, la Organización Mundial de la Salud promovió la concepción de “Comunidad Terapéutica”, recientemente desarrollada por Maxwell Jones (Jones, 1970), como el dispositivo terapéutico ideal para un hospital psiquiátrico (OMS, 1953). Las mismas llegarían a nuestro país a finales de la década de 1960.

En 1957 se creó, mediante el decreto Nº 12.628 el Instituto Nacional de Salud Mental, un organismo autárquico, que reemplazaba a la Dirección de establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental, en el marco de las políticas desarrollistas del gobierno militar posperonista del general Pedro Aramburu.

En la ley de creación del INSM se evidencia esta nueva forma de entender la actividad psiquiátrica, allí se establecían las finalidades del Instituto:

ARTICULO 2.- El Instituto Nacional de Salud Mental tendrá como finalidades fundamentales:

- a) Promover la salud mental;
- b) Prevenir las enfermedades mentales;
- c) Apoyar la investigación científica en esta materia;
- d) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales;
- e) Promover la máxima rehabilitación de estos enfermos;
- f) Prestar asesoramiento técnico en la materia a todos los organismos que lo soliciten;

g) Apoyar, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la salud mental en los organismos nacionales y privados y, en coordinación con las respectivas autoridades, en los provinciales y municipales.

Los conceptos de “promoción”, “prevención” e incluso el de “rehabilitación” son ajenos a las concepciones previas de la psiquiatría. Junto con este cambio de concepción, se otorga también un fuerte financiamiento. Una de las primeras acciones concretas promovidas desde el INSM fue la creación de la residencia en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres (actual Hospital Borda), donde se pudieron crear, por primera vez, recursos humanos en psiquiatría por fuera del sistema manicomial tradicional. La residencia estaba dirigida por García Badaracco, que también era psicoanalista. El programa de formación estaba inserto en los nuevos abordajes psiquiátricos que incluían a la Psiquiatría Dinámica, la Psiquiatría Social y al Psicoanálisis. El monopolio que ostentaban los psiquiatras clásicos sobre la salud mental comenzaba a romperse.

En 1966 se aprueba la ley de Ministerios (Ley 16.956) donde se crea el Ministerio de Bienestar Social. Recordemos que el Ministerio de Salud Pública, creado durante la presidencia de Perón en 1949, había sido disuelto en 1955 con el golpe de Estado, cuando se creó el Ministerio de Asistencia Social. Este Ministerio fue disuelto al poco tiempo por el general Aramburu. En 1958, el presidente Arturo Frondizi crea el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública mediante la ley 14.439, que es disuelto nuevamente, en 1966, mediante la mencionada ley. De esta forma, se subsume la Salud Pública en el Ministerio de Bienestar Social, incluyendo en el mismo una Secretaría de Estado de Salud Pública y una Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad, entre otras. Se incorporan de este modo, en 1966, a la estructura del Estado los elementos que venían siendo proclamados al nivel del discurso, tanto desde el INSM como desde diversos foros profesionales.

El surgimiento del concepto de “Salud Mental” en oposición a la “Higiene Mental”, la creación de la residencia del INSM en el Hospital Borda y la

incorporación de las Comunidades Terapéuticas en la Argentina eran cambios que traerían aparejadas modificaciones que el poder psiquiátrico no estaba dispuesto a tolerar.

Poco tiempo después de su fundación, el INSM perdió rápidamente sus lineamientos originales. Intentó ser resucitado por el gobierno de facto de Onganía en 1966 pero el poder que tenían los psiquiatras manicomiales en la Argentina era muy grande. Este poder se había manifestado en esa década, cuando se realiza una maniobra política para impedir que Mauricio Goldenberg acceda a la Cátedra de Psiquiatría de la UBA. Las cátedras universitarias y la dirección de los manicomios estaban en poder del establishment psiquiátrico.

En 1970, la ley 18.610 de Obras Sociales reestructuró el sistema de seguridad social creando un sistema de regulación de precios a nivel nacional. La afiliación a una obra social se volvió obligatoria y la tasa de cobertura médica ascendió hasta el 70% (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005). La psiquiatría, se convirtió en una de las prestaciones más caras de las obras sociales.

Los aires modernizadores que fueron introducidos desde el INSM fueron abortados hacia mediados de 1970 cuando el mismo fue intervenido.

Lo que se estaba librando en el país hacia fines de la década de 1960 y principios de la década de 1970 era una batalla entre dos formas diferentes de entender la Salud Mental. La antigua Psiquiatría, sólidamente asentada en el hospital psiquiátrico y en las cátedras universitarias, que proclamaba como propio el nuevo lugar económico que le brindaba la ley de Obras Sociales, y la nueva psiquiatría, estrechamente ligada a la psicología y al psicoanálisis, que había ganado terreno en los hospitales generales, y en diferentes instituciones psicoanalíticas no médicas que se gestaron en esta época y que tenía una concepción más social y democrática de la atención.

Sin embargo, estos antecedentes políticos e institucionales son relevantes para entender la creación del CENARESO en términos contextuales. La problemática adictiva no era una preocupación para los profesionales de salud mental.

Desde principios de siglo, los médicos señalaban el alcoholismo como un problema importante a ser estudiado y tratado (Rojas, 1956). El mismo Mauricio Goldenberg había realizado su tesis de doctorado sobre patología psiquiátrica del alcoholismo. Sin embargo, estos cambios conceptuales que operaron en la medicina y más específicamente en el ámbito de la psiquiatría, no serían aplicados inmediatamente en los modos en que se concebía a los adictos y a su comportamiento. Las adicciones, aún no eran objeto de tratamiento médico.

En diciembre de 1971 se realizó en Buenos Aires la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata (Cagliotti, 1979). Uno de los objetivos de esta reunión era tratar las modificaciones introducidas en la Convención de Sustancias Psicotrópicas recientemente firmada con vistas a actualizar la reglamentación de la región en materia de fiscalización del tráfico internacional de estupefacientes. En esa Convención, como ya señalamos, se fortalecían los mecanismos internacionales de fiscalización de estupefacientes pero también se incluía, por primera vez en el ámbito de la normativa internacional con esa decisión, la necesidad de atención médica de los usuarios de sustancias psicotrópicas.

En esa Reunión se señaló la necesidad de que cada país latinoamericano organizara estructuras institucionales que atendieran los diferentes aspectos de la problemática, en donde se incluyeron los aspectos asistenciales y preventivos (CENARESO, s/f). Como delegado de la República Argentina asistió a esa reunión el Dr. Carlos Cagliotti, un médico psiquiatra que se desempeñaba, en ese momento, en el INSM.

Finalizada la VII Reunión, según versiones recogidas en forma oral y debido a conflictos internos en el INSM, que muy probablemente tienen que ver con la gestión de Cagliotti como interventor del Hospital Estéves en los años previos³¹, se le designa a Cagliotti la tarea de “diseñar” una institución asistencial para toxicómanos. Cagliotti era una persona de acción. Encomendarle esta actividad, bajo la instrucción expresa que lo haga “desde el escritorio”, tenía un fin específico: responder a las crecientes demandas

³¹ Para detalles de este conflicto, remitirse a la sección 5.1.5 de este libro.

internacionales. No hay datos que sugieran la idea de que el CENARESO fue creado para dar respuesta a la incipiente demanda asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse.

Algunas fuentes señalan que, o bien esto era un “castigo” quizás debido a la excesiva exposición pública que tuvieron los acontecimientos del Estéves o bien era un modo de sacar a Cagliotti, durante un tiempo, de la escena pública. Lo concreto es que no está claro que haya habido una verdadera intención política de crear un centro asistencial para toxicómanos de características particulares.

El diseño de este centro representó para Cagliotti un desafío, que se tomó a modo personal. Para ello, Cagliotti comienza un proceso de investigación, relacionamiento institucional y viajes internacionales con el fin de estudiar el estado del arte de la atención a toxicómanos en el mundo. Cagliotti viaja a diferentes países recogiendo las experiencias locales en este tipo de tratamientos. En Estados Unidos visita los Centros de rehabilitación del departamento de Estado en las ciudades de Nueva York³², Lexington³³ y Miami.

Hacia finales de la década de 1960, en los Estados Unidos la mayor parte de los estados se involucraron en procesos de creación de facilidades para internar a los adictos (Jaffe, 1999).

Las visitas de Cagliotti a Lexington y Nueva York son contemporáneas de estas creaciones institucionales y de las primeras políticas orgánicas en los Estados Unidos que buscaban tratar a los adictos³⁴ (en línea con lo que se proponía internacionalmente) (Davenport-Hines, 2003). Dado que existen

³² En Nueva York Jérôme Jaffe realizaba tratamientos de sustitución con metadona y comenzaba a desarrollar una estrategia heterodoxa para tratar a los adictos. Al mismo tiempo, funcionaba la Comunidad Terapéutica Daytop Village, que fue pionera en el ámbito de la atención a los adictos

³³ La ciudad de Lexington era, desde principios de los años 1950, un centro de investigación básica en adicciones. Poseía un importante hospital público asociado a la prisión estatal en el que el Dr. Winkler, un prestigioso psiquiatra con quién trabajo Jerome Jaffe, realizaba experimentos con prisioneros que consentían en ser utilizados para testear el efecto de opiáceos y alcohol (Jaffe, 1999).

³⁴ Recordamos al lector que en 1972 se creó la SAODAP y en 1974 el NIDA

datos que confirman ciertos vínculos institucionales entre el CENARESO el NIDA y otros institutos norteamericanos, las actividades oficiales que Cagliotti fue a realizar a Estados Unidos lo debieron poner en contacto con estas experiencias (Calabrese, 2010; Gonzalez, 2010).

En 1972 Cagliotti viaja a Ginebra como delegado Argentino Plenipotenciario a la Conferencia donde se firmó la enmienda de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. También fue asesor de la delegación Argentina en la Conferencia Sudamericana Plenipotenciaria sobre Estupefacientes y Psicotrópicos que se realizó en Buenos Aires y donde se firmó el 27 de abril de 1973 el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP) que sería convalidado luego en nuestro país mediante la ley 21.422, en 1976. A partir de ese momento, Cagliotti sería Secretario Ejecutivo de la Secretaría Permanente del ASEP, instalando sus oficinas en el CENARESO y administrando un presupuesto anual de 100.000 dólares.

Fue delegado en el Seminario Latinoamericano sobre Prevención y Educación del Abuso de Drogas realizado en Washington y en el Seminario Latinoamericano sobre Programas Nacionales de Investigación en Farmacodependencias, realizado en México. También fue representante argentino en la comisión binacional Argentino-Estadounidense para la lucha contra los Estupefacientes, en 1972.

No hemos podido averiguar mucho sobre la vida de Carlos Cagliotti previa a estos acontecimientos. Su aparición repentina en el campo de las adicciones a principio de la década no deja de asombrar a algunos investigadores (Weissmann, 2002) ni a nosotros mismos, y no son pocos quienes sostienen algún vínculo con lugares de poder en Estados Unidos, como la CIA y el NIDA que, presumiblemente, le habrían dado cierta inserción local en la temática. Los relatos que he podido recoger lo recuerdan como un hombre autoritario, buen administrador y que “cuidaba a su gente”.

5.1.2.2 CONATON

Como resultado de las actividades mencionadas anteriormente, Cagliotti promovió la creación de una Comisión que se encargara de estos temas y que funcionara como un modo de dar respuesta a sus intereses profesionales y a

los compromisos asumidos internacionalmente. Como resultado de estas gestiones se creó, mediante el decreto 452 de 1972, dentro del Ministerio de Bienestar Social, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON). Esta comisión estaba presidida por el Ministro de Bienestar Social, quien recibía asistencia técnica de un secretario ejecutivo: Carlos Cagliotti.

En el seno de esta Comisión, se constituyeron diferentes subcomisiones, organizadas en seis grupos. La subcomisión de Relaciones Internacionales y las subcomisiones de Legislación, Seguridad, Prevención y Asistencia, Investigaciones e Informes Especiales.

Las principales funciones de la CONATON se pueden resumir en:

- Planificar la ejecución de programas de prevención, educación, de asistencia a tratamientos, de rehabilitación familiar y reubicación social.
- Recomendar medidas al Poder Ejecutivo Nacional y promover la participación de otros sectores de la población.
- Actuar como órgano consultivo del gobierno para orientar la actuación en los foros internacionales en pos de velar por el cumplimiento de los compromisos asumidos.

La Comisión estaba constituida por 13 miembros, representantes de las siguientes instituciones:

- Tres representantes el Ministerio de Bienestar Social.
- Un representante del Ministerio del Interior.
- Un representante del Ministerio de Cultura y Educación.
- Un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Un representante del Ministerio de Defensa.
- Un representante del Ministerio de Trabajo.
- Dos representantes de los organismos de seguridad.
- Un representante de la Administración Nacional de Aduanas.
- Un representante del CENARESO (en creación)
- Un representante de la UBA
- En 1977 se agregaría un representante de la Secretaria de Información Publica.

La CONATON era, por tanto, un organismo independiente e interministerial. Cagliotti logró con esta maniobra evadir las disputas que tenía en el ámbito

de la salud mental al tiempo que lograba “escalar” políticamente, captando la atención de otras áreas gubernamentales sobre la problemática en la que se había hecho, en muy poco tiempo, experto. Su experticia, por otro lado, no provenía de espacios de formación académica ni asistencial. Provenía por el contrario de relacionamientos institucionales y, sobre todo, viajes al exterior y participación en foros internacionales.

Desde su cargo en la CONATON Cagliotti sugiere la creación de un centro especializado que, como señalamos, el ya estaba diseñando desde hace algún tiempo. Así es como la CONATON crea el CENARESO en 1973 mediante la ley 20.332.

5.1.2.3 Creación

El CENARESO es creado como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social. Aquí hay que señalar que el CENARESO no se crea dentro de la Secretaría de Salud Pública existente en ese Ministerio. Esta dependencia institucional marcaría su trayectoria y signaría los conflictos que se desataron en la década de 1980.

A diferencia de la mayor parte de los mecanismos asistenciales que existían en hospitales públicos ó de las Comunidades Terapéuticas donde las estructuras asistenciales se armaban con una impronta fuertemente práctica, impulsadas generalmente por la demanda de atención, lo cual llevaba a la organización de áreas específicas que decantaban, con el tiempo, en departamentos con mayor o menor grado de institucionalización, el CENARESO es una institución que nació en un escritorio. Cagliotti redactó el proyecto (aunque Alberto Calabrese insiste en señalar que el diseño institucional es una copia de un Hospital en Lexington, (Calabrese, 2010), llevó a cabo las gestiones para conseguir un inmueble y los fondos necesarios para su acondicionamiento.

Cagliotti fue director del CENARESO entre 1973 y 1987, al mismo tiempo que se desempeñaba, durante la mayor parte de este período, como secretario ejecutivo de la CONATON y secretario ejecutivo del ASEP.

El CENARESO fue creado en las instalaciones del ex Hospital de Tisiología Dr. A. Cetrángolo que fueron modificadas y acondicionadas para cumplir con su nueva función. Con una planta física de 30.000 metros cuadrados, y una planta permanente inicial de cerca de 300 profesionales fue el primer y más importante centro especializado en la rehabilitación de adictos de América Latina.

Desde su creación el Centro ofrece asistencia gratuita a drogadictos. Además se ejecutan tareas de prevención local y a distancia, informando y educando sobre los riesgos de las drogas y se ofrece formación especializada y capacitación para profesionales, técnicos y estudiantes universitarios. Sus objetivos persiguen, entre otros, aportar respuestas integrales, atendiendo a todos los aspectos del fenómeno adictivo en lo atinente a los segmentos preventivo, asistencial y resocializador.

El CENARESO ha pasado por diferentes modos institucionales de abordar la problemática del adicto. Estos se pueden organizar en tres períodos, atendiendo a los criterios asistenciales que se fueron implementando y que difieren en puntos centrales entre una etapa y la siguiente.

El primero período se inicia con su creación y se extiende hasta 1986, bajo la dirección de Cagliotti, y que denominaremos “período clásico”. Es el período que responde más fielmente a su concepción original. En el segundo período, el Centro es intervenido durante el gobierno de Raúl Alfonsín y adopta una modalidad mas afín con el movimiento de Comunidades Terapéuticas. Lo denominamos “período comunitario”. Finalmente, una tercer período, que comienza en el año 1992, pero que se consolida en el año 1994, cuando José Luís González, el actual Director Asistencial del Centro asume ese cargo, y que se caracteriza por una fuerte impronta psicoanalítica de orientación lacaniana. Lo llamamos “período lacaniano”.

En 1985, poco antes de su intervención, el CENARESO fue transferido a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Esta es la primera vez, desde su creación, que el Centro pasa a la jurisdicción directa de Salud.

En la actualidad funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud.

A continuación describiremos los principales lineamientos asistenciales que adoptó el CENARESO en cada una de las etapas.

5.1.2.4 Historia asistencial, Período clásico (1973-1986)

El “período clásico” del CENARESO comienza con el diseño del mismo, a principios de la década de 1970 en el seno del INSM pues es este diseño el que le daría la impronta original durante más de diez años.

La principal diferencia respecto del resto de las respuestas asistenciales que surgían por la misma época en la Argentina (primeras Comunidades Terapéuticas) residía en que el CENARESO era un centro totalmente profesionalizado, cuyos programas terapéuticos habían sido diseñados completamente antes de que empezara su implementación y no se “iban armando” a medida que se planteaban los problemas.

Su estructura funcional estaba organizada en 4 áreas departamentales:

1. Proyección comunitaria: era el área encargada de asegurar que las actividades del centro se extiendan al resto de la comunidad.
2. Reeducción: se ocupaba de los aspectos asistenciales del régimen de internación. Dentro de esta área se desarrolla uno de los principales programas del CENARESO, el Subprograma Residencial.
3. Servicios Jurídicos: es el área que ejerce el asesoramiento permanente al Centro ante las autoridades judiciales, policiales y administrativas.
4. Enseñanza e Investigación: efectuaba las tareas de investigación para conocer la situación respecto de la problemática específica y poder presentar resultados que deriven en acciones de docencia, prevención y asistencia.

De más está señalar que la descripción anterior es la que figura en las memorias de la institución y muchas de las actividades que allí están descriptas finalmente no se verifican.

La asistencia integral que ofrecía el CENARESO implicaba no solo al asistido, sino a su grupo familiar y otras relaciones sociales. Debido a que la consulta era una forma de búsqueda de ayuda que ocultaba demandas del adicto difíciles de decodificar, la implementación de la etapa de diagnóstico implicaba una investigación interdisciplinaria que finalizaba con la fusión de diversos diagnósticos parciales (familiar, social, médico clínico, psicológico, psicopedagógico, etc.) en uno totalizador que sintetizaba el cuadro del asistido, indicando las pautas de tratamiento y brindando un pronóstico estimado.

Cada caso recibía entrevistas médicas clínicas, psiquiátricas, psicológicas, sociales, jurídicas y odontológicas, tanto en la institución como en su domicilio. El proceso diagnóstico tenía una duración aproximada de una semana y se realizaba tanto en forma individual como grupal.

De este proceso diagnóstico, el asistido podía ser derivado a tratamiento ambulatorio, que consistía en psicoterapia individual, o bien al subprograma psicoterapéutico ó de grupos de orientación si la patología familiar era menos severa.

El subprograma residencial:

Cuando se concretaba la internación en el subprograma residencial, el asistido cumplía el primer período en la denominada “residencia I”, donde se profundizaba el diagnóstico y se le brindaba una mayor contención psicoterapéutica. En esta etapa el asistido suspendía abruptamente el consumo de sustancias, pues en el CENARESO no se permitía el uso de droga alguna.

La internación era una etapa en el proceso de tratamiento en la institución que tenía por objetivo *“la reeducación del individuo para disminuir la desviación de la conducta y permitir su reinserción social con una mayor adecuación”*. Se establecía que estos objetivos se cumplirían en un proceso que oscilaba entre los nueve meses y el año cuando se alcanzaran las siguientes metas terapéuticas:

- eliminación del síntoma (uso indebido de drogas)
- resolver conflictos subyacentes, mitigando la angustia

- desarrollar capacidades potenciales
- posibilitar una identidad adulta

Cumplida esta etapa, el asistido pasaba a la residencia II, donde comenzaba el tratamiento propiamente dicho. Este tratamiento comprendía psicoterapia individual, psicoterapia grupal, educación, terapia ocupacional, educación física, deportes, recreación dirigida y otras tareas que demandaba la vida en la institución, como la limpieza de los espacios comunes, reuniones de convivencia, etc.

El tratamiento propiamente dicho tiene una duración aproximada de 5 meses en los cuales el asistido permanece dentro de la institución.

Promediando la etapa de internación, comienza la etapa de resocialización orientada por los resultados tanto del diagnóstico, como del tratamiento psicopedagógico y la orientación laboral.

La etapa de resocialización duraba aproximadamente cuatro meses. El esfuerzo se centraba en la construcción de un proyecto de vida extra institucional que difiera del proyecto anterior al tratamiento. En esta etapa el asistido iba adquiriendo progresivamente seguimiento en forma ambulatoria. Al egresar del subprograma residencial, se continuaba el tratamiento en consultorios externos.

La confección de las actividades en cada una de las etapas dependía de las características de cada individuo, pero también del grupo en el que se encontraba dentro de la institución. Cada una de las áreas estaba dirigida por un profesional (ej, Profesor de Educación Física, Terapeuta Ocupacional, etc.) que coordinaba un grupo de trabajo de profesionales. Las actividades eran: Educación Física, grupo psicoterapéutico, Orientación vocacional, educación, Educación sistemática, Libre expresión, Recreación, Talleres de Artes y Oficios, Entrevistas individuales, Lectura Dirigida, Entrevistas nucleares.

No se permitía, salvo en los tiempos libres, que los asistidos organicen sus actividades y no se tenían ni ex adictos ni operadores socioterapéuticos trabajando para la institución. Otra diferencia característica que después se

modificaría, es el tipo de terapia psicoterapéutica que se realizaba. Esta era principalmente grupal.

Hacia finales de la década de 1970, el CENARESO incorporó el centro de día, para jóvenes de ambos sexos que asistían al establecimiento entre las 9 y las 16 horas. Esta modalidad estaba reservada para casos en los que el diagnóstico señalaba que podían desenvolverse confiablemente dentro de la institución. Aprovechan así los beneficios del suprograma residencial, retornando a sus casas para pernoctar. También se incorporó la modalidad de internación semanal, reservado a varones de hasta 25 años que permanecían en la institución entre las 10 hs. del día lunes hasta las 16 hs. del día viernes. Estas nuevas modalidades se alternaban con la internación completa en los casos que el tratamiento lo necesitara. Estas modalidades fueron pruebas piloto que no prosperaron durante esta etapa y serían replanteadas en la década de 1990.

Durante este período el CENARESO también funcionaba como un centro de investigación y capacitación. Contaba con una biblioteca atendida por bibliotecarios profesionales y traductores y en la cual se recibían suscripciones internacionales a las publicaciones del área. El Centro de Investigación contaba con una unidad gráfica que, desde 1973 y hasta 1985, publicó una serie de *Cuadernos de Trabajo*. Hemos podido constatar la realización de al menos 54 de estos cuadernos que realizaba el CENARESO con diferentes objetivos. Por un lado se pretendía comunicar diferentes aspectos de la problemática, sobre la cuál había muy poca información en el país. En segundo lugar, servían como material de intercambio con otras instituciones, publicaciones y bibliotecas del mundo y, finalmente, funcionaban también como una vía de publicación profesional de sus investigaciones.

Los temas tratados en los Cuadernos de Trabajo evidencian fuertemente las preocupaciones asistenciales del CENARESO durante este período. La mayor parte de ellos abordan problemáticas directamente relacionadas con la salud de los adictos, mientras que, en segundo lugar,

encontramos Cuadernos dedicados a los aspectos epidemiológicos, descriptivos de la problemática general, jurídicos y preventivos (ver en anexo la Tabla A.1).

Si clasificamos estos cuadernos asistenciales, vemos una fuerte impronta psicosocial en detrimento de aquellos temas clásicamente médicos o fisiológicos y notamos una clara ausencia de abordajes psicobiológicos.

En el Cuaderno N° 4 (1975), Carlos Cagliotti realiza una caracterización del problema del uso indebido de drogas. Esta caracterización esta sustentada en el concepto de la “carrera moral” de la persona adicta que se caracteriza por:

- 1- Una personalidad vulnerable
- 2- Una situación crítica, con especial énfasis en la adolescencia y,
- 3- la posibilidad de estar en contacto con personas que consuman drogas.

Así, para Cagliotti el problema de las adicciones era concebido como un problema de personalidades débiles, relacionado con aquellas concepciones de “contagio” que asociaban la adicción a una enfermedad infectocontagiosa y que afectaba especialmente a los adolescentes, grupo de riesgo al que hay que vigilar. La “carrera moral” del adicto esta directamente relacionada con el escalamiento en el uso de drogas, la promiscuidad, la prostitución y la delincuencia.

Al mismo tiempo, Cagliotti señala que:

“...si el llamado problema de la droga se define como un problema social, o sea, si se entiende como algo más que la acumulación de casos y mas bien como un síntoma de algún tipo de anomalía dentro de la compleja estructura de nuestras sociedades entonces debe ser atendido como un problema social, que interesa a toda persona que desempeña una función en la sociedad...”

(Cagliotti, 1976)

En la descripción del problema, Cagliotti utiliza conceptos provenientes de la Psicología Social y el Psicoanálisis. No es homogénea la concepción que utiliza para concebir el problema ni la forma de abordarlo. Sus escritos están influenciados tanto de discursos que podrían caracterizarse dentro del modelo ético-jurídico, como de perspectivas que están más de acuerdo con modelos psico-sociales e incluso socio-culturales.

En el Cuaderno N° 6 la problemática social se hace presente y en el Cuaderno N° 9 se evidencia el interés por el acercamiento entre psiquiatría y psicoanálisis, cuando se introduce el abordaje psicodinámico.

Hay que resaltar que Carlos Cagliotti, pocos años antes había actuado como opositor a los abordajes psicosociales y psicodinámicos que intentaban implementar por esa época Goldenberg, Grimson y otros médicos psiquiatras. Sin embargo, en el establecimiento de los abordajes terapéuticos del CENARESO, la psiquiatría dinámica, el psicoanálisis puro –practicado incluso por psicoanalistas que no eran médicos –, el trabajo social y otras técnicas terapéuticas no convencionales para la psiquiatría fueron introducidas desde el principio (ver por ejemplo el Cuaderno N° 16, donde se incluyen las técnicas corporales).

Durante sus primeros años de existencia, el CENARESO atendió a una población muy numerosa. Aunque la mayor parte de esta población era ambulatoria, los tratamientos residenciales fueron aumentando rápidamente.

Tabla 5.1: población asistida por el CENARESO

Año	1974	1975	1976	1977	1978	Total
Consultorios externos	422	603	552	609	246	2432
Internación	12	53	117	112	83	377
Reingresos	0	12	54	30	36	132
Totales	434	668	723	751	365	2941

Elaboración propia. Fuente: (CENARESO, 1978, 1980, 1982, s/f)

Cagliotti dirigió el CENARESO hasta su intervención, en 1987.³⁵

³⁵ En marzo de 1987 se le inicia a Cagliotti un juicio para destituirlo. Los motivos de este juicio son forzados, a tal punto que varios años después gana el juicio y lo reponen en el cargo. Cagliotti retoma el cargo por un día, para luego renunciar. Con el dinero que cobró de ese juicio se instala una Comunidad Terapéutica, llamada *Episteme*. Resulta irónico que, luego de la intervención del Estéves, y de ser un opositor de las Comunidades Terapéuticas, Cagliotti termine dirigiendo una que se beneficiaba del sistema de becas implementado por el Gobierno Nacional y que tenía a Grimson como promotor. Cagliotti muere en un asalto en la esquina de la Comunidad Terapéutica que había creado.

5.3.2.4 Historia asistencial, período Comunitario (1986-1992):

En 1985, en el Ministerio de Salud se unifican las secretarías de Salud Pública y Asistencia Social en la nueva Secretaría de Salud y Acción Social.

El CENARESO, que dependía de Asistencia Social pasa a depender de Salud Pública y, dentro de su estructura, se pretendía que el mismo pasara a formar parte del Área de Salud Mental. Mantener el CENARESO alejado del área de incumbencia de los psiquiatras manicomiales había sido un objetivo manifiesto de Cagliotti desde los orígenes del CENARESO.

A comienzos de 1987 el CENARESO fue intervenido. Durante los primeros años de democracia el gobierno electo crea la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONAD/CONCONAD), dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, en la Secretaría de Promoción Social. Esta comisión reemplazó a la CONATON y sería la precursora de la SEDRONAR. Desde esta Comisión, se elaboró un informe, conocido como el “informe Calabrese” (por Alberto Calabrese hijo) en el que se evaluó el funcionamiento del CENARESO. El informe fue encargado por el Dr. Malamud Goti, asesor presidencial y vicepresidente ejecutivo de la CONAD (Calabrese, 2010).

De este informe surge una fuerte crítica a la gestión de Cagliotti sobre la enorme cantidad de tiempo que pasaba el director de la Institución realizando viajes que, según el informe, no se reflejaban en beneficios para la institución. De allí se deriva la intervención del CENARESO y se designa a Liliana Chamó como interventora.

Liliana Chamó era una psicóloga que había estado en España trabajando en los abordajes de Comunidad Terapéutica en su vertiente del proyecto Hombre, el proyecto italiano del CEIS. (proyecto Uomo) que se había instalado recientemente en España.

Liliana Chamó fue puesta en el cargo con la intención de, por un lado reestructurar asistencialmente el CENARESO de acuerdo con las nuevas estrategias asistenciales que impulsaba el gobierno democrático que implicaban un acercamiento con las perspectivas europeas, a raíz de los

vínculos establecidos entre el gobierno del Dr. Alfonsín con la Comunidad Europea.

En Italia y en España, las Comunidades Terapéuticas estaban dando buenos resultados, y esta fue la dirección que se le pretendió dar al CENARESO (Gonzalez, 2010)

La adopción del modelo de Comunidad Terapéutica implicaba modificar la estructura profesionalizada de la Institución, una característica diferencial de la misma que era vista, por sus propios integrantes, como una ventaja indiscutible frente a otros abordajes.

En poco tiempo se diseñaron estrategias comunitarias en las que los adictos eran partícipes del proceso terapéutico y se les brindó mayor autonomía en la organización de las actividades en el Subprograma Residencial. Estas modificaciones trajeron aparejado, por un lado, conflictos con los profesionales, quienes veían que su actividad perdía relevancia. Esto motivó muchas renunciadas a la institución. Muchas otras actividades fueron cerradas y pasaron a estar organizadas por los asistidos o bien fueron eliminadas. Es el caso de las áreas de educación física y los talleres de artes y oficios.

Liliana Chamó, que había trabajado en Comunidades Terapéuticas, poco conocía acerca de cómo llevar adelante una institución de estas características. Muchas áreas dejaron de producir simplemente por la falta de coordinación. Se discontinuaron los Cuadernos de Trabajo y los cursos de formación.

Una de las tareas encomendadas a Liliana Chamó desde la CONAD era preparar a la institución para ser transferida a Salud Mental, un área de Salud Pública que el gobierno de Alfonsín pretendía revitalizar (Gonzalez, 2010).

Esto motivó reuniones y discusiones dentro de la institución que lograron hacer que Liliana Chamó cambiara de opinión. Abandonó la idea por la que había sido convocada, de transferir el CENARESO a la estructura de Salud Mental y se opuso a esa medida. Esto le valió el descontento de las autoridades. Liliana Chamó dirigió el centro hasta 1992.

5.1.2.5 Historia asistencial, Período lacaniano (1992- actualidad):

Este período se caracteriza por la ruptura conceptual con la concepción comunitaria y por la inclusión de la psicoterapia individual de forma obligatoria. Este tipo de terapia no había sido obligatoria nunca en la historia del CENARESO siendo la psicoterapia grupal el abordaje psicoanalítico preponderante (Gonzalez, 2010). Durante el período clásico, se aplicaba terapia individual ocasionalmente pero se había perdido completamente en el período comunitario.

Adicionalmente, el tipo de terapia que se realiza en el CENARESO en la actualidad posee una fuerte orientación lacaniana, asociada con los lineamientos teóricos de la EOL y el grupo TyA.

Otra diferencia fundamental con los períodos anteriores es que la nueva estructura no implica necesariamente un “recorrido” estructurado que tiene que realizar el paciente, tal como hacía en los períodos anteriores. La nueva estructura permite flexibilidad, pudiendo realizar cada paciente un recorrido personal dentro de las diferentes áreas del CENARESO de acuerdo a lo que su evolución particular indique conforme a una mirada clínica.

Todos estos cambios serían impulsados por José Luis González quien se hizo cargo de la dirección asistencial del CENARESO en 1994, puesto al que ingresa por concurso. González es Licenciado en trabajo social e ingresó al CENARESO en 1975 como asistente social, luego se recibió de psicólogo en la UBA en 1984. Estuvo a cargo del sector de docencia e investigación durante 17 años, entre 1977 a 1994.

Su trayectoria previa a la psicología era de corte psiquiátrico. Fue concurrente en el Hospital Borda y luego en el Centro de Salud N° II, que era un desprendimiento de “El Lanus” pues allí trabajaban muchos profesionales de aquella experiencia.

Cuando asumió el cargo, González decide replantear la estructura asistencial y organiza grupos de trabajo para discutir abiertamente con los profesionales del CENARESO el tipo de institución que querían tener. Así, se decidió, luego de muchos meses de reuniones de coordinación, que se iba a abandonar el sistema comunitario pero que, al mismo tiempo era necesario actualizar la antigua estructura. Se entonces diseñó la estructura que aún está

vigente, aunque se ha presentado al Ministerio de Salud una nueva estructura en el año 2008, que aún no ha sido aprobada.

Desde el punto de vista asistencial, el nuevo diseño comprendía dos grandes ejes: el clínico que incluía todas las acciones médicas y psicológicas individuales, grupales y familiares y el social que comprendía las acciones socio terapéuticas y de servicio social. El organigrama de esta estructura se puede observar en el Anexo (Imagen A2).

5.1.3 SEDRONAR

En 1983, cuando asumió el gobierno constitucional de Raúl Alfonsín, se desarma la CONATON y se crea la Comisión Nacional para el Control del narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD ó CONAD), mediante el decreto 1383/85. Esta comisión estaba presidida por el Presidente de la República, tenía un vicepresidente, el primero de los cuáles fue el Dr. Jaime Malamud Goti. Como agregados estaban Silvia Alfonsín y Alberto Calabrese hijo, quien lleva como colaboradores a Alfredo Carballeda y Graciela Touzé, antiguos compañeros del FAT.

En febrero de 1982, el Presidente de los Estados Unidos Ronald Reagan declaró oficialmente la “guerra contra las drogas” (Davenport-Hines, 2003; Jelsma, 2003). Una estrategia de su gobierno para enfrentar el problema que consideraba que gran parte del alto consumo de drogas en ese país era consecuencia de factores externos. Hacía responsable públicamente a los países productores originando el estereotipo del narcotraficante extranjero (Del Olmo, 1992). Un tiempo después, su esposa, Nancy Reagan lanzó su campaña “*Just say NO*”. Esta campaña fue lanzada el 24 de abril de 1985 en una conferencia a la que fueron invitadas las Primeras Damas de América a ocuparse personalmente del problema de la drogadicción, presidiendo la lucha contra el problema de las drogas en cada uno de sus países. Como la mujer de Raúl Alfonsín estaba muy enferma, Silvia Alfonsín, su hermana, ocupó ese lugar.

A su regreso de esta reunión, Silvia Alfonsín, junto con Anne Morel de Caputo, la esposa del Canciller argentino, constituyen la Fundación Convivir, que también jugaría un rol importante en la consolidación de las organizaciones de la sociedad civil en el país. A través de esta Fundación, la CONCONAD y el CONICET se realizaron las primeras investigaciones en el área de adicciones (Kornblit, 1989b; Touzé, 2006).

La CONCONAD/CONAD brindó, en la medida de sus posibilidades, apoyo a las organizaciones de la sociedad civil, y mantuvo distancia de las políticas intervencionistas de los Estados Unidos.

En 1989, cuando se produce el traspaso de mando presidencial adelantado, se produce un hecho que llamó la atención de aquellos que trabajaban en el área. Durante años, el parlamento nacional no se puso de acuerdo sobre los contenidos de una ley que regulara todo lo relacionado con las drogas. Los controles y los fallos judiciales de esta época muestran una interpretación más abierta de las leyes existentes respecto de los períodos previos, lo que hacía suponer que una nueva ley seguiría esta dirección. Sin embargo, en septiembre de 1989, a menos de dos meses de asumido el mando presidencial, se sancionó la actual ley 23.737 en la que se penalizaba la tenencia de drogas.

Esta ley estaba conformada sobre un proyecto de ley que había sido presentado por el diputado Lorenzo Cortese en 1985 (Cortese sería secretario de SEDRONAR en el año 2000). El nuevo gobierno disolvió la CONCONAD y creó, mediante el decreto 671/89 la actual La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR, cuyo primer Secretario fue Alberto Lestelle.

La SEDRONAR es el organismo del Estado encargado de coordinar las políticas nacionales tanto de lucha contra las drogas (narcotráfico, precursores químicos, comercio legal de estupefacientes) como contra las adicciones (prevención y asistencia). Por primera vez se unificaban en

nuestro país las acciones de control, prevención y asistencia, hecho que, según algunos autores, dificultó el buen desempeño de todas ellas.

Sin embargo se ha impuesto por ley a la SEDRONAR una misión imposible de ser cumplida: la de ocuparse del lavado de dinero, el narcotráfico, el control del ingreso y producción de drogas, la capacitación educativa, la prevención y el tratamiento de las adicciones. Por un lado debe coordinar las acciones de la Policía, la Aduana y de la Gendarmería, y además establecer políticas bancarias de control del lavado de dinero...Resulta obvio que la sumatoria de los campos no beneficia el desarrollo de las políticas generándose un fenómeno bien conocido en diversos países: el desarrollo de acciones de control del tráfico termina absorbiendo más recursos que la reducción de la demanda, en lo financiero, en lo político y en la dificultad de concentrarse en problemas diferentes". (Grimson, W. R., 2001)

La asistencia de los consumidores en SEDRONAR se coordina a través de la Subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia que se ocupa de coordinar e implementar planes y programas de carácter nacional teniendo en cuenta los lineamientos previstos en el "Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas".

A la hora de brindar tratamientos, SEDRONAR realiza derivaciones. Posee un sistema de admisión, en donde se entrevista al usuario de drogas y se define la necesidad de tratamiento. En esta entrevista se establece a que institución se lo derivará, de acuerdo, entre otras cosas, a la complejidad del caso.

SEDRONAR, como ya señalamos, posee un registro de Instituciones Prestadoras, que son aquellas habilitadas para recibir los subsidios de internación que se otorgan a los pacientes. Este registro constaba (al año 2009) de 112 instituciones. De estas, 64 brindan tratamiento de tipo residencial.

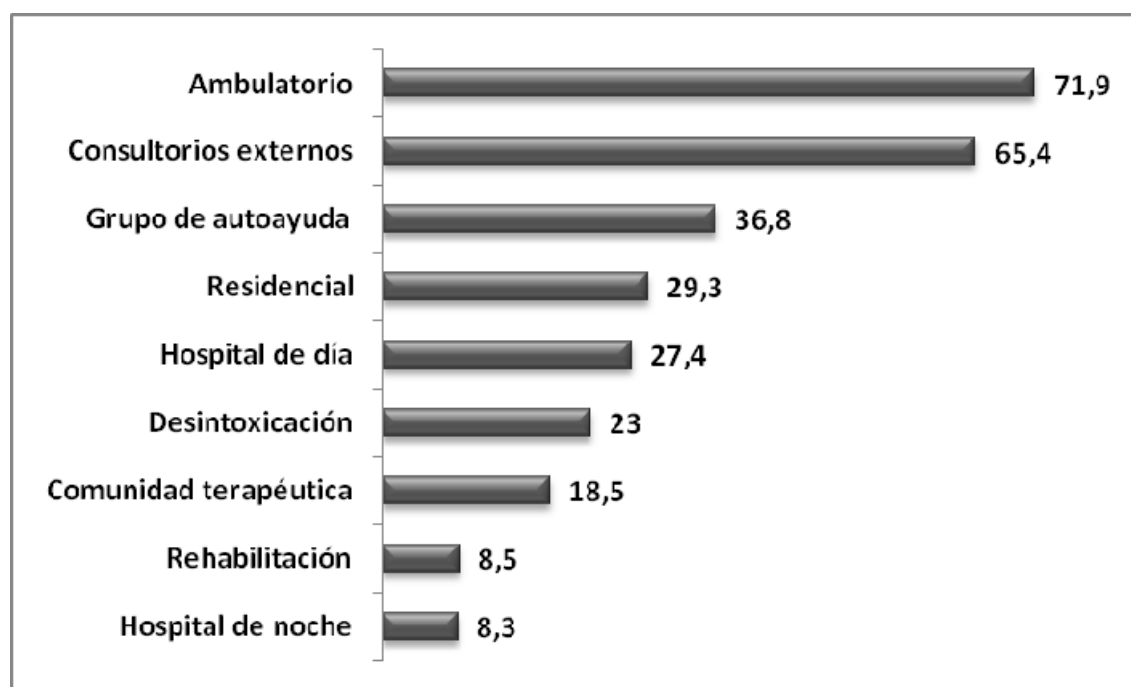
Para FONGA, la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas, la mayor parte de las instituciones incluidas en sus registros pertenecen a la modalidad de Comunidad Terapéutica. FONGA posee en sus registros

alrededor de 70 instituciones que brindan algún tipo de tratamiento. De estas, al menos 43, brindan tratamiento residencial y son consideradas en su amplia mayoría, Comunidades Terapéuticas.

Es muy difícil estimar el número de instituciones que, en la actualidad, trabajan con la modalidad de Comunidad Terapéutica en la Argentina. Esto se debe, fundamentalmente, a la dificultad de definir que es una Comunidad Terapéutica.

En un estudio realizado por la propia SEDRONAR, donde se intenta caracterizar a todas las instituciones asistenciales de la Argentina, independientemente de que sean prestadoras o no, se presentan las siguientes cifras:

Gráfico 5.1: Distribución de los centros de tratamiento según la modalidad de tratamiento que ofrecen (% sobre el total de centros)



Fuente (SEDRONAR, 2009)

En este gráfico, evidentemente, cada centro responde a más de una categoría (los % no suman 100). Sin embargo, las CT, poseen una categoría propia, a pesar de que podrían subsumirse dentro del tipo de tratamiento llamado

residencial. Según los responsables de la elaboración de la encuesta, esto es así debido a la cantidad de instituciones que se autodenominan de este modo y no corresponden exclusivamente a la categoría “Residencial” (responsable de la encuesta, comunicación personal). Es complejo desentrañar, a partir de la metodología utilizada en esta encuesta el número real de CTs. El total de centros de este estudio es de 592. Por consiguiente 109 centros pertenecen a la categoría CT (el 18.5%) y 173 prestan servicios residenciales (29.3%). Por lo tanto, de 173 centros residenciales, la mayoría (63%) son CTs. Muchas instituciones habrán resuelto responder en una u otra categoría, puesto que las definiciones son laxas. Esta decisión puede responder a la estigmatización que han recibido las CT en ciertos ámbitos (debido a su estructura religiosa o autoritaria) o a la idealización que también han recibido en otros. Dependiendo del contexto, el hecho que una institución sea considerada una CT o no puede redundar en beneficios o en perjuicios para la misma. Sin embargo, comparando estos datos con los de los registros de FONGA y el Registro de Instituciones prestadoras de la propia SEDRONAR, resulta evidente que el número es más cercano a 173 que a 109. De todos modos, con más de 110 centros, la modalidad CT se convierte en la modalidad de tratamiento residencial mas numerosa en el país.

Por otro lado, cuando en el estudio realizado por la SEDRONAR se analiza el tipo de financiación que reciben las CT, se señala que las mismas reciben principalmente financiación de tipo privada o mixta -pública y privada-. Lo que no dice el estudio, es que la totalidad de las CT relevadas (108) son las mismas que se benefician con los subsidios otorgados por el Estado. Nada le impide a estas instituciones, además de recibir los pacientes subsidiados por el estado, tener sus propios pacientes (y convertirse así en instituciones “mixtas”), por lo que creemos que las conclusiones de este estudio no reflejan la realidad (FONGA, 2011; SEDRONAR, 2011). Las CT representan los dispositivos específicos para el tratamiento de adicciones más financiados por el Estado en la actualidad, porque no sólo interesa el número que, como mostramos recién, es mas que relevante. Los montos involucrados en esta

modalidad de tratamiento, al ser residencial, son mucho mayores a los de otras modalidades no residenciales.

Por estos motivos resulta interesante detenerse en las características y la historia de las CT en la Argentina, para lo cual es preciso entender, brevemente, su recorrido internacional. Como veremos a continuación las CT para adictos se originan en dos organizaciones pioneras en este tipo de tratamientos. Daytop en Nueva York, y el Proyecto UOMO en Roma. En Argentina, si bien las CT tienen sus orígenes en forma compartida en ambos proyectos, están más emparentadas con la tradición italiana.

5.1.4 Comunidades Terapéuticas

En el campo específico de la adicción a drogas, la Comunidad Terapéutica (CT) es:

Un programa de auto-ayuda libre de drogas cuyo objetivo principal es la eliminación de los comportamientos abusivos hacia la sustancia, la cesación del abuso de la sustancia y el fomento del crecimiento personal. El modelo de CT incorpora nueve elementos esenciales que están basados en la teoría del aprendizaje social que utiliza la comunidad para fomentar un cambio comportamental y actitudinal. Estos elementos son: participación activa, terapias de rol, devolución de los participantes, formatos colectivos para guiar el cambio individual, normas y valores compartidos, estructuras y sistemas, comunicación abierta, relaciones individuales y grupales y una terminología consolidada. La CT incluye un staff tanto profesional como para-profesional. Los graduados del programa de CT que hayan completado las clases y el entrenamiento de apoyo a la internación son una parte esencial de la efectividad del programa, como la inclusión de profesionales de los campos de la medicina, la salud mental la educación y la ley.

Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas:
http://www.wftc.org/therapeutic_community.html

La Comunidad Terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de ciertos perfiles de adictos. Aquí, los internos han sido estrictamente seleccionados bajo determinados parámetros de admisión. Actualmente, hay diversos tipos de comunidades terapéuticas, ajustadas a sus respectivos modelos culturales y sociales. También existen diferentes clasificaciones: Hay comunidades terapéuticas públicas y privadas; Rurales y urbanas: religiosas y no religiosas; la democrática y la jerárquica. Hay comunidades terapéuticas para niños de la calle, para adolescentes, para menores infractores, para habitantes de la calle y para personas de cualquier sexo y edad, hombres y mujeres, con problemas de adicción a las drogas. Respecto a su operación, el modelo mixto, aquel que conjuga la experiencia irremplazable del exadicto, con la participación de profesionales de diversas especialidades es el más extendido.

Una CT es una estructura que guarda una cohesión interna, cuyo objetivo esencial lo constituye el logro de una situación que pueda ser en su totalidad coherentemente terapéutica y que considere los siguientes aspectos: a) una definición más lógica y racional de los roles establecidos; b) una tendencia a que todos los objetos y acontecimientos cotidianos estén armónicamente dirigidos, en sus posibilidades, hacia un fin realmente terapéutico; c) Una utilización de la estructura social como instrumento de cambio y como facilitación del fin terapéutico (López Corvo, 1994)

Recordemos la definición que brinda la Resolución conjunta establecida en el año 1997 entre el Ministerio de Salud y la SEDRONAR, que es aquella que regula la financiación pública de los tratamientos en Argentina:

[Una Comunidad Terapéutica] es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales (MSAS y SEDRONAR, 1997).

Esta definición difiere en aspectos centrales respecto de aquellas señaladas por el propio movimiento de CT. Por ejemplo, nada dice respecto de la posibilidad de utilizar drogas ó de la necesidad de un tratamiento residencial. Estas especificidades son importantes puesto que permiten que una institución sea considerada una CT o no y su inclusión en los mecanismos oficiales de financiación.

5.1.4.1 Los tratamientos en una CT

Es un tratamiento que consta de 3 etapas: una etapa de admisión, una etapa residencial, y una etapa de reinserción. Todo el tratamiento de una CT. se basa en el Modelo de Aprendizaje Social que utiliza a la comunidad como vehiculo terapéutico primario para promover el cambio comportamental (Bassin, 1984; Cancrini, 1991; Deitch, 1988). En las CTs, las necesidades de sustentación del individuo son responsabilidad de él mismo, a diferencia de lo que ocurre en otro tipo de tratamientos residenciales, donde la comida, la limpieza etc. son provistas por terceros. Así, las tareas asignadas a cada individuo, dependerán de sus capacidades y dificultades y, como miembros

de una comunidad, hay tareas que corresponden a miembros de mayor estatus dentro de la misma. Este estatus se obtiene ganando el respeto de los otros miembros de la comunidad, al mismo tiempo que se trabaja a lo largo de distintos niveles de competencias. De este modo, el estatus funciona tanto como un motivador, y como un reflejo del cambio del individuo. Así, los individuos con mayor estatus se encuentran en etapas mas avanzadas del tratamiento. Estos privilegios pueden ser tan simples como atender el teléfono, o manejar la recepción de la institución.

Generalmente hay cuatro niveles de tratamiento en una CT. cada nivel posee tareas a cumplir y privilegios que reflejan el nivel y la capacidad de asumir responsabilidades del individuo (Deitch, 1988; Deitch y Zweben, 1984; Grimson, 1999; Hablemos, 2005; López Corvo, 1994; Marchant, 2005; Rodrigué, 1965; Yaría, 1998).

En el primer nivel las tareas están altamente estructuradas y orientadas a ayudar al individuo a aceptar el programa y a la comunidad como una fuente de dirección e información. Se caracteriza por las tareas mas “duras” (limpiar, cocinar, etc.), grupos y terapias especiales.

El siguiente nivel está diseñado para solidificar las capacidades aprendidas en el nivel anterior. Se le pide al individuo que tome más responsabilidad en las mismas tareas, asumiendo algún cargo jerárquico en las mismas, por ejemplo enseñándole a los nuevos ingresantes las tareas aprendidas en el nivel I. En este nivel se asignan trabajos de mayor responsabilidad y se espera que el individuo se comprometa con el tratamiento.

En el tercer nivel comienza la transición del individuo desde la CT a la comunidad exterior. Las habilidades aprendidas en las fases anteriores son puestas a prueba en sistemas sociales de mayor escala. Aquí se exploran las necesidades vocacionales y educacionales del individuo y se trabaja sobre ellas. El individuo asume los mas altos roles dentro de la CT, convirtiéndose en un modelo para los ingresantes más nuevos. Se ejerce menos demanda sobre el individuo respecto de las tareas de la comunidad, aun cuando se

espera que la actitud sea la opuesta. En esta fase, la terapia individual está orientada a lograr en el residente una mayor autonomía. Eventualmente se dan permisos para dormir afuera y pasar más tiempo con la familia y amigos.

En el último nivel se toman muy seriamente los aspectos vocacionales y de aprendizaje. Es el momento en donde se procura el reingreso del individuo en el trabajo y/o en la escuela. Se extiende el tiempo que se pasa con la familia y amigos promoviendo el desarrollo de una red de soporte social. Se espera que en esta etapa, el residente sirva como modelo a otros residentes, proveyendo una imagen positiva de conocimiento y capacidades adquiridas a lo largo de su paso por la CT.

5.1.4.2 Las Comunidades Terapéuticas en el mundo

Las CT comenzaron siendo poco más que unidades de supervivencia en donde casi el único criterio compartido era la motivación (a veces demasiado autoritaria) orientada hacia la abstinencia. Sin embargo las instituciones que brindan este tipo de tratamiento han incorporado, en la actualidad, modalidades no residenciales como el hospital de día y los tratamientos ambulatorios. Hoy, casi la totalidad de las CT están conformadas por un staff mixto de profesionales y no profesionales (estos últimos generalmente poseen una gran experiencia en los tratamientos de adictos y el manejo de este tipo de grupos y son, muchas veces, adictos recuperados). Aunque originalmente se fueron conformando en base a la experiencia, hoy en día sus tratamientos reciben los aportes de muchas disciplinas.

El concepto de comunidad terapéutica es previo al surgimiento de las CT para la rehabilitación de adictos. Éstas, están emparentadas con las comunidades terapéuticas psiquiátricas originadas hacia mediados del siglo XX en el movimiento de revisión de la medicina psiquiátrica que surge después de la segunda guerra mundial y que se conoce habitualmente con el nombre genérico de “nueva psiquiatría”. La CT psiquiátrica discute la estructura y los programas de los hospitales mentales anteriores a la primera mitad del siglo XX, aquellos que Goffman denominara *Institución total*, donde el rol del

psiquiatra se construye de acuerdo a un vínculo autoritario que permea todas las capas de la institución. Del psiquiatra a todo el personal subordinado, las enfermera y finalmente al paciente en una degradación de las relaciones y del propio rol terapéutico. En estas instituciones la función principal no era terapéutica, sino de aislamiento, asilo y observación (Goffman, 1970). Efectivamente, los internados en hospitales psiquiátricos raramente salían o mejoraban los cuadros por los cuales ingresaban. Generalmente todo lo contrario.

Maxwell Jones, un médico escocés que en la década de 1940 se desempeñaba en Londres propone, en 1952, una modificación hacia una estructura más democrática en la que sean puestas en consideración las relaciones interpersonales y la dimensión psicológica en la vida de un hospital psiquiátrico (Jones, 1970). Cuando finalizó la Segunda Guerra mundial, Jones estuvo a cargo de una unidad de rehabilitación militar en la que integró a la población civil. En esta experiencia descubre que la participación de los pacientes en la vida comunitaria podía jugar un rol importante en su resocialización. La propuesta de Jones se basaba fundamentalmente en el reconocimiento de que en una institución terapéutica todo el que actúa debe hacerlo terapéuticamente y en que toda actividad desarrollada en una institución de este tipo debe tener un carácter terapéutico. Así, Jones redefinió los roles de los actores terapéuticos (tanto para los profesionales como para el personal de limpieza y los pacientes) inaugurando la concepción de planificación y organización de la internación a través de un programa terapéutico (Grimson, 1999). Uno de los elementos fundamentales en la estructuración de las Comunidades Terapéuticas diseñadas por Jones es la introducción de la asambleas. En ellas todo el personal y los pacientes, en situación de igualdad, discuten la organización diaria de las actividades y las decisiones importantes que se toman en la Comunidad.

Sin relación aparente con esta respuesta a la psiquiatría convencional surge en 1935, en Estados Unidos, Alcohólicos Anónimos como un lugar de

encuentro de personas con problemas de alcoholismo que descubrieron que compartir sus experiencias les ayudaba a sostener la abstinencia.

En 1958, Charles Dederich, un autorecuperado del alcoholismo y partícipe activo de Alcohólicos Anónimos (AA), funda Synanon, una comunidad de rehabilitación de las drogas (Deitch y Zweben, 1981; Yablonsky, 1965). Dederich se reunía en el garaje de su casa con alcohólicos, grupo al que luego se fueron sumando heroinómanos. La organización de Alcohólicos Anónimos no aceptó entre sus filas a los adictos a la heroína, motivo por el que Dederich decide crear este programa independiente. Inicialmente, Dederich tomó el modelo de AA, pero rápidamente se dio cuenta que no daba resultado entre los heroinómanos. Introdujo el aislamiento o modalidad residencial y eliminó los elementos religiosos de AA.

Este sistema se basaba en encuentros grupales de adictos que confrontaban sus experiencias, demandando la auto-revelación y la responsabilidad. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, Synanon no fue capaz de adaptarse a los cambios, Dederich endureció su postura y fue perdiendo credibilidad y eficacia. El compromiso con Synanon debía ser total, no solo en lo que respecta al uso de sustancias, en el que se seguía una política de droga cero, sino que se adoptaba un estilo de vida “ascético” bajo la premisa que todo contacto con el mundo era una incitación al consumo.

Durante la década de 1970, Synanon fue acusada de golpear a los desertores, de almacenamiento de armas y de utilizar la violencia como forma de manejar determinados casos (Deitch y Zweben, 1981). Dederich desalentaba la reinserción social y propiciaba el compromiso con Synanon como un movimiento social en sí mismo, llegando a establecerse en la práctica como una alternativa a la sociedad, proporcionando todos los elementos para mantenerse en forma aislada e independiente. Así, llegó a imponerse la vasectomía obligatoria a todos los hombres de Daytop como un modo extremo de coerción y control (Deitch y Zweben, 1984).

En 1963, el Padre O’Brien fundó Daytop Ledge (más tarde Daytop Village) en el estado de New York mediante un subsidio del NIH, inspirado en una visita

a Synanon. Daytop copió gran parte del modelo de Synanon (antes de que su postura se endureciera hasta los extremos señalados), pero incluyó profesionales entre sus operadores. Aquí es quizás en donde los modelos psiquiátrico y de adictos tienen su primer encuentro, puesto que ni en AA ni en Synanon encontramos la presencia de profesionales.

Daytop surgió como una institución para el tratamiento de adictos penalizados y ex presidiarios. Esto provocó que sus modalidades sean mucho más rígidas que las utilizadas con anterioridad en AA. Las bases del programa de tratamiento eran terapias grupales, terapias de rol, asignación de tareas, y una jerarquía de pares. A medida que el residente progresaba, recibía responsabilidades crecientes, y ganaba privilegios. Esto era posible luego de que podían ver que otros como ellos ganaban respeto, y que la vida sin drogas era posible. Estos elementos básicos han permanecido como la base de la Comunidad Terapéutica, que ha evolucionado para encontrar poblaciones cambiantes y otras necesidades. Sin embargo, en estos momentos, este tipo de instituciones eran muy jerárquicas, debido sobre todo a la influencia del modelo Synanon. A pesar de que habían incorporado algunos de los principios “democráticos” de Maxwell Jones, las poblaciones a las que atendían tanto Synanon (ex combatientes adictos a la heroína y más tarde jóvenes punk) como Daytop (presidiarios y ex presidiarios) eran poblaciones que demandaban una disciplina muy rígida.

En ese momento, Daytop llamaba la atención, pues era un modelo que lograba lo que nadie había logrado. Encontrar una forma de sostener la abstinencia.

Cuando el éxito de los tratamientos de Daytop se hizo conocido, la demanda de tratamientos se incrementó. El Padre O'Brien y su mesa de directores comenzaron a buscar más espacio y un lugar para poder llevar a los internados fuera de las tentaciones de la ciudad. La primera residencia con estas características fue Daytop Swan Lake, que abrió en junio de 1966. Con los años se hizo evidente que el problema era más bien de adictos ocasionales que de verdaderos adictos duros. Para ello, Daytop desarrolló en 1968 el

primer centro de tratamiento ambulatorio, origen en este campo de los hospitales de día y medio día, que atendía a toda la comunidad.

Hacia fines de la década de 1960, la guerra de Vietnam trajo aparejado un incremento en el consumo de heroína y el abuso de drogas recreativas se incrementa en la juventud como resultado del movimiento hippie (Jaffe, 1999). Había por lo tanto cada vez más necesidad de programas de rehabilitación. Daytop se expandió a otras residencias, y se incrementó el número de pacientes externos en el área de Nueva York.

Casi una década después de las iniciativas norteamericanas, el Centro Italiano de Solidaridad (CEIS) se planteó el modo de encontrar formas más eficaces de trabajo comunitario con toxicodependientes en Roma.

El CEIS es una asociación de voluntariado que se formó espontáneamente a fines de la década de 1960 y se formalizó como asociación sin fines de lucro en 1971. El CEIS ha dedicado gran parte de su actividad a la recuperación de personas con problemas de drogas. Originalmente inspirado en los logros obtenidos en Daytop, en el año 1969 el CEIS decide implementar en Roma un Programa de Rehabilitación y Reinserción, denominado Proyecto Uomo. Este proyecto evalúa e incorpora los elementos más importantes de la modalidad de trabajo en Daytop pero los adapta a la realidad cultural europea y latina, incorporándole otros valores familiares y espirituales (Goti, 1990). La filosofía del Proyecto Uomo se inspira en la promoción de la persona en su totalidad, de la valorización de su dignidad y autonomía y de la recuperación de la esperanza.

Desde la década de 1980, el CEIS comienza a colaborar con Naciones Unidas y, desde 1985, año en que obtuvo la categoría II como organismo consultivo del ECOSOC, ha ejecutado numerosos proyectos para esta institución, particularmente para el PNUFID, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Abuso de Drogas. En Agosto de 1984, el Proyecto Hombre se instaló en Madrid y el 30 de Mayo de 1986 se constituye como Confederación.

De estos dos movimientos, Daytop en Estados Unidos y Proyecto UOMO en Italia, es principalmente desde donde las Comunidades Terapéuticas se han extendido a todo el mundo.

Desde 1975 existe una Federación Internacional de Comunidades Terapéuticas (WFTC) que actualmente esta presidida por el Padre Edmund O'Bryan, fundador de Daytop. WFTC reúne a la TCA (Therapeutic Communities of America) fundada en 1975; FLATC (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas), fundada en 1987; EFTC (European Federation of Therapeutic Communities), fundada en 1978; EEFT (Eastern European Federation of Therapeutic Communities); AFTC (Asian Federation of Therapeutic Communities) y ATC (Australasian Federation of Therapeutic Communities).

Como vemos, el movimiento de Comunidades Terapéuticas se extendió progresivamente a Europa, Asia y seguidamente a América Latina. A la Argentina llega hacia fines de la década de 1970. En 1980 ya existen decenas de pequeños grupos que intentan constituirse en Comunidades Terapéuticas y hoy SEDRONAR, tiene en su registro, como ya señalamos, más de 110 instituciones habilitadas para brindar tratamiento a personas con problemas de adicción en esa categoría.

5.1.4.3 Las Comunidades Terapéuticas en Argentina

En 1965, Emilio Rodrigué publicó en la editorial EUDEBA *Biografía de una Comunidad Terapéutica* donde relata su experiencia en Austen Riggs (Rodrigué, 1965), un pequeño Hospital Psiquiátrico, establecido en 1919, que brindaba tratamiento intensivo desde un abordaje psicoterapéutico dinámico en una Comunidad Terapéutica abierta, voluntaria y no coercitiva. Esta obra estuvo, además, prologada por Mauricio Goldemberg. Según el propio Rodrigué, este tipo de abordaje era impulsada en la Argentina por Mauricio Goldemberg.

A su vez, Goldemberg había recibido en su servicio de El Lanus a Maxwell Jones, quien visitó la Argentina en dos ocasiones durante la década de 1960 (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005).

Por otro lado, Ángel Fiasché, un discípulo de Enrique Pichón Riviére, trabajó en 1966 en el diseño del programa de psiquiatría comunitaria que se implementaría en Estados Unidos, con la Ley Kennedy de asistencia a la pobreza. De modo que el movimiento de Comunidades Terapéuticas psiquiátricas tiene sus antecedentes bien enraizados en la renovación de la tradición psiquiátrica argentina ocurrida en la década de 1960.

Durante el gobierno militar de Onganía, establecido en 1966, se intervino el INSM, designando al Coronel Médico Estévez, un neurólogo, como interventor. Estévez puso en cargos importantes a tres figuras que serían centrales en la historia de las Comunidades Terapéuticas en Argentina. Mauricio Goldemberg que además fue nombrado Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y seguía ligado al Instituto a través del Concejo Nacional de Salud Mental, Wilbur Ricardo Grimson fue nombrado Jefe de la División de Psicopatología (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005) y Carlos Cagliotti que ingresó en la misma época al INSM. Grimson jugaría un papel central en la historia de las Comunidades Terapéuticas para adictos y Cagliotti dirigió, como ya desarrollamos, el CENARESO y las secretarías ejecutivas de la CONATON y del ASEP.

Goldemberg, que estaba a cargo del servicio de psicopatología de El Lanús, había dirigido el INSM en 1958. Desde su lugar en la Ciudad de Buenos Aires, lideró una Comisión convocada para una revisión general del sistema de Salud Mental de la Ciudad. Desde estos dos lugares, Goldemberg difundió una concepción de la psiquiatría que enfatizaba la importancia de los factores sociales en la Salud Mental de la población (Plotkin, 2003). Así, los lineamientos generales de la Salud Mental, en oposición a la Higiene Mental, fueron incorporados a los planes oficiales, tanto del INSM, como de la ciudad de Buenos Aires.

En este contexto, el INSM elabora un plan nacional de salud mental en donde se proponía el establecimiento de Comunidades Terapéuticas, como unidades piloto. Se establecieron Comunidades Terapéuticas en Entre Ríos, y en el Hospital Esteves, en Lomas de Zamora. Además, durante la gestión de Estévez, se abrieron otras siete Colonias que funcionaban bajo esta modalidad (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005).

En 1968, el INSM convoca a una reunión de directores de Hospitales Psiquiátricos donde se dictó un seminario sobre Comunidades Terapéuticas. Participaron de esta reunión entre otros: Wilbur Ricardo Grimson que llevaba adelante la experiencia en el Hospital Esteves, Luís César Guedes Arroyo del Hospital Neuropsiquiátrico Robillos de Paraná, Julio Herrera del Hospital “El Sauce”, de Mendoza, Raúl Camino, de la Colonia Federal, en Entre Ríos (INSM, 1969). En las actas de la reunión actas se afirma que “en todas las instituciones del INSM se están llevando a cabo estas experiencias (refiriéndose a las CTs)”, algo que no ha podido ser constatado. Sin embargo, se señala habitualmente que las comunidades terapéuticas eran una “experiencia piloto”, que se implementaba solo en unos pocos lugares (INSM, 1969).

La reestructuración del Sistema Nacional de Salud Mental no se distanció, en la práctica, de las estrategias de la psiquiatría tradicional, aunque los nombres de las instituciones se modificaran.

La experiencia de la Comunidad Terapéutica del Hospital José A. Esteves ilustra claramente lo sucedido con los intentos de modernizar la asistencia en Salud Mental en la Argentina y que tendrían importantes consecuencias para los tratamientos en adictos.

Esta experiencia duró 18 meses, estaba coordinada por Wilbur Ricardo Grimson, un psiquiatra y psicoanalista de la APA que se había formado, a su vez, en el grupo de Goldemberg en El Lanus, con quien trabajaba, además, en el INSM.

El Hospital Esteves funcionaba, en 1956, como un hospicio de mujeres en el que se las mantenía internadas con poca o ninguna asistencia terapéutica. Las más mínimas condiciones de atención estaban seriamente alteradas. La limpieza personal de las internas era muy mala y sus tratamientos, obsoletos y con muy escasa supervisión. Por conveniencia del personal, se almorzaba a las 10:30 y se cenaba a las 15:30. Las internas tenían prohibido el acceso a gran parte de las facilidades del hospital, que supuestamente estaban a su servicio. Al contrario, eran utilizados para fines personales por el personal (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005; Cutuli, 2005).

Grimson estableció una Centro Piloto en el que se propuso modificar completamente la estructura asistencial. Se acondicionó un pabellón especial, se decidió incorporar hombres y se proyectó una Comunidad Terapéutica dentro del Hospital que mantuviese, al mismo tiempo, cierta independencia del resto de su estructura. Estas modificaciones implicaban que toda la comunidad (no solo el staff profesional) estaba a cargo de la rehabilitación y requirió una necesaria redistribución del poder hacia adentro del Hospital. El eje del tratamiento era la asamblea de la CT donde se deliberaba, en pie de igualdad, sobre todos y cada uno de los aspectos de la vida en la comunidad. Comidas, ingresos, horarios, etc. eran sometidos a votación. Según Grimson, en un país donde no se votaba, el único lugar donde se ejercía la democracia era en una Comunidad Terapéutica (Plotkin, 2003). Estas asambleas duraban cerca de tres horas y se hacían dos veces por semana con una asistencia de 150 personas (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005).

El proyecto de Grimson no se limitaba, no obstante, al Centro Piloto. Con antecedentes de trabajo en El Lanús, Grimson convoca a Miguel Vayo, para que trabaje con las pacientes internas del hospital en el proceso de resocialización. La intención era que la actividad no quede circunscrita a las paredes del Centro Piloto (Cutuli, 2005; Grimson, 2010).

El trabajo en la CT comenzaba a la mañana donde los internos, junto con las enfermeras organizaban la medicación, el desayuno y limpiaban la sala. Luego concurrían a un grupo de lectura de diarios, coordinado por terapeutas

ocupacionales seguido de distintos grupos de psicoterapia de orientación psicoanalítica. También había grupos de expresión corporal, artesanías, mantenimiento y periodismo. El almuerzo se servía al mediodía y luego se realizaban diferentes grupos psicopedagógicos, asistencia social, deporte y recreación, costura y cocina. Las actividades se llevaban a cabo de lunes a viernes de 8 a 17 y los sábados por la mañana. Esta modalidad logró, en 18 meses, que las internaciones pasaran de un promedio de 10 años, a 3 meses (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005).

Claramente, lo que se realizaba en este centro reivindicaba los abordajes más radicales de la psiquiatría dinámica, rompía fuertemente con el hospicio y por tanto con la psiquiatría clínica clásica. Pero las oposiciones entre estas dos formas de entender la salud mental no pasaron desapercibidas. En poco tiempo se desató un conflicto que involucró a personas y a ideas que serían centrales en los próximos 30 años del desarrollo de las políticas de tratamientos de drogas en la Argentina.

Los logros del Centro Piloto no pudieron contra el establishment psiquiátrico argentino. Los problemas comenzaron en el interior del Hospital debido, originalmente, a la redistribución de tareas y poderes a la que hacíamos mención, y se extendieron rápidamente hacia el exterior. Denuncias de orgías sexuales, vinculadas a la inclusión de varones y signos de comunismo y subversión aparecían en la prensa (Prensa Confidencial, 1970) y eran denunciadas desde el Obispado de Lomas de Zamora. El INSM, recientemente intervenido, formó una comisión especial para que llevara a cabo una investigación. Esta comisión estaba integrada por Rodríguez Lonardi, Carlos Cagliotti, Alberto Chan y Raúl Camino. El informe que presentó la Comisión era elogioso (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005). Sin embargo, el 29 de septiembre de 1970, el Hospital Esteves fue intervenido. Carlos Cagliotti y Juan Ramón Rodríguez Lonardi se hicieron cargo y unas horas más tarde disuelven el Centro Piloto en distintas áreas del hospital. Destituyeron a Miguel Vayo, y reemplazaron a Grimson por Cagliotti.

El personal del Centro Piloto no aceptó las modificaciones y se realizaron asambleas para tomar las decisiones pertinentes. El personal del Centro y los pacientes decidieron resistir. Se declaró un conflicto que tuvo uno de sus puntos más álgidos el 21 de diciembre de 1970 cuando Cagliotti fue abofeteado por un psicólogo del ex Centro Piloto cuando instó a los integrantes del Centro Piloto a “arreglar las cosas afuera, si no estaban de acuerdo” (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005). En enero, fuerzas policiales intervinieron, impidiendo el acceso de los trabajadores y establecieron una orden de captura contra Grimson si lo encontraban en el Hospital. Escapó por una pared trasera (Grimson, 2010).

En enero de 1971 el Ministro de Bienestar Social dio la orden: saquen a esos comunistas de allí (Carpintero, E. y Vainer, A., 2005). En febrero de 1971 se autorizó nuevamente el uso de chalecos de fuerza. Así concluye, en este período, la experiencia de Comunidades Terapéuticas psiquiátricas en la Argentina.

De este modo, las Comunidades Terapéuticas tuvieron una vida fugaz. La que más perduró, quizás por estar aislada y lejos de los centros de poder de la psiquiatría tradicional, fue la experiencia que llevó adelante Raúl Camino en la Colonia Federal (Entre Ríos). Este fue cerrado en 1976 (Cutuli, 2005).

El conflicto desatado en el Hospital Esteves expresaba lo más profundo de dos posiciones encontradas respecto de la salud mental: psiquiatría y psicoanálisis en su forma más polarizada, o psiquiatría clásica y psiquiatría dinámica en su forma moderada.

Pero esta manifestación concreta del conflicto tendría serias consecuencias para la institucionalización de los tratamientos para adictos en la Argentina. Grimson y Cagliotti se convirtieron en enemigos, impulsando, cada uno desde su lugar estrategias que promocionaban su propia visión, al tiempo que no ocultaban sus enconos personales. Como veremos más adelante, Grimson se convirtió en el impulsor de las Comunidades Terapéuticas para adictos generando estructuras gubernamentales e impulsando leyes que permitieran

su proliferación (Grimson, W. E., 2001; Grimson, 2007). Cagliotti, por su parte, ya lo hemos mostrado, creó y dirigió el CENARESO y se convirtió, durante casi 10 años, en un referente latinoamericano en materia de políticas y tratamiento de adictos, a través de su cargo en el ASEP.

5.1.4.4 Las Comunidades Terapéuticas para adictos.

En 1973, Carlos Novelli se convirtió en pionero en el intento de desarrollo de sistemas de tratamiento basados en la comunidad terapéutica en la Argentina. Este año se funda el Programa Andrés, en la localidad de Villa Adelina. Por esa época, el Programa Andrés no era más que la reunión de personas con un objetivo común, abandonar el consumo de drogas. Era lo que se conocía con el nombre de Granjas Comunitarias, al que Novelli le dio una fuerte impronta religiosa. Carlos Novelli nació en 1953, a los 18 años era un joven adicto de viaje por Estados Unidos. Allí conoce a una persona que lo introduce en una iglesia donde logra recuperarse de su adicción. No está claro si esta institución era Daytop u otra institución con características similares (González, 2009; Robusto, 2010). El caso es que Novelli logra recuperarse de su adicción y con la fuerza de esta experiencia retorna a Buenos Aires y comienza con la tarea de intentar recuperar a sus antiguos amigos y conocidos de sus respectivas adicciones. Les cuenta su experiencia en reuniones esporádicas y reúne un pequeño grupo de colaboradores, adictos, evangelistas y adictos-evangelistas, con los que forma lo que Grimson prefiere llamar “Unidades de supervivencia” (Grimson, 1999). Allí daban techo a los que querían recuperarse de la adicción. Recibían ayuda de las familias y de organizaciones religiosas. Producían objetos vendibles y trataban de subsistir de este modo errático y poco organizado. Los tratamientos, si es que se le puede dar ese nombre a lo que allí se hacía, consistían fundamentalmente en sostener la abstinencia sometiéndose voluntariamente a las reglas de la comunidad.

Horarios, roles y jerarquías preestablecidas no podían ser modificadas ni cuestionadas. Drogas, sexo y agresión estaban terminantemente prohibidos bajo pena de expulsión de la Comunidad. El incumplimiento de alguna de estas normas era visto como una traición a la comunidad, y la expulsión de la misma privaba al adicto de la posibilidad de reincorporación.

En el año 1986, Carlos Novelli funda FONGA, la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas, que recibe la personería jurídica en 1991.

Con la renovación política que implicó el regreso de la democracia en la Argentina, muchas instituciones comenzaron a modificarse. La CONATON, hasta ese momento dirigida principalmente por Cagliotti, comienza a ser reestructurada en lo que sería la CONCONAD. Wilbur Grimson solicita a su cargo una comisión especial, que tuvo el nombre de “Comisión de prevención”. En esta Comisión, Grimson comienza con la tarea de incluir a diferentes organizaciones de la sociedad civil: El Programa Andrés, la Asociación de Padres para la Prevención del Uso de Estupefacientes (APPUE), el FAT y la CT Viaje de Vuelta, entre otras (Calabrese, 2010; CONATON, 1983).

La CONATON que funcionaba en CENARESO fue disuelta y en su lugar se creó la CONCONAD-CONAD, como fue alternativamente llamada. De Vedia, el tercer subsecretario ejecutivo de la CONCONAD. (luego de Malamud Goti y Bertoncello), defendió la participación de la sociedad civil en el tema de adicciones. De Vedia había sido Subsecretario de Desarrollo Humano, una Secretaría creada en 1983 en el Ministerio de Salud. De él dependía el Concejo del menor y brinda su apoyo a Grimson en la implementación de la Comisión de prevención (Calabrese, 2010; Grimson, 2010). Estas organizaciones de la sociedad civil recibieron los primeros subsidios que otorgó el Estado para trabajar en algún aspecto relacionado con la prevención y/o tratamiento de las adicciones (Calabrese, 2010)

De Vedia era amigo personal de Giulio Andreotti, quien había sido primer Ministro de Italia y ocuparía la presidencia del Consejo de Ministros entre 1989 y 1991. Andreotti era un representante importante de la Democracia Cristiana italiana que, durante la década de 1980, fue muy activa en el área de adicciones en Naciones Unidas (y lo sigue siendo) a raíz de la epidemia de heroína que había en ese país. En Naciones Unidas Italia estaba representada por el CEIS, una organización civil y católica que, como señalamos anteriormente fue ganando espacio hasta convertirse en 1985 en organismo consultor oficial:

De Vedia lo va a ver a Alfonsín y le dice, tengo una manera, con el tema de drogas que a usted le interesa tanto, soy amigo de Andreotti, como usted sabe, y me dijo que me puede conseguir un convenio, y ellos lo van a financiar desde las Naciones Unidas (Calabrese, 2010)

Andreotti y De Vedia, por intermedio de la Cancillería Italiana, proponen realizar un convenio entre Argentina, Naciones Unidas e Italia, para realizar un curso de capacitación sobre adicciones.

El gobierno Italiano, por intermedio del CEIS y con fondos provenientes de importantes firmas como FIAT, Olivetti, La Banca Nazionale del Lavoro y el Vaticano, que apoyaban fuertemente al CEIS, destinaba mucho dinero a la Cancillería Italiana quien lo derivaba hacia el organismo correspondiente en Naciones Unidas. A su vez, la Cancillería Italiana realiza un convenio con la Argentina (ONU, 1987; Picchi, 1987) para financiar un curso de formación que dictaban especialistas del Proyecto Uomo. Finalmente, gran parte del dinero volvía al origen desde donde había partido. Es decir, las empresas italianas financiaban al CEIS quien aportaba el dinero indirectamente a Naciones Unidas. Este organismo financiaba, finalmente, las actividades del CEIS en Argentina.

En 1987 Novelli viaja, como presidente de FONGA, junto con Grimson y Silvia Alfonsín a la reunión anual de la JIFE, la Junta Internacional de Estupefacientes de las Naciones Unidas, que se puso en contacto con el Proyecto Uomo (Calabrese, 2010; Grimson, 2010; Robusto, 2010).

A partir de allí comienza una importante vinculación. Ese mismo año, se firma el proyecto AD/ARG/87/525 entre el Gobierno Argentino y el FNUFID. Este proyecto tiene como objetivo manifiesto la creación de un centro que responda a la demanda local de formación profesional en el área de tratamiento en adicciones (ONU, 1987).

En ese momento, el organismo nacional encargado de la prevención y tratamiento de las adicciones era la CONAD quien toma bajo su cargo la dirección del futuro Centro (que nunca se concretaría). Con fondos provenientes de FNUFID entonces, se otorgan 30 becas (se utilizaron 27) para enviar a operadores socioterapéuticos argentinos a Italia, a las instalaciones del CEIS, donde los operadores cumplirían un período de formación de 2 meses allí en las Comunidades Terapéuticas del CEIS, y retornarían al país bajo la idea de formar el mencionado centro (González, 2009; Grimson, 2010; ONU, 1987; Robusto, 2010).

El curso comprendía tres módulos:

1. Modulo teórico residencial de tres semanas que constaba de clases teóricas temáticas y diferentes grupos de discusión. Un grupo de discusión dedicado al desarrollo de la capacidad de análisis de los componentes emocionales que se ponen en juego en la problemática. Un grupo de integración cuyo objetivo era la formación de un verdadero grupo terapéutico, a través de objetivos libremente elegidos por el grupo. Un grupo de encuentro que tenía como finalidad la aceptación de las normas propuestas. La modalidad residencial, que implica la convivencia permanente, era un aspecto central del aprendizaje.
2. Modulo práctico en diferentes instituciones durante dos semanas. En este modulo se realizaba la formación en servicio en cada una de las instituciones y posteriormente la supervisión de tareas.
3. Modulo de elaboración residencial de dos semanas de duración, donde se brindaban clases teóricas de organización, psicología institucional y grupos similares a los del módulo 1.

4. Seminario y evaluación final de tres días.

La idea central del curso de formación de operadores consistía en que los mismos deberían pasar por la experiencia de la convivencia en una CT para poder adquirir las capacidades necesarias para su posterior implementación.

La organización diaria de los períodos residenciales era la siguiente:

7 a 8:30	Limpieza y desayuno
8:30 a 9:30	Encuentro y reporte de los grupos
9:30 a 11	Teórico
11 a 11:30	Intermedio
11:30 a 13	Teórico
13 a 13:30	Revisión diaria
13:30 a 15	Almuerzo y descanso
15 a 17	Tiempo grupal
17 a 17:30	Intermedio
17:30 a 19:30	Tiempo grupal
21	Cena

El temario del curso era el siguiente:

Modelos tradicionales de trabajo con menores.	Adolescencia.
La Comunidad Terapéutica como modelo.	Los grupos extensos.
Los profesionales tradicionales y el operador terapéutico	Delincuencia juvenil
Auto-ayuda y Auto-gestión	La dinámica grupal.
Instrumentos de la Comunidad Terapéutica I: El encuentro matutino y el Pull-up	Las etapas de la admisión
Las Drogas y el Alcohol	La estructura del tratamiento.
El abandono y la carencia	La entrevista de admisión.
Instrumentos de la Comunidad Terapéutica II: El confronto.	La reinserción.
El niño abandonado	El operador como modelo.
Instrumentos de la Comunidad Terapéutica III: El llamado de atención	Teoría del vínculo.
La Familia abandonica	Análisis Institucional y Organizacional.

• El grupo dinámico. Psicodrama	• Niveles terapéuticos horizontales y verticales.
• El grupo estático	• La justicia de menores.
• Políticas de minoridad.	

Los integrantes del grupo argentino que viaja a Italia eran, principalmente, ex adictos en etapas avanzadas de su tratamiento y unos pocos profesionales (psicólogos y sociólogos). El CENARESO envió 3 personas. Entre ellas, la licenciada en psicología Adriana Agrelo que a su regreso renunció a su cargo y pasó a formar parte de los primeros profesionales que trabajaron en una CT, incorporándose al Centro Juvenil Esperanza (Agrelo, 2010). Este grupo conformó lo que hoy llaman “la primera generación de Operadores Terapéuticos”.

Luego, entre 1988 y 1990, profesionales italianos del CEIS, junto con los operadores formados en esta experiencia, dictaron un curso anual en Buenos Aires:

El objetivo fundamental del curso es ofrecer una formación específica, en el modelo socioterapéutico, que permita a los estudiantes una vez finalizada dicha formación, desarrollar en grupos o instituciones, una tarea de tratamiento y reinserción social de jóvenes cuya característica de toxicodependientes, tenga como base una personalidad delincencial de abandonos concretos y tempranos. La propuesta del curso, es ampliar las perspectivas en lo referente a las técnicas específicas, prestando particular interés a la ética del tratamiento, hasta el punto de incluirla como variable terapéutica (Proyecto AD/AR/87/525, 1988)

Este curso seguía, básicamente los mismos lineamientos del curso italiano. Había módulos teóricos seguidos de módulos residenciales en Comunidades Terapéuticas Argentinas. De estas experiencias surgen los líderes de las principales Comunidades Terapéuticas que existen hoy en día.

La sede del curso fue el Hogar Boado de Garrigós, frente al ex albergue Warnes. Allí los estudiantes permanecían “internados” mientras duraba la formación teórica para luego hacer las “residencias”.

El curso comprendía numerosas clases teóricas dictadas por profesionales del Proyecto Uomo. Hemos podido acceder a la carpeta de estudios de uno de los participantes de este curso. Una revisión de la bibliografía utilizada y brindada a los alumnos para su formación, nos muestra el tipo de formación que se les otorgaba: era una mezcla de psicología social, psicología de grupos e historia de las comunidades terapéuticas en el mundo, junto con algunas herramientas teóricas provenientes de la nueva psiquiatría. El curso teórico tenía una duración de tres semanas.

En este período, las comunidades seguían siendo manejadas principalmente por ex adictos y líderes religiosos. La formación en el CEIS de Italia y posteriormente en Argentina fue la primera aproximación a un staff profesionalizado. Ni médicos, ni psicólogos (salvo excepciones) y mucho menos psiquiatras, participaban de los programas terapéuticos diseñados en estas instituciones.

En el año 1987, el programa Andrés tenía cerca de 120 residentes (González, 2009). También por esta época se amplían las propuestas. Aparece junto al Programa Andrés, el Programa Viaje de Vuelta, dirigida por Jorge Castro, el Centro Juvenil Esperanza, fundado por Carlos Sánchez, un pastor evangelista. Este centro pasó luego a estar dirigido por Rubén González, quien había pasado por el programa Andrés y había viajado a Italia para formarse. Rubén González se desempeñaba como docente en el curso que se dictaba en Buenos Aires.

El curso dictado por el CEIS poco a poco fue reemplazando sus docentes por los operadores formados localmente. Se realizó durante tres años y formó 189 operadores. Con el cambio de gobierno, en 1990 se discontinuó.

La siguiente etapa importante de formación en este mismo área se organizó también gracias a una iniciativa de Wilbur Ricardo Grimson.

En 1994, muere el “pastor” Carlos Novelli y Grimson se hace cargo de la dirección de FONGA. Desde allí, comienza a impulsar la profesionalización de los operadores y el reclutamiento para FONGA de más instituciones de la sociedad civil que se ocupen del tratamiento de los adictos:

Durante la gestión de Novelli en FONGA ocupé el rol de Secretario de organización reclutando a los nuevos miembros, promoviendo la capacitación en prevención y tratamiento y organizando anualmente seminarios participativos de las instituciones miembro y de invitados especiales entre ellos: Pedro Cahn, el Dr. Cattani, Eduardo Amadeo, el Padre Gabriel Mejia de la Federación Latinoamericana [de Comunidades Terapéuticas], Andrés Thomson (Fundacion Kellogg), Maria Marta Herz (Foro del Sector Social). El punto culminante se dio cuando en 1994 el Rector de la UNQuI, el Ingeniero Julio Villar, nos invitó a dirigir el Área de Prevención de las Adicciones. Pero esa es otra historia (Grimson, 2010)

5.1.4.5 Formación de Operadores Socioterapéuticos en la Universidad Nacional de Quilmes.

Entre 1997 y 2004 se dictó, en la Universidad Nacional de Quilmes, bajo la dirección del Wilbur Ricardo Grimson, un curso de “Operador Socio Terapéutico”.

El 20 de noviembre de 1997 la Universidad Nacional de Quilmes resuelve crear el Área de Drogadependencia mediante la resolución 839/97 en la que señala que:

Visto la resolución conjunta 361/97 y 153/97 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y de la SE.DRO.NAR. y considerando que dicha resolución incluye por primera vez la mención específica de las Comunidades Terapéuticas como efectoras del sistema de salud admitiendo, además la integración de los equipos terapéuticos con la incorporación de los operadores socio terapéuticos, derivados de una tradición de desarrollo de los programas terapéuticos como unidades de auto-ayuda. (Universidad Nacional de Quilmes, 1997)

De este modo la UNQ se convertía en la primera Universidad Nacional en retomar lo planteado por las Resoluciones Ministeriales que venían conformándose desde principios de la década de 1990 cuando se comenzaron a regular los tratamientos para adictos en la ley 23.737, largo proceso que no se plasmaría hasta el segundo tercio de la década con la implementación de las mencionadas resoluciones conjuntas (MSAS y SEDRONAR, 1995, 1997).

El Área de Drogadependencia pertenecía al Área de Extensión Universitaria. Para implementar el Curso, la Universidad firmó un convenio con FONGA (Universidad Nacional de Quilmes, 1998), que en ese momento estaba dirigida por Grimson. Mediante ese convenio, la Universidad se comprometía a abonar a FONGA la suma de 55.000 pesos anuales en nueve cuotas mensuales, además de proveer las aulas y la folletería.

Por otra parte, se estableció un convenio entre la UNQ, FONGA y la Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires dirigida en ese momento por el Dr. Juan Yaría. En esta resolución, la Secretaría Provincial se compromete a brindar un apoyo económico a la UNQ, pero no se fija monto alguno (Universidad Nacional de Quilmes, 1998, 1999). Estos convenios eran anuales y se renovaban periódicamente. En el año 2000 el convenio con FONGA es reemplazado por un convenio con la Fundación Proyecto de Vida, dirigida también por Grimson (Universidad Nacional de Quilmes, 2000).

En agosto de 2001, SEDRONAR y UNQ firman un convenio mediante el cuál la Secretaría financia parcialmente el Curso, mediante una suma de 27.000 pesos, el 50% del costo del mismo. SEDRONAR estaba dirigida ese año por el Dr. Lorenzo Cortese (SEDRONAR, 2001a; Universidad Nacional de Quilmes, 2002).

El año siguiente, Grimson se haría cargo de la Secretaría de Estado, y el convenio se renovarían, por una suma de 15.000 pesos y a finales de 2004, ya bajo la dirección del Dr. José Ramón Granero, SEDRONAR elevó la suma a

30.000 pesos anuales, mediante un nuevo convenio (Universidad Nacional de Quilmes, 2004).

Los cursos tenían una duración de dos años con un total de 144 clases. 496 horas teóricas, correspondientes a ocho asignaturas y 64 horas correspondientes a ocho talleres con un adicional de 254 horas por pasantías y comprendía el siguiente temario de instrucción:

- Modelos de tratamientos en adicciones
- Prevención
- Crecimiento y desarrollo del ser humano
- Comunicaciones técnicas y legales
- Técnica y dinámica de grupos
- Sociedad y problemas de salud contemporáneos
- Papel de la escuela en la socialización adolescente

Además de la dirección de Grimson, el curso contaba con la coordinación de Silvia Vulijsher (Psicóloga social), Susana Scardera (Psicóloga social y Coordinadora de grupos de la Fundación Proyecto de Vida), Alberto Rey (Operador Socioterapéutico Proyecto Uomo-FNUFID, 1990) y Sandra Contrera. Por otra parte, contaba con oradores estables de primer nivel nacional en el área de adicciones. Entre ellos estaban la Lic. Graciela Touzé (Asociación Civil Intercambios), el Lic. Alberto Calabrese (FAT) y María Elena Goti, entre otros.

Con la reforma política ocurrida en la UNQ en 2004, se realiza una evaluación externa de todos los cursos que se dictaban en el Área de Extensión de la Universidad (Coutada, 2009). La evaluación correspondiente al curso de Operadores Socioterapéuticos fue sumamente positiva, recomendando su continuidad. No obstante, el curso se discontinuó. Según Grimson, solicitó en repetidas ocasiones reuniones con las autoridades de la Universidad para que le expliquen los motivos de la discontinuación del curso, pero nunca fue atendido. Más allá de las estrategias políticas de Grimson para utilizar fondos de uno u otro organismo en la implementación del curso, el mismo era en los términos más objetivos en que puede ser evaluado, un curso de buen nivel y a

la UNQ no le significaba prácticamente ningún gasto. Todo lo contrario, los operadores que se formaron allí, junto con los formados mediante el convenio con el Proyecto Uomo son los mejores reconocidos en el área. En el curso de Quilmes se formaron más de 200 operadores.

De esta descripción, resulta claro el papel que jugó Wilbur Ricardo Grimson en la promoción de, por un lado el movimiento general de Comunidades Terapéuticas en la Argentina, tanto desde ámbitos oficiales como desde su participación en organizaciones del tercer sector. Por otra parte, fue un firme impulsor de la profesionalización de las CT, hecho que se manifiesta claramente en su compromiso con la formación de operadores, tanto en su rol jugado en la consolidación del convenio Argentina/Italia, como en la implementación del curso en Quilmes.

Como señalara Wilbur Grimson cuando asumió la dirección de la SEDRONAR en una entrevista periodística:

P: -El sistema de salud, ¿está en condiciones de recuperar a un adicto?

WRG: -El público, no; el privado, sí. La mezcla entre los dos nos da una posibilidad de realizar acciones a través de las comunidades terapéuticas. Hace diez años teníamos 10 instituciones, ahora tenemos 60. Aunque han sentido en carne propia la reducción de la partida presupuestaria, que era de 450 mil pesos a 200 mil y hay algunas en serio compromiso.(Amorrortu, 2002)

Como lo venía haciendo desde la experiencia en el Hospital Esteves, luego en FONGA y en UNQ, Grimson seguiría apoyando el movimiento de CT desde SEDRONAR.

Luego de la experiencia en Quilmes, los cursos de operadores socioterapéuticos se diversificaron. Las CT proliferaron y se volvió una salida laboral sobre todo para los adictos recuperados (ya lo era desde antes, pero en ésta época, comienzos de 2000, se multiplicó): FONGA comenzó a dar su propio curso de operadores; En 2006, la Asociación civil Centro Psicosocial Argentino lanzó su propio curso, dirigido por Daniel González; La Red Asistencial de Buenos Aires posee una carrera de operador socioterapéutico en drogadicción, al igual que la Universidad del Salvador donde existe un centro de prevención de las adicciones dirigido por Juan Alberto Yaría.

5.2 El consumo en Argentina

En la Argentina, el Observatorio Argentino de Drogas perteneciente a la SEDRONAR lleva las estadísticas a nivel nacional y es el organismo encargado de aportar los datos a los organismos internacionales sobre todo lo referente a drogas. En 2007, el Observatorio presentó un estudio en el que se evaluaba la situación nacional del consumo indebido de sustancias (SEDRONAR, 2007), donde se presentaban los siguientes resultados:

Tabla 5.2: Prevalencia anual de consumo de drogas en Argentina

Prevalencia anual 15-64 años (%)			
	Hombres	Mujeres	Total
Opiáceos	0	0	0
Cannabis	8,8	5,4	6,8
Cocaína	2,1	2,1	2,5
Éxtasis	0,5	0,4	0,4
Alguna droga ilícita	8,41	6,25	7,3

Elaboración propia. Fuente: (SEDRONAR, 2007)

Por otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD, en su informe Mundial de 2010, presentó los siguientes datos sobre el consumo en Argentina:

Tabla 5.3: % de consumo de drogas en Argentina

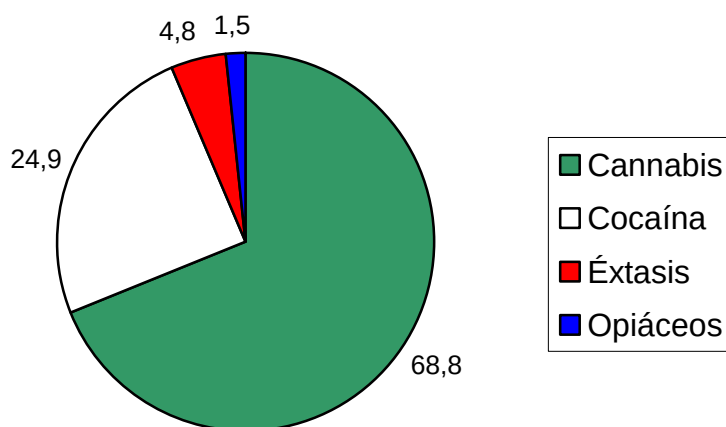
Distribución de la droga principal (%)							
Año	Cannabis	Opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	Éxtasis	Inhalantes	Tratamientos
2006/2007	40,2	0,5	51,2	0,5	0,4	7,3	2434

Fuente: (ONU, 2010)

El mismo informe señala datos de prevalencia anual en la población de entre 15 a 64 años del 2,6% para el consumo de cocaína, el 7,2% para el consumo de cannabis, 0,6% para el consumo de anfetaminas, 0,5% para el de éxtasis y 0,16% para los opiáceos. La suma de estos consumos nos brinda una prevalencia anual de uso de sustancias ilícitas (incluyendo anfetaminas) de 11,06 %.

Utilizando estos datos y tomando exclusivamente el consumo de las sustancias principales, esto es, sin considerar los policonsumos, tenemos aproximadamente el siguiente perfil de consumo de sustancias en la Argentina en la actualidad:

Gráfico 5.2: Perfil de consumo de drogas en Argentina



Elaboración propia. Fuentes: (ONU, 2009; SEDRONAR, 2007)

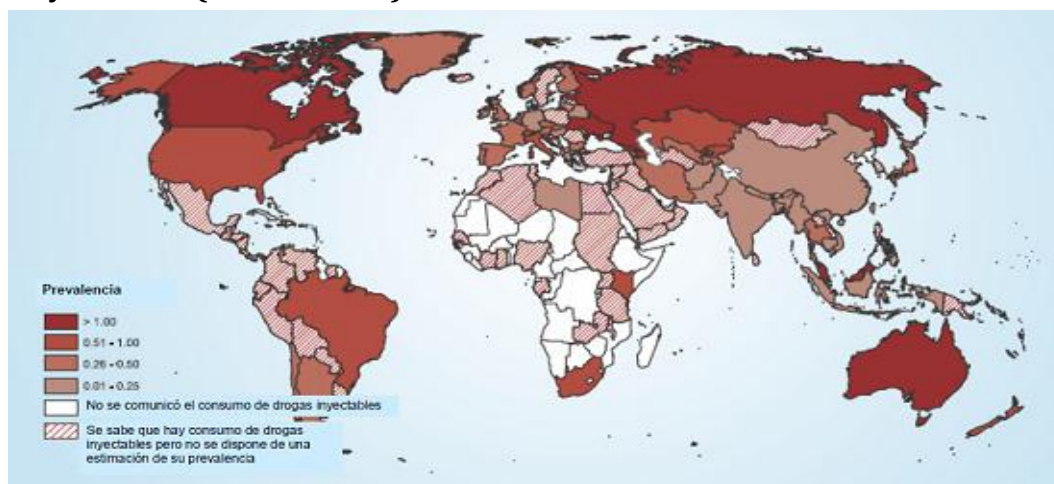
Estos datos indican claramente que el panorama en la Argentina está dominado en la actualidad ampliamente por la marihuana y la cocaína que, tomadas en conjunto, constituyen casi el 95% del consumo. No debemos olvidar que estos datos no nos están informando acerca del número “adictos”.

Según el INDEC, la población Argentina entre 15 y 65 años en el año 2001 era de 22.424.815 personas (la estimación para el año 2010 es de 22.718.788) (INDEC, 2010b) y si consideramos los datos mostrados anteriormente, dos millones y medio de personas consumirían al menos una vez una sustancia ilícita en un año. Las tendencias internacionales señaladas en el gráfico 3.5

mostraban que los consumidores problemáticos están en el orden del 10% de los datos de prevalencia anual, por lo tanto, una cifra razonable de consumidores habituales en Argentina (esto es, bastante mas que una vez al año), nos sitúa en las 250.000 personas de las cuáles, a su vez, los adictos serían sólo una pequeña fracción.

Contemplar este tipo de información es fundamental a la hora de pensar los tratamientos que se implementan para los adictos en nuestro país, tanto en términos de número de consumidores, como en términos de tipo de sustancias consumidas. Como señalábamos en la introducción del presente capítulo, el “diagnóstico” de la problemática debería ser una herramienta fundamental en el diseño de políticas y estrategias de intervención. Por ejemplo, las estrategias medicalizantes, desplegadas en países desarrollados principalmente para opiáceos, tienen escasa utilidad en nuestro territorio del mismo modo que las estrategias de reducción de daños que tienen a la distribución de jeringas y preservativos como eje de la prevención. Efectivamente, cuando comparamos el uso de drogas inyectables con otros países del mundo, la Argentina se encuentra entre los que menos consumen (Gráfico 5.3). Esto se debe, en gran parte, al impacto que ha tenido en nuestro país la epidemia de SIDA en la población consumidora debido a falta de estrategias de reducción de daños efectivas durante la década de 1990 (Aureano, 1998; Míguez y Grimson, 1998; Touzé, 2006, 2010). Las prácticas inyectables, a diferencia de otro tipo de consumo, requieren una serie de habilidades que necesitan ser enseñadas. La muerte de un alto porcentaje de este tipo de consumidores a causa del SIDA desalentó esta práctica y tuvo un alto impacto en la baja tasa de transmisión de la misma (Touzé, 2001). Debido a esta situación, el uso de drogas inyectables ha disminuido, a pesar de que ha sido un fenómeno que se extendió considerablemente en nuestro país en la década de 1990.

Gráfico 5.3: Prevalencia anual mundial de consumo de drogas inyectables (15 a 65 años)



Fuente: (ONU, 2009)

Como dijimos, los datos que proporcionamos hasta aquí nos brindan una imagen actual del consumo que indica que aproximadamente el 10% de la población consume alguna sustancia ilícita. Pero sería equivocado analizar la conformación de las diferentes estrategias de tratamientos que existen en función de los datos actuales del consumo. En realidad, esto debe ser contemplado a la luz de la evolución histórica del consumo. Los dispositivos institucionales diseñados para tratar a los adictos son producto de una construcción histórica y no una decantación inmediata de las necesidades sociales.

A continuación intentaremos construir una imagen de la evolución del consumo en la Argentina en las últimas décadas y obtener una dimensión actual del “problema de la droga”, tratando de evadirnos de otros tipos de construcciones. Como mostraremos, hasta muy recientemente era poco lo que se sabía sobre el consumo de drogas en la población y, aún hoy, esa información es muy parcial.

Aunque se dispone de datos más o menos confiables y de alcance nacional a partir de mediados de la década de 1990, algunas cosas pueden ser dichas acerca del consumo en el siglo XX.

Hasta la década de 1960, el consumo de drogas en la Argentina era un problema completamente marginal, que ocurría sólo en algunos círculos

artísticos y de alto nivel económico. Al igual que lo que ocurría en el resto del mundo, los médicos consumían morfina y a través de estos, algunos pacientes habían adquirido el hábito. Sin embargo esto no presentaba un problema de Salud Pública, ni de tráfico nacional o internacional, y mucho menos una “epidemia”.

Según el testimonio de Alberto Calabrese (h) quien trabajó en el primer servicio de atención, el FAT, hacia finales de la década:

...caían en la cátedra [de toxicología], mucha demanda espontánea, de todo, ¿no? De gente que decía, por ejemplo, que la mujer lo traicionó, y te traía la bombacha para ver si le podías analizar si había manchas...o venía otro que estaba intoxicado con no sé que...o que decían, yo hago tal trabajo y me siento mal por esto y por más allá...entonces también aparecían los toxicómanos de la época, que eran muy pocos, eran del ambiente generalmente bohemio, venían generalmente por una mezcla de alcohol con morfina, no? Alguno que otro, cocaína. Eran, digamos, la gente de la noche, los tangueros. Y aparecían cuando se sentían muy mal. Generalmente me acuerdo que, una de las cosas que me decían a mi era: “Usted póngame limpio, doctor, pero no me trate de curar, porque...no me interesa. Y también había morfinómanos del propio ambiente, de los médicos, no? (Calabrese, 2010)

Todas las fuentes señalan que, hasta el primer tercio de la década de 1980, el consumo de drogas no era un gran problema. Se trataba de un fenómeno más bien esporádico. Los procesos de fragmentación social y familiar que se profundizarían en la década siguiente, aún no se manifestaban en toda su magnitud y permitían que la problemática pudiera ser pensada desde una perspectiva familiar, escolar y laboral (ASEP, 1980; Astolfi, et al., 1979; Cagliotti, 1978; Calabrese, 2010; Kornblit, 1989b; Touzé, 2001) al mismo tiempo que las estrategias de intervención se enfocaban preferentemente en la prevención, más que a la atención (CONCONAD, 1986).

Dado que no existen datos estructurados acerca del consumo de sustancias, mostraremos una serie de datos que permitirán hacerse una idea de la magnitud del “problema” de las drogas, como la información obtenida de la Policía Federal, que refleja las incautaciones y las detenciones relacionadas con drogas, algunos estudios de tipo académico que estudiaron poblaciones

específicas (estudiantes, presos, etc.) y estadísticas de instituciones de tratamiento de adictos que, si bien no brindan información sobre la población general, dan una idea del tipo de sustancias que se consumían y la cantidad de personas que requerían este tipo de servicios.

Estas fuentes dispersas, tomadas de diferentes medios y que no poseen una metodología homogénea nos proporcionan, a falta de datos mejores, un “proxy” que utilizaremos solamente a los efectos de construir una idea, lo mas aproximada posible, de lo que representaba, en términos numéricos, el consumo y la demanda de tratamientos de usuarios de drogas en la población argentina en los diferentes períodos que van desde la década de 1970 hasta la actualidad. No nos interesa aquí conocer el número preciso de adictos o saber exactamente que sustancia se consumía más que otra. Lo que nos interesa es entender con qué información numérica contaba el Estado para intervenir (o no) del modo en que lo hizo y poder interpretar si esa intervención está sustentada en la información anterior.

Hay que señalar también que esta información posee numerosos solapamientos que a veces podremos tener en cuenta y a veces no. Por ejemplo, cuando se contabilizan las personas que violan la ley de estupefacientes (23.737), es imposible conocer exactamente que aspecto de la ley han violado. Concretamente, si la violación estaba relacionada con el consumo, con la tenencia o con el tráfico es un dato que este tipo de estadísticas ignora. Del mismo modo, cuando se habla de prevalencia anual del consumo, es imposible saber de qué modo se distribuyen los consumidores hacia consumos más intensos.

Ya en la década de 1920 en la ciudad de Buenos Aires se llevaba un registro de los delitos relacionados con drogas. Estos datos muestran un bajo número de intervenciones policiales que no derivan en ningún tipo de intervención terapéutica (Fernández Speroni y Lournagaray, 1932).

Muy diferente es la situación en la actualidad. En la actualidad las estadísticas policiales nacionales son las que siguen (Aureano, 1998; Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos, 2008):

Tabla 5.4: Intervenciones policiales a nivel nacional

Año	Total de las intervenciones	Intervenciones antidroga	%
1983	348.780	705	0,2
1984	391.503	1.279	0,3
1985	428.172	1.764	0,4
1986	424.619	3.718	0,9
1987	487.959	3.537	0,7
1988	608.602	4.166	0,7
1989	658.560	3.831	0,6
1990	560.240	3.279	0,6
1991	489.290	4.413	0,9
1992	519.139	4.838	0,9
1993	558.860	?	1,0
1994	627.212	?	1,0
1995	710.467	?	1,1
1996	762.730	?	1,2
1997	816.340	?	1,2
1998	922.048	?	1,3
1999	1.062.241	?	1,4
2000	1.129.900	?	1,4
2001	1.178.530	?	1,5
2002	1.340.529	?	1,5
2003	1.270.725	?	1,6
2004	1.243.827	?	1,7
2005	1.206.946	?	1,7
2006	1.224.293	?	1,8
2007	1.218.243	12.891	(1,1)1,9
2008	1.310.977	30.003	2,3

Los casilleros vacíos son datos que no se poseen y los datos en rojo son extrapolaciones matemáticas.

Elaboración propia. Fuentes: (Aureano, 1998; Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos, 2007, 2008)

Estas cifras, tomadas de la Policía Federal y del Ministerio de Justicia muestran un rápido incremento de las acciones policiales antidroga desde la recuperación de la democracia en 1983.

Entre la información dispersa encontrada sobre la Ciudad de Buenos Aires en la década de 1920 y los datos mas estructurados que tienen estos organismos nacionales, sobre todo a partir de la década de 1990, existe un gran vacío en la producción de información que comenzó a preocupar a ciertos sectores del gobierno hacia la década de 1970, cuando se asumen los compromisos internacionales señalados en el capítulo 3.

Los primeros intentos de producir y sistematizar información en materia de fiscalización de drogas ilegales provinieron del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos³⁶ (ASEP). Desde 1979, los países Parte debían entregar informes anuales sobre el consumo y tráfico de las sustancias fiscalizadas. Sin embargo, ya en la II reunión, realizada en Quito, Ecuador, la observadora representante de la Oficina Panamericana de la Salud/OMS señalaba que:

“Los datos epidemiológicos disponibles no son muy buenos ni confiables para la mayoría de los países de la región. Los estudios hechos sufren varias fallas de diseño y de metodología que nos hacen difícil estimar la extensión y magnitud del problema y sus consecuencias.” (ASEP, 1980)

El informe de la OPS/OMS en esa reunión señala, además, la necesidad de contar con sistemas de información que permitan evitar que el uso de drogas se transmita en forma epidémica, “...como si fueran casos de viruela o tifoidea...” (ASEP, 1980).

Esto era tan cierto para la Argentina como para todos los países que formaban parte del ASEP. Una rápida revisión de la información volcada en los sucesivos informes del ASEP muestra claramente la falta de metodología y la improvisación que existía en la elaboración de esos informes (ASEP, 1973, 1980, 1982, 1988, 1989, 1990, 1991).

De este modo, la Argentina no era la excepción dentro de los integrantes del Acuerdo. Carlos Cagliotti, Secretario ejecutivo del ASEP y de la CONATON y

³⁶ Los detalles de este acuerdo están descriptos en el capítulo sobre el marco normativo internacional

director del CENARESO, presentaba año tras año en esta instancia internacional las estadísticas elaboradas en el Centro Asistencial que dirigía: en 1980, 1981, 1982 y 1983, podemos encontrar las mismas estadísticas, con ligeras variaciones, en las que se afirma que *“la tendencia en el uso indebido, se mide fundamentalmente a través de la demanda de asistencia en instituciones de tratamiento y reeducación.”* (ASEP, 1982). Llamativamente, la única institución que existía en la época con esas características era el CENARESO dirigido por él mismo. Cagliotti presentaba los datos del CENARESO como tendencias nacionales de consumo de drogas. El CENARESO era el único Centro Nacional especializado que atendía una población de adictos, su demanda era en parte espontánea y en parte demanda judicializada y, si bien recibía población de todo el país, la gran mayoría era población de la ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. No había forma de convertir los datos que de allí se extraían en estadísticas nacionales. Por otra parte, al ser una institución estatal, la demanda espontánea que recibía era aquella que generalmente era llevada allí por la familia. Esto dejaba fuera de su óptica a las poblaciones más marginales y que, muy probablemente consumían las drogas más peligrosas o aquellas poblaciones que, por temor a la estigmatización, recurrían a otras alternativas terapéuticas, como clínicas psiquiátricas privadas o Comunidades Terapéuticas de corte religioso, que ya empezaban a proliferar.

De este modo, Cagliotti lograba posicionarse a sí mismo y al CENARESO en el centro tanto del *diagnóstico* como de la *intervención* de la problemática del consumo de drogas. Él producía la información relevante e informaba a las autoridades nacionales acerca del número de consumidores, del tipo de sustancias consumidas al mismo tiempo que diseñaba los tratamientos.

Década de 1960

Según un informe del CENARESO, apoyado en datos de la Policía Federal, en 1968 hubo 39 menores detenidos ninguno de los cuales fue procesado por tenencia o tráfico de estupefacientes. El mismo año, hubo 246 adultos detenidos, de los cuales 46 fueron procesados. Para 1971, las cifras habían

crecido a 1290 menores y 1713 adultos detenidos, de los cuales fueron procesados 135 y 280 respectivamente. Este incremento coincide con el fortalecimiento de los mecanismos internacionales de fiscalización (Cagliotti, 1978).

Estas cifras marcan, por un lado, un incremento importante en las detenciones en un período de 3 años. Por otro lado, mientras en 1968 ningún menor fue procesado, en 1971, el 10% de ellos si lo fueron. Diferente es lo que sucede con los adultos: cuando en 1968 fueron procesados aproximadamente el 20% de los mismos, en 1971, con muchos más detenidos, se llegó a procesar casi el mismo porcentaje. Mientras en 1968 menos del 20% de los detenidos eran menores, en 1971 este porcentaje superaba el 40%. Estos datos podrían estar indicando la juvenilización del consumo al mismo tiempo que muestran un endurecimiento de las respuestas sobre esta misma población (más jóvenes fueron procesados). Si bien la juvenilización del consumo es un tema recurrente en los estudios sobre consumo de sustancias, sobre todo a partir de la década de 1980, en general se asocia con el fenómeno de desintegración social correspondiente a esa década. No hemos encontrado otros datos como estos que sustenten la juvenilización del consumo en momentos tan tempranos como los inicios de la década de 1970. Por otro lado, la juvenilización a la que hacemos referencia, no debe interpretarse simplemente como la disminución de la edad de la primera ingesta de droga. Los procesos políticos que se desencadenaron en este período, pusieron a los jóvenes, y sobre todo a los jóvenes estudiantiles, en el centro de las pesquisas policiales.

Al mismo tiempo, los datos anteriores, no deben ser interpretados como un mero aumento en el consumo. Entre 1966 y 1974 la legislación argentina en materia de drogas fue particularmente activa. Recordemos que en 1968 se promulga la ley 17.818 de estupefacientes y en 1971 la ley 19.303 de sustancias psicotrópicas. Ambas leyes actualizaron la legislación nacional de acuerdo a las normativas de fiscalización internacionales y volvieron más rigurosos y estructurados los controles con los impactos consecuentes tanto

en las estadísticas como en la demanda de tratamientos, requerida por padres temerosos que veían en sus hijos a los enemigos del Estado.

Década de 1970

Una estadística de los detenidos que fueron internados en el hospital Borda³⁷, mayores de 18 años, indica que entre 1969 y 1974 esta cifra se incrementó sustancialmente de 69 a 574 respectivamente (Aureano, 1998). Como veremos mas adelante, en 1971 se crea en ese Hospital el Servicio de Psicotrópicos, que tuvo el efecto de asimilar gran parte de la población consumidora que era captada por las fuerzas de seguridad. Este incremento puede ser explicado por esa creación institucional a la que la policía recurrió asiduamente para depositar a los consumidores con los que no sabía que hacer y que, previamente, eran enviados directamente a la cárcel (Calabrese, 2010; Touzé, 2010).

En 1970, el Dr. Maccagno³⁸ informa en *La Semana Médica* que en el país hay 700 toxicómanos registrados en organismos oficiales, de los cuales el 60% utilizan cocaína, el 20% marihuana y el resto, otras drogas. Lamentablemente no menciona la fuente de donde obtiene estos datos. (Maccagno, 1970). Muy probablemente la mayor parte de ellos pertenezcan a internos del Hospital Borda.

En el año 1975, en un informe del CENARESO se ofrecen las siguientes cifras sobre el consumo en una población de 100 jóvenes asistidos:

Marihuana 40%, Anfetaminas 30%, depresores (principalmente legales) 15%. Este año CENARESO no registra consumo de cocaína, ni tampoco consumo por vía intravenosa ni opiáceos (Cagliotti, et al., 1975), lo cual resulta muy sospechoso respecto de la metodología utilizada para relevar la información, sobre todo por la ausencia de cocaína en el perfil de consumo.

³⁷ Hacia finales del 1969 se establece en el Hospital Borda un servicio de toxicología adónde eran derivados la mayor parte de los delincuentes toxicómanos detenidos.

³⁸ El Dr. Armando Maccagno fue un importante médico forense Argentino que en esa época trabajaba, junto a Calabrese y Astolfi en el CEPRETOX (ver Cap. 5.3)

Otro informe de la misma institución, que analiza las características del consumo en una población de 200 asistidos en el primer semestre de 1977 no indica valores claros respecto del tipo de sustancia, pues la clasificación que utiliza esta construida de acuerdo a su efecto sobre el sistema nervioso central (depresor, estimulante, alucinógeno), no pudiéndose sacar conclusiones taxativas. No obstante, en este informe aparece la vía intravenosa (parenteral)³⁹ en el 29.5% de los casos mientras que por vía oral consumen sustancias el 90% de los asistidos (CENARESO, 1978). Recordemos que dos años antes se había informado que no existían consumidores por vía intravenosa (ni de cocaína ni de opiáceos).

Por consiguiente durante la década de 1970 los únicos datos con los que se contaba eran los producidos por el CENARESO (a partir de 1974) que, además, no desarrolló ninguna metodología eficiente ni unificada, limitándose a dar cuenta de una información relevada en forma aleatoria y con fines políticos más que con fines estadísticos o de planificación sanitaria, y algunos datos del Hospital Borda.

De estos pocos datos puede desprenderse que en esta década, el consumo preponderante es el de marihuana, aunque no parece ser el motivo principal de internación. Ese lugar lo ocupa la cocaína. También parece haber un aumento en el consumo aunque, como ya señalamos, esto puede deberse al recrudescimiento de la legislación en el período, puesto que no se tienen series históricas para comparar. Las críticas de los organismos internacionales son contundentes: *“se hace difícil estimar la magnitud del problema y sus consecuencias.”* (ASEP, 1980)

A la luz de estos datos, tanto la creación del CENARESO como la participación central de la Argentina en el ASEP, en el que Carlos Cagliotti fue nombrado secretario ejecutivo, no parecen ser resultado de una demanda social respecto de la problemática del consumo. Antes bien, son imposiciones instrumentales acerca del modo de intervenir, que venían signadas por los

³⁹ Esto es, atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección.

discursos internacionales hegemónicos a los que la dirigencia nacional, a través de la mediación de Cagliotti, era permeable.

La construcción de las interpretaciones-intervenciones no parecen haber surgido, como vemos, como una respuesta específica y focalizada, a la formación de un diagnóstico sustentado en datos propios –que tendrían el efecto de considerar las especificidades del problema social tal como ocurre a nivel local –. En realidad, los datos simplemente se utilizan como un modo de corroborar una idea muy general que ya se tiene de antemano: existe un problema social llamado adicción. Se ensayan respuestas que en realidad responden a cuestiones que vienen "prefabricadas" desde otros lugares, como por ejemplo, una determinada postura de Estados Unidos frente a este problema.

Década de 1980

A lo largo de la década de 1980, se puede ver un claro incremento de las acciones policiales relacionadas con drogas. Hay que señalar que durante este período, inmediatamente posterior a la recuperación de la democracia en la Argentina, hubo cierta relajación de los controles que, durante el período militar se llevaron a límites extremos, como se evidencia superlativamente en el fallo de la Corte Suprema de justicia, conocido como "Fallo Colavini" (Roncoroni, 2001), en el que se condena a dos años de prisión a un joven que solitariamente fumaba un cigarrillo de marihuana en una plaza de Lomas del Palomar, pcia. de Bs. As. Los usuarios comenzaron lentamente a utilizar drogas ilegales con menor temor mientras que las fuerzas policiales se cuidaban de no ser especialmente represivas. En 1986, la Corte Suprema de Justicia declara inconstitucional el artículo 6º de la Ley 20.771 en el que se pena la tenencia para consumo personal y en 1987 se establece un importante precedente judicial en el caso Bernasconi, en el que se establecía la necesidad de efectuar las distinciones interpretativas de esa Ley respecto de las cantidades de sustancias que pueden ser consideradas como "tenencia para uso personal" y otras circunstancias atenuantes (Niño, 2001).

No obstante, tanto el consumo como la tenencia seguían estando penados por la ley. En 1989, al poco tiempo de asumir Carlos Menem la presidencia, se modificó la legislación sobre drogas y se solucionaron estas diferencias interpretativas, favoreciendo nuevamente el costado punitivo. Se volvió a penar la tenencia, aunque discriminando la gravedad de la misma. No se redujeron las penas, sino que se aumentaron, para los casos de cantidades mayores.

En 1980, según otro informe del CENARESO, sobre 173 usuarios de drogas, los principales resultados fueron los siguientes:

- el usuario de drogas es principalmente joven y masculino.
- por edades, el grupo más afectado es el de 19-22 años, con una media de consumo de 5 años. El ingreso ocurre a los 16 años.
- la mayoría son poli toxicómanos, consumidores grupales y que consumen por vía oral.
- se evidencia un reemplazo de las drogas ilegales, por fármacos legales de venta en farmacia.

Las drogas consumidas según este estudio son⁴⁰: Marihuana 58.3%, Cocaína 10.4%, LSD 6.3%, Heroína 2.9%, Drogas legales 50%, solventes 7.4%.

Y las vías de consumo: Oral 73.9%, Parenteral 27.6%, Inhalación/aspiración 58.8% (CENARESO, 1980, 1982)⁴¹.

Promediando la década, Ana Lía Kornblit en un estudio realizado en un convenio entre el CONICET, la Fundación Convivir y la CONAD (o CONCONAD), sostiene que las principales drogas consumidas son marihuana, inhalantes, cocaína, y medicamentos (Kornblit, 1989a, 1989b). Este estudio concuerda con lo informado por el CENARESO a principios de la década.

⁴⁰ Aunque el estudio no lo señala, se está hablando de policonsumos, es por eso que la sumatoria de los porcentajes no es igual a 100. Un mismo usuario puede consumir dos o mas drogas, aportando de ese modo a diferentes categorías dentro de los porcentajes.

⁴¹ El estudio, repetido por el CENARESO en 1981 sobre una población mayor, 732 usuarios, arrojó resultados similares (CENARESO, 1982).

En 1982 el CENARESO publica quizás la primera encuesta "epidemiológica". Esta encuesta describe a los individuos que se dirigieron a esa institución entre julio de 1981 y diciembre de 1982 (CENARESO, 1982) no sólo a tratamientos, sino consultas generales e información, lo que la convierte en una primera mirada a la población más general. Según este informe, los usuarios de droga eran jóvenes masculinos, poli toxicómanos, de 22 años por término medio, que habían tomado por primera vez de la droga 5 años antes, es decir a los 17 años como edad promedio de iniciación. En general, sus familias eran estructuradas. Consumían droga por vía oral y en grupo. El informe señala un proceso al que califican de sustitución, yendo del uso de drogas ilícitas al de medicinas psicotrópicas de curso legal. Casi no se menciona a la cocaína, que aparece de manera anecdótica. Sólo cinco por ciento de los pacientes la habían tomado (CENARESO, 1982).

El segundo informe del CENARESO ha sido publicado en 1986, en el momento en el que se discutía sobre la despenalización del uso personal de drogas prohibidas (Otero Pizarro de Borgogno y Mazzeo, 1986). Esta encuesta ha sido elaborada a partir de las peticiones de asistencia hechas a la institución durante el primer semestre de 1984. En lo que tuvo relación con el perfil de los usuarios, pocas cosas parecen haber cambiado. Comprobamos, sin embargo, que la edad de la primera toma bajó, en promedio, a los 14 años, registrándose casos de hasta 11 años. Una cantidad más grande de usuarios toma ocasionalmente cocaína (15,5 %), pero predomina el consumo de medicamentos psicotrópicos, que continúa aumentando (CENARESO, 1982; Otero Pizarro de Borgogno y Mazzeo, 1986).

En el año 1986, la recientemente creada CONCONAD presentó un informe oficial al FNUFID en el que se describe un Plan Nacional de Prevención del abuso de drogas en el que se describía la situación nacional:

Si bien no podemos decir que la República Argentina sea un país de producción de drogas ilícitas o que el consumo de éstas haya adquirido proporciones alarmantes, (no se registran consumidores de heroína), se la considera país de tránsito de drogas ilícitas y productora de sustancias precursoras o químicas esenciales. Asimismo las estadísticas existentes muestran un aumento rápido

del consumo en los diez últimos años de las drogas en el siguiente orden: 1) Marihuana. 2) Psicofármacos. 3) Cocaína. 4) LSD.

El Gobierno Nacional ha decidido enfrentar decididamente el problema del narcotráfico y el abuso de drogas aprovechando la posibilidad de combatirlo desde una óptica preventiva, que permite la planificación y la programación coherente, privada de la urgencia de enfrentar un problema incontrolable (CONCONAD, 1986).

En 1989, Álvarez y Quiroga realizaron un estudio epidemiológico en tres provincias de Argentina: Misiones, Mendoza y Salta analizando los exámenes médicos que realizaban las autoridades militares, en una época en donde el servicio militar aún era obligatorio (lo fue hasta 1994) (Alvarez y Quiroga, 1992). A pesar de que este trabajo presenta afirmaciones alarmantes sobre el incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, los datos que presenta manifiestan todo lo contrario. Según sus datos, las sustancias psicoactivas más utilizadas no son otras que el alcohol y el tabaco. Ni la cocaína ni la marihuana son sustancias habitualmente consumidas por esta población aunque, por supuesto, no están ausentes.

En 1989, la Policía Federal Argentina informaba en la XI Reunión del ASEP que habían sido detenidas, solamente ese año (al 30 de noviembre), 5347 personas (10 veces mas que lo anotado en 1974 en el hospital Borda) a las que se le habían incautado las siguientes cantidades de sustancias fiscalizadas (ASEP, 1989):

Tabla 5.5: incautaciones de drogas (1989)

Marihuana (picadura)	1286 kgs.
Marihuana (plantas)	1129
Cocaína (clorhidrato)	318 kgs.
Pasta Base	28 kgs.
Hojas de coca	12.500 kgs
LSD	251 dosis
Opio	28 grs.
Morfina	80 grs.
Psicofármacos	20.291 unidades
Éxtasis	1987 unidades
Acetona	651 unidades
Éter	775 lts.
Ácido clorhídrico	84 lts.
Ácido sulfúrico	21 lts.

Fuente: (ASEP, 1989)

Esta cifra, difiere de lo informado por esa policía y por el Ministerio de Justicia en la actualidad, respecto de la misma fecha (Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos, 2008) pero lo mas probable es que muchas de esas detenciones no derivaran, finalmente en delitos contra esa ley (23.737).

La década de 1980 parece estar caracterizada por el surgimiento, impulsados desde el ASEP y la Convención de 1971, de los primeros intentos de sistematizar la información de fiscalización sobre drogas. El consumo aumenta significativamente, lo que se manifiesta como veremos mas adelante en este libro, con la consolidación del movimiento de Comunidades Terapéuticas como una respuesta de la sociedad civil a una problemática creciente que no encontraba en el Estado un interlocutor sensible.

El consumo sigue estando predominado por la marihuana, pero el segundo lugar se divide entre la cocaína y los psicofármacos que, al no estar estos últimos bajo la misma estructura de fiscalización, muchas veces son invisibles

a los controles. Surge en esta década también, como problemática social relevante, el consumo de drogas por vía intravenosa lo cual, acompañado por el surgimiento del SIDA, y el desconocimiento característico de ese período temprano de la epidemia, tendría consecuencias importantes en la supervivencia de los adictos y en la conformación de la representación social de los mismos. La década de 1980 es al mismo tiempo un “intermezzo” entre dos períodos de mayores controles, aunque la década de 1990 superaría con creces a la de 1970 en este sentido (Calabrese, 2001).

Década de 1990

Ya en la década siguiente, otro estudio con características similares al realizado por Alvarez y Quiroga, fue financiado en 1993 por la SEDRONAR. Este estudio fue realizado sobre 7.295 cuestionarios enviados a cuatro circunscripciones militares del país: Buenos Aires, San Martín, Junín y Paraná. El análisis de los cuestionarios arrojó resultados completamente diferentes al estudio anterior. Por un lado, el 40 % de los que respondieron consumieron alcohol en más de 100 ml.⁴² en el mes anterior a la encuesta. El 8 % consumió medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica y el 20 % de los jóvenes de la ciudad de Buenos Aires probó, al menos una vez en su vida, sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, LSD) (Míguez y Pecci, 1993).

En 1990, el 54,5 % de los usuarios de drogas sometidos a tratamientos que fueron objeto de un estudio realizado por Hugo Míguez, señalan que la sustancia que consumen más a menudo es cocaína, invirtiéndose la tendencia señalada anteriormente tanto por el CENARESO y por Kornblit et al.. Según este estudio, el consumo de medicamentos psicotrópicos bajó, y aumentó el de drogas ilícitas. Este fenómeno es acompañado por un aumento del uso de las drogas por vía intravenosa, modo de administración escogido por el 56,1% de los pacientes entrevistados (Míguez y Pecci, 1990).

⁴² Medido en ml. de alcohol puro. Esto representa, aproximadamente, 20 litros de cerveza, o 2 litros de whisky, o 6/7 lts. de vino en un mes.

El titular de la SEDRONAR en 1994, Alberto Lestelle, afirmaba que “...a pesar de que nuestro país no es productor. Es de tránsito y ligero consumo...”(Lestelle, 1994). Lo cierto es que no había cifras que avalen estas afirmaciones.

Un estudio realizado por la Dirección de Política Criminal en 1996, acerca de la implementación de la ley 23.737 de 1989, señala que, sobre una muestra al azar de un universo de 2.488 causas ingresadas en la ciudad de Bs. As. el 97.9% de los casos no habían sido encarcelados con anterioridad. Más del 90% de los mismos no llevaba armas y el 97% no había cometido otro delito además de la tenencia de drogas. En el 87% de los casos, la cantidad de droga secuestrada no superó los 5 grs., pero sólo el 4.7% de los casos fue rotulado de consumo para comercialización (Touzé, 2006).

Pero la situación en la población general seguía sin conocerse. En 1998, Eduardo Amadeo titular de la SEDRONAR señalaba, a diferencia de su predecesor, que no sabía cuantos consumidores ni cuántos adictos había en la Argentina (Terán, 1998).

De los Informes Mundiales de la ONUDD acumulados entre 1994 y 2010, hemos podido extraer los siguientes datos sobre prevalencia anual del consumo:

Tabla 5.6: Datos de prevalencia anual de consumo de drogas 1994-2009

Prevalencia anual %						
Año	Cannabis	Opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	Éxtasis	Inhalantes
2007	7,2	0,16	2,6	0,6	0,5	s/d
1999	3,7	0,1	1,9	0,7	0,04	s/d
1998	2,3	s/d	1,2	s/d	s/d	s/d
1995	s/d	0,03	s/d	s/d	s/d	s/d
1994	s/d	s/d	0,5	s/d	s/d	s/d

Fuente: (ONU, 2000, 2005, 2007, 2010)

En la década de 1990 se profundizan los mecanismos de control, mediante la creación de la SEDRONAR y se consolida un espacio institucional a través del

cuál centralizar la información nacional. Como ya señalamos, se vuelven a endurecer las medidas punitivas y la fiscalización se vuelve más específica. El gobierno de Menem, que se prolongó durante toda la década, adoptó una política de “tolerancia cero” (Menem, 1994) lo cual elevó la tenencia para consumo personal a la categoría de narcotráfico (Rossi y Touzé, 1997).

Década de 2000

Ya en la década siguiente desde SEDRONAR y con la creación del Observatorio Argentino de Drogas (2005), se implementan una serie de encuestas y estudios que sistematizarían la información que se producía. El observatorio realiza los siguientes estudios (o los finaliza, en los casos que ya se habían iniciado): una encuesta nacional en la población general de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas que se realizó en los años 1999, 2004 y 2006; una encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Nivel Medio, que se realizó en los años 2001, 2005, 2007 y 2009 y algunos estudios sobre población universitaria.

En 2005 la Segunda Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media informaba los siguientes datos de prevalencia en esa población:

Tabla 5.7 Prevalencia anual de consumo en estudiantes de enseñanza media (2005)

Droga	Prevalencia anual %
Tabaco	27,4
Alcohol	48,1
Tranquilizantes	3,4
Estimulantes	2,5
Inhalantes	2,3
Marihuana	5,4
Pasta base	1,4
Cocaína	2,1
otra ilícita	7,1

Fuente: (SEDRONAR, 2005b)

En 2006, un estudio en la población universitaria arrojaba los siguientes datos (SEDRONAR, 2006b):

Tabla 5.8: Prevalencia anual de consumo en estudiantes universitarios (2006)

Droga	Prevalencia anual %
Tabaco	39,1
Alcohol	83,3
Tranquilizantes legales sin receta	5
Estimulantes legales sin receta	2,5
Inhalantes	0
Marihuana	10,7
Pasta base	0
Cocaína	1,1
Otra ilícita	s/d

Fuente: (SEDRONAR, 2006b)

Como podemos ver, hasta la década de 2000, prácticamente no se producía información homogénea y consistente para poder evaluar la situación del consumo de drogas. En el siguiente cuadro presentamos sintéticamente algunos de los resultados que describimos previamente y su caracterización.

Tabla 5.8 síntesis de los datos sobre consumo de sustancias (1970-2007)

Año	Cantidad	Fuente	Caracterización
1970	700	Macagno, 1970	Toxicómanos
1989	30.000	Malamud Goti, 1992	Usuarios compulsivos
1994	100.000	SEDRONAR	Consumidores
1999	2.300.000	ONU	Prevalencia anual
2007	4.400.000	ONU	Prevalencia anual

Elaboración propia. Fuentes: (Lestelle, 1994; Maccagno, 1970; ONU, 2000, 2007)

En 1970 Maccagno mencionaba 700 toxicómanos, mientras que en año 2000 la ONU señala una prevalencia de más de 2 millones de personas. Sin embargo, la categoría toxicómano, representa para Maccagno, aquellos individuos internados o encerrados en instituciones publicas, mientras que la ONU, señala aquellas personas que han consumido “al menos una vez en el último año”. La diferencia en la forma en que se caracteriza al “adicto” en cada momento no está expresada aquí en la definición del mismo, sino en como una categoría en particular es incluida o no en la elaboración numérica de la realidad del consumo. Así, los datos de prevalencia anual, mediante los cuales se conforman la mayor parte de las estadísticas actuales en realidad sirven exclusivamente para caracterizar a las personas que no consumen

drogas en absoluto. Todo el resto, es decir aquellos que consumen al menos una vez en el año, pasan a formar parte de una misma categoría logrando que se invisibilice el conjunto mas relevante de consumidores. Esta forma en la que se instrumentaliza la elaboración numérica esta íntimamente relacionada con la falta de una definición hegemónica de lo que significa ser un adicto. Al no contar con esa definición, lo único que se puede saber es que cosa no es un adicto.

Los datos anteriores señalan que, hasta finales de la década de 1990, el consumo de drogas en la Argentina era un problema del que, básicamente, se ignoraba todo. Se ignoraba el número de consumidores y había mucha confusión respecto del tipo de sustancias que consumían con mayor frecuencia.

Existen, por otro lado, una serie de estudios que dan cuenta de las prácticas de consumo de ciertos grupos de consumidores, pero estos estudios son de tipo cualitativo y no contribuyen demasiado a evaluar la magnitud del problema en términos de la construcción pública del mismo (Kornblit, 1989b; Míguez y Pecci, 1990, 1993; Míguez y Grimson, 1998).

5.1.1 Panorama actual del consumo y los tratamientos:

SEDRONAR tiene registrados, en 2008/2009, 3008 pacientes en tratamiento (en internación) en 109 centros asistenciales que cuentan con 2980 camas (SEDRONAR, 2009)⁴³. Esta cifra es un subregistro de la existencia real de camas, puesto que el estudio que la señala se ha realizado sobre una subpoblación del total de instituciones (399 sobre 592) y no representa la totalidad de las camas disponibles en el país. La misma puede ser estimada a partir de estos datos en 4.400 camas y que, según SEDRONAR, da respuesta al 100% de la demanda de tratamiento⁴⁴.

⁴³ Esta cifra se obtuvo de un censo reciente en el que se relevó la totalidad de centros asistenciales especializados en adicciones. Se relevaron 592 instituciones (SEDRONAR, 2009) pero el estudio sobre el número de camas se hizo sobre una subpoblación de 399 centros. La existencia real de camas no se conoce, pero se estima en 4400 camas.

⁴⁴ Responder al 100% de la demanda es muy diferente de decir que se atiende al 100% de los adictos o consumidores problemáticos. Justamente lo complejo es generar demanda de salud en esta población.

Asimismo, las instituciones que no brindan internación, según el mismo informe son 402. No se sabe cuantos pacientes atienden estas instituciones en forma ambulatoria, hospital de día y otros dispositivos que no requieran internación. Este número podría duplicar la cifra de internaciones. Pero en todo caso, estos serían los pacientes menos conflictivos.

Existe, además, alguna información provincial, que da cuenta del número de consultas y pacientes pero de la misma se cuenta con datos parciales. Además, no se sabe si esta información duplica lo relevado por SEDRONAR en su estudio sobre centros de tratamiento o es información independiente:

Tabla 5.9: Número de pacientes en las provincias que aportaron datos.

	Totales	Ambulatorios	Internación
Buenos Aires	26873	s/d	1440
CABA	318	240	78
Sta. Fe	2984	s/d	s/d
Catamarca	40	s/d	s/d
Jujuy	330	s/d	s/d
Salta	1500	s/d	s/d
Formosa	243	s/d	s/d
Misiones	340	s/d	s/d
La Rioja	283	220	s/d
San Juan	250	s/d	s/d
Chubut	516	s/d	45

Fuente: (COFEDRO, 2008)

Podemos suponer razonablemente que, de la totalidad de los pacientes, solamente los que están bajo un régimen de internación pueden ser interpretados como consumidores realmente conflictivos en términos de su aporte a la conformación de un problema social y público. Esto nos sitúa en un panorama actual de cerca de 6000 pacientes internados en instituciones que forman parte de los registros públicos de salud nacionales o provinciales de instituciones que tratan específicamente adicciones (4.400 en los registros de SEDRONAR y 1563 declarados por las provincias).

Si restamos a los números presentados al principio de esta sección sobre prevalencia anual de consumo, la prevalencia anual de consumo de cannabis,

sabiendo que los internados por este consumo son muy pocos o ninguno y que su uso está ampliamente aceptado en la sociedad (prevalencia 7,2%), tenemos una cifra de prevalencia anual en la actualidad menor a los 900.000 consumidores eventuales de drogas ilícitas que no sean cannabis. Paralelamente 30.000 personas cometieron algún delito que viola la ley 23.737 y fueron detectados por la policía. Por supuesto que no todos estos son consumidores, muchos de ellos serán solo traficantes, guardias u otras figuras que acompañan habitualmente el tráfico de drogas.

Si nos quedamos con estas cifras, no tenemos otra opción, tenemos que decir que la población de consumidores médicamente conflictivos que requieren algún tipo de tratamiento de internación es de alrededor del 0.5% de los consumidores de drogas que no sean cannabis y si incluimos los pacientes en régimen ambulatorio ese porcentaje se elevaría al 1,5% de esos consumidores (12.000 sobre 900.000).

Por otra parte, la población de asistidos por los mecanismos oficiales es en parte judicializada, de modo que aporta doblemente a la contabilización de delitos y de pacientes y, por si esto fuera poco, existen muchos delincuentes que se acogen a la “medida curativa”, para evitar de ese modo la cárcel, siendo contabilizados como consumidores cuando no lo son.

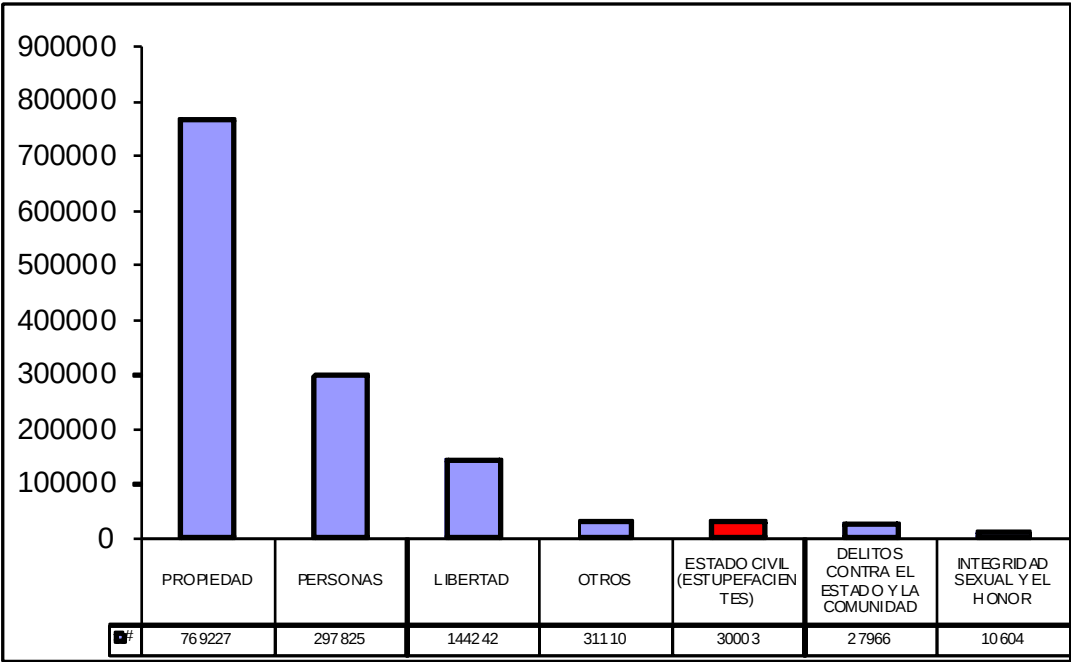
Con todas estas consideraciones, el “flagelo de la droga”, involucra una cifra intermedia entre 6.000 y 12.000 personas en términos médicos y entre 30.000 y 40.000 personas en términos de un problema social más amplio, cifras construidas con los datos oficiales y las definiciones penales existentes que, por supuesto, considera como una “caja negra” los 30.000 casos de delitos. ¿Cuántos de estos son consumidores eventuales, cuantos no consumen, cuántos son adictos? No lo sabemos. Por supuesto que decir no lo sabemos es muy diferente de decir que existe un flagelo que azota la sociedad.

Si volvemos un segundo sobre las categorías de desviación que considerábamos al principio de este libro, quizás sería útil comparar el consumo de sustancias con otras conductas desviadas (otros delitos y otras

enfermedades), como modo de evaluar su peso específico dentro de la trama social.

Cuando comparamos los delitos relacionados con drogas fiscalizadas con otros delitos, tenemos una valoración numérica de las conductas criminales como la que se muestra en el gráfico 5.3.

Gráfico 5.4 Delitos registrados en 2008, clasificados por tipo



Fuente: (Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos, 2007)

Los delitos relacionados con drogas poseen una categoría exclusiva. Son tipificados como delitos contra el Estado Civil, y representan las violaciones a la Ley 23.737). Esta forma de contabilizarlos, los visibiliza y los pondera independientemente del resto de los delitos.

Si consideramos, ahora la adicción como conducta desviada en términos de enfermedad y la comparamos con otras enfermedades importantes del país, tenemos:

Tabla 5.10 poblaciones que padecen diferentes enfermedades

Enfermedad	#	%
Chagas	3.000.000	58,0%
Influenza	1.204.546	23,3%
Consumidores (prevalencia anual)	900.000	17,4%
SIDA (acumulado 2001-2007)	34.803	0,7%
Consumidores en tratamiento	12.000	0,2%
Adictos internados	6.000	0,1%
Tuberculosis	5.018	0,5%
Sífilis	4.043	0,1%
Hepatitis	1.896	0,0%
Total	5.168.306	100,0%
Total "drogas"	916.400	17,7%

Elaboración propia. Fuentes: (INDEC, 2010a; SEDRONAR, 2007)

Evidentemente no es lo mismo considerar una población problemática de 900.000 consumidores que una de 6000 adictos. Sin embargo, se opera retóricamente de acuerdo a la primera cifra pero, finalmente, se interviene apenas de acuerdo a la segunda.

Cuando comparamos la adicción con otras conductas medicalizadas de características similares, como el tabaquismo o el alcoholismo, los consumidores de drogas ilegales representan el 10% de los fumadores y menos del 7% de los alcohólicos.

Tabla 5.11 # de consumidores de alcohol, tabaco y drogas ilegales

Enfermedad	#
Alcoholismo (prevalencia anual)	14.449.149
Tabaquismo (prevalencia anual)	8.315.076
Consumidores drogas ilegales (prevalencia anual)	900.000

Elaboración propia. Fuente: (SEDRONAR, 2007)

Y más llamativo aún resulta el impacto económico que tienen estas conductas en la sociedad en términos de gasto público:

Tabla 5.12 Costos de la problemática drogas en Argentina (2004)

Costos	Millones de \$	Millones de U\$S	% PBI
Tabaco	2214,4	753,2	0,79
Alcohol	2786,9	947,9	1
Drogas ilegales	2462,3	837,5	0,88
Drogas ilegales y legales	7463,6	2538,6	2,67

Fuente: (SEDRONAR, 2007)

Y si desglosamos estos gastos:

Tabla 5.13: Composición de costos según sustancias, % del total (2004)

	Tabaco	Alcohol	Drogas ilegales	Drogas legales e ilegales
Gastos de atención en Salud	9	18,6	32,12	20,6
Costo de las consecuencias laborales	90,9	50,3	43,5	60,1
Costos en daños a la propiedad	s/d	0,3	0,04	0,1
Gastos gubernamentales directos	0,1	30,8	24,34	19,2
Total	100	100	100	100

Fuente: (SEDRONAR, 2007)

Como resulta evidente, los datos indican que las drogas ilegales causan menos problemas en términos de recursos materiales excepto en el área de salud. Sin embargo, la mayor parte de los gastos de atención en salud no responden a las consecuencias asociadas al consumo de drogas, sino que representan los gastos directos de tratamiento. Adicionalmente, esta estrategia de gastos, genera la mayor parte de los gastos gubernamentales directos que se derivan de la financiación de la estructura administrativo-burocrática necesaria para implementar los programas de tratamiento. No sucede lo mismo con el alcoholismo y el tabaquismo que, aunque estos mismos gastos están considerados, la componente principal es la atención primaria en hospitales y las enfermedades crónicas derivadas (cáncer de pulmón, cirrosis, etc.). De este modo concepción de la adicción como un problema médico en general, y la estrategia terapéutica elegida por el Estado en particular, generan la más del 55% de los gastos imputados a esta problemática. Así, la medicalización del consumo de sustancias provoca una retroalimentación del problema generando la mayor parte del costo estatal del problema y no aparece como una inversión para resolver un costo social especialmente relevante⁴⁵.

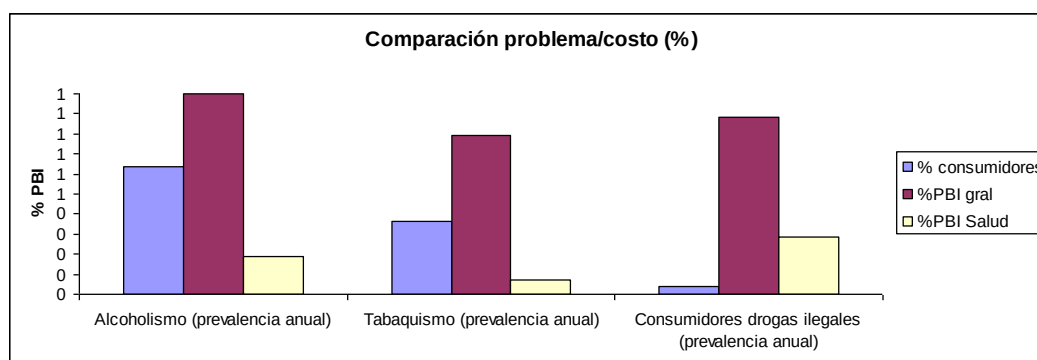
⁴⁵ Si bien es cierto que un 43.5% de costos en consecuencias laborales es más que relevante, lo que queremos señalar es que no es mas relevante que otras problemáticas que resultan mas costosas, como el tabaquismo (90%) o el alcoholismo (90%) y sobre las cuales no se invierte en salud comparativamente.

Tabla 5.14

Enfermedad (prev. anual)	#	% consumidores	%PBI gral	%PBI Salud
Alcoholismo	14.449.149	63,60%	1	0,19
Tabaquismo	8.315.076	36,60%	0,79	0,07
Consumidores drogas ilegales	900.000	3,96%	0,88	0,28

Elaboración propia, Fuente: (INDEC, 2010b; SEDRONAR, 2007)

Gráfico 5.5 costos relativos de tabaquismo, alcohol y consumo de drogas ilegales,



En el gráfico se muestran los costos de cada una de las problemáticas (alcohol, tabaco, sustancias ilegales) como % del PBI en cuanto a la suma de los gastos generados (salud, pérdida de la productividad laboral, daños a la propiedad, costos gubernamentales directos etc.) y como % del PBI destinado a salud exclusivamente. La serie de % de consumidores se incluye a modo comparativo.

La consideración anterior resulta un poco ridícula puesto que, a medida que más consecuencias para la productividad tiene el consumo de una de estas sustancias, menor es el gasto que se dedica a la atención de salud de ese problema. Uno podría pensar que, justamente, es esta inversión lo que logra disminuir las consecuencias en la productividad. Para ello habría que corroborar los datos con una serie histórica, que no se tiene, pero al mismo tiempo, debería verse una disminución del problema con el tiempo, situación que tampoco se verifica.

Otra forma de considerar esta distribución de costos y gastos, sería argumentar que los tratamientos para adictos son más caros. Esta situación es cierta, pero sólo cuándo se lo compara con los fumadores. El tratamiento del alcoholismo es igual o más caro que el de las adicciones a drogas ilegales (Calabrese, 2008).

Las cifras sobre consumo presentadas anteriormente nos señalan que

- a) En los últimos 40 años no se conoció el número de consumidores, toxicómanos o como hayan sido llamados en cada momento en particular.
- b) Se utilizaron datos de estudios parciales o estadísticas sobre poblaciones específicas realizando generalizaciones sin sustento.
- c) A partir de la década de 1990, esos datos se utilizaron retóricamente para sustentar un modo particular de intervención, colocando a la problemática adictiva por delante de otras problemáticas igualmente relevantes (o mas).
- d) La medicalización de la conducta adictiva no encuentra un sustento en los datos que se poseen acerca del numero de consumidores abusivos ni los costos sociales que provocan los mismos.

Con estas consideraciones no estamos diciendo que no haya que tratar médicamente a los adictos, o que las cifras sobre consumo sean falsas. Señalamos que no hay ni hubo categorías homogéneas que permitan algún tipo de comparación entre unos y otros datos y, sobre todo, que no existe una base empírica sobre la cual sustentar decisiones.

5.3 Campañas públicas de prevención en la Argentina

Como parte de la exploración que realizamos acerca de cómo ha sido construido la adicción a sustancias como problema público presentamos un análisis de los discursos implementados por la SEDRONAR en sus campañas de prevención mediante gráfica y folletería entre los años 1989, año de su creación, y 2005.

Dentro del análisis sociológico del discurso, nuestro enfoque particular para caracterizar esta producción gráfica se centra en el que se ha denominado Análisis Crítico del Discurso (ACD):

“(…) un grupo transdisciplinario de herramientas teóricas y analíticas que investigan las relaciones entre los textos (escritos, hablados, multimodales), las prácticas

discursivas (eventos comunicativos) y prácticas sociales (amplios procesos de la sociedad)” (Rogers, 2009).

El ACD distingue tres dominios de la vida social que se constituyen en el discurso: Identidades, Relaciones Sociales y Representaciones (Fairclough y Wodak, 1997). Un concepto central para el ACD es la relación entre discurso e ideología. Para el ACD, las ideologías:

“[...] se relacionan con los sistemas de ideas, especialmente con las ideas sociales, políticas y religiosas que comparten un grupo o movimiento. Ideas que constituyen la base de unas creencias más específicas sobre el mundo y que guían su interpretación de los acontecimientos, al tiempo que condicionan las prácticas sociales.” (Van Dijk, 2003)

De acuerdo con este autor, las ideologías, como sistemas de ideas, dan sentido al mundo (desde el punto de vista del grupo) pero también fundamentan las prácticas sociales. El ACD también considera que los discursos constituyen una de las prácticas condicionadas por las ideologías e influyen en la forma de adquirirlas, aprenderlas o modificarlas.

El ACD identifica, en la naturaleza de las ideologías, un esquema básico que le permite a un determinado grupo social caracterizar la información con que se identifican y categorizan sus miembros, como los criterios de pertenencia, actividades, objetivos, normas, relaciones con los demás, recursos, etc. (Van Dijk, 2003). Es en esta dirección que los contenidos de los folletos producidos por la SEDRONAR son interpretados en el doble sentido de incorporar conceptos e ideologías en los mismos y en su difusión y legitimación por parte del Estado y la consecuente asimilación en la sociedad.

Finalmente, utilizamos la noción de Representación Social (RS), para dar cuenta del modo en que es concebido el problema por esta institución y, por consiguiente, la idea que se transmite a la sociedad.

La teoría de las RS resulta de utilidad para comprender los procesos a través de los cuales los individuos y los grupos construyen las categorías en función de las cuales interpretan la realidad.

Según señala Denise Jodelet (Jodelet, 1986) las Representaciones Sociales pueden presentarse bajo una diversidad de formas entre las cuales se encuentran:

- 1- Imágenes
- 2- Sistemas de referencia
- 3- Categorías de clasificación
- 4- Teorías
- 5- Todo lo anterior junto.

Utilizar esta categoría conceptual en el caso de las adicciones viene revestida de una carga adicional, dado que las RS se sitúan en el punto en donde se intersectan lo psicológico y lo social. Este punto de encuentro es particularmente significativo en el caso de las adicciones puesto que las mismas pueden ser interpretadas como una problemática que surge desde lo social, pero que se manifiesta tanto en lo social como en lo individual a múltiples niveles, psicológico (Ehrenberg, 1994), socioindividual (Freidson, 1978), biosocial (Foucault, 1974), etc. Así las Representaciones Sociales serían una herramienta muy útil puesto que tendrían la capacidad de “ver” la problemática en el mismo nivel en el que opera.

Desde esta perspectiva se considera que las RS inducen a los individuos a adoptar una posición determinada respecto de situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones. A raíz de ello, se convierten en un vínculo entre el mundo subjetivo (teórico) y el mundo político (práctico). Las RS son parte del entorno social simbólico en el que habitan los individuos; la organización y estructuración de la realidad reposa en este entramado de representaciones compartidas socialmente que se construye y reconstruye a través de las prácticas y actividades de las personas (Jodelet, 1986).

De modo que se analizan a continuación las representaciones que promovió la SEDRONAR, tratando de observar cómo es que se han modificado (si lo han hecho) las concepciones acerca del tema con las diferentes gestiones.

El estudio es de naturaleza cualitativa y abarca el período comprendido entre los años 1989, año de la creación de la Secretaría y 2005 y comprende los folletos emitidos por las siguientes gestiones:

1989-1995: Juan Alberto Lestelle.
1995-1996: Gustavo Adolfo Green.
1996-1998: Julio César Aráoz.
1998-1999: Eduardo Pablo Amadeo
2000-2001: Lorenzo Juan Cortese
2002-2004: Wilbur Ricardo Grimson
2004-presente: José Ramón Granero

Para poder evaluar las diferentes representaciones sociales presentes en cada folleto, utilizamos las categorías conceptuales que identificamos al inicio de este libro, relacionadas con los modelos interpretativos de Helen Nowlis. Ético-Jurídico (1), Médico-Sanitario (2), Psico-Social (3), Socio-Cultural (4). Recordando estas categorías, son:

- Individuo: Aquel que consume la sustancia y hacia quien van dirigidos, principalmente, los folletos.
- Sustancia: Aquella sustancia sobre la cual versan los folletos
- Intervención: Toda acción vinculada a modificar la realidad presente ya sea a través de la prevención, del tratamiento, de la información, etc.

Lo que se hará, entonces es observar estas tres categorías según los modelos en los cuales ha sido conceptualizada la temática identificándolos a través de técnicas tomadas del análisis crítico del discurso.

Los conceptos aquí resumidos se pueden esquematizar como sigue:

	Conceptualización. Característica central	Modelos
Individuo	Delincuente	1
	Enfermo, adicto (físico)	2
	Enfermo, adicto (mental)	3
	Excluido, víctima social	4

Sustancia	Ilícita	1
	Agente Infectocontagioso	2
	Potencial Adictivo.	3
	Multiplicidad de sustancias. Sustancias y exclusión.	4

Intervención	Prevención: Miedo Tratamiento: Encarcelamiento	1
	Prevención: Efectos nocivos, información. Tratamiento: Desintoxicación	2
	Prevención: Prevención inespecífica. Tratamiento: Psicológico/Grupos	3
	Prevención: Inclusión social, reducción de daños Tratamientos: CT, dispositivos varios.	4

De este modo, la clasificación anterior nos brinda una grilla útil para caracterizar los folletos según:

Modelo	1 (Ético-Jurídico)	2 (Médico-Sanitario)	3 (Psico-Social)	4 (Socio-Cultural)
Individuo	Delincuente	Enfermo, adicto (físico)	Enfermo, adicto (mental)	Excluido, víctima social
Sustancia	Ilícita	Agente Infeccioso	potencial adictivo	Múltiples
Tipo de Intervención	Encarcelamiento	Desintoxicación	Psicológico/Prev. Inespecífica	Múltiple

Se analizaron 25 folletos correspondientes al período 1989-2005 que arrojaron los siguientes resultados:

Tabla 5.15: caracterización de los folletos

Texto orientativo	Año	Individuo	Sustancia	Intervención	Campaña
Sol sin drogas	1989-1995	3	2	3	Sol sin Droga
Prevención de las adicciones	1989-1995	4	3	3	Sol sin Droga
Qué es la cocaína?	1989-1995	3	3	2	Sol sin Droga
Qué es la droga?	1989-1995	3	4	3	Sol sin Droga
La situación	1989-1995	4	2	1	Sol sin Droga
Que es el uso indebido de drogas?	1989-1995	3	3	3	Sol sin Droga
No siempre el petroleo fue una preocupación	1989-1995	3	4	3	Sol sin Droga
Si tu historia en este momento	1989-1995	3	2	2	Sol sin Droga
Sol sin drogas	1992	3	4	2	Sol sin Droga
Sol sin drogas	1990	3	2	2	Sol sin Droga
Usar drogas no ayuda	1995	3	3	3	Sol sin Droga
Signos de alarma por el consumo de drogas	1995	3	3	3	Sol sin Droga
Drogas...para qué?	1996	3	3	3	Fleco y Male
Existen muchos tipos de drogas	2000	2	4	2	s/c
Existe gran variedad de drogas	2000	3	4	3	s/c
Existe gran variedad de drogas	2000	4	4	3	s/c
Clasificación	2000	3	4	3	s/c
Hay muchas clases de drogas	2000	3	4	3	s/c
Las drogas en el deporte	2000	4	4	3	s/c
Cual es tu meta?	2000	3	3	3	s/c
Disfrutá de tu verano	2004	3	3	3	Hablemos
Hablemos de drogas, VIH Sida	2004	3	3	3	Hablemos
Hablemos de drogas, VIH sida y de riesgos	2004	3	3	3	Hablemos
Qué son las drogas?	2005	3	4	3	Hablemos
Hablemos	2005	4	4	3	Hablemos

En la tabla se presentan los resultados de la clasificación de los folletos impresos por SEDRONAR entre 1989 y 2005. Cuando se ha podido conocer el año exacto, se señala, en caso contrario se señala el período en el que se imprimió, correspondiente a una misma dirección. Los números indican el Modelo interpretativo en el que se ha clasificado cada categoría analítica.

Fuentes: (SEDONAR; SEDONAR, 1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1992a, 1992b, 1993, 1994, 1995a, 1995b, 1995c, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d, 2000e, 2000f, 2000g, 2004a, 2004b, 2005a, 2005c, 2005e, 2006a, 2006c; SEDONAR y AFA, 2000)

5.2.1 Presentación de resultados:

Del análisis de los folletos se puede concluir que, respecto de los individuos la forma preferencial con la que se los caracteriza es de acuerdo con el modelo Psico-social (3) en el que el individuo es pensado como un enfermo cuya enfermedad es de características psicológicas y debe recibir asistencia de ese tipo (19 folletos de 25). Un número menor (5/25) considera al individuo que consume drogas como una víctima del sistema social más amplio. Lo interesante es que los folletos que presentan una caracterización más

“moderna” se encuentran dispersos en el espacio temporal considerado y no responden a una actualización de los discursos.

Cuando prestamos atención a como son conceptualizadas las sustancias, la distribución no es tan homogénea. Casi en partes iguales, las sustancias fueron conceptualizadas de acuerdo a su potencial adictivo (Modelo 3, 10/25) o bien de acuerdo a una concepción mas compleja que incluye a los medicamentos psicotrópicos (modelo 4, 11/25).

La interpretación de esta hibridación de modelos en un mismo folleto es compleja. Pensar las sustancias de acuerdo a su potencial adictivo, en el marco de entender a los sujetos como enfermos psicológicos, requiere incorporar distintos tipos de adictos. Adictos duros y blandos. Esto llevaría a suponer que las enfermedades mentales subyacentes son o bien diferentes o bien mas pronunciadas. Este no es, sin embargo, el caso. Existe una homogeneidad interpretativa respecto de los usuarios que no refleja la complejidad de los consumos.

Si observamos lo que sucede con la conceptualización de las sustancias a lo largo del tiempo, observamos que en el período 1998-2000 hubo una modificación significativa respecto a la situación anterior y posterior, que por otro lado, no se evidencia en relación a la forma de conceptualizar a los usuarios (al menos no tan claramente). Si bien, en el mismo período hubo un acercamiento entre la cantidad de folletos que concebían a los usuarios según el Modelo 4, cuando miramos las sustancias esta situación se modifica completamente. Durante el bienio 1998-2000 se distribuyeron 6 folletos (el 20% del total) que concebían a las sustancias de forma compleja, sin encasillarlas ni en su potencial adictivo, ni en su capacidad de “contagio” ni en su estatus legal e incluyendo los medicamentos psicotrópicos en su concepción.

Cuando prestamos atención a las intervenciones, ya sean tratamientos o intervenciones orientadas a la prevención, observamos un alto porcentaje de folletos que representan estas acciones de acuerdo al Modelo 3 (19/25) con una pequeña proporción del modelo 2.

Cuando comparamos las categorías respecto de los modelos con que fueron entendidas, nuevamente vemos el defasaje. Efectivamente, comprobamos

que es el modelo 3 el que se expresa con mayor fuerza en casi todos los períodos. Pero hay una serie de rasgos que conviene destacar.

Parece existir una mayor hibridación de modelos en los primeros tiempos de la Secretaría. En el período 1989-1995 observamos la convivencia de al menos tres modelos no sólo en diferentes categorías, sino dentro de la misma, lo que indica que no había en esa institución una conceptualización clara de lo que significa una droga ni de cómo hay que intervenir. Parece haber más consenso respecto de los individuos.

Se puede observar una homogeneización de concepciones a medida que avanza el tiempo. En los últimos años, parece haber una concepción muy clara de cómo intervenir (de acuerdo al modelo 3) a la vez que la figura se va desplazando hacia los modelos más actuales (3 y 4), aunque es notable la ausencia del modelo 4 en la categoría “Intervención”.

Del análisis de los datos interpretados bajo las categorías construidas y de los modelos conceptuales señalados se puede decir que:

- 1- Existe una diversidad de formas de entender tanto a los usuarios de drogas, como a las drogas mismas y al modo en que se debe intervenir.
- 2- Esa multiplicidad, sin embargo, no es coherente con los modelos conceptuales que han sido identificados según los cuáles se comprende e interviene el fenómeno de la droga. Así, por ejemplo, en el mismo folleto se conceptualiza a la sustancia según el paradigma Médico-Sanitario, mientras se entiende al individuo según el paradigma Socio-cultural y se propone una Intervención que se corresponde con el modelo Ético-Jurídico. Esto podría deberse a la falta de coordinación entre las tres áreas de la SEDRONAR (Prevención, Asistencia y Narcotráfico) que podrían estar impulsando estrategias y percepciones diferentes e incluso, antagónicas.
- 3- La ausencia del modelo 4 en la forma en que conceptualiza la Intervención nos habla de la dificultad que tienen aquellos que han avanzado en esta conceptualización, de implementarla. Pareciera ser que este modelo funcionará mejor a nivel teórico y descriptivo de los

individuos y las sustancias que a un nivel real de intervención concreta.

- 4- La mayor diversidad de concepciones se da en torno a la sustancia. La respuesta a la pregunta ¿qué es la droga? muestra aquí una dificultad. Pareciera que existe una tendencia a clasificar más fácilmente a los individuos, puesto que el modo de conceptualizarlos es más uniforme.
- 5- Finalmente podemos destacar que a pesar de los defasajes observados, se ha podido identificar un proceso de homogeneización y unificación de conceptos a lo largo del tiempo.

6. Conclusiones

A lo largo de este libro hemos mostrado diferentes aspectos de la problemática de las adicciones e intentamos proporcionar datos relevantes que permitan interpretar el rol que desempeñó cada uno de esos aspectos en la construcción social y pública del problema, tanto en términos internacionales como en términos locales. Habíamos anticipado en los primeros capítulos la diversidad temática y de enfoques que este libro contenía, señalando que no se trataba de un recorrido lineal y cronológico, sino de un modo de abordaje que iría encontrando unidad hacia el final de la misma. Ahora es el momento de hacer valer esa decisión expositiva indicando los elementos que se han revelado a partir de este modo de enfocar el problema.

Existe una preocupación general que atraviesa toda la libro que se relaciona con el modo en que se construyen los problemas sociales, y como esta construcción es al mismo tiempo sujeto y objeto de la mirada pública. En el caso particular de las adicciones nos propusimos aportar elementos que ayuden a comprender cómo ha llegado a establecerse la adicción como un problema social y también público.

El conjunto de los datos relevados, seleccionados, ordenados y puestos en el libro bajo los abordajes conceptuales y analíticos que señalamos al principio, nos permiten realizar generalizaciones y obtener información relevante en tres ámbitos. En primer lugar, en el ámbito internacional y a pesar de no ser un estudio exhaustivo en ese nivel, el recorte realizado nos permite señalar algunos procesos interesantes, que puestos en tensión con la estructuración local del problema permiten observar con claridad procesos invisibles de otro modo.

En segundo lugar, hemos podido realizar algún aporte a la no muy desarrollada historia de la problemática de las adicciones en la Argentina. En particular, la historia del CENARESO y su interpretación, junto con la historia de las CTs para adictos, son un aporte original que, creemos, serán de algún valor para estudios futuros en este campo, en el campo de la salud mental en general y por qué no, en la historia sanitaria de la Argentina.

En tercer lugar existe un aporte al estudio sobre el papel que juega el conocimiento en la formulación de problemas y en el establecimiento de problemas sociales.

Finalmente, existen cruces entre estos tres niveles.

En el nivel internacional, dijimos que la adicción a drogas, lejos de estar determinada por una mirada de sentido común que parece llevarnos a vincular inmediatamente el uso de una sustancia con una necesidad biológica, es un problema complejo que históricamente se fue configurando de modos distintos según diferentes realidades sociales, políticas, culturales y económicas. De hecho vimos cómo las adicciones en su sentido actual sólo pueden ser consideradas como un problema a partir de comienzos del siglo XX y que en épocas anteriores encuentra algunos antecedentes, pero de ningún modo analogías.

En la revisión histórica realizada en el capítulo 3 mostramos que el consumo de sustancias que alteran la percepción y que, hoy día, se consideran adictivas, no es el aspecto del problema que caracteriza al siglo XX. Por el contrario, el consumo de este tipo de sustancias ha acompañado a la humanidad desde siempre. Lo que difiere es el “carácter desviado” que se la ha adjudicado a ese consumo en el último siglo. Este carácter desviado es doble. Se ha señalado a la conducta adictiva como una desviación criminal, pero también como una desviación médica. Este doble señalamiento posee la suma de las características negativas de ambos tipos de desviación y no tiene, hasta el momento, ninguna de las soluciones que se han planteado para ellas por separado. Ni el sistema médico trata eficientemente a los adictos ni los sistemas de control de tipo policial han sido efectivos en resolver el problema. De este modo, la conducta adictiva ocupa un lugar de privilegio junto a las peores conductas desviadas que pueden ser encontradas en el comportamiento humano, comparable quizás a las desviaciones sexuales (que también son crímenes al mismo tiempo que enfermedades), con la diferencia que en el caso de los adictos y de acuerdo a cómo han sido definidos, representan millones de individuos consumidores en todo el

mundo. Éste es un elemento central a la hora de interpretar el enorme efecto de rechazo que producen estos individuos en diferentes ámbitos sociales y en los ámbitos médicos en particular. La estigmatización resultante de estas intersecciones es, sin duda, uno de los elementos que han jugado algún rol en la ausencia de tratamientos eficaces. Hemos mostrado cómo esta estigmatización es parte constitutiva de los discursos regulatorios que se manifiestan tanto a nivel internacional como regional y local y, como resultado de los mismos, los consumidores adictos son definidos ambiguamente y colocados en dispositivos institucionales que no terminan de solucionar el problema para el cual han sido, supuestamente, diseñados. Y esto es, en parte, un problema de definiciones.

Por otro lado, el sistema médico, como conjunto de instituciones y valores, lo hemos señalado, no ha asumido el rol que ha jugado en la conformación del problema. Las sustancias de abuso ilegales originalmente fueron herramientas farmacológicas del propio sistema médico quién luego las dejó de utilizar sin hacerse cargo de las consecuencias que su uso generó en la población. Pero esta actitud es una característica del momento presente. También mostramos en el capítulo 3 cómo, durante mucho tiempo, los médicos trataban a los adictos. La mayor parte de los tratamientos que se ofrecían entonces estaban estructurados alrededor del uso de drogas como método de mantenimiento o como estrategia de desintoxicación. Con el proceso histórico de prohibición de las sustancias, los médicos no sólo se quedaron sin estrategias para tratar la adicción sino que fueron perseguidos por utilizar o recetar drogas en los tratamientos. Esto provocó que el propio Modelo Médico rechace tanto el consumo como los tratamientos, provocando un vacío terapéutico que fue llenado por otras estrategias.

En este sentido, sostuvimos que este vacío provocado por la no intervención del Modelo Médico permitió el ingreso al espacio social estructurado en torno a los tratamientos de líderes carismáticos, religiosos o no, que se dieron a la tarea de ayudar y luego tratar a los adictos. Estos tratamientos no médicos comenzaron a difundir desde Estados Unidos primero hacia Europa y más tarde al resto del mundo.

En la actualidad, y promocionada desde el nivel internacional, la interpretación de la conducta adictiva como un problema de salud pública ha ganado fuerza. Desde muchos ámbitos se señala esto como un avance respecto de otro tipo de interpretaciones. Las organizaciones de la sociedad civil lo ven como un logro de su lucha particular en la inclusión de la perspectiva de los usuarios en un proceso que, se argumenta, va en dirección de la incorporación de los Derechos Humanos en las políticas de drogas, con la consiguiente despenalización de cierto tipo de usuarios. No obstante, este proceso puede ser interpretado como una parte del proceso más general de medicalización de la sociedad. Despenalizar a los consumidores y a la tenencia de ciertas sustancias e incluir definitivamente la adicción en los planes de Salud Pública, permitiría eludir las disputas conceptuales (enfermo/criminal) y jurisdiccionales (cárcel/sistema médico) que hoy se hallan en el centro de las dificultades de la implementación de tratamientos consolidando el nivel conceptual e institucional del proceso de medicalización ya señalado.

Descendiendo al nivel local y en forma adicional a las consideraciones internacionales, como es natural en un proceso de difusión de modalidades terapéuticas, legislaciones y marcos cognitivos, existen influencias directas en la recepción e implementación local de las mismas. Pero para interpretar la baja estructuración de los tratamientos para adictos en la Argentina y la diversidad de modalidades es necesario considerar otros factores adicionales.

En nuestro país el origen de las Comunidades Terapéuticas también está relacionado con la falta de una oferta de tratamientos. No obstante, su difusión no es explicable por las mismas causas que en el nivel internacional puesto que, por un lado, son contemporáneas al surgimiento de otras estrategias de atención como el FAT y el CENARESO y por otro no hubo, en el nivel local, una estrategia de persecución de los médicos que explique su alejamiento. Esa situación ya estaba naturalizada aquí y se asumió como parte del proceso más general de difusión de la medicina. ¿Qué es lo que

explica, entonces, el éxito relativo de las CT respecto de otras estrategias de atención de la salud en adicciones?

Por un lado, creemos que el prohibicionismo que se aplicó en la Argentina en política de drogas tuvo el doble efecto de estigmatizar a los usuarios de drogas y, al mismo tiempo, establecer una barrera social entre ellos y las estrategias público-estatales de atención de la salud. Puesto que es el mismo Estado el que a su vez prohíbe, estigmatiza y luego quiere “tratar” la adicción, la existencia de discursos contradictorios y la persecución de los usuarios aún dentro del sistema de salud, los alejó de los tratamientos oficiales, volcándose a otras modalidades. Al mismo tiempo, la estigmatización del adicto posibilitó que en ámbitos sociales de mejor poder adquisitivo se empezara a utilizar a las CTs como modo de tratar a los adictos en forma invisible al resto de la sociedad.

El cruce de estas problemáticas le otorgó a las CTs un impulso inicial que pudieron aprovechar gracias al involucramiento progresivo de ciertos profesionales de la salud mental, afines a la nueva psiquiatría que veían en ellas una forma más humanitaria, democrática y efectiva de lidiar con las enfermedades mentales y con la adicción en particular. Al mismo tiempo, las estrategias estatales de atención de la salud seguían sin brindar respuestas adecuadas, promocionando aún más este movimiento.

Señalábamos en la introducción que para que un problema social se convierta en un problema público es necesario que existan controversias en torno a la forma de resolución. La adicción comenzó a ser concebida como un problema público en la Argentina hacia principios de la década de 1970, situación que se manifiesta en la creación de la CONATON, los CEPRETOX y, sobre todo, el CENARESO y la aparición de las primeras CTs.

Como decíamos, convertir un problema social en uno público implica la determinación de modos de resolución y, si algún agente social, ya sea una institución o una persona, es capaz de realizar adecuadamente esta traducción, se garantizará un lugar de privilegio en esta resolución y la consiguiente capacidad de control social que ello implica.

Este es el modo en que interpretamos las acciones de Carlos Cagliotti, Wilbur Ricardo Grimson y Carlos Novelli. Cada uno, desde su espacio social, construyó un modo diferente de concebir el problema en términos públicos y tuvo la habilidad de lograr intervenir en los niveles institucionales e interaccionales.

Mostramos cómo, forjando vínculos internacionales que le habilitaron recursos enormes para la época y la problemática (pensemos que las CTs se manejaban mediante donaciones y venta de productos caseros), Carlos Cagliotti, logró imponer una estrategia asistencial que, aunque vaciada de un abordaje teórico consistente, estructuró el campo en nuestro país y lo posicionó como un referente latinoamericano en el área.

También mostramos cómo, desde un lugar opositor, y mediante una estrategia completamente diferente que incluyó un compromiso teórico pero también el manejo de cierta cantidad de fondos y dirigencia político-institucional, Wilbur Grimson y Carlos Novelli establecieron alianzas que posibilitaron la estructuración del campo en torno a las CTs.

Hemos mostrado lo anterior en las diversas modalidades terapéuticas manifestadas principalmente por dos modelos institucionales de tratar a los adictos: el CENARESO y las CTs que operan a través de los subsidios de SEDRONAR. Ambos movimientos se valieron por igual de la construcción pública del problema en términos numéricos como modo de validar socialmente su existencia y su reproducción. De modo que, empresas antagónicas, encuentran estrategias de consolidación compartidas.

La convivencia de discursos, como los que se han puesto de manifiesto en el análisis de los folletos diseñados por SEDRONAR en el capítulo 5, pero que pudimos observar, en otro nivel, en la existencia de dispositivos terapéuticos diferentes avalados por el Estado, nos permite señalar que es la falta de una definición estabilizada un elemento importante a la hora de responder eficazmente al problema. El análisis en conjunto de las estrategias terapéuticas estatales y su historia, de la legislación nacional y de los discursos públicos oficiales nos permiten suponer que existió un vacío conceptual por parte del Estado que fue llenado, según conveniencia política o coyuntural, mediante diferentes discursos dependiendo del ámbito

específico de aplicación o el momento histórico. De esta forma, por ejemplo, se sostuvieron políticas prohibicionistas en el ámbito legislativo e institucional mientras se promocionaban estrategias comunitarias en el ámbito interaccional.

En cuanto al rol que tiene el conocimiento en la construcción del problema, hemos puesto de manifiesto en la sección sobre críticas al abordaje neurobiológico, el reduccionismo conceptual que existe en la conceptualización de la enfermedad a la hora de planificar, ya sea experimentos o estrategias terapéuticas. Este reduccionismo impide, a nuestro criterio, una correcta articulación entre los diferentes niveles en que este tipo de conducta se manifiesta. De nada sirve tratar el síntoma psicológico si no se aborda, simultáneamente, la realidad biológica y social del individuo. Del mismo modo que poca utilidad tiene reconducir la actividad del cerebro a estados “normales” cuando no se indagan las causas que han provocado esa situación “anormal”.

Estos hechos que parecen tan elementales son flagrantemente ignorados en los ámbitos más sofisticados de investigación y tratamiento.

También hemos mostrado cómo la dificultad en definir este tipo de conductas opera a la hora de decidir qué tratamiento elegir o cuál vía de investigación profundizar. Observamos a lo largo del libro que, llamativamente, a pesar de que la adicción a sustancias ha sido definida progresivamente como una enfermedad, los tratamientos médicos para adictos no se encuentran consolidados. Esto se debe, por un lado, a ciertos aspectos propios de la enfermedad. Como ha sido demostrado desde una perspectiva neurobiológica y, es uno de los pocos aspectos de este tipo de investigación que ha dado sus frutos en los tratamientos, la adicción es un proceso que, necesariamente, implica la recaída como parte constitutiva de la recuperación. Gracias a esto, hoy los psiquiatras entienden que una recaída no debe ser interpretada como una negativa al tratamiento, mientras que hemos constatado que en ciertas comunidades terapéuticas, una recaída es causal de expulsión.

Sin embargo, hasta que este fenómeno se comprenda cabalmente, la recaída actúa como un escollo importante en la consolidación de los tratamientos médicos. La falta de interés de los médicos por los adictos encuentra en este punto una explicación adicional. La práctica médica se basa en determinados criterios de efectividad y de relaciones costo-beneficio en los que el tratamiento de la conducta adictiva no encaja. El hecho de que un médico dedique muchas horas semanales a atender a una persona que luego de un gasto considerable de tiempo y dinero vuelve a manifestar la “enfermedad” por la que esta siendo tratada, no es una excepción en el tratamiento adictivo, y sí lo es en la gran mayoría de las enfermedades. Cuando uno acude a un médico, normalmente espera curarse. Sin lugar a dudas esto juega un papel importante en las decisiones de los médicos al momento de escoger si tratar esta enfermedad o no o si decidirse por esa especialidad en particular en su carrera profesional.

Uno de los puntos importantes en la baja efectividad de los tratamientos médicos de adicciones se encuentra en lo que Parsons llamó *the competence gap*. A diferencia de otras enfermedades, en donde el médico posee un conocimiento al que, normalmente, el paciente no accede, en la problemática adictiva este “gap” se presenta muchas veces invertido. Es el adicto el que tiene un conocimiento que el médico ignora.

Otro de los puntos señalados a lo largo del libro guarda relación con los vínculos entre producción y uso de conocimientos. Hemos mostrado cómo existe una determinada producción de conocimientos que, finalmente, no se puede implementar en la resolución del problema en los términos en que fue planteado, lo cual no impide que estas perspectivas se vuelvan hegemónicas. En forma paralela, existe en el nivel internacional una implementación de terapias que no tienen una producción de conocimientos asociado en el sentido más tradicional del término: publicación de papers.

Este fenómeno se observa en forma más acuciante en nuestro país por varios motivos. Por un lado, la inversión en la resolución de problemas de salud es menor que en los países más desarrollados, profundizándose la diferencia entre conocimiento útil y conocimiento aplicado. Por otro lado, la ausencia de consumo de opiáceos, drogas para las cuales se han desarrollado las

estrategias farmacológicas más efectivas, impiden la estructuración de este tipo de tratamientos. Pensemos que poseer una droga de sustitución de dosificación diaria, como la metadona, no sólo tiene los efectos beneficiosos de la droga en sí misma. Esto permite la estructuración de centros de salud y el control de los pacientes que al tener que concurrir diariamente a los mismos se benefician de otras estrategias que se puedan implementar en forma paralela, además de poder establecer rutinas y mecanismos de control que en otro tipo de consumos, que no implican tal periodicidad en el tratamiento, son muy difíciles de implementar.

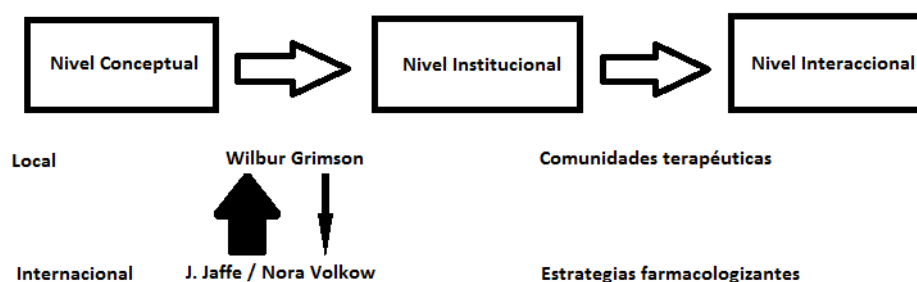
Existe otro punto fundamental en el que el conocimiento juega un rol central en la construcción del problema y que se relaciona con los modos en que, según Conrad, puede ser ejercido el control: ideológicamente, colaborativamente y tecnológicamente. Esto lo hemos mostrado en cómo influyen las estadísticas, construidas bajo criterios médicos, en la construcción pública del problema. En esta construcción se intersectan los problemas conceptuales señalados anteriormente y la influencia decisiva del MMH que tiene la capacidad de imponer definiciones a través de los organismos internacionales. Señalamos que la categoría conocida como “prevalencia anual” es la que más se utiliza a nivel internacional y se homologa localmente, como modo de cuantificar a los adictos y, por consiguiente, al problema de la adicción. Esta categoría sobreestima el “número de consumidores conflictivos” naturalizando la asociación consumo-adicción. Hemos intentado mostrar en el nivel local cómo la falta de consistencia entre los datos de prevalencia anual, las demandas de tratamientos y otros datos asociados vuelven inverosímiles estas cifras que no obstante se utilizan retóricamente para magnificar el problema.

El conjunto de las consideraciones anteriores realizadas en los tres niveles – internacional, local y conceptual– aportan elementos para comprender una de las preguntas que nos planteábamos al inicio: ¿cómo se puede entender la diversidad terapéutica actual? La respuesta la encontramos en las disputas por las definiciones y en el conocimiento involucrado en la imposición de las mismas y en cómo ese conocimiento es efectivamente utilizado, o no, para

dar respuesta al problema. En este sentido creemos haber hecho un aporte en mostrar cómo opera el conocimiento neurobiológico en la imposición de una definición biológica de la adicción sin que esté sustentado en una eficacia terapéutica.

Mostramos, en el capítulo 2, cómo se han señalado tres niveles en los cuáles la medicalización de un padecimiento puede ocurrir: los niveles conceptual, institucional e interaccional. Es evidente que la ausencia de tratamientos en el caso de las adicciones es una característica que se está manifestando en el nivel interaccional, allí donde debe verificarse la relación efectiva entre el médico y el paciente. Los datos que presentamos, sobre todo la importancia que están ganando las definiciones neurobiológicas, muestran que considerar la adicción en términos de enfermedad es un proceso que opera fundamentalmente en el nivel conceptual y ya hemos visto también cómo, en algunos casos, esta interpretación puede ser adjudicada al nivel institucional, a través de ciertos actores que median entre las definiciones y los niveles de decisión política. Son los casos de Jerome Jaffe en Estados Unidos o de Wilbur Grimson en la Argentina. Si pensamos en estos tres niveles en términos de un proceso, resulta más claro el rol que la neurobiología está jugando en el mismo. El establecimiento de categorías biológicas mediante las cuáles interpretar la adicción apunta a consolidar el nivel conceptual, inicio de un proceso que se entiende como unidireccional. Es esta consolidación la que le otorga al establishment médico la capacidad de incidir sobre las instituciones a su vez que actúa como un eficiente mediador entre las dimensiones internacional y local de la problemática. La pretendida universalidad de la ciencia es puesta en juego una vez más para validar instituciones y modos de intervención. Este proceso puede ser graficado como sigue:

Grafico 6.1



Las diferencias entre los ámbitos locales e internacionales también pueden ser interpretadas bajo esta mirada. Los conceptos que se estabilizan internacionalmente no llegan sin mediaciones al ámbito local. Es evidente que la construcción numérica que se ha hecho localmente del problema está impregnada de conceptos que las miradas médica y neurobiológica han ayudado a consolidar. Sin embargo en el ámbito local, otras posibilidades terapéuticas han podido establecerse sin que ello implique una ruptura con el nivel conceptual. La fuerza del plano internacional para la imposición de determinados conceptos y métodos de tratamiento no ha impedido el surgimiento, a nivel local, de otras posibilidades terapéuticas que, sin cuestionar el plano conceptual, operan en forma paralela a los tratamientos estandarizados. Este tipo de miradas no se han estructurado en los niveles institucionales e interaccionales. La razón es que para ello resulta necesario, entre otras cosas, que surjan mediadores que “traduzcan” los conceptos en medidas concretas. En el ámbito internacional, originado en países con un mayor peso específico sobre las políticas, esta mediación es hecha en forma más efectiva, situación que se manifiesta, por ejemplo, en la imposición de los tratados internacionales.

A pesar de esta diferenciación local, el control social resultante de la adopción de un modelo conceptual determinado, aunque no se exprese manifiestamente en los niveles institucional e interaccional, opera de todos modos.

Existe también una asimetría entre la capacidad de imposición conceptual que posee un ámbito de orden superior (internacional) sobre uno de orden

inferior (local). Los conceptos establecidos internacionalmente se imponen a los locales en un conocido proceso de difusión internacional de conocimientos. La falta de una estructuración conceptual de las Comunidades Terapéuticas opera en contra de su consolidación. Este doble juego de fuerzas, son las que permiten el surgimiento de estrategias no hegemónicas que, al menos durante un tiempo, se oponen al mainstream internacional.

El funcionamiento de un proceso de estas características ignora, naturalmente, a los usuarios. No ya por todas las consideraciones que fuimos haciendo a lo largo del libro, sino por el simple hecho de que está estructurado en torno a los conceptos, a los que se los coloca en el origen del proceso, en concordancia con las alianzas modernas entre conocimiento y poder. Por consiguiente, creemos que a pesar de que la conducta adictiva está siendo incluida progresivamente en perspectivas de Salud Pública esta implementación podría no redundar, finalmente, en los fines para los cuáles se busca establecerla: el bienestar de los usuarios. Por el contrario, es un modo más de manifestación de las múltiples vías en las que el control social puede operar.

Este proceso no podría haber sido observado sin la mayor parte de la información brindada en este libro. Las dimensiones internacionales, locales, cognitivas, y públicas, los diferentes niveles de decisión y de intervención se encuentran allí involucrados.

Imagen A.1: Organigrama funcional del CENARESO durante el Período clásico



Imagen A.2 : Organigrama actual del CENARESO

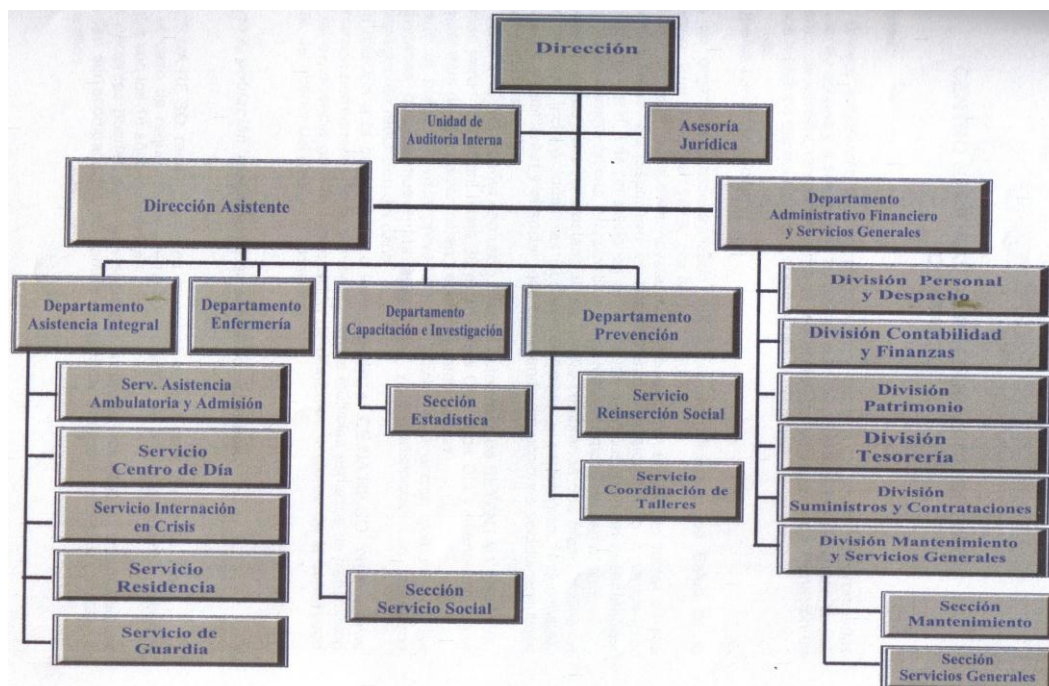


Tabla A.1: Algunas actividades implementadas por el TyA

	Seminario anual	Jornada anual	Publicaciones	Cursos
1993	La problemática del cuerpo	Fundamentos de la clínica.	Sujeto, goce y modernidad I	Hospitales Borda, Piñero, Posadas, Alvear, Belgrano, Argerich, Evita, Fernández y Merlo
1994	Psicoanálisis: una clínica no segregativa	Toxicomanía y Segregación	Pharmakón I y II; Sujeto, Goce y Modernidad II	Hospitales Borda, Piñero, Posadas, Alvear, Belgrano, Argerich, Evita, Fernández y Merlo. Facultad de Psicología UBA
1995	Clínicas de La Toxicomania y el Alcoholismo: casos y fundamentos.	La clínica: eficacia, impasses, salidas	Pharmakón III Sujeto, goce y modernidad III;	
1996		Del hacer al decir en la clínica de la toxicomanía y el alcoholismo	Pharmakón IV y V Sujeto, goce y modernidad IV,	
2000		Sexuación y semblantes: mujeres anoréxicas, hombres toxicómanos?		Curso introductorio a la clínica de la toxicomanía, articulado con el ICBA (Instituto Clínico de Buenos Aires)
2001	Usos de la clínica en toxicomanía y alcoholismo			
2002	Los usos de la droga en hombres y mujeres			

Esta información ha sido reconstruida de diversas fuentes: la publicación *Pharmakón*, la colección de libros del TyA, *Sujeto, Goce y Modernidad*, diversos pósters encontrados en la Escuela de la Orientación Lacaniana y finalmente entrevistas y mails intercambiados con miembros del grupo.

Tabla A.2: Listado de los Cuadernos de trabajo editados por CENARESO

Cuaderno	Título
Nº 1	Nuevas Formas de Farmacodependencias en la república Argentina
Nº 2	Panorama de la Legislación Argentina en materia de Estupefacientes y Psicotrópicos
Nº 3	Organismos Nacionales que desarrollan actividades especiales en relación con el uso indebido y el tráfico ilícito de
Nº 4	Uso indebido de drogas, caracterización del problema y su epidemiología en la República Argentina
Nº 5	Desarrollo del Subprograma Residencial del CE.NA.RE.SO.
Nº 6	Un Modelo de Trabajo Social en la Problemática de Drogas
Nº 7	Proyecto de Metodología para la Investigación de Marihuana
Nº 8	La Educación en un Programa de Rehabilitación de usuarios de Drogas CE.NA.RE.SO. de la Argentina
Nº 9	Algunas consideraciones psicodinámicas sobre la adicción a drogas
Nº 10	El papel de las actividades psicopedagógicas en el programa CE.NA.RE.SO.
Nº 11	Estudio de factores relacionados en el uso indebido de drogas en 100 jóvenes asistidos en el CE.NA.RE.SO.
Nº 12	Proyecto de metodología para la identificación de Clorhidrato de Cocaína. Aspectos farmacológicos.
Nº 13	Glosario de palabras y expresiones en el lenguaje de los jóvenes usuarios de drogas en la Argentina.
Nº 14	La actividad farmacéutica y la nueva legislación penal sobre estupefacientes
Nº 15	Familia y Drogas
Nº 16	Algunas observaciones sobre una experiencia con técnicas corporales en adolescentes que hacen uso indebido de
Nº 17	La investigación psicosocial en el campo de la educación y la rehabilitación en el uso indebido de drogas
Nº 18	La investigación del diagnóstico psicopedagógico en la tarea de Reeducción de usuarios de drogas
Nº 19	Algunas consideraciones clínicas dinámicas sobre "el drogarse"
Nº 20	Acción de las drogas adictivas sobre los distintos órganos bucales
Nº 21	Aspectos sociales y familiares (parte 2) de la problemática del uso indebido de drogas en la república Argentina
Nº 22	Algunas consideraciones sobre la masticación de la hoja de coca en la República Argentina
Nº 23	Algunas consideraciones en torno a los artículos 9º y 10º de la Ley Nº 20771
Nº 24	Investigación sobre adolescencia normal en nuestro medio (zona Capital Federal). (Parte descriptiva)
Nº 25	Investigación sobre adolescencia normal en nuestro medio (zona Capital Federal). (Parte descriptiva II)
Nº 26	Caracterización de la demanda espontánea que concurrió al CE.NA.RE.SO. Un análisis descriptivo
Nº 27	Separata de actualización permanente del libro "Legislación sobre estupefacientes y psicotrópicos de la República
Nº 28	Catálogo de Publicaciones Periodísticas
Nº 29	La Legislación penal sobre Estupefacientes
Nº 30	¿A quién y por qué tratamos?
Nº 31	Bibliografía sobre Abuso de Drogas en idioma Español (primera parte)
Nº 32	Aumento de la oxidación de Etanol en alcoholistas crónicos. Correlación entre Clearance de Etanol y Ultraestructura
Nº 33	Antecedentes Jurídicos de la Política Sanitaria Nacional sobre masticación de la hoja de Coca
Nº 34	Trastornos Odonto-Estomatológicos y respuestas secretorias de las glándulas Parótidas en asistidos que hacen us
Nº 35	Memoria analítica de las actividades de docencia y capacitación del CE.NA.RE.SO. Durante el año 1978
Nº 36	Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos. Sus acciones en el marco de las políticas del Ministerio de Bie
Nº 37	Memoria de las actividades relevantes del CE.NA.RE.SO. durante el año 1978
Nº 38	Prevalencia de cándida en mucosa oral de drogadictos
Nº 39	La política criminal frente al consumidor de drogas
Nº 40	Algunas observaciones a propósito de la experiencia de autoagresión en jóvenes usuarios de drogas
Nº 41	Abordaje psicopedagógico en un programa interdisciplinario para adolescentes que hacen uso indebido de drogas
Nº 42	CE.NA.RE.SO.: sus servicios de tratamiento, investigación social y capacitación y su forma de acceder a ellos
Nº 43	FALTA
Nº 44	FALTA
Nº 45	Correlación entre la prevalencia de cándida en mucosa oral e intestinal de enfermos drogadictos
Nº 46	Influencia de distintas drogas sobre el epitelio de la cavidad bucal en jóvenes drogadictos. Su estudio citológico.
Nº 47	FALTA
Nº 48	El Grupo 12. Un Modelo de trabajo aplicado en la asistencia y reeducación del joven usuario de drogas.
Nº 49	Tendencias del uso indebido de drogas detectado por el CE.NA.RE.SO. 1º semestre de 1980.
Nº 50	Las sustancias psicotrópicas, la vigilancia farmacológica y la responsabilidad del ejercicio profesional.
Nº 51	La economía de la coca en Bolivia
Nº 52	CE.NA.RE.SO.: sus servicios de tratamiento, investigación social y capacitación y su forma de acceder a ellos. Actua
Nº 53	Actualización de las tendencias del uso indebido de drogas detectado por el CE.NA.RE.SO. 2º semestre de 1980.
Nº 54	Programas y Acciones de los Estados Provinciales en relación con el Uso Indebido y el Tráfico ilícito de Drogas.

7. Bibliografía

- Aagasti, R.** (2008). Más del 50% de los delitos son cometidos por gente drogada. *La Nación*.
- Abadi, S. D.** (1980). *La pulsión de muerte en el drogadicto: ¿deseo propio o mandato familiar?*
- Agrelo, A.** (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Psicóloga, ex CENARESO, Centro Juvenil Esperanza.
- Alexander, B. K., et al.** (1981). Effects of early and later colony housing on oral ingestion on morphine in rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 15, 571-576.
- Alston, C.** (1770). *Lectures on materia medica, containing the natural history of drugs, their virtudes and doses*.
- Althusser, L.** (1996). *Escritos sobre psicoanálisis Freud y Lacan*. México: Siglo XXI.
- Alvarez, A. y Quiroga, S.** (1992). Consumo de drogas psicoactivas en tres provincias argentinas. Estudio epidemiológico en varones de 18 años de edad. *Archivo argentino de pediatría*(90), 321-327.
- AMA y ABA.** (1961). *Drug Addiction: Crime or Disease?* Bloomington: Joint Committee of American Bar Association and American Medical Association of Narcotic Drugs.
- Amorrortu, M. d.** (2002, 02/03/2002). El sistema público de salud no puede recuperar a un adicto. *La Nación*.
- Anslinger, H.** (1943). The Psychiatric Aspects of Marihuana Intoxications. *JAMA*.
- Anslinger, H.** (1950). Drug Addiction. *JAMA*.
- Anslinger, H. J. y Thompkins.** (1953). *The Traffic in Narcotics*.
- Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos** (1973).
- ASEP.** (1980). *Segunda Conferencia de Estados Partes del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos*. Guayaquil: ASEP.
- ASEP.** (1982). *Documento final de la IV Conferencia de los Estados Parte ASEP*. Buenos Aires: Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos.

- ASEP.** (1988). *Documento final de la X Conferencia de Estados Partes del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos.*
- ASEP.** (1989). *Documento final de la XI Conferencia de Estados Partes del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos*
Bogotá: ASEP.
- ASEP.** (1990). *Informe presentado por la República Argentina ante la XII Conferencia de los Estados Parte A.S.E.P.*
- ASEP.** (1991). *Informe de la delegación Argentina.*
- Astolfi, E.** (1970). Toxicomanía por marihuana. *La Semana Médica*, 136(20), 725-727.
- Astolfi, E., et al.** (1979). *Toxicomanías.* Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Aureano, G.** (1998). *La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté à basse intensité.* . Universidad de Montreal, Montreal.
- Baler, R., Volkow, N.** (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self control. *Trends in Molecular Medicine*, 12(12), 559-566.
- Balerio, G.** (2009). Entrevista personal. Buenos Aires.
- Balerio, G. N., et al.** (2004). D9-tetrahydrocannabinol decreases somatic and motivational manifestations of nicotine withdrawal in mice. *European Journal of Neuroscience*, 20, 2737-2748.
- Balerio, G. N. y Rubio, M.** (1995). On the involvement of GABA in the analgesia produced by baclofen and morphine. *Pharmacological research*.
- Bandura, A.** (1977). *Social Learning Theory.* New York: General Learning Press.
- Baron, R. y Byrne, D.** (2005). *Psicología Social.* Madrid Pearson Educación.
- Bassin, A.** (1984). Proverbs, Slogans and Folks Sayings in the Therapeutic Community: A Neglected Therapeutic Tool. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 51-56.
- Baudelaire, C.** (2005). *Pequeños poemas en prosa. Los paraísos artificiales.* Barcelona: Cátedra.
- Becker, H. S.** (1953). Becoming a Marihuana User. *The American Journal of Sociology*, 59(3), 235-242.

- Becker, H. S.** (1963). *Outsiders: Studies In The Sociology Of Deviance*. New York: The Free Press.
- Becker, J. B. y Hu, M.** (2008). Sex differences in drug abuse. [Review]. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29, 36-47.
- Bialakowky, A. L. y Cattani, H. R.** (2001). Conflicto de Paradigmas. *Encrucijadas*(8-15), 8.
- Bion, W.** (1961). *Experiences in groups 1961 and other papers*: Tavistock Pub.
- Blumer, H.** (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems*, 18(Winter), 298-306.
- Brecher, E. M.** (Ed.). (1972). *Licit and illicit Drugs*. Boston: Little Brown & Co.
- Brehm, S.** (1981). Psychological reactance and the attractiveness of unobtainable objects: Sex differences in children's responses to an elimination of freedom. *Sex Roles*, 7(9), 937-949.
- Brizuela, V. L. A.** (1983). Toxicomanias en la República Argentina. *Prensa Médica Argentina*(70), 160-167.
- Cagliotti, C. N.** (1976). *La Investigación Psicosocial en el campo de educación y la rehabilitación en el uso indebido de drogas*.
- Cagliotti, C. N.** (1978). *¿A quién y por qué tratamos?*
- Cagliotti, C. N.** (1979). *Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos, sus acciones en el marco de las políticas del Ministerio de Bienestar Social de la Nación*.
- Cagliotti, C. N., et al.** (1975). *Estudio de factores relacionados con el uso indebido de drogas en 100 jóvenes asistidos en el CENARESO*.
- Calabrese, A.** (1970). Clínica de la intoxicación por marihuana. *La Semana Médica*, 136(20), 734-736.
- Calabrese, A.** (1976). El Modelo Ético Social. *Boletín de la Comisión Nacional Argentina de Cooperación con la UNESCO*, 10, 3-7.
- Calabrese, A.** (2001). Consumo o libertad. *Encrucijadas*(8), 36-39.
- Calabrese, A.** (2008). Un peligro infravalorado. *Encrucijadas*(44), 14-16.
- Calabrese, A.** (2010). Entrevista personal (Entrevista personal ed.). Buenos Aires.
- Cancrini, L.** (1991). *Los Temerarios en sus máquinas Voladoras*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Carpintero, E. y Vainer, A.** (2005). *Las Huellas de la Memoria* (Vol. II). Buenos Aires: Topía Editorial.
- Carpintero, E. y Vainer, A.** (2005). *Las Huellas de la Memoria* (Vol. I). Buenos Aires: Topía Editorial.
- Caruana, S.** (1966). Drugs. A social, Medical or Educational Problem? *Health Educational Journal*, 25, 184-191.
- Castañé, A. F.** (2005). *Estudio de las interacciones comportamentales entre los sistemas opioides y canabinoides*. Unpublished Doctoral, Barcelona.
- CENARESO.** (1976). *Familia y drogas parte I*.
- CENARESO.** (1978). *Caracterización de la demanda espontánea que concurrió al CENARESO Un análisis descriptivo*.
- CENARESO.** (1980). *Tendencias del uso indebido de drogas detectado por el Centro Nacional de Reeducción Social (1º semestre de 1980)*.
- CENARESO.** (1982). *Actualización de las tendencias del uso indebido de drogas detectado por el CENARESO (2do. semestre de 1980-1981)*.
- CENARESO.** (s/f). *Asistencia a la Juventud en el Problema de la Adicción a las Drogas*.
- COFEDRO.** (2008). *Indicadores de la Red Federal de Asistencia*. Retrieved from <http://www.sedronar.gov.ar/images/archivos/dna%20v2009-06-26.pps>.
- Collins, E. D. y Kleber, H. D.** (2008). Detoxification. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments Of Psychiatric Disorders*. New York: American Psychiatric Pub. Inc.
- CONATON.** (1983). *Programas y acciones de los Estados Provinciales en relación con el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas*.
- CONCONAD.** (1986). *Plan Maestro para la implementación y apoyo a las actividades del Plan nacional de Control del Narcotráfico y Prevención del uso Indebido de Drogas 1986-1989*.
- Conrad, P.** (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P.** (2007). *The Medicaization of Society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

- Conrad, P. y Leiter, V.** (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(Extra Issue), 158-176.
- Conrad, P. y Schneider, J.** (1980). *Deviance and Medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Courtwright, D. T.** (1983). The Hidden Epidemic: Opiate Addiction and cocaine Use in the South, 1860-1920. *The Journal of Southern History*, 49(1), 57-72.
- Coutada, G. M.** (2009). Entrevista personal. Bernal.
- CSJN.** (1978). *Fallo Colavini, Ariel Omar*.
- CSJN.** (1987). *Fallo Bernasconi*.
- Cutuli, A. (Writer).** (2005). Comunidad de Locos. In A. C. Arazi (Producer). Argentina.
- Chein, I., et al.** (1964). *The Road to H: Narcotics, Delinquency and Social Policy*. New York: Basic Book Inc.
- Dackis, C. y O'Brien, C.** (2005). Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, 8(11).
- Daepfen, J. B., et al.** (1999). How would you label your own drinking pattern overall? An evaluation of answers provided by 181 high middle-aged men. *Alcohol Alcohol*, 34, 767-772.
- Damin.** (2008). Entrevista personal.
- Dar, R. y Frenk, H.** (2002). Nicotine self-administration in animals: a reevaluation. *Addiction Research and Theory*, 10(6), 554-579.
- Davenport-Hines, R.** (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Day, J. D. y Carelli, R. M.** (2007). The Nucleus Accumbens and Pavlovian Reward Learning. *The Neuroscientist*, 13, 148-159.
- Deitch, D.** (1988). The Therapeutic Community Model.
- Deitch, D. y Zweben, J. E.** (1981). Synanon: A pioneering response in drug abuse treatment and a signal for caution. In J. Lowinson y P. Ruiz (Eds.), *Substance Abuse. Clinical Problems and Perspectives*. Baltimore: Williams & Willkins.
- Deitch, D. y Zweben, J. E.** (1984). Coercion in the Therapeutic Community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 35-41.

- Del Olmo, R.** (1992). *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.
- Di Chiara, G. y Imperato, A.** (1988). Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc. Natl. Acad. Sci*, 85(14), 5274-5278.
- Dole, V. P. y Nyswander, M. A.** (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*(193), 646-650.
- Donnewald, H. N.** (2008). Entrevista personal.
- Durkheim, E.** (1895). *Reglas del método sociológico*: Alianza.
- Egli, M.** (2005). Can experimental paradigms and animal models be used to discover clinically effective medications for alcoholism? *Addiction Biology*, 10, 309-319.
- Ehrenberg, A.** (1994). *Individuos bajo Influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Epele, M.** (2008). *Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos*.
- Epele, M.** (2009). Consumo de PBC y Prácticas informales de Cuidado de la Salud en Poblaciones Marginalizadas del AMBA
- Epele, M. E.** (2008). Drogas y pobreza. *Encrucijadas*(44), 21-24.
- Escohotado, A.** (1989). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.
- Fairbank, J. K.** (1996). *China, una nueva historia*. Santiago de Chile: Andres Bello.
- Fairclough, N. y Wodak, R.** (1997). Critical Discourse Analysis. In T. Van Dijk (Ed.), *Discourse as social interaction*. London: SAGE.
- Fattore, L., et al.** (2009). Sex differences in the self-administration of cannabinoids and other drugs of abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 227-236.
- Fenichel, O.** (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton.
- Fernández Speroni, C. y Larnagaray, J.** (1932). Profilaxis de las toxicomanías. *La Semana Médica*, 7 de Julio de 1932.

- FONGA.** (2011). Instituciones Asociadas. 2011, from http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=18
- Foucault, M.** (1974). Historia de la Medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M.** (2001). *Vigilar y Castigar* (Vol. 11). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freidson, E.** (1970). *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Freidson, E.** (1978). *La Profesión Médica*. Barcelona: Península.
- Freud, S.** (1897). Letter 79. Masturbation, addiction and obsessional neurosis.
- Freud, S.** (1980). *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama.
- Freud, S.** (1981). *Obras Completas Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Galante, D.** (2009). Lazosocialintoxicado. *Pharmakon*(11), 51-55.
- Galante, D.** (2010). Entrevista personal. Buenos Aires.
- Gazzano, A.** (1970). Tratamiento del adicto. *La Semana Médica*, 136(20), 753-755.
- Glatt, M.** (1968). Recent Patterns of Abuse and dependence on drugs. *British Journal of Addiction*, 63, 111-126.
- Goffman, E.** (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gold, M. S., et al.** (2008). Marihuana. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments Of Psychiatric Disorders*. New York: American Psychiatric Pub. Inc.
- Gomberoff, L.** (1986). *Manual de Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Gonzalez, J. L.** (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Director asistencial CENARESO.
- González, J. L. y Furia, G. C.** (1977). *Aspectos sociales y familiares (parte II) dela problemática del uso indebido de drogas en la República Argentina*.
- González, R.** (2009). Entrevista personal. Buenos Aires: Director de FONGA.
- Goode, E.** (1972). *Drugs in American Society*. New York: Alfred Knopf Inc.
- Goodman, J., et al.** (2007). *Consuming habits*. New York: Routledge.

- Grant, K. A., et al.** (2008). Who is at Risk? Population characterization of alcohol self-administration in nonhuman primates helps identify pathways to dependence. *Alcohol Research and health*, 31(4), 289-297.
- Gribbin, J.** (2003). *Historia de la Ciencia 1543-2001*. Barcelona: Critica.
- Griffith, E.** (1996). Addiction Biology: A Significant addition to the Range of Addiction Journals. *Addiction*, 91, 15-16.
- Grimson, W. E.** (1999). Adicción a drogas. *Postdata, Revista de Psicoanálisis. La respuesta de la Comunidad Terapéutica en la Argentina*(4), 9-28.
- Grimson, W. E.** (2001, 13-03-2001). Informe dell frente de batalla. *La Nación*.
- Grimson, W. E.** (2007). *Drogas hoy. Problemas y prevenciones*. Buenos Aires: Eudeba.
- Grimson, W. R.** (2001). Una contención alternativa. *Encrucijadas*(8), 56-63.
- Grimson, W. R.** (2010). Comunicación personal. Buenos Aires.
- Grossi, T., et al.** (1996). Consideraciones psicoanalíticas sobre el tratamiento de la drogadicción. In TyA (Ed.), *Sujeto Goce y Modernidad Nueva Serie. Del Hacer al Decir*. Buenos Aires: Editorial Plural-TyA.
- Gusfield, J.** (1975). The (F)Utility of Knowledge? The Relation of Social Science to Public Policy Toward Drugs. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 417, 1-15.
- Gusfield, J.** (1981). *The Culture of Public Problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago: Chicago University Press.
- Hablemos.** (2005). Las Comunidades Terapéuticas. *Hablemos-SE.DRO.NAR*.
- Herer, J.** (2000). *The Emperor Wears No Clothes: The Authoritative Historical Record of Cannabis and the Conspiracy Against Marijuana*: Ah Ha Publishing Company.
- Herrero, T., et al.** (1975). Modelo ético social. *Serie de publicaciones técnicas del FAT*(7).
- Herrero, T., et al.** (1975). El Modelo Ético social. *Publicaciones Técnicas del Fondo de Ayuda Toxicológica*(7).
- Howlett, A. C. e. A.** (1988). Nonclassical cannabinoid analgetics inhibit adenylate cyclase: development of a cannabinoid receptor model. *Molecular Pharmacology*, 33, 297-302.

- Hunt, G. M. y Azrin, N. H.** (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*(11), 91-194.
- Husak, D. N.** (1992). *Drogas y derechos*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- INDEC.** (2010a). *Casos notificados de enfermedades epidemiológicas. Total del país. Años 2004-2008*.
- INDEC.** (2010b). *Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad 1950-2015*. Retrieved from http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=165.
- INSM.** (1969). *Cuadernos Argentinos de Psiquiatría, 1*.
- Jaffe, J.** (1999). Conversation with Jerome H. Jaffe. *Addiction*, 94(1), 13-30.
- JAMA.** (1942). Recent investigations of Marihuana. *JAMA*, 128-129.
- Jelsma, M.** (2003). Drugs in the UN system: the unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs. *International Journal of Drug Policy*, 14(2).
- JIFE.** (2008). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2007*.
- JIFE.** (2010). Retrieved 10/09/2010, 2010, from <http://www.incb.org/incb/es/index.html>
- Jodelet, D.** (1986). La Representación Social. Fenómenos, conceptos, y teoría. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social*. Madrid: Paidós.
- Jones, M.** (1970). *La Psiquiatría Social en la práctica*. Buenos Aires: América Lee.
- Kandel, E.** (2006). *En busca de la memoria*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Katz, R. J. y Gormenzano, G.** (1979). A rapid inexpensive technique for assessing the reinforcing effects of opiate drugs. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, 11, 231-233.
- Kim, J. Y. y Fendrich, M.** (2002). Gender differences un juvenile erresteed´drug use, self reported dependence, and perceived need for treatment. *Psychiatr. Serv.*, 53, 70-75.
- Knight, R.** (1937). The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. Read at Central Neuro-

- psychiatric Association, Topeka, Kansas, 1935. *Journal of Nervous Mental Disorder*(86), 538-548.
- Knorr-Cetina, K.** (2005). *La fabricación del conocimiento*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Kornblit, A. L.** (1989a). El mapa cognitivo de la población acerca de las drogas. In N. Visión (Ed.), *Estudios sobre drogadicción en la Argentina* (pp. 59-106). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kornblit, A. L.** (1989b). *Estudios sobre drogadicción en la Argentina*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kreimer, P.** (1999). *De probetas, computadoras y ratones*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Kreimer, P. y Zabala, J. P.** (2007). Chagas Disease in Argentina: Reciprocal Construction of Social and Scientific Problems. *Science Technology Society*(12), 49-72.
- Kritzer, M. F. y Creutz, L. M.** (2008). Region and Sex Differences in Constituent Dopamine Neurons and Immunoreactivity for Intracellular Estrogen and Androgen Receptors in Mesocortical Projections in Rats. *The Journal of Neuroscience*, 28(38), 9525-9535.
- Lakoff, A.** (2006). Liquidez diagnóstica: enfermedad mental y comercio global de ADN. *Apuntes de Investigación del CECyP*.
- Le Breton, D.** (2002). *La Sociología del Cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lestelle, A.** (1994). *Defendiendo el futuro*.
- Lindesmith, A. R.** (1965). *The Addict and the Law*. New York: Vintage Books.
- Littleton, J.** (2000). Animal Models in Craving Research. Can craving be modeled in animals? The relapse prevention perspective. *Addiction*, 95(2), 83-90.
- López Corvo, R. E.** (1994). *La rehabilitación del adicto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Luciano, P.** (s/f). Drogas, Un enfoque global.
- Luz, M. T.** (1997). *Natural, racional, social*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maccagno, A.** (1970). Aspectos medicolegales del problema de la Marihuana. *La Semana Médica*, 136(20), 742-744.
- Mann, R. (Writer).** (2000). Grass. Canada.

- Marcovits, E.** (1945). Marihuana problems. *JAMA*.
- Marchant, N. F.** (2005). Técnicas de la Comunidad Terapéutica en la recuperación de pacientes psicóticos y drogadependientes. *Hablemos-SE.DRO.NAR.*, 8-17.
- Mc Iver, J. y Price, G.** (1916). Drug Addiction. *JAMA*, 476.
- McCormick, C. M.** (2010). An animal model of social instability stress in adolescence and risk for drugs of abuse. *Psychology and Behavior*, 99, 194-203.
- Menem, C. S.** (1994). Prólogo. In A. Lestelle (Ed.), *Defendiendo el futuro*. Buenos Aires.
- Menéndez, E.** (1990). *Morir de Alcohol*: Alianza.
- Merry, J.** (1975). A social history of Heroin Addiction. *British Journal of Addiction*, 70, 307-310.
- Merton, R. K.** (1968). *Social theory and social Structure*. Chicago: The Free Press.
- Míguez, H. y Pecci, M. C.** (1990). *Farmacodependencia y rehabilitación: encuesta a una población de pacientes*. Buenos Aires : : Fundación Cedro.
- Míguez, H. y Pecci, M. C.** (1993). *Consumo de alcohol y drogas en jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Fundación Estímulo a la vida/CONICET.
- Míguez, H. A.** (1997). Cocaína, pobreza y nueva pobreza. *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, 43(3), 231-236.
- Míguez, H. A.** (1998). Consulta telefónica y prevención secundaria. *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, 44(3), 253-256.
- Míguez, H. A.** (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, 46(3), 247-254.
- Míguez, H. A.** (2007). Abuso de sustancias psicoactivas: sobre la prevención. *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, 53(3), 157-162.
- Míguez, H. A. y Grimson, W. E.** (1998). *Los vidrios oscuros de la droga*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Míguez, H. A. y Magrí, R.** (1993). Patrones del uso de drogas en jóvenes de clase alta. *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, 39(4), 294-300.

- Miller, E.** (1994). Presentación. *Pharmakon*(1), 3-4.
- Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos.** (2007). *Informe Anual República Argentina.*
- Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos.** (2008). *Sistema de Información Criminal.*
- Morillas, R. F.** (1979). *Manual Policial de la Toxicomanía* (Vol. 236). Buenos Aires: Editorial Policial.
- MSAS y SEDRONAR.** (1995). *Resolución Conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico de Establecimientos Asistenciales 160/95 y 3/95.*
- MSAS y SEDRONAR.** (1997). *Resolución Conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico de Establecimientos Asistenciales 361/97 y 153/97.*
- Musto, D.** (1973). *The American Disease: Origins of Narcotic Control.* New Heaven: Yale University Press.
- National Commission On Marihuana And Drug Abuse.** (1972). *Marihuana: A signal of misunderstanding.*
- National Commission On Marihuana And Drug Abuse.** (1973). *Drug abuse in America: Problem in perspective.*
- Niño, L. F.** (2001). Los muertos que vos matáis. *Encrucijadas*(8), 16-25.
- Nixon, R.** (1971). Special Message to the Congress on Drug Abuse Prevention and Control. *The American Presidency Project [online]*, (203),
- Nowlis, H.** (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación.* Paris: UNESCO.
- OMS.** (1953). *3rd Report. Expert Committee on Mental Health.*
- OMS.** (1964). *13º informe. Comité de expertos en drogas toxicomanígenas.* Ginebra: OMS.
- OMS.** (1980). *Salud para Todos en el año 2000:* OMS.
- OMS.** (1993a). *Comité de expertos de la OMS sobre drogodependencia: 28º Informe.*

- OMS.** (1993b). *Programa sobre abuso de sustancias. Prevención del abuso de ciertas sustancias en la familia. Posición de la OMS al respecto.*
- OMS.** (1995). *Publicación del estudio global más amplio que se haya realizado sobre el uso de la cocaína. Comunicado de prensa.*
- OMS.** (1997). *Cannabis: una perspectiva sanitaria y agenda investigativa.*
- OMS.** (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: Organización Mundial de la Salud, Washington D.C:OPS. .*
- ONU.** (1961). *Convención Única sobre Estupefacientes (1961).*
- ONU.** (1971). *CONVENIO SOBRE SUSTANCIAS SICOTROPICAS*
- ONU.** (1987). *Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de drogas, Escuela de formación. Proyecto AD/ARG/87/525.*
- ONU.** (1988). *Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.*
- ONU.** (1993a). *A/48/PV.37-42. Asamblea General de las Naciones Unidas, 48º Sesión, Documentos Oficiales, Agenda Item 112, Control Internacional de Drogas.*
- ONU.** (1993b). *A/C.3/48/2. México y la cooperación internacional contra la producción, demanda y tráfico ilícito de drogas, Carta dirigida al Secretario General por el Representante Permanente de México ante las Naciones Unidas.*
- ONU.** (1995). *Informe para 1994 de la Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes.*
- ONU.** (2000). *World Drug Report 2000: U.N.O.D.C.*
- ONU.** (2005). *World Drug Report 2005: U.N.O.D.C.*
- ONU.** (2007). *World Drug Report 2007: U.N.O.D.C.*
- ONU.** (2009). *Informe Mundial sobre las Drogas.*
- ONU.** (2010). *World Drug Report 2010: UNODC.*
- Otero Pizarro de Borgogno, E. y Mazzeo, V.** (1986). *Caracterización del perfil de la demanda y tendencias del uso indebido de drogas detectadas en el Centro Nacional de Reeducción Social. 1er semestre de 1984.*
- Pachet, P.** (1994). *Coleridge, de Quincey, Baudelaire: la droga del individuo moderno. In A. Ehremberg (Ed.), Individuos bajo influencia. Drogas,*

- alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (pp. 33-46). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Panlillo, L. V. y Goldberg, S. R.** (2007). Self-administration of drugs in animals and human as a model and an investigative tool. *Addiction*, 102, 1863-1870.
- Parsons, T.** (1951). *The Social Sistem*. New York: Free Press.
- Pert, C. B. y Snyder, S. H.** (1973). Opiate Receptor: demonstration in nervous tissue, *Science*. *Science*, 179, 1011-1014.
- Picchi, M.** (1987). El Padre mario Picchi y el Proyecto Uomo. *Convivir*, 2(1), 11-15.
- Pichón-Riviére, E.** (1980). Historia de los Grupos Operativos. Clase dictada por Enrique Pichón-Riviére el 13 de mayo de 1970. *Temas de Psicología Social*, 4(3), 7-18.
- Plotkin, M. B.** (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Prensa Confidencial.** (1970, 14/09/1970). Orgías en Salud Pública. *Prensa confidencial*.
- Proyecto AD/AR/87/525.** (1988). *Toxicodependencia y abandono: formación para el abordaje socioterapéutico*.
- Radó, S.** (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanalytic Quarterly*(2), 1-23.
- Reason, C. E.** (1975). The Addict as a Criminal: perpetuation of a legend. *Crime Delinquency Lit.*(21), 19-27.
- Rediker, M.** (2007). *The Slave Ship. A human history*. New York: Viking Penguin.
- Robbins, T. W. y Everitt, B. J.** (1996). Neurobehavioural mechanisms of reward and Motivation. *Current Opinion in Neurobiology*, 6, 228-236.
- Robusto, L.** (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Director Centro Juvenil Esperanza.
- Rodrigué, E.** (1965). *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Rogers, R.** (2009). Análisis crítico del discurso en La investigación educativa. In M. Pini (Ed.), *Discurso y educación*. San Martín: Unsam.

- Rojas, N.** (1956). Régimen legal sobre asistencia a alienados, toxicómanos y alcoholistas. *Boletín de la Academia 1955-1956*, 34, 173-195.
- Roncoroni, A. J.** (2001). ¿Guerra a las drogas o a los consumidores? *Encrucijadas*(8), 40-47.
- Rosenfeld, H. A.** (1965). *The psychopathology of drug addiction and alcoholism: a critical review of the psycho-analytic literature*. Londres: The Hogarth Press & The Institute of Psycho-Analysis.
- Rossi, D. y Touzé, G.** (1997). Derechos humanos, uso de drogas y VIH-SIDA. In P. Sorokin (Ed.), *Drogas, mejor hablar de ciertas cosas*. Buenos Aires: UBA.
- Rubinstein, M.** (2008). Entrevista personal. Buenos Aires.
- Schuster, C.** (1989). The National Institute on Drug Abuse (NIDA). *British Journal of Addiction*, 84, 19-28.
- SEDRONAR.** 10 pasos para que Ud. ayude a su hijo preadolescente a decir NO al alcohol y las drogas. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** El silencio no es salud. Semana de la contra-adicción. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1989a). Sol sin drogas. Ser padres, esa maravillosa etapa de la vida. ¿Desde cuándo prevenir? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1989b). Sol sin drogas. Sugerencias para padres. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1990). Prevención de las adicciones. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1991a). Peligro. Cocaína. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1991b). ¿Qué es la droga? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1992a). El uso indebido de drogas. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1992b). Sol sin drogas. No consumo drogas. Yo la tengo clara. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1993). ¿Qué es el uso indebido de drogas? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1994). ¿Qué es la droga? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1995a). ¿Que sabe usted sobre el uso indebido de drogas? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.

- SEDRONAR.** (1995b). Sol sin droga. Eh!...Flaco!! ¿Cuál es tu historia? In v (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (1995c). Usar drogas no ayuda. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000a). Adicciones. Creencias que no son. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000b). Adicciones. Jugá de aliado. Nunca de testigo ni juez. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000c). Adicciones. Si todos asumimos el compromiso estaremos construyendo el futuro. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000d). ¿Cuál es tu meta? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000e). Las drogas en el deporte. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000f). Llamanos, podemos ayudarte. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2000g). Tabaquismo. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2001a). *Convenio N° 637*.
- SEDRONAR.** (2001b). Resolución 885/01. Programa de atención a personas con dependencia a las drogas.
- SEDRONAR.** (2004a). Disfruta tu verano. No tomés de más. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2004b). Hablemos de drogas/VIH-SIDA. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2005a). Hablemos. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2005b). *Imaginarios Sociales y prácticas de consumo de Alcohol en Adolescentes de escuelas de Nivel Medio*. Buenos Aires: SEDRONAR.
- SEDRONAR.** (2005c). Las drogas te dejan sin palabras. Abrite a la vida. HABLEMOS. In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2005d). *Plan Nacional contra las Drogas 2005-2007*.
- SEDRONAR.** (2005e). ¿Que tienen que ver la droga con el SIDA? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.
- SEDRONAR.** (2005f). *Segunda fase del registro continuo de pacientes en tratamiento*.
- SEDRONAR.** (2006a). Drogas...¿para qué? In SEDRONAR (Ed.), *folleto*.

- SEDRONAR.** (2006b). *Estudio acerca del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del interior del país.*
- SEDRONAR.** (2006c). Prevenir es salud. In SEDRONAR (Ed.), *folleto.*
- SEDRONAR.** (2007). *Diagnóstico de la problemática del uso indebido de sustancias psicoactivas en Argentina.*
- SEDRONAR.** (2009). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento Argentina 2008.*
- SEDRONAR.** (2011). Registro de Instituciones Prestadoras. 2011, from <http://www.sedronar.gov.ar/images/archivos/registro%20prestadoras.xls>
- SEDRONAR y AFA.** (2000). Campaña de prevención del uso indebido de drogas. In SEDRONAR (Ed.), *folleto.*
- Serfaty, E., et al.** (1997). Consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína en varones de 18 años de la ciudad de Buenos Aires Estudio comparativo 1988-1992. *Acta Psiquiátrica y Psicoanalítica de América Latina*, 52(4), 227-241.
- Snyder, S. H.** (1989). *Brainstorming: the science and politics of opiate research.* Cambridge: Harvard University Press.
- Spector, M. y Kitsuse, J.** (1977). *Constructing Social Problems.* Menlo Park: Cummings.
- Stephens, D. N.** (2006). Animal Models/Test of drug Addiction: A quest for the Holy Grial, or a pursuit of Wild Geese? *Addiction Biology*(11), 39-42.
- Sydenham, T.** (1784). *Medicine pratique.* Paris.
- Sydenham, T.** (1848). *Works.*
- Szasz, T. S.** (1961). *The Myth of Mental illness foundation of a theory of personal conduct.* New York: Harper & Row.
- Tarrab, M., et al.** (1978). Modelo ético social:su aplicación en tratamiento y rehabilitación. *Publicaciones Técnicas del Fondo de Ayuda Toxicológica*(1).
- Tejedor, C.** (1866). Proyecto de código penal para la República Argentina. In C. D. Plata (Ed.). Buenos Aires.

- Terán, M. G.** (1998). Después de 9 años, el Gobierno no sabe cuántos adictos hay. *La Nación*.
- Touzé, G.** (2001). De la medicalización a la ciudadanía. *Encrucijadas*(8), 64-71.
- Touzé, G.** (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G.** (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Presidenta Asociación Civil Intercambios.
- TyA.** (1998). *Del hacer al decir. La clínica de la toxicomanía y el alcoholismo*. La Paz: Plural editores.
- TyA.** (2002). *Sexuación y semblantes: ¿mujeres anoréxicas, hombres toxicómanos?* (Vol. 2). La Paz: Plural editores.
- Universidad Nacional de Quilmes.** (1997). Resolución R. N° 839/97.
- Universidad Nacional de Quilmes.** (1998). Resolución R. N° 188/98.
- Universidad Nacional de Quilmes.** (1999). Resolución R. N° 131/99.
- Universidad Nacional de Quilmes.** (2000). Resolución R. N° 217/00.
- Universidad Nacional de Quilmes.** (2002). Resolución R. N° 178/02.
- Universidad Nacional de Quilmes.** (2004). Resolución R. N° 971/04.
- Van Dijk, T.** (2003). *Ideología y discurso: una introducción multidisciplinaria*. Buenos Aires: Ariel.
- Verón, E.** (1989). La construcción social del problema: los medios de comunicación y las drogas. In A. L. Kornblit (Ed.), *Estudios sobre drogadicción en la Argentina* (pp. 47-106). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vezzetti, H.** (1992). Orígenes de la Psicología. *Gaceta Psicológica*, 93, 23-25.
- Vigarello, G.** (1994). La droga, ¿tiene un pasado? In A. Ehrenberg (Ed.), *Individuos bajo influencia* (pp. 79-92). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Volkow, N.** (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatments strategies. *Neuropharmacology*, Vol. 47, pp.3-13, 47, 3-13.
- Vrecko, S.** (2009). The War on Drugs: Science, policy and the neurobiological imagination. *History of the Human Sciences*.

- Weissmann, P.** (2000). Discursos asociados al uso de drogas (1955-1980). *Acta psiquiátrica y psicoanalítica de América Latina*, 46(1), 33-40.
- Weissmann, P.** (2002). *Toxicomanías. Historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Willner, P.** (1997). Animal Models of Addiction. *Human Psychopharmacology*, 12, 59-68.
- Yablonsky, I.** (1965). *Synanon: The Tunnel Back*. Baltimore: Penguin.
- Yaría, J. A.** (1998). *Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus familias*: Trieb.
- Yokel, R.** (1987). Intravenous self administration: Response rates, the effects of pharmacological challenges, and drug preferences.
- Young, G.** (1753). *Tratise on Opium*.