**TESIS DE LICENCIATURA**

# *Vivir de la cabeza*

## El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes

ALUMNA: **Brígida Renoldi**
LIBRETA UNIVERSITARIA Nº: **20209887**

DIRECTORA: Dra. **Ana Domínguez Mon (UBA)**

EVALUADORES: LIC. SERGIO VISACOVSKY (UBA) Y DRA. CLAUDIA BRIONES (UBA)

**Carrera de Ciencias Antropológicas, con orientación sociocultural**
**Facultad de Filosofía y Letras**
**UBA**

**1998**

a Margot y a Mario

Quiero expresar mis agradecimientos a quienes me acompañaron en mi formación y en la producción de esta tesis. En primer lugar a mi directora por haberme dedicado tantas horas de su tiempo; a los amigos que me alentaron, especialmente a Hernán Gomez, a Adrián de Michele y a Rolando Silla; a Graciela Touzé y a Diana Rossi, que siempre tuvieron y tienen la predisposición para un diálogo comprometido con el tema; al grupo del IDES: quienes hemos dialogado, discutido y aprendido, creando un espacio que sentimos necesario; al grupo transdisciplinario de investigación de la AIEA por las discusiones en las que intentamos articular las diferentes lecturas sobre el mundo; a Sofía Tiscornia y a Santiago Wallace —lamentablemente muerto en un accidente— que orientaron mis primeros pensamientos sobre el tema de esta tesis; a los docentes que fortalecieron parte de la pasión que hoy siento por la antropología, entre ellos a Silvana Campanini con quien comencé a indagar en cuestiones metodológicas, y a Sergio Visacovsky quien además de introducirme en el "mundo etnográfico" y de acompañarme en situaciones clave de mi formación, colaboró en un momento crucial de este estudio dándome orientación y contención; a las personas de la institución donde realicé la investigación por hacerme sentir el valor de mi esfuerzo, en especial a los jóvenes en tratamiento por esa suerte de magia que llevan; a mi papá por quererme; a mi hermana Korina por escucharme en las noches de insomnio; a mi mamá por su permanente presencia, por darme la fuerza, el cariño y el abrigo que necesitaba; a Mario Heler por el trabajo constante de claridad que me exige y por la orientación en temas puntuales de esta tesis; y finalmente al Tío por el amor que me tiene, por todo lo que aprendo con él, y por compartir conmigo el vértigo del pensamiento en esas extrañas charlas nocturnas en las porteñas *discotequès*.

# Índice

**Agradecimientos**

**Índice** 4

**Introducción** 5

**I. Una Jornada en el Centro de Día** 9

**II. Participar en un Centro de Día** 26

**III. Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico** 42

1.Las influencias norteamericana e italiana en una Organización No Gubernamental argentina. 48

**IV. Rito y moral** 55

1. Ritos ¿para qué? 56
2. ¿Por qué ritos? 58
3. ¿Quiénes dirigen el ritual? 59
4. El proceso ritual: 62
   - 4.1. La separación 63
   - 4.2. El margen 67
   - 4.3. La reagregación 78

**V. Consecuencias del ritual** 82

1. La institución de la salud 82
2. Persona y salud 85
3. El *trasfondo* del ritual 89
4. Siguiendo una regla 91

**VI. Un modelo para comparar** 94

**Conclusiones** 102

**Apéndice Parte A** 105

**Apéndice Parte B** 111

**Notas** 123

**Bibliografía** 130

# Introducción

A decir verdad desde muy pequeña me hacía preguntas muchas veces imposibles de ser respondidas por mis padres. Cuando fui adquiriendo el permiso de elegir pensé que la antropología me permitiría responder a algunos de los interrogantes que me aquejaban desde tan lejos. Luego aprendí que el logro de respuestas estaba en gran parte relacionado con la manera en que se pregunta. Siempre me motivó curiosidad la habilidad con la que los médicos se apoderan de los cuerpos en esos minutos de la consulta. Y me preocupaba entonces por qué cada vez que insistía en averiguar qué hacían con mi cuerpo, los médicos eludían con cualquier comentario mi interés.

Desde hace algunos años me despierta curiosidad la forma que adquiere la sanción legal contra mujeres y varones desviados de las conductas socialmente aceptadas. Cuando comencé a pensar en el tema de las drogas, en primer lugar apareció una cuestión atravesada por dos preocupaciones: quise saber cómo hacía un *médico* para *curar* a un *drogadicto* que además de ser considerado como un *enfermo* es penalizado por comprar drogas.

Muchas de las articulaciones posteriores fueron posibles a partir de espacios de discusión en el ámbito universitario. Allí fui adquiriendo una idea, quizá poco acabada, de lo que es la antropología como disciplina, cuáles son las particularidades teóricas y metodológicas y cómo se piensan los potenciales “objetos” de estudios.

La pertinencia de un estudio antropológico reside en la elaboración de un problema teórico que intenta romper con la “naturalidad” de alguna cuestión social particular, es decir con el sentido común en juego en un momento y lugar determinados. Pero para poder investigar ese problema teórico es preciso acceder al modo en que los actores ordenan sus propios mundos a partir de un sentido compartido, encarnado en las prácticas. La participación y la observación se vuelven entonces técnicas eficaces para comprender este sentido, a su vez dinámico y contextual.

Considerando las intervenciones curativas en nuestra sociedad, pensé que los tratamientos de atención a usuarios de drogas tendrían una manera peculiar de abordar los aspectos legales

y sanitarios (delincuencia y adicción) involucrados en las drogadependencias. Quise saber cómo se ejecutaban tales tratamientos y comencé a pensar cómo iniciar un estudio.

Con algunas recomendaciones logré acceder a un centro de atención. Se trata de una organización no gubernamental que existe desde hace más de treinta años y brinda un tratamiento ambulatorio para drogadependientes basado en atención médica y psicológica. Cuando estuve allí en mi primer experiencia de campo entendí que el *tratamiento* involucraba una cantidad y diversidad de cuestiones muy difíciles de abordar en una sola investigación, entre otras las teorías psicológicas que se aplican, el diseño de las historias clínicas, las relaciones de poder intrainstitucionales, las relaciones interinstitucionales, la actualización profesional del equipo terapéutico. Opté por tomar un eje que a mi criterio incumbía a algunos de estos ítems, y la pregunta fue *¿qué sentidos atribuyen los actores, profesionales, pacientes y familiares al tratamiento*? Con este interrogante volví al terreno y emprendí la segunda etapa de investigación.

Me detuve en la manera en que el *tratamiento* estaba diagramado y la diferenciación de momentos dentro de él. Encontré un orden en principio algo arbitrario que demoré un tiempo en comprender. Me llamó la atención su parecido con los momentos identificados desde la antropología en los rituales. Consideré que así como los ritos, el *tratamiento* promovía procesos de cambio a través del refuerzo de las normas sociales. Orienté mi mirada sobre su ejecución, considerando entonces la pertinencia del concepto de *ritual*. Necesariamente tendría que indagar en la forma en que *pacientes* y *profesionales* valoraban el esfuerzo de "dejar las drogas" y en cómo dirigían el *tratamiento* hacia este objetivo.

Tanto *pacientes* como *profesionales* asociaban la motivación en abandonar el uso de drogas con la intención de *curarse*. Esto implicaba un cambio importante en la vida del *paciente*. Las preguntas sobre qué significaba este cambio buscado por *pacientes* y por *profesionales* dirigieron mi trabajo. Examiné el sistema de clasificaciones a partir del cual se legitimaba ese cambio, entrando entonces en la dimensión moral. Supuse que habría una noción particular de persona que se haría presente en la práctica y quise saber cómo tal noción se ponía en juego en el *tratamiento.*

El orden con el que he presentado los capítulos de esta tesis estuvo pensado con un interés teórico particular: la idea de que los sentidos sociales son construidos prácticamente y que la

interpretación de los mismos también es una construcción sujeta a una perspectiva que da cuenta de una parte pequeña del mundo humano.

"Una Jornada en el Centro de Día" es un relato que sitúa al lector en la dinámica cotidiana dentro de la institución. Allí aparecen las categorías nativas y terminología local que recorren el resto del trabajo, viendo en qué momentos se utilizan y en qué contextos se ponen en juego. Busqué la manera de ubicar ciertas prácticas en coordenadas temporales y espaciales a lo largo del texto, como forma de traducción. El relato está basado en registros exhaustivos de campo que han sido una herramienta básica para esta investigación. La selección de la información y su posterior articulación en datos, que intento reconstruir en este primer capítulo, poco ha tenido de inocencia y los intereses teóricos que sostienen el trabajo buscan orientar la descripción hacia la explicitación de lo que consideré significativo de la vida institucional. Traducir a una narración las situaciones, acciones y contextos que en la práctica se superponen y entrecruzan en distintos momentos exige un esfuerzo para transmitirlos en una redacción de palabras continuas determinadas por otro tiempo, el de la escritura. Allí se entrelazan en un día situaciones, acciones y contextos de distintos momentos, articulados de modo tal que puedan condensar la multiplicidad de aspectos del *tratamiento*.

Luego, en "Participar en un Centro de Día", se verá la forma en que fue posible tal descripción, con las consideraciones metodológicas que se implican en el trabajo etnográfico. Fundamentalmente ahí me dedicaré a los vaivenes en la construcción del rol que finalmente posibilitó la lectura antropológica del *tratamiento*. Se trata de la construcción del rol como investigadora. En la interacción entre la capacidad subjetiva de la investigadora (o el investigador) y un contexto más o menos favorable se construye un rol que al mismo tiempo determina la perspectiva, es decir que el lugar de referencia desde el que se interactúa condiciona el modo de representar lo que aparece a la vista. La investigación pasó por dos momentos en el trabajo de campo. De la primera etapa, el relato contempla el rol construido como un error metodológico desde el momento en que no se identifica un problema teórico inicial que guíe el trabajo. El segundo período de estudio, basado en la experiencia anterior y ya con dirección académica, se organizó en torno a la construcción de mi rol para saldar reflexivamente los desvíos iniciales. El motivo por el que ubico este capítulo después de "Una jornada en el Centro de Día" es porque permite ver cómo el relato inicial estuvo directamente

condicionado por una lectura que responde a un rol específico construido en interacción con los actores sociales.

En “Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico” hago una historización de algunas de las modalidades centrales en el abordaje de la problemática vinculada con las drogas en el área de salud. El relevamiento está en directa relación con los modelos de atención propuestos desde los años 20 y cómo han ido delineando un tipo actual de aproximación que puede percibirse en la institución en la que realicé el estudio. Además del interés de contextualizar históricamente la institución en particular, quise mostrar de qué manera las instituciones mantienen ese diálogo muchas veces tácito con el pasado que las propicia, considerando los antecedentes históricos y sociales en los que están inmersas las prácticas actuales.

En “Rito y moral” interpreto el *tratamiento* como un *rito de paso*, señalando los contenidos simbólicos que vuelven eficaz la ejecución del ritual. El modelo de acción al que se aspira a través del *tratamiento* aparece así vinculado con la noción de *persona*, y en las sociedades modernas, ésta se entiende como individuo, como sujeto de derechos cuyo ejercicio responsable exige ciertas condiciones, una de ellas, la fuerza de voluntad para dirigir la propia vida saludablemente. “Consecuencias del ritual” presenta los efectos sociales de la ejecución del *tratamiento*.

En “Un modelo para comparar” presento una perspectiva de atención divergente a la implementada en la institución. No he profundizado allí más que en lo concerniente al énfasis puesto en el individuo moderno desde una visión que difiere de la operante en la institución donde realice el estudio de campo y que nos ayuda a comprender el *tratamiento* de *atención* implementado en la institución. Los modelos que privilegian el *abandono de las drogas* se comparan con la corriente llamada de *reducción de daños*. Busco así dejar planteada una alternativa que partiendo del mismo concepto moderno de persona propone un abordaje diferente, y que en su oposición con la modalidad investigada resulta sugerente para una *elucidación* [1] sobre las prácticas estudiadas.

En las conclusiones presento algunas cuestiones que fueron surgiendo de la lectura global y de pensar proyectivamente qué significó este estudio.

Por ahora, veamos qué es *vivir de la cabeza* una mañana en el Centro de Día.

# I. Una jornada en el Centro de Día

In my own fieldwork I once asked an Indonesian, "Do you believe [*pertjaja*] in spirits?" He replied, puzzled, "Are you asking, do I believe what spirits tell me when they talk to me?" For him, spirits were not a belief but an unquestionable relationship, part of the unity of his life (PEACOCK, J., 1986:18).

Acceder al sentido que los actores le dan a un *tratamiento* de "atención a drogadependientes" [2] es pensar en prácticas y representaciones. La vida cotidiana es una reiterada construcción cuyos artífices son los actores. El *cómo* es construida es un enigma y requiere una aproximación al ámbito en el que se lleva a cabo semejante tarea. La participación en la dinámica cotidiana de una institución de asistencia a usuarios de drogas, el "estar allí", permitirá experimentar sensaciones, oír voces, ver objetos y cuerpos, usar espacios, sentir olores, construir en conjunto significados para entender de qué se habla, por qué se ríe, por qué se llora, por qué la ira, por qué el dolor. Participar y observar nos permite acceder al sentido con el que las prácticas se ponen en juego, considerando en muchos casos aquello que las personas hacen y que a veces no nos saben contar cuando conversamos con ellas.

Trasponer la puerta de entrada, estar allí, compartir, convivir, dialogar, formar parte de alguna manera, para tratar de entender qué hacen, cómo lo hacen y como piensan lo que hacen.

* * *

Una casa pintada en color pastel aguarda en la calle Silva 1212. Un cartel en el frente le da el nombre RedA: *Asociación para la Recuperación de Adictos*.[3] En la puerta, a las nueve de la mañana un muchacho con zapatos de vestir, pantalones vaqueros y camisa, mira hacia una esquina y hacia la otra. Tiene el pelo corto y aproximadamente treinta y cinco años. Saluda a los jóvenes que van ingresando a lo largo de quince minutos, quienes tienen entre catorce y treinta años. Vienen vestidos con pantalones de *jeans*, zapatillas, remeras o camisas. Dos o tres dejan ver sus tatuajes en los brazos: "a mi madre", "Racing corazón", "Leticia". Algunos

tienen el cabello largo, lo llevan atado. Las gorritas con la visera cubriendo la nuca no es algo excepcional. Saludan sonrientes y van atravesando un pasillo al lado de las oficinas. El patio con piso de cemento está cubierto de plantas, algunas con flores de colores que contrastan con el rosa viejo de las paredes. A destiempo y tranquilos, van subiendo la escalera que los lleva al primer piso, hay asientos con almohadones y una mesa baja donde descansa un cuaderno con nombres y apellidos. Cada uno de los ingresantes firma en su casillero. Saludan a las dos *psicólogas* que están en la oficina (una de ellas da por teléfono una cita para informar a una mamá que busca ayuda para su hijo que "se droga"). Conversan mientras van bajando al espacio de la planta baja, iluminado artificialmente. Apoyados en la pared hay cuatro caballetes y dos tablones para armar una mesa y poner un mantel. Muchas sillas de plástico se apilan a los costados del salón.

El *psicólogo* ha dejado la puerta y sube al primer piso. Le sugiere a uno de los *pacientes* que cuando baje con las galletitas no olvide calentar agua para el termo de café de la oficina. Hay caras con sueño. Cada uno saca una silla y la pone en torno a la mesa. El *psicólogo* baja con el periódico del día y se sienta con ellos. Lentamente uno camina hasta la cocina y saca del fuego la pava con agua caliente. Una peregrinación se mueve a servirse el té. Al volver a la ronda uno de ellos empieza a leer las noticias (se saca la gorra y se la vuelve a poner, para asegurarse que el cabello no le caerá sobre los ojos). Un titular del día anuncia que el gobierno ha propuesto la demolición del edificio de la Escuela Mecánica de la Armada para construir allí un monumento a la "reconciliación". Surgen comentarios. Algunos expresan desacuerdo con la propuesta: no se puede hacer de cuenta que no pasó nada (refiriéndose a lo ocurrido durante la última dictadura militar en el país). Otros señalan que hay mucha gente que no tiene dónde vivir. Hay quienes en silencio seleccionan bizcochitos más o menos tostados de la caja. Resuena la palabra "oligarquía" y enseguida alguien pregunta "¿qué quiere decir?" El *terapeuta* pide que alguien lo explique. Andrés toma la palabra, después de todo hace seiscientas noventa mañanas que lo hace, y dice "oli, de pocos ... o sea, pocos que garcan". Irrumpen las risas, algunas más tímidas, otras menos. Pasan a otros titulares. La mayoría ya ha encendido un cigarrillo con el que acompaña el desayuno. El *psicólogo* se levanta y se pasea alrededor del grupo, de vez en cuando propone que si hay interés se puede leer una de las notas. Agustín hace dos años que concurre a RedA todos los días; hoy lee el diario pensando y comentando las cosas que se le ocurren, en general con referencias a las

noticias del día anterior o alguna otra noticia pasada. No faltan chistes sobre los políticos de tapa, que aluden al lavado de dinero del narcotráfico o a los rostros de algunos funcionarios del Estado que delatan el uso de cocaína; comentan los gestos que hacen en las declaraciones a la prensa y las dificultades que a veces tienen para hablar cuando "están re-duros".[4] Se ríen. Entra al salón un muchacho. Los compañeros le preguntan si estas son horas de llegar, él les contesta que se quedó dormido esta mañana. Toma asiento en la ronda pero el *terapeuta* le pide que suba, ya que dado su retraso no participará de la actividad. Él se levanta y con no muy buena cara, sale del recinto.

La nota sobre la adopción de niños por parejas homosexuales se lee con interés. Muchos coinciden en que esos niños serán "deformes" (intuyo que la asociación tambalea entre la fantasía de un producto genético entre dos varones y el trastocamiento de las imágenes tradicionales de "madre y padre"). El *psicólogo* admite que no está de acuerdo con la adopción en parejas *gay*; algunos adhieren y otros no, pero no argumentan demasiado. No falta la aclaración de que si la familia es la base de la sociedad, todo se vería trastocado ante esta posibilidad. La lectura del horóscopo es para varios importante y eventualmente hay acotaciones divertidas sobre las predicciones tan amplias del zodíaco. Al llegar a las notas policiales, el *terapeuta* se levanta de su silla, sutilmente toma el periódico entre sus manos, comienza a distribuir entre los jóvenes las actividades de limpieza de las dos plantas. Indica que esta vez se deberá lavar el piso de abajo y regar las plantas de arriba.

Una persona por piso está encargada de la limpieza general; esto significa que deberá coordinar las actividades, estar atento a que cada uno haga su parte y verificar que todos los espacios comunes estén ordenados y sin suciedad. Subo con ellos. Algunos van llevando los baldes y los trapos, Fernando se encarga de proveer al resto con detergente y desinfectante en vasitos de plástico. Los consigue en la oficina, donde están los bidones grandes. La puerta de la oficina está abierta y tiene un cartel que dice "privado", al lado hay una caricatura de un joven con los pelos parados que los pies y las manos se le quedan pegados a una aparente sustancia pringosa de color verde que conforma la palabra "droga", la inscripción dice "No te pegues que te pega. En tu caso hay alguien que te pude ayudar. Llamános". Cuando Fernando se para en el umbral y les pide permiso a los *terapeutas* para llenar los vasitos es víctima de una broma. Le sugieren irónicamente que no le va a alcanzar con ese cocktail, porque para él es muy liviano. Hacen clara referencia a la "borrachera" del fin semana en la que perdió la

conciencia y casi la vida bajo las ruedas de un camión. Se lo dicen con humor. Él reprocha que ya son demasiados los chistes al respecto. Luego se va a repartir los vasos arriba y abajo.

Hay algunos *pacientes* que hace más de un año que asisten al *Centro de Día*. Muchos han tenido *recaídas* en el consumo de drogas a lo largo del primer período, signado por la *internación domiciliaria* durante tres meses. También hay quienes vuelven a *consumir* meses más tarde de iniciado el *tratamiento*. Varios hace un mes o poco más que están concurriendo. En el grupo de aproximadamente trece personas hay dos mujeres: una de ellas está concluyendo su estadía después de dos años y tres meses, ya tiene veinte años. La otra hace tres meses que asiste; desconoce cuánto tiempo más deberá estar allí, supone que permanecerá un tiempo similar. La expectativa general es un lapso promedio de dos años, aunque no todos están dispuestos a soportarlo. La incertidumbre de la extensión del *alta* significa usualmente una postergación de las actividades propias de una "vida normal". La consigna de mantenerse en *abstinencia* desde el ingreso requiere un gran esfuerzo para todos. Se presenta como el esfuerzo mayor. Además debe ser acompañado por cambios importantes en sus formas de vida: evitar ciertas amistades, excluir actividades, y no pueden manejar dinero, poseer llaves, tomar alcohol, ir a recitales; y deben asistir al C*entro de Día*, justificando por escrito cualquier ausencia o demora. No es algo fácil para los adultos, que muchas veces tienen esposa e hijos. Sin embargo, la decisión de "zafar" de la droga, de "rescatarse", llega a ser un objetivo axial que los impulsa a seguir esta rutina tan ardua al menos en un principio.

El *médico clínico*, Emilio, que atiende a los *pacientes* una vez por semana, tiene más o menos 40 años, el pelo cano y habitualmente está fumando un cigarrillo. Se distingue por el delantal blanco que lleva sobre la ropa, siempre desprendido. Sube con su maletín. Saluda y entra a la oficina, esquivando los baldes, donde se pone a charlar con uno de los *psicólogos*, quien le pide que por favor *revise* a un joven que está un poco *deprimido*. Emilio se ocupa de examinar a los *pacientes* que se incorporan, y también de hacer controles periódicos a quienes están en *tratamiento*. En primer lugar, les pide un chequeo general para el que se les extiende una orden de análisis con la que van al hospital. Entre estos análisis hay electroencefalogramas, hepatitis, VIH, que se piden para considerar cuál ha sido el daño provocado por las drogas. En su opinión, en los *cuadros de drogadependencias* son habituales los *problemas inmunológicos* que devienen de "una vida generalmente *promiscua* a la que se

llegó por *trastornos afectivos* bastante severos". Emilio se dirige a su consultorio que está preparado con una camilla y un escritorio. Se toma unos quince minutos por *paciente*. A veces son ellos quienes piden una *consulta* con el *doctor*, cuando hay posibilidades, se les concede.

Mientras el movimiento general de limpieza continúa, una señora de aproximadamente cuarenta años espera sentada en el hall del primer piso. Se la ve ansiosa cada vez que algún *profesional* sale o entra de los consultorios. Luego de un rodeo por el espacio, me siento a su lado. Le pregunto si está esperando para hacer una *consulta*. Responde que sí con la cabeza. Me cuenta que tiene un hijo de catorce años a quien le encontró un "porro"[5] hace unos días. Busca *información* sobre el *tratamiento*. No sabe de qué se trata, pero escuchó por la radio que allí la podrían ayudar. Mucha gente se entera que existe esta *institución* a través del servicio telefónico "Fonodroga". También la guía de teléfonos ofrece lugares especializados. A la mujer se le llenan los ojos de lágrimas cuando piensa que quizá su hijo tenga una pena grande por algo que sus padres desconocen y sólo pueda aliviarla con la droga. Aunque inmediatamente su gesto se convierte en enojo y dice que jamás en su vida le dio una paliza, y que posiblemente se la merezca ahora. Agrega que pueden ser las amistades que lo influyen. Pero igual que un *profesional* a quien consultó en otro servicio, se sorprende porque a su hijo le va tan bien en el colegio. La llaman por el apellido y accede al consultorio. Es frecuente que sean las madres quienes consultan por sus hijos, a veces porque los padres trabajan, otras veces se resisten a concurrir, acaso por ser alcohólicos o porque la "salud" es cosa de mujeres. Ellas hacen de nexo con los servicios de salud, también son las esposas, las hermanas, las abuelas, las novias. La población que demanda atención es predominantemente masculina.[6] El uso de marihuana, cocaína inhalable, psicofármacos, alcohol y drogas de síntesis alucinógenas son conocidas por casi todos los *pacientes*. Aunque es más común entre las mujeres el uso de psicofármacos como *droga principal*.[7] Los *profesionales* me aclaran que la mayoría tiene problemas serios con el alcohol, que por cierto es generalmente la droga de inicio. Las drogas intravenosas no son habituales en la población de este servicio.[8] La cocaína inhalable es para muchos el problema primordial.[9] Si bien esto no es un índice general de que sean pocos los usuarios de drogas inyectables.[10]

Cuando la limpieza ha concluido, se hace una ronda de sillas en el salón de desayuno, y allí tiene lugar el *grupo de reflexión*, se lo llama *grupo* o *reflexión*. Durante más o menos dos

horas, alguno toma la palabra o es interrogado sobre su vida, y los restantes opinan. Estas conversaciones giran en un eje fácil de identificar: la *drogadicción* como *enfermedad*, los *problemas* que existen y predisponen al *consumo*. El *terapeuta* que coordina esta actividad les pide que hablen uno por uno, que no se superpongan, que todos tienen su lugar y su momento para hablar. Cuando son muchos *pacientes*, se arman dos *grupos de reflexión*, de lo contrario una sola ronda alcanza. El énfasis en el *grupo de reflexión* como actividad de suma importancia está en que los *pacientes* de mayor trayectoria pueden hablar con sus compañeros y hacer comentarios, que por provenir de pares con experiencias semejantes no provocan rechazo o negación de lo problemático del consumo de drogas.

Enrique es un chico de dieciocho años que estuvo en *Institutos de Menores* desde los trece; las razones fueron diversas: "robo a mano armada, intento de homicidio, tenencia de drogas de circulación ilegal, vagancia". Afirma que no es lo mismo venir por indicación del juez que venir por voluntad propia, si bien quiere "curarse", lo más importante para él es que el dictamen de la sentencia sea favorable y no tenga que ir a la cárcel. Esto es posible mientras el juez considere que el *tratamiento* que está llevando a cabo conseguirá modificar su conducta. Pero no deja de ser entendido como una forma de condena, indudablemente menos cruel que la prisión. La intervención de la *psicóloga* es reveladora a través de sus gestos que insinúan que el esfuerzo terapéutico se agota frente a su motivación sólo basada en la coacción externa. La población de RedA ha cambiado desde que a través de un convenio establecido con organismos del Estado puede brindar servicios a personas que son derivadas de juzgados de la Provincia de Buenos Aires o de la Capital.

Entra un *terapeuta* al salón y dirigiendo la mirada a una *paciente* la llama por el nombre, la "saca" a *terapia individual*. Esto ocurre aproximadamente una vez por semana con cada uno. Para retomar, la *terapeuta* pregunta al grupo si alguien desea hacer algún comentario. Hay quienes se sonríen, pero la mayoría opta por no decir nada.

Las miradas se deslizan e irremediablemente caen sobre Tomás, sin evitar los gestos interrogatorios sobre las heridas de su rostro. El silencio se apodera del salón. No obstante, eludiendo preguntarle algo a Tomás, la *psicóloga* se dirige a Pablo queriendo saber por qué no estuvo el día de ayer. Él le contesta que se cortó la luz en su casa, que no pudo bañarse ni lavar los pantalones para ir al día siguiente a RedA. Los compañeros se ríen, él también. En el bullicio de la sala se escucha la palabra "chamullo"[11]. Pablo frunce el ceño y elevando el tono

de voz pregunta si sus compañeros pretenden que él diga que se estuvo “drogando” esa noche o que anduvo borracho “de gira por ahí”[12]. Algunos le contestan que no, pero que debe reconocer que lo que dice son excusas, ya que todos alguna vez tuvieron que ir con los pantalones sucios. Él insiste en que no le importa que no le crean, que no hay derecho a decir que su argumento es un “chamullo”; no podía ir a RedA y pasar vergüenza por estar “mugriento y con mal olor”. Las risas irrumpen con ímpetu. La *terapeuta* le pregunta si después de dos años de asistir no sabe todavía cuáles son las reglas. Pablo le dice que sí, por supuesto que conoce “toda la teoría”, pero a veces olvida ponerla en práctica. La *psicóloga* argumenta que a los dieciocho años, después de dos años de *tratamiento*, aunque pudo haber dejado de consumir drogas, todavía no hace nada de su vida, aludiendo a que no ha logrado construir un *proyecto de vida*. El comentario es reforzado por un joven que lo interroga acerca de cuáles son las responsabilidades que efectivamente tiene, poniendo de manifiesto que la única es concurrir al Centro de Día. Por lo que se insiste en que no la asume y trama excusas que justifiquen sus ausencias reiteradas. Finalmente Pablo con un lánguido “puede ser ... pero no miento” cierra la discusión que gira sobre él. Todo se vuelve silencioso. Otra vez es Tomás el que baja la mirada ante los ojos inquisidores de sus compañeros. Debe contar qué fue lo que le pasó para haber llegado con el mentón vendado y algunos moretones. Comienza el relato mirando al suelo, se ha ruborizado y tartamudea un poco al empezar a hablar. Fue el sábado en que se encontraba solo en su casa cuando comenzó por tomar un vaso de vino. Lo que sucedió más tarde ya no lo recuerda, tiene una vaga imagen de haber bajado una escalera y haberse caído. Se da cuenta que está en el hospital cuando se ve en la camilla con la remera manchada de sangre. Consiguió reconstruir parte de lo sucedido por lo que le contó su hermana: en estado de ebriedad quiso salir de su casa, pero al no controlar sus movimientos, sufrió un golpe que lo dejó inconciente. En medio de la oscuridad de la noche, un amigo lo reconoció por las zapatillas que llevaba. Buscó a su hermana y lo llevaron al hospital. Tomás es un chico muy especial, hace tres meses que concurre asiduamente al Centro de Día y muy raras veces habla en el grupo, generalmente observa y sonríe. Está en *tratamiento* por indicación de un juez, ya que tiene una causa por robo. Venía usando cocaína, marihuana y alcohol. Pero desde que empezó el Centro de Día sus *recaídas* son con alcohol. Alguna vez contó a sus compañeros y *terapeutas* que su papá toma mucho desde que él lo recuerda, y que frecuentemente tiene que ayudarlo a entrar a su casa cuando llega hasta la puerta y sin poder

caminar. También ha mencionado al pasar la muerte de su hermano, quien también usaba drogas. Todos sus compañeros conocen más o menos algo de la historia de Tomás. Cuando da las explicaciones que cree suficientes sobre lo ocurrido, calla. Se siente una tensión general en el ambiente. Y es Pablo el que decide hacer el primer comentario, frunce el ceño y levanta el tono de voz hasta parecer enojado: "¡Pero boludo! ¿qué te pasa? ¡Vos dijiste que te ibas a poner las pilas[13]! ¿Por qué estás bardeando[14]? ¡¿Si vos sabés que el vino te hace mal, por qué te tomás todo así como si nada?! ¡Mirá el desastre que hacés! ¡Te podrías haber matado! ¡Aparte después que saliste del hospital, te volviste a tomar otro vino!!! Loco ¡vos no te querés curar!!! ¡No repitas lo mismo que tu viejo!". La *terapeuta* asiente a la intervención de Pablo con un movimiento de cabeza. Tomás sigue mirando el piso. No tiene forma de defenderse, aclara que todos tienen razón, pero no sabe explicar cómo fue que terminó así. Ahora otros compañeros buscan hacerlo reflexionar. Emanuel le dice que está "completamente loco", le pregunta si no se da cuenta de lo que está haciendo. Resalta que esto no es una "recaída más, no es un moco[15] así nomás" e insiste en que lo que le pasó es una "re-cagada, es un intento de suicidio", tanto que seguramente no puede saber si se tomó "el pastillero"[16] o solamente tomó un poco de vino. Le pide que se ponga a pensar qué cosas son las que le molestan, para ver si encuentra razones detrás del hecho de haber tomado alcohol. Le sugiere además que si no puede "decirle «no» a un vaso de vino" es porque definitivamente necesita un *tratamiento* más riguroso, donde internado se va a sentir peor, pero quizás el no tener apoyo familiar, no tener amigos y no tener voluntad, no le ayuda a salir de esta situación. Tomás está arrinconado. Solamente dice "no sé", cuando le piden explicaciones. Reacciona con gestos de cansancio, de vencimiento. La posibilidad de una internación como sugería Emanuel se ve además reforzada por la advertencia de la *psicóloga* otorgándole un plazo de un mes para verificar si era necesario o no *derivarlo* a una internación. Frente a esta alternativa, Tomás expresó que tenía que ser la última vez que le pasaba, que iba a "ponerse las pilas" para que no volviera a suceder. Después de unos dilatados minutos de discusión, se vuelve a un silencio rotundo que dura lo suficiente como para hacerse sentir.

La *profesional* barre la ronda lentamente con la mirada buscando ubicar los ojos de cada uno, cuando Florencia comienza diciendo que esta semana va a estar de prueba en un nuevo trabajo. Calla un momento. Hablar de esto significa hablar de su partida, o en términos

institucionales, del *alta*. Después de concurrir durante dos años y tres meses, ha conseguido diagramar un *proyecto de vida*, uno de los objetivos principales del *tratamiento*. Este proyecto se va conformando en gran parte a través del trabajo grupal, de las actividades rutinarias, del seguimiento psicológico. Por estar al final del proceso terapéutico, Florencia es un referente muy importante para el resto del grupo, en particular para los que recién ingresan. Es casi un modelo de lo que implica pensar reflexivamente cada actividad, cada ocurrencia, todas las situaciones cotidianas, e intentar ver que detrás del hecho de *consumir* siempre hay algo, algún problema que es ocultado bajo los efectos de la droga, algún temor. Incluso sus intervenciones ya apuntan a los porqué de las cosas, de lo que sucede. Eventualmente se refiere al estado anímico en el que ella estaba cuando empezó y de qué manera consiguió sobrellevar el *tratamiento*. Cuenta que llegó a la *institución* sin saber adónde estaba parada; ahora tiene un camino a seguir, pudo hacer el colegio, le fue muy bien, no se llevó ninguna materia, y piensa terminar quinto año y seguir estudiando economía. En este momento, hablar de su "proyecto" implica hacer un balance público del sentido que para ella han adquirido estos últimos dos años. Relata el vacío con el que entró a *tratamiento*, el desorden que antes caracterizaba sus días. Agradece a los compañeros por el "aguante" que le hicieron en todo este tiempo. Cuenta que a lo largo de este período aprendió a pensar, a encontrarle un sentido a todo y que va a extrañar a muchos. Se muerde los labios para evitar el llanto. La *psicóloga* destaca que la presencia de Florencia fue muy importante, recuerda que en un principio no hablaba por las secuelas físicas de la medicación que le daban en la clínica psiquiátrica antes de entrar en RedA. Pero que fue abriéndose paulatinamente a contar sus cosas, a compartir su vida allí adentro. Sus ojos brillan y dice algo que promueve un silencio sostenido: aprendí mucho con vos, sé que no fue fácil. El clima creado hace que varios manifiesten su preocupación por cuánto tiempo más tendrán todavía que recorrer este camino. Tiempo incierto en el que no sólo se juegan el desempeño personal a lo largo del *tratamiento*, sino un momento institucional: los criterios vigentes para evaluar un *alta*, la situación de los convenios establecidos con organismos del Estado, la importancia de las relaciones construidas a lo largo del trayecto, el protagonismo de la persona en el grupo.

Así como egresan, también ingresan *pacientes*. Andrés tiene diecisiete años. Hace dos días que concurre a RedA. Para ello tuvo que atravesar por una serie de encuentros llamados *entrevistas de admisión*, en las cuales el *profesional* evaluó la razón de la demanda, el interés

del *paciente*, el soporte familiar y las condiciones que le posibilitarían un compromiso de asistencia diaria. Una de las funciones principales de estos encuentros es el empezar a pensar la *adicción* como un *síntoma* que manifiesta la existencia de una *enfermedad*, generalmente sintetizada en la fórmula "tomar *conciencia* de *enfermedad*". Cuando se concluyen estos encuentros se firma un *contrato* por el cual el *paciente* y el familiar responsable se comprometen a cumplir con las normas establecidas por la *institución*. En la *reflexión grupal*, Andrés cuenta que está con muchas ganas de asistir todos los días y que ya no quiere saber más nada con la droga. Recién ahora se siente en condiciones de hacer un *tratamiento ambulatorio*. Para eso le ha servido mucho el estar en una *Comunidad Terapéutica* durante seis meses. Son bastante comunes las experiencias de tratamientos con internación —previas al Centro de Día—; tratamientos en los que se reside día y noche, se comparten actividades —el trabajo, la limpieza, la reflexión—, coordinadas frecuentemente por *operadores socioterapéuticos* ex-consumidores de drogas, donde deben seguirse normas internas de convivencia que prohíben hablar la "jerga de la calle" —porque revive situaciones—, la violencia, el alcohol y por supuesto, las drogas y la fuga. La experiencia suele ser insoportable para quienes terminan optando por otros tratamientos menos severos. Andrés rescata la eficacia de la *abstinencia* impuesta a través del encierro. Hace seis meses que no consume drogas y está convencido que es un tiempo prudencial para comenzar a elaborar los motivos que posiblemente lo vuelvan a poner en "peligro". La fase que él inicia en este *tratamiento* está marcada por los tres meses de *internación domiciliaria*, necesarios para poder integrarse a las actividades del *Centro de Día*. Claro que no puede volver a ver a las amistades que tenía, tampoco podrá trabajar durante varios meses, aunque lo deseara y tuviese la oportunidad. Para todas las actividades que desee realizar fuera de la *institución*, deberá pedir permiso. La rutina general incluye presentar el día jueves en la reflexión grupal los *programas de fin de semana* que cada uno se propone realizar. La intención explícita de los *profesionales* es que el *paciente* pueda proyectar y cumplir con planificaciones de poca exigencia, así como que también pueda pensar con antelación en qué ocupará las horas libres cuando no concurre al *tratamiento*.

Cristian pide permiso para retirarse de la *reflexión* a las doce del medio día; frente a la pregunta de cuál es el motivo, alega que su padre está en el primer piso para la *terapia familiar*; la *terapeuta* le indica que cuando se dé comienzo a la sesión lo van a llamar,

quedándose así un rato más en el grupo. Las *terapias familiares* son actividades consideradas de suma importancia por los *profesionales*, y tiempo después también por los *pacientes*. En ellas se busca facilitar la comunicación para identificar los conflictos que reproducen situaciones reiteradas en la historia familiar, o formas de vínculo que perpetúan roles problemáticos en la familia. Los *profesionales* aseguran que es muy difícil llevar adelante el proceso terapéutico sin apoyo familiar. Cuando no es posible establecerlo, el esfuerzo del *paciente* debe ser mayor, asumiendo responsabilidades que no siempre logra mantener, y que contribuyen al fracaso del *tratamiento*, e incluso pueden desencadenar la *baja*, esto es, ya no podrá asistir más al servicio. Si más adelante desease volver, su ingreso dependerá de una evaluación a cargo de las autoridades institucionales. Este fracaso puede darse porque el *paciente* no cumple con las normas establecidas en el *contrato*, o bien sufre *recaídas* con frecuencia y no hay familiar que pueda "poner límites", por ejemplo, a las salidas sin autorización, que generalmente son ocasión de encuentros con "la junta"[17], con los viejos amigos, y por lo tanto, contacto con la droga. No obstante, no todas las situaciones en las que el *paciente* se encuentra sin apoyo familiar devienen en una conclusión desfavorable del *tratamiento*.

De acuerdo con las teorías psicológicas aplicadas a las *adicciones*, el poner límites al *adolescente* es un ejercicio que ayuda a asociar la *adicción* con el *síntoma* de una *enfermedad*. Cómo y en qué momentos "poner límites" requiere un aprendizaje para los padres, con el que colaboran las *reuniones multifamiliares* donde contrastan experiencias con otras familias. Orientados por un/a *profesional*, se esfuerzan por comprender que la *enfermedad* que aqueja al joven no excluye responsabilidades de los familiares, en tanto el *enfermo* es un emergente de la estructura familiar. Usualmente en la *multifamiliar* hay muchas mujeres, en este caso el único varón que participa es el hermano de uno de los *pacientes*. Cristina es una mujer joven, de más o menos cuarenta años, y se presenta en la *multi* contando que su hijo, Andrés, estuvo antes internado en una *comunidad*, en la que una de las estrategias terapéuticas era no hablar de temas preocupantes, porque la ansiedad que se despertaba en el *paciente* era transmitida a los compañeros y esto terminaba en situaciones de tensión desfavorables para el grupo. Esta forma de trabajar llevó a Andrés a pensar en otro tipo de *tratamiento*. En tanto que siguen entrando madres, relata que a lo largo del embarazo vivió situaciones muy violentas con el padre del chico y que lo peor que pudo sucederle luego del parto fue enterarse que por orden

de su marido y sin su autorización, le habían ligado las *trompas de falopio*. Mientras circula el cuaderno de asistencia, otras mujeres intervienen preguntándole por qué no recurrió a la justicia. Después de describir un poco a su ex-marido, concluye en que en aquel momento el miedo se lo impidió. Cuando Andrés tenía nueve meses ella se fue de la casa, después de recibir algunos golpes a causa de sus reclamos al marido porque tomaba mucho alcohol. Ante promesas de cambio, dos meses más tarde decidió volver. Como el niño todavía gateaba, lo dejaban en el piso. Pero una tarde lo encontró dormido en el suelo y le llamó la atención. Cuando quiso levantarlo, se percató de que su hijo no estaba bien y salió preocupada a buscar un doctor. Efectivamente, el niño estaba intoxicado con píldoras antiestamínicas. Estuvo a punto de morir. Cristina alude entonces a la violencia del padre hacia el chico ("le partió una clavícula", "de un golpe le provocó un traumatismo de cráneo"). El relato es impactante y se traduce en el rostro de las otras mujeres que configuran gestos de espanto y dolor. Una se tapa la cara y se acomoda en la silla. Sería desacertado separar esta historia de la situación actual de Andrés, reflexionan en conjunto sobre el tema. Angela, la mamá de otro *paciente*, cree que ser víctima de tanta violencia se volvió una necesidad cuando ya no la ejercieron, y ahora elige "drogarse" como forma de "autoagresión". Cristina habla pausadamente y se preocupa porque su relato ha ocupado casi toda la hora dispuesta para los familiares; pide disculpas por su necesidad de hablar. En el último *flashback* que manifestó su hijo, con los ojos rojos y la cara transformada, le pedía salir a comer dulce de membrillo (lo que le dan en la *comunidad* para aliviar la ansiedad). Entonces lo llevó a pasear en taxi para mitigar su malestar. Cuando por un período prolongado se tomaron drogas como *LSD*, *éxtasis*, *psicofármacos*, aunque la *abstinencia* elimine gran parte de las sustancias del organismo, los restos que permanecen pueden reaparecer y provocar efectos sensitivos o *flashback*. Cristina afirma que Andrés no ha vuelto a consumir, y reconoce que no tiene dudas que el consumo está en directa relación con su pasado. Evidentemente no es la primera vez que Cristina piensa en esto y aclara que le ha llevado varios años de *análisis* el entender qué le sucede a su hijo y poder acompañarlo. La *psicóloga* interrumpe las reflexiones y dice que dado que el relato ha sido un poco fuerte, si Cristina lo permite, le dará lugar a otras madres para que comenten o pregunten si es que lo desean, a fin de no llevarse la tensión a sus casas. Es Lucrecia la que empieza diciendo que admira su fuerza, la paciencia y el haberse resistido a llevar su hijo a los hospitales psiquiátricos en las oportunidades que otros *profesionales* se lo sugirieron. También reconoce

que no haber optado por hacer denuncias policiales fue una buena decisión. En situaciones de confusión e impotencia, algunos padres recurren a la policía para pedir apoyo, ayuda, orientación con respecto a sus hijos que no vuelven a horario a la casa, o no saben dónde están. Pero una vez que se sienta una denuncia policial, difícilmente jugará a favor del joven en problemas. Sucede que el *consumo* de drogas está penalizado, por ende es en primer lugar un *delito* y de alguna manera el *tratamiento* que en el código penal se contempla en lugar de la prisión, hace a la vez de condena. No es excepcional que la policía ejerza la violencia sobre estos jóvenes en nombre de la ley, en lugar de los padres "que no se ocupan". La situación de Lucrecia ante la desesperación la llevó a hacer "denuncias" y luego a los "juzgados", declarando sus dificultades con su hijo. Hoy depende del juez a cargo del joven que al cumplir los dieciocho años vuelva a su casa o vaya a la cárcel. Estas historias provocaron un clima enrarecido en la *reunión multifamiliar*. Inevitablemente las madres comparan sus acciones, los puntos de vista desde los que toman decisiones con respecto a sus hijos, a la familia o a sí mismas.

Mientras las mujeres conversan en el consultorio a puertas cerradas, los *pacientes* continúan con sus actividades rutinarias. Habitualmente la *reflexión grupal* dura dos horas, cuando el *terapeuta* advierte que ya no hay temas importantes para charlar ese día, da paso a la actividad siguiente: *recreación*. Es un momento en el que los varones juegan al "pin pon" y la mujeres "hablan de sus cosas". Una vez por semana ellos van a jugar al fútbol, aunque hay quienes se quedan junto con ellas en *plástica,* donde hacen dibujos o leen. Pero esta vez el *psicólogo* propuso un juego que entretuvo al grupo. Se trató de construir un tablero que es como "el juego de la vida"; en él habrá situaciones favorables, problemas, obstáculos, satisfacciones, inconvenientes, etc. La consigna es construir el camino entre el inicio del *tratamiento* (la entrada) y el *alta* como la finalización (la salida). Se distribuyeron los elementos: cartulinas, marcadores, plasticolas, etc. Se dividió al grupo en dos partes y cada uno ocupó una sala: Grupo A y Grupo B.

Los participantes ponen manos a la obra. Se escuchan carcajadas y murmullos que provienen de cada salón. El Grupo B trabaja con mucho entusiasmo y les ha llevado más tiempo que al Grupo A. Terminan la creación y se organizan todos en una ronda en la sala del desayuno. Como es costumbre cada grupo expone su parte. El Grupo A diseñó un camino con obstáculos: situaciones de enfrentamiento con los *terapeutas*, *recaídas* en el *consumo*,

“zafadas” con los tiempos de permisos; si el jugador caía en esos obstáculos, tenía que “volver varios casilleros para atrás”. Para todos está claro que el retroceso no solo es un atraso, sino que también es producto de sanciones, por ejemplo: permisos quitados, horarios de salida más estrictos, prohibiciones de algunas compañías. Las ventajas que se obtienen se asocian a la “buena conducta, a la obediencia”. Este tablero gira en torno a las sanciones de las que son víctimas los *pacientes*. Mientras que el grupo B formuló dos caminos: el del “careteo” y el “legal”; los dos son formas de recorrer el *tratamiento*. Por el primero van las personas que están impulsadas por los familiares, pero que no tienen intenciones de dejar las drogas, entonces ocultan que siguen consumiendo, e incluso si para “caretearla” necesitan dejar de consumir, lo hacen, pensando terminar el *tratamiento* lo antes posible para volver a sus hábitos anteriores. Los obstáculos en este camino son enfrentamientos con los *terapeutas* o situaciones donde se “descubre” que el *paciente* ha “mentido”, o lo que es lo mismo, “salta la ficha”, volviéndolo al principio del juego, donde todavía no se dividen las opciones. La otra posibilidad está en “tomar conciencia” y explicitar ante el grupo y el equipo de *terapeutas* la situación de haber venido por el camino del “careteo”. Si elige esta alternativa, entra directamente al inicio del camino “legal”. Este también tiene sus obstáculos: problemas en la obediencia de horarios, permisos, *recaída* en el *consumo*, robo, *mentira* y agresión a los *terapeutas*. Se saldan con *suspensiones* y reducción de horarios y permisos. Los premios en el juego, si es que se han desempeñado con todas las reglas, son la diversificación de anuencias: la ampliación de horarios de salida, la entrada a la institución sin compañía, poder volverse solos a sus casas. En el juego se manifiestan las opciones que consideran los *pacientes* en relación a la propuesta asistencial. Son situaciones que a grandes rasgos se han presentado alguna vez en la *institución*. Al mismo tiempo muestran las obligaciones que se tienen y las maneras de resolver las faltas y transgresiones.

Un día a la semana se proyectan películas en video. En esta ocasión se proyectó un documental: “Madres de Plaza de Mayo”, que en gran parte está en inglés por ser una producción norteamericana. Todos han ubicado las sillas frente al televisor. La pantalla muestra mujeres con la cabeza cubierta con un pañuelo blanco, piden que les devuelvan a sus hijos, lloran, gritan, exigen saber adónde están. Tres jóvenes están en la primera fila mirando el documental. Dos de ellos hace más de dos años que concurren a RedA, y el tercero lleva ocho meses de *tratamiento*. En la fila que sigue, uno ha optado por dormir un rato. Otro se

mueve y suspira manifestando su disgusto. El ruido de papel de caramelos desenvueltos es una música permanente a lo largo de una hora. Enrique se retira. Sube al primer piso y pide una aspirina porque le duele la cabeza. Una de las razones por las que evita mirar la película es que no puede leer con rapidez el subtitulado cuando hablan en inglés. Prefiere no participar, así nadie se percatará de su dificultad. Pero necesita una excusa de peso. Las imágenes son fuertes, los testimonios de torturas; los rostros de los jefes militares, Videla, Massera, Agosti, ensucian la pantalla. Algunos nos hemos secado los ojos más de una vez en lo que va del argumento. Y un par duerme una siesta con tiros e himno nacional como música de fondo.

Al concluir el documental domina el silencio. Nadie se ha movido de su lugar. El televisor no se apaga hasta que desaparece el último nombre. La *psicóloga* tiene los ojos empañados (a los treinta y cinco años sabe de qué se trata, aunque la edad no da ninguna garantía del saber o no sobre lo sucedido). Se organiza una ronda y cada uno responde por escrito una lista de preguntas preparadas para guiar el debate. Es rutina que en base a ellas se emitan opiniones y se discuta el argumento de las películas. Se pide —y de esto se ocupan los *terapeutas* y también los compañeros— que se "fundamenten" las opiniones. Se trata de un entrenamiento en el discurso y en la argumentación para analizar situaciones. Esta vez la discusión se presentó al escuchar el comentario de uno de los participantes: "no tiene ninguna importancia la memoria sobre lo ocurrido en el país, porque al fin y al cabo los políticos y los militares van de la mano". Como algunos no entienden lo que quiere decir, le piden que "fundamente". Responde rápidamente que la memoria no sirve para nada. A esto le sigue un argumento sobre la guerra de Malvinas, cuestionando cómo un país puede perder un territorio que es propio y ni siquiera preocuparse. Muchos le dicen que las Malvinas nunca fueron argentinas, desde que hace más de un siglo están habitadas por los ingleses. Una cantidad de información confusa se intercambia en la conversación. Los más chicos aducen que no puede ser que a su edad (veintinueve años) no sepa qué sucedió en el país. Todo se torna tenso, algunas caras se contraen, dos o tres intercambian gestos de apoyo, acuerdo o complicidad; no faltan cejas que se levantan sugiriendo que no hay nada que hacer; las opiniones no coinciden. No se entiende bien si se está hablando de lo mismo, esto se traduce en frases como "no te entiendo", "qué querés decir", "yo pienso eso y punto". La *psicóloga* interviene indicando que la memoria es necesaria para todos, para pensar sus vidas, sus pasados, sus realidades; que si no importa la

memoria social, poco puede interesar la memoria personal. Magali, de veinte años, sostiene firmemente —sin abandonar un tono sutil, tranquilo y sugerente— que la memoria es importante para vivir, para no repetir los errores del pasado, para poder cambiar; que para eso cada uno hace el *tratamiento*. No se llegan a muchos acuerdos, pero quedan cosas para pensar. Los malentendidos generan diálogos a la deriva que es necesario reconducir en más de una oportunidad. Aunque a veces revelan incompatibilidades personales que se resuelven en comentarios agresivos y tensiones grupales. Pero ayudan en general a redefinir códigos para la interacción, aun cuando existan desacuerdos.

Un malentendido no termina necesariamente en la fractura de las relaciones; puede colaborar también a un entramado cada vez más complejo que define roles y diferencias (genera espacios de disidencia que ayudan a la diversidad y al desempeño en un ámbito ritualizado). Al mismo tiempo homogeneiza *el grupo* al buscar la comprensión de las cosas a través de las preguntas y fomentar el diálogo.

Aunque el *tratamiento* es un proceso terapéutico que establece instancias iguales para todos (admisión, permanencia, egreso), cada *paciente* otorga un sentido particular a lo que vive. Para todos significa un cambio fundamental en sus vidas. Pero cada uno pone el acento en aspectos a veces diferentes: "zafar de la cárcel", "zafar de la droga",[18] "cambiar la cabeza", "rescatarse", "encontrar el camino", "curarse". La permanencia en la *institución* supone límites a su libertad, restricciones impuestas que a su vez requieren ser asumidas por propia voluntad, dirigidas a lograr un *proyecto de vida*, otras libertades, responsabilidades, en un futuro no tan lejano. Todo ello implica desde un principio modificar los patrones con los que se miró y actuó en el mundo hasta el momento. Se busca reconstruir una nueva identidad con bases morales que sostengan al "egresado" en una futura vida responsable, es decir, cuando ya posea la capacidad de distinguir permanentemente lo bueno de lo malo, lo que se debe hacer de lo que no, pautando y construyendo reglas con las que sostener un nuevo estilo de vida.

Son las 13 cuando concluyen las actividades. Todos los *pacientes* suben al primer piso, donde espera el cuaderno en el que firma cada uno a medida que se retira. Un *profesional* controla la salida de los *pacientes*, después de abrir la puerta hasta ese momento cerrada con llave para evitar las "fugas". En otras épocas de RedA sólo podían llegar e irse acompañados por un familiar. Esto ha cambiado en los últimos tres años, y ahora es posible que la persona

vaya sola y se retire sola. Durante el primer período, el de *internación domiciliaria*, una llamada telefónica del familiar confirmará su llegada a casa.

Al finalizar el horario de Centro de Día, una vez por semana, los *profesionales* se congregan en el hall central del primer piso para la *reunión de equipo*. Allí conversan sobre el avance de los *pacientes* en el *tratamiento*, discuten criterios, resuelven situaciones: altas, bajas, expulsiones, derivaciones; situaciones que en última instancia deciden las autoridades directivas. Es su espacio de contención y reflexión. Hacen un seguimiento de cada *paciente*, teniendo en cuenta sus necesidades (una consulta médica, un incremento de las *sesiones individuales*, estímulo para participar con mayor interés en el *grupo de reflexión*, más o menos control sobre sus actividades fuera de la *institución*, permisos, informes al *juzgado*, medidas para que la familia asista a las reuniones, etc.). Esta vez se trata puntualmente una relación *terapeuta-paciente* que resulta conflictiva. El *terapeuta* de Luís se siente agredido ante las cruces esvásticas que dibuja su *paciente* y los comentarios que hace con respecto a los "judíos". Por lo tanto decidió que no va a atender a un "antisemita". Las posiciones están divididas entre los que plantean que son "resistencias" del *paciente*, y los que creen que se trata de una "transferencia negativa". Aunque hay interpretaciones que priorizan las estrategias del *psicoanálisis* para resolver estas cuestiones, una vez en la encrucijada de tomar una decisión parece pesar más el hecho de que no trabajan bien en conjunto, "no hay simpatía, no hay afinidad humana, no hay tarea común posible". En estos casos, un *terapeuta* suele responsabilizarse por la atención individual del *paciente* que el otro *profesional* no está en condiciones de tratar. Para algunos el poder resolver dichos dilemas de esta manera es parte de los derechos que tiene el *profesional* en ejercicio. Así como es su obligación brindar un *tratamiento* lo más adecuado posible, al alcance del *paciente*, y que promueva en él los cambios necesarios. Ya se ha decidido que son tres las *altas* que se extenderán entre febrero y marzo, y se le dará de *baja* a un *paciente* que no cumple con las normas básicas del servicio. Ahora quedan a la expectativa de que las aprueben las autoridades institucionales. La reunión dura aproximadamente dos horas. Al terminar nos despedimos hasta el día siguiente. La secretaria sube a buscar el cuaderno de firmas y lo lleva a la oficina de adelante para controlar las ausencias del día.

# II. Participar en un Centro de Día

> No hay más que un discurso que dice la acción y que, a riesgo de caer en la incoherencia o la impostura, no debe dejar de decir que sólo dice la acción. (…) La *observación participante* es, de alguna manera, una contradicción en los términos; y (…) la crítica del objetivismo y de su incapacidad para aprehender la práctica como tal no implica de ningún modo la rehabilitación de la inmersión en la práctica: el prejuicio participacionista solo es otra manera de evacuar la cuestión de la verdadera *relación del observador con lo observado* y, sobre todo, las consecuencias críticas para la práctica científica que de ahí se derivan (BOURDIEU, 1991:61).

Estar en el mundo de los nativos, compartir con ellos sus días, preguntar, escuchar, crear espacios propicios para el diálogo, hacerse de caras conocidas, recordar nombres, historias, personalidades, capturar la sutileza de cada uno para establecer en forma distintiva una relación de conocimiento, es vivir la urgencia de crear en conjunto las herramientas para entender de qué se trata. Es parte incesante del trabajo etnográfico armarse de instrumentos que permitan acceder al por qué de un movimiento corporal, producido siempre en un momento oportuno, y que para el estudioso jamás estará fuera de lugar. Lo mismo ocurre con las palabras, cosas dichas que adquieren sentido en un contexto específico, en la práctica donde un aparente "sinsentido" cobra una dimensión significativa en situaciones de interacción, siempre poniendo en evidencia un mundo de relaciones y con diversos puntos de vista.

La pregunta inicial, motivada por la intriga en la asociación *enfermedad-ilegalidad* del consumo de drogas, me llevó a pensar en cómo una identidad estigmatizada podía deshacerse de su atributo negativo a través de un *tratamiento*. Opté por llevar a cabo un trabajo de campo etnográfico siguiendo las consideraciones de *Los argonautas del Pacífico occidental*.[19] La observación y participación en la vida cotidiana me permitirían entender qué sentido tiene el *tratamiento* para las personas involucradas. La metodología que elegí para acceder a la *institución* suponía una intromisión en el Centro de Día, motivada en principio por la curiosidad.[20]

El estudio constó de dos etapas. La primera experiencia en 1993, llevó aproximadamente un año de trabajo de campo. La segunda consistió en dos meses y medio, en el año 1998. En los dos momentos participé en actividades y me desempeñé como observadora. Pero hubo diferencias en la manera de asumir un rol que serán explicitadas más adelante.

Siempre existe el miedo de que hay cosas que jamás sabremos y juegan a veces como ideas debilitadoras de la seriedad y validez de un trabajo. Efectivamente las hay. Pero la/el antropóloga/o debe ingeniárselas para que aquello que dentro de lo misterioso le resulta además inaccesible sea parte integrada al proceso de interpretación. El estudioso no debe temer por lo que no alcanza a percibir por medios sensoriales, ya que eso a lo cual él no accede está siendo parte constitutiva del universo que significan los actores, quienes hablan de sus cosas y hacen su vida en la práctica.[21] A veces la ilusión de transparencia nos lleva a creer que esta limitación es una reducción de las posibilidades de conocimiento con respecto al ámbito estudiado (Cf. GUBER, 1991:89). Tal vez una mirada reflexiva sobre nuestro ejercicio nos ayude a integrar estos límites al proceso de conocimiento, aceptándolos y dándoles el sentido contextual pertinente.

En el año 1993 con autorización de los *profesionales* me dediqué una mañana a hojear unas *historias clínicas*. Mariana, una *paciente* de dieciocho años que llevaba dos en el servicio, preguntó irritada a las autoridades con qué derecho yo leía las notas sobre sus vidas privadas. La respuesta que obtuvo por parte de los *terapeutas* fue que cualquier *miembro de la institución* tenía derecho a trabajar con ellas. Dos cuestiones fueron producto de este imponderable. La primera fue la evidencia de que mi rol estaba siendo construido en colaboración con los actores y que los *profesionales* me consideraban parte o "miembro de la institución". La segunda fue que el tener consentimiento para hacer una investigación no me autorizaba a entrar en la privacidad de los *pacientes*. Comprendí entonces que no existen lugares inaccesibles en el campo: no poder contar con las *historias clínicas* para mi estudio indudablemente es hablar del sentido que ellas tienen para los partícipes, como documentos privados, como registros de vida que no desean hacer conocer, como identidad institucional, etc..

La tarea de la/el investigadora/or, al ser una perspectiva autorizada a decir algo sobre los seres humanos, no es ingenua y exige entonces la responsabilidad sobre los métodos aplicados y el conocimiento producido. Entiendo que pensar en los límites de la participación es pensar en la ética del trabajo de campo. El compromiso asumido en una interacción, por el simple hecho de poner en juego el cuerpo, viene acompañado de la responsabilidad sobre las acciones emprendidas y sus consecuencias. Visto así no hay nadie en el mundo que quede exento de tal responsabilidad. Pero ¿qué compromiso particular envuelve a los investigadores

sociales a lo largo de su trabajo? La participación en un ámbito elegido compromete necesariamente a *personas* en el proceso de investigación. Desde las presentaciones de los objetivos, el tipo de comunicación que se va creando, las características de la información que circula, involucran a la ética desde un inicio. Ni hablar del producto del estudio y de los fines para los que pueda ser utilizado cuando pasa a ser un documento público, una "inscripción" de discursos sociales puestos por escrito, redactados (GEERTZ, 1987:33). Considero que esa es la instancia más difícil de controlar y exige por lo tanto un trabajo de reflexión de los científicos sociales sobre el alcance y las formas de utilización social del producto del estudio.[22]

La construcción de un *problema* de investigación como un interrogante surge de una lectura de una porción del mundo social que no siempre es problemático para los actores involucrados. Es poco frecuente que sean los nativos quienes vienen a nuestras casas o universidades a solicitar algún servicio supuestamente especializado cuando reconocen conflictos de índole social.[23] Ese *problema* de investigación nace con una consideración de aspectos del orden social que por alguna razón se vuelven misteriosas para el investigador, o cuestionables. En este sentido coincido en que

> construir un objeto científico significa, primero y ante todo, romper con el sentido común, es decir, con representaciones compartidas por todos, trátese de simples lugares comunes de la existencia ordinaria o de representaciones oficiales, a menudo inscritas en instituciones y, por ende, tanto en la objetividad de las organizaciones sociales como en los cerebros. Lo preconstruido se encuentra en todas partes. El sociólogo está ligeramente asediado por lo preconstruido. Su tarea es la de conocer un objeto, el mundo social, del cual es producto, de modo que los problemas que se plantea acerca de él, y de sus conceptos —en particular, las nociones clasificatorias que emplee para conocerlo: nociones comunes como los nombres de las profesiones; nociones científicas como aquellas que maneja la tradición de su disciplina— tienen todas las probabilidades de ser ese mismo objeto. Lo cual contribuye a dotarlas de una evidencia —derivada de la coincidencia entre las estructuras objetivas y las estructuras subjetivas— que impide que sean cuestionadas (BOURDIEU, WACQUANT, 1995:177).[24]

Si la investigadora ha relevado un campo de interés y está dispuesta a acceder a él mediante la colaboración de los actores directos, entonces su trabajo debería tener algún valor reconocido más allá del ámbito de discusiones intra-institucionales de la ciencia. Pero tal valor no debería justificar cualquier uso social de los resultados.

La posibilidad de hacer de la producción etnográfica un documento útil, es decir de valor práctico, en principio, está en considerar cuestiones significativas para los actores (a veces no explícitas), que se deberán traducir a una narrativa también accesible para ellos (suponiendo que ya hemos accedido a una parte importante del uso lingüístico local). Esto será posible a través de una meditación profunda sobre la traducción y los problemas del significado. Pero mi pregunta sigue siendo ¿cómo puedo saber si lo que he intentado traducir a través de mi interpretación es interpretable por los actores? Más aun, si fuera interpretable por ellos, ¿estarían de acuerdo con mi interpretación? La etnografía finalmente no es más que *una* representación de las prácticas, que aspira a articular densamente los sentidos con los que las personas llevan a cabo e interpretan sus prácticas. La perspectiva antropológica (señalada en gran medida por el rol que se desempeña) busca considerar el punto de vista del nativo.[25] Pero cuando mediante el trabajo de campo el estudioso vive los modos en que se practica la vida cotidiana (muchas veces no conceptualizada por los actores), entonces ahí la pregunta es ¿qué de aquello que interpreta el investigador es representable por los actores?

Uno de los interrogantes que introduje en las entrevistas estaba en directa relación con los derechos y obligaciones de los *pacientes* y de los *profesionales*. Ambos eran expresados por ellos en la práctica a través de numerosas acciones, fundamentalmente en la resolución de situaciones cotidianas. Pero la pregunta hizo en muchos casos titubear a los entrevistados. Les exigía sin duda el esfuerzo de clasificar lo que consideraban derechos y obligaciones. Una vez introducida la pregunta indefectiblemente algo se había producido en el campo de sus representaciones. Quizá parte del trabajo del etnógrafo está en iniciar el juego de articulación de sentidos mediante sus interrogantes.

La construcción del rol que posibilita las interacciones está en la práctica misma, no reside en la mente del investigador como un deber hacer predeterminado, es en principio un ejercicio y exige reflexividad para optimizarla. A partir de allí la observación y la participación promueven distintos niveles de interpretación. Después el trabajo de traducción está directamente condicionado por el punto de vista desde el que se concebirá un relato más o menos integrado de una parte del mundo humano.[26] Ese punto de vista se encuentra anclado en los roles asumidos en el campo, acordados entre idas y venidas en el contexto de estudio mediante la participación y en colaboración con los actores (GUBER, 1991:162). No obstante, los relatos difunden cierto congelamiento de la cotidianeidad. Es el problema de

pretender traducir un estudio producto de la exposición de los cuerpos, ya que como tal es difícil de transmitir en un texto.

* * *

> Yo te pregunto "¿quién sos?" vos me vas a decir "psicóloga, antropóloga, etc", pero yo te vuelvo a preguntar "no, ¿quién sos?" y todo el mundo se define por el rol. El medio es el que hace que seas un símbolo y dejes de ser una persona, somos un engranaje. Te miraba y decía "esta chabona qué mira? Te podían decir que mataron a un tipo, que llevaron un camión de merca a Jujuy o que le dieron de comer al gato y vos tenías la misma cara, entonces yo dije, está mirando otra cosa ... pensando en el siglo V, me dije, está buscando el alma de las cosas (Conversación con una informante clave de veinte años que se atiende en el servicio hace cuatro meses, 1998).

Tras una incursión en las teorías de la desviación y la criminología, en el año 1993 empecé a preocuparme por cuestiones sociales en las que confluían aspectos vinculados a la salud y a la legalidad. En las llamadas "drogadependencias" se articulaban estos elementos: *ilegalidad* y *enfermedad*. No fue posible acceder a lugares públicos por razones que no merecen atención aquí. Pero la existencia de instituciones de atención a usuarios de drogas me llevó a pensar en los tratamientos asistenciales como procesos culturales de gran significación en este campo. Partiendo de la idea de que los usuarios de drogas viven atravesados por procesos sociales de estigmatización imaginé que un servicio de asistencia difícilmente podía eludir estas cuestiones. Accedí al terreno con la idea de que existían procesos de estigmatización que se resignificaban a lo largo de un tratamiento de atención. Este fue un presupuesto que se modificó a lo largo de mi experiencia de campo. No devino necesariamente en una interpretación contraria. El foco de atención fue desplazándose hacia los sentidos que los actores le iban dando al tratamiento.[27]

Por interés personal y a sabiendas de que para mi graduación tendría desarrollar una investigación decidí iniciar un estudio. Pero no contaba hasta el momento con asesoramiento profesional que orientara mi futura investigación. Esta ausencia se tradujo en la experiencia de campo que relataré a continuación.

Establecí mi primer contacto con RedA a través de una abogada que me facilitó el trabajo. Una vez que me comuniqué con el Director de la *institución*, supe que se trataba de una *organización no gubernamental* con muchos años de experiencia en el tema. Luego concerté

una cita con la Jefa del Equipo Terapéutico, y con su autorización inicié mi trabajo de campo, previa entrega de una solicitud firmada por las autoridades de mi carrera.[28] A partir de mi presentación en la *institución* y de los primeros contactos con los profesionales del equipo terapéutico, mi desempeño fue variando de acuerdo a las circunstancias. En un principio, me limité a mantenerme dentro de la oficina, charlando con la secretaria y participando de los comentarios que hacían los *profesionales* cuando entraban, en el tiempo que mediaba entre una actividad y otra. Ese período de inserción primaria duró aproximadamente dos semanas, hasta que se presentó una situación particular en la que una *paciente* se molestó al verme hojear unas *historias clínicas*. Esto desató la necesidad de hacer una presentación formal al grupo de *pacientes*, si bien con algunos de ellos ya nos saludábamos cuando entraban a la oficina a dar el buen día.

Durante esas dos semanas traté de atender a toda la terminología nueva que escuchaba y a prestar atención a los juicios valorativos tanto como a las descripciones del funcionamiento institucional y grupal, a fin de acercarme a las categorías nativas.[29] Creía entonces que a través de la mayor cantidad de información que obtuviera, interviniendo lo menos posible, menos errado sería mi conocimiento sobre aquello. Una vez planteada la necesidad de la presentación formal ante los *pacientes*, a la cual me resistía todavía porque todo me era muy ajeno, mi participación se abrió y diversificó notablemente.

Presenté mi propuesta como una intención de participar en algunas actividades para entender cómo se llevaba a cabo un tratamiento dirigido a jóvenes con problemas de *drogadependencias*, aclarando que no quería que mi presencia provocara molestias ni incomodidad en el grupo. En general no hubo resistencias y se mostraron bien predispuestos a colaborar con mi trabajo. Yo había combinado que iría a la institución dos días a la semana: los lunes desde las 9 hasta las 15 y los miércoles de 9 a 13. Dada la dinámica diaria, por el momento iba a estar todas las mañanas en la hora del desayuno y de lectura del periódico (9:15 a 10: 30). Mi actividad consistía en un principio en mirar y escuchar con mínimas intervenciones, y durante un par de meses participé siempre en compañía de alguno de los profesionales.

Desde el primer día que estuve en RedA pude estar presente en las reuniones del *equipo terapéutico*, donde se trataban temas relacionados con los *pacientes* y los familiares de los mismos. Mi intervención era escasa y siempre rondaba en un por qué, que buscaba

aclaraciones a comentarios sobre los *pacientes* y sobre interpretaciones que se hacían de sus situaciones personales y de sus parientes, siendo preguntas muchas veces demasiado obvias para mis informantes.[30] Mi objetivo de participar activamente en la dinámica institucional me llevó varias veces a disponerme a resolver cuestiones sencillas (por ejemplo, ir a comprar algo necesario, preparar la sala del desayuno con las galletitas y el té). Pasados algunos días propuse actividades (una de ellas fue la visita al museo del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano con el grupo de pacientes, y otra la lectura de cuentos cortos).

Después de dos meses, un día en el que no todos los *profesionales* habían asistido, participé en la lectura del periódico durante el desayuno, sin estar acompañada por ningún *profesional*. Eran hasta entonces aproximadamente ocho personas en tratamiento, entre las cuales había una mujer de dieciocho años y el resto eran varones entre diecisiete y veinticuatro años. A partir de allí, comencé a "colaborar" en lo que sería la coordinación del grupo en los momentos de ocio, por sugerencia del equipo dada la necesidad de *profesionales* en el área de atención. Imaginé que de esta manera tendría más oportunidades de compartir con los *pacientes*. Pero olvidé considerar que estaba construyendo mi rol en relación a una necesidad de la *institución* y no de mi objetivo de investigación, pudiendo haber optado por otra manera de acceder a la rutina.

Mi interés por conocer la forma de *tratamiento* y todas las actividades que se desarrollaban me llevó después a plantear al *equipo profesional* mis inquietudes por estar en las actividades de "recreación" pautadas, que venían siendo coordinadas por una *recreóloga*.[31] Así fue que empecé también a participar en tales momentos. Las veces que la *recreóloga* no asistía, los *profesionales* daban por sentada mi capacidad de coordinar el grupo en una actividad recreativa. Pero cuando después de un mes de mi colaboración la *profesional* dejó de trabajar allí, fue necesario cubrir ese espacio. Me propusieron que pensara qué se podía hacer, y me dediqué a planificar actividades (lecturas, comentarios de textos literarios, escritura de poesía o de relatos, juegos como el del diccionario, el cadáver exquisito y otros más), que se llevaron a cabo cuando hubo oportunidad. Luego, al incorporarse la hora de video entre las actividades rutinarias, se me pidió que acompañara a los *pacientes* mientras se veía una película, a un grupo que a esa altura había triplicado el número de sus integrantes.

Si bien en un primer momento me pareció reconfortante que me permitieran participar con tan buena predisposición, más tarde me encontré con algunos problemas concernientes al carácter de "autoridad" que iba adquiriendo mi trato con los *pacientes*. El hecho de estar al frente de veinticuatro personas hablando y moviéndose, cuando la consigna por parte de las autoridades era que estuvieran en silencio durante la proyección de la película para luego comentarla, me llevaba a situaciones más que incómodas: tenía que pedir silencio como las maestras lo hacían conmigo en mi infancia. De todas maneras intentaba manejar estas situaciones con simpatía, buscando utilizar una terminología juvenil y coloquial que tendiera a separarme al menos en apariencia de la forma en que se expresaban los *profesionales*, aunque era muy difícil. Necesitaba construir mi diferencia. Recurrí entonces a fórmulas como "Flaco pará, ¿no ves que así no se puede laburar entre todos?". Las respuestas que obtenía por parte de los *pacientes* generalmente eran de aceptación y cambio de actitud. Pero no dejaba de haber de fondo una semejanza generacional que hacía que mi comentario no fuera relevante como autoridad ni tampoco percibido como necesario para la actividad.[32] Lo que los *profesionales* veían y calificaban como negativo, yo no lo veía así y parecía entonces que mi desempeño no era el adecuado en situaciones grupales. Yo no veía algo malo en que se sentaran —por ejemplo— con las piernas arriba de una silla, mientras para el psicólogo, era un indicador de trasgresión a las normas. Para mí, una situación como esa pasaba desapercibida, mientras para él podía ser motivo de discusión y de sanción con quien lo hiciere. Me resultó difícil a lo largo de esta experiencia "colaborar" sin comprometerme con los supuestos y valoraciones propios de los *profesionales* y del ámbito institucional. El rol que había ido construyendo me involucraba directamente en la perspectiva institucional por las actividades que incluía. Incrementándose a medida que crecía el número de pacientes, estas actividades fueron comprometiéndome hasta llegar a situaciones muy confusas para mí, e incluso en mi relación con los *terapeutas*.

El equipo de atención básico se había reducido. Se incorporaron entonces cuatro personas bajo la modalidad de *pasantía*: un trabajador social y una trabajadora social, un psicólogo y una psicoanalista. Cuando estos profesionales empezaron a asistir, la Jefa del Equipo me comunicó imprevistamente que era la última semana que podía participar en la institución. Yo le recordé que en la carta que había presentado, avalada por mi Universidad, constaba el tiempo de trabajo aceptado por la institución. El comentario no fue suficiente y la Jefa insistió

en mi partida. Más tarde, después de un diálogo más profundo, pude explicarle que no podía dejar el trabajo en ese punto pues había una cantidad de cosas que no había podido hacer por dedicarme a colaborar con el plantel *profesional* en momentos de necesidad. Aceptó mi presencia por un par de meses más. Yo estuve infinitamente agradecida. Pero lamentablemente las herramientas con las que contaba como iniciada en la investigación, no me permitieron hacer mucho con la prolongación de mi estadía. Mi objetivo de conocimiento no estuvo desde un inicio articulado como un problema de investigación. Y como pude comprender más tarde, era lo que fundamentalmente orientaría mi trabajo. Además de esta fragilidad, la situación institucional poco favoreció mi retirada a tiempo.

Comenzaron las actividades de congresos, plenarios y talleres sobre la problemática de la droga. Primero me pidieron si podía asistir a uno de estos eventos en representación de RedA. Dada la situación que se había presentado pocos días antes, no se me pareció oportuno rehusarme, y empecé a pensar esos encuentros como posibles fuentes de datos. Decidí asistir. Fueron seis encuentros y un taller de una semana de duración. Había mucha información allí y muy diversa. Este compromiso me insumía tiempo extra.

De los cuatro “pasantes”, quedaron integrados finalmente al equipo profesional la psicoanalista y el psicólogo. Era el octavo mes en que me encontraba visitando sistemáticamente este lugar. Los pacientes iban aumentando semana a semana. La heterogeneidad de los concurrentes se hacía cada vez mayor, dificultando la realización de las actividades rutinarias en el momento de mi ingreso. La población había crecido por la demanda creciente de adolescentes que tenían causas penales, y que eran derivados por el Consejo Nacional del Menor y la Familia, a partir de un convenio firmado en 1991. Las actividades planificadas para seis personas eran difícilmente manejables en un grupo de veinticuatro. Comencé a sentir que en el equipo de profesionales había gran disconformidad por el hecho de no poder cubrir un desempeño adecuado. Algunos de ellos exigían sus sesiones de terapia semanal, mientras el tiempo real disponible para ello no lo permitía. Había mucha gente que recién ingresaba, algunos usaban drogas inyectables, otros se veían infectados con el VIH; fueron situaciones que modificaron en un breve tiempo (un mes y medio) los vínculos grupales entre pacientes, que se venían construyendo desde meses previos a mi llegada.

Estas circunstancias fueron imponiéndose velozmente hasta dificultar realmente el diálogo entre los *profesionales*. Mi participación cada vez era más operativa en términos de las necesidades institucionales, y a esa altura consistía en controlar y vigilar el grupo para que no circulara droga entre ellos, que no se dieran acercamientos eróticos ni juegos físicos y verbales de características "violentas". Las reuniones del equipo se llevaban a cabo para tratar formas concretas de disciplinamiento, dado que por el número de gente en *tratamiento*, no había aparentemente posibilidades de trabajar sobre las situaciones particulares de los *pacientes* y menos todavía de sus familiares. Parecía que no había rumbo a seguir.

Luego llegó el verano y con él, las vacaciones rotativas de los *profesionales*. El hecho de que uno de los dos profesionales con mayor antigüedad estuviera de vacaciones, endurecía todavía más el trabajo de grupo. Me vi más de una vez interviniendo en términos terapéuticos en sesiones de *reflexión grupal*; preguntando a los *pacientes* por qué tal cosa o por qué tal otra, qué pensó en esa situación, cómo pensó en resolverla. Esta realidad me superó y tomé conciencia de que me encontraba en un lugar completamente diferente del que me hubiera permitido cumplir con los objetivos de mi investigación. No estaba preparada para desarrollar actividades de coordinación de terapias grupales ni de vigilancia permanente, y eso me traía terribles frustraciones. La falta de dirección en la investigación se hacía sentir. Pero me encontraba entonces prisionera de un entramado al que había colaborado activamente en construir.

Comprendí que estaba cubriendo virtualmente un lugar para el que no estaba capacitada y que me producía un vacío debido a la confusión entre mis vagos intereses originales y mi desempeño hasta ese momento. Por otro lado, lamentaba las limitaciones de recursos institucionales para acompañar a los *pacientes* que un día dejaban de asistir y no se sabía nada más de ellos. Fui lentamente adquiriendo una facilidad para juzgar a los *pacientes* en los términos propios de los *profesionales*, embebida por las consecuencias de la participación "voluntaria" como auxiliar de los *profesionales*. Aunque el armado de registros me permitía distanciarme y reconocer el rol asumido,[33] caía en la crítica sin atenuantes a las *instituciones* totales o semi-totales de disciplinamiento.

En febrero de 1994 comuniqué que iba a ausentarme por un mes a fin de redactar un informe. El comentario que obtuve fue que todos los miembros de la *institución* tenían quince días de vacaciones. No existió ningún contrato "laboral", pero aparentemente y de hecho lo

había establecido con mi desempeño. No pude hacer otra cosa que aceptar los quince días. Cuando regresé habían cambiado muchas cosas. Entre ellas, dos *profesionales* habían dejado de concurrir. Había habido algunos problemas dentro del grupo de *pacientes* y algunos enfrentamientos entre estos y los *profesionales*.

Mi actividad al regreso fue en los mismos términos. Estuve asistiendo un mes más. Había mucha tensión entre los *profesionales* por divergencias teórico-prácticas. No conseguía saber si lo que escuchaba era lo que había sucedido o no lo era, si las opiniones eran fidedignas o complicadas apariencias que adherían o no a alguno de los modelos institucionales. Empecé a sentirme muy incómoda entre los *profesionales*, las relaciones en general estaban muy ásperas. Pero sentía cierta exigencia de participar plenamente como colaboradora. No obstante dejé de asistir un día sin dar ningún aviso y sin que nadie se preocupara por mi ausencia.

¿Qué fue realmente lo que me separó de ese mundo?, esta pregunta fue un fantasma que me acompañó permanentemente. Después de cuatro años y con bastantes resistencias, comencé la ejecución de un plan de trabajo a pedido de mi directora de investigación. Volvería a la *institución* para hacer trabajo de campo con el objeto de concluir el estudio.

Tomé las recomendaciones de la profesional que orientaba mi estudio y elaboré un protocolo que presenté al Director de RedA. Las conversaciones con futuros colegas y con profesionales de otras disciplinas, fundamentalmente un especialista en ética, me ayudaron a considerar cuestiones antes no contempladas, a la vez que a insistir en el control riguroso de las implicancias de la participación.

Tras la experiencia anterior lo menos que uno puede sentir es vértigo. No tuve que chequear la dirección. Tenía el recorrido en mi memoria. Dejé al Director el protocolo y me comuniqué luego por teléfono para confirmar cuándo efectivamente daría comienzo a mi trabajo. Fue el día tres del mes de enero de 1998. En esos cuatro años reconstruí mi experiencia anterior. Gran parte de la frustración había tenido lugar en un error teórico/metodológico de acceso al campo: la construcción de un rol equivocado para mis fines. Esta situación estuvo condicionada por la ausencia de un problema teórico de investigación que guiara mi desempeño, lo cual estuvo condicionado en gran parte por la falta de dirección.

El material de registros exhaustivos que había tomado hacía cuatro años me permitió ubicar algunos núcleos problemáticos que me despertaban interés. Sobre ellos pude articular preguntas abiertas que orientaran las entrevistas hacia cuestiones relevantes en relación al problema que había construido.[34] El interrogante mayor fue qué sentido le atribuían los actores al *tratamiento* y basándome en Marcel Mauss, cuál sería la noción de persona, que se ponía en práctica en la interacción *profesionales-pacientes* en el proceso de atención.

Esta vez mi acceso al campo tenía objetivos bastante más claros que en aquel entonces y un plan de trabajo a seguir. El reencuentro con *profesionales* que ya conocía fue muy significativo, en tanto ninguno de ellos registraba mi partida como un hecho conflictivo. Había tres *profesionales* nuevos, que estaban trabajando desde hacía dos años y con quienes muy rápidamente establecí una relación fluida. Mi presentación a los *pacientes* fue una instancia de mucha importancia. En primer lugar, quedó explícito mi objetivo general de entender qué sentido adquiría el *tratamiento* para *profesionales* y *pacientes*, ya que en Argentina había, hasta el momento, pocos estudios que lo contemplaran.[35] Propuse entrevistas, y fueron bien recibidas. La idea de trabajar también con *profesionales* fue aceptada por los *pacientes*, en tanto entendieron que no sólo ellos serían "observados". Muchas veces tuve que contar qué era la antropología, ya que la mayoría entendía por esto "el estudio de los huesos viejos". Una *paciente* sintetizó mi interés en una frase: "buscás el alma de las cosas, de lo que pasa", mientras otro rescató que se trataba de un trabajo que no juzgaba lo que sucedía.

Los primeros días estuvieron marcados por presentaciones permanentes, siendo necesario en muchas oportunidades diferenciarme de la práctica de los *psicólogos* en la *institución*, para evitar la tendencia a identificar nuestras tareas. Tuve muchos momentos para conversar con los *pacientes*. Conté con la colaboración constante del *equipo terapéutico*, quienes habiendo entendido mi objetivo, abrieron espacios para entrevistas con los *pacientes*, charlas informales, entrevistas grupales y actividades sugeridas por mí. Los *profesionales* accedieron con buena predisposición a las entrevistas que les propuse, a pesar del trabajo intensivo que desarrollan.

Pero ¿qué significó mi presencia para los *profesionales* y *pacientes* de la institución?[36] Un diálogo fluido con los miembros de la *institución* permitió que desde un primer momento se entendiera mi quehacer. En algunos momentos, mi «estar allí» incomodaba a los *pacientes*

cuando se reunían a charlar, o bien esperaban sentados en la sala. Percibía a veces que los *terapeutas* no se encontraban a gusto hablando de cuestiones de índole laboral (relación con las autoridades, metodologías de trabajo), y al percatarme de ello emprendía una retirada sutil. Daba una vuelta por el edificio, iba al baño, preparaba un café. En otros momentos, el acercamiento que yo propiciaba generalmente en los pasillos resultaba entretenida para los *pacientes*, y así pasábamos una o dos horas conversando sobre cuestiones diversas de la vida, intercambiando opiniones, desarrollando relatos. Muchas veces el charlar conmigo les proporcionaba una alternativa de comunicación interesante al no estar estructurada en códigos terapéuticos. Con frecuencia en la primera conversación me ocupaba de explicar qué era lo que estaba haciendo allí, poniendo de manifiesto que quería saber qué significaba un tratamiento de atención tanto para *profesionales* como para *pacientes*. En general no le encontraban sentido a mi interés, aunque detallando los objetivos y contextualizándolos, les resultaba al menos fuera de lo común, novedoso, y por ende interesante.

Los *pacientes* me pedían más explicitaciones que los *profesionales* sobre mi quehacer. Les decía que la importancia de hacer un estudio participando y observando era entender cómo actuaba la gente, qué pensaba, qué cosas le parecían bien y qué cosas no y, llegado el caso, poder mejorar la atención sabiendo qué es lo que sucede. Entre los *pacientes*, el entusiasmo tenía directa relación con la posibilidad de hablar y opinar de sus cosas y del *tratamiento* y saber que hacerlo era muy importante para mí daba valor a lo que me decían. Sucedía, por ejemplo que se referían a los *profesionales* con apodos degradantes, y se divertían mucho haciéndomelo saber, cosa posible dado el acuerdo de confidencialidad de los comentarios. Los jóvenes tienen una rapidez para volver humorísticas muchas cosas, y darles cierto tono de absurdo que invita a reír. Claro es que no podía evitar en ocasiones verme envuelta en situaciones divertidas creadas por ellos, que sin embargo por razones terapéuticas no debían involucrar a los *profesionales*. Sobre todo eran chistes que se hacían mutuamente, o bien comentarios sobre política y políticos, etc.

Muchas veces transmití que la cultura no era simplemente lo que se aprendía en el colegio. Lo hice cada vez que *pacientes* y *profesionales* sugerían que había poca cultura ahí adentro, refiriéndose en general a quienes no habían terminado la escuela primaria. Noté, sobre todo en los jóvenes, que el detenerme en lo que era importante para ellos en mi investigación, los reconfortaba. Me comentaban que en general nadie les pedía opiniones sobre el *tratamiento*, y

consideraban que podía ser de gran utilidad que fueran tomadas en cuenta por los *profesionales*. Mis preguntas sobre la dinámica cotidiana del Centro de Día, sobre los motivos por los que decidieron atenderse, las circunstancias que los llevaron al consumo, las razones por las que permanecían dentro de la *institución*, etc., motivaban respuestas comprometidas, que a medida que se desarrollaba la conversación se iban tornando casi confidenciales.

Dos cosas jugaron a mi favor en este estudio. La primera fue el ser mujer en una población predominantemente masculina. Indudablemente muchos jóvenes se acercaban a mí para charlar, algunos me preguntaban si tenía novio, etc., y en especial uno de ellos cada vez que me veía, me decía que iba a la *institución* para verme. Me divertían estos comentarios y jugaba el humor con frecuencia. La seducción mutua fue una estrategia muy favorable. También se ponía en juego con las mujeres, aunque no fue tan fácil en un primer momento entablar una conversación con ellas; se veían reticentes, a veces algo cerradas a mis preguntas. Sin embargo, avanzado el trabajo, fue con quienes tuve mejor *rapport*. Otra cosa que jugó a mi favor fue la edad y el manejo de terminología juvenil. La combinación —a veces oportuna— de la jerga "callejera" con la "académica" brindaba cierto aire a la comunicación, ya que no tenía que preguntar permanentemente qué querían decir con frases o palabras que de hecho yo entendía, a la vez que me diferenciaba al utilizar jerga "universitaria". Este uso del lenguaje me permitió hacerme entender. Cuando explicaba que la antropología estudia la cultura, lo hacía con expresiones combinadas, decía por ejemplo

> es el estudio de lo que la gente piensa, dice y hace, además de todo lo que aprendió de los antepasados, y que seguramente no lo sabe. Es todo lo que cualquiera hace para entenderse con los otros. Por ejemplo, si vos vas por la calle y un chabón[37] te pide un faso[38], vos te parás y se lo das. No tenés que estar preguntándole ni qué es un "faso" ni por qué te lo pide a vos, ni por qué se lo tenés que dar. Vos se lo das. Y todo eso que no se pregunta, son las cosas que uno aunque no las diga las sabe, es lo que nos permite entendernos con la gente. Eso es la cultura.

Al menos el conocimiento del lenguaje y cierto acceso a los códigos de comunicación fue fundamental para establecer el intercambio con los *pacientes*.

Con los *profesionales* se daba una situación similar. Durante algunos años me interesó el *psicoanálisis*, por lo que conocía la terminología básica y —aunque no en profundidad— la mayoría de los conceptos que manejan. Tenía que estar muy atenta, porque a veces este conocimiento me jugaba en contra. Cuando empezaron a hablarme de *enfermedad* tuve que

hacer grandes esfuerzos para darme cuenta que, para ellos, todos estamos *enfermos* en alguna medida. En un principio la asociación espontánea *drogadependencia-enfermedad* me llevó a preguntar cuál era el fundamento de tal asociación. Luego hablarían del *síntoma* de una *enfermedad* posible de manifestarse de cualquier otra manera.

Habitualmente me detenía a charlar con los *pacientes* sobre las actividades que ellos desempeñaban fuera de la institución, hablábamos sobre música, sobre drogas, sobre la "sociedad", lo que es ser "careta"[39], y en general siempre había algún comentario que relacionaba el inicio en el consumo de drogas con la disconformidad que inspiraba en ellos una sociedad con tantas pautas de conducta y con una idea tan rigurosa de lo que está bien y de lo que está mal. Si bien no faltan oportunidades dentro del Centro de Día para expresar estas opiniones, no es frecuente que los *terapeutas* discutan con los *pacientes* cuestiones de índole social, la relación *terapeuta-paciente* está signada por una verticalidad estructural, que excluye la conversación en los términos en los que yo podía establecerla.

Con los *profesionales* hubo espacios de mucho diálogo. Algunos de los comentarios que me hacían aludían a necesidades que ellos tenían dentro de la *institución*, y sin ser explícita noté cierta expectativa de que aparecieran en el informe que yo iba a realizar. En alguna medida creo que mi presencia fue entendida como mediadora entre partes, tanto entre *pacientes* y *profesionales*, como entre *profesionales* y autoridades. Felizmente no recayó sobre mí la imagen de ser vista como un "detective", temor presente en cualquier iniciado en la profesión; se lo atribuyo a la manera en que presenté mis intereses de investigación en el campo.

El rol que pude construir en esta segunda etapa me permitió definir el modo en que dirigiría la mirada sobre lo que sucedía. Me encontré así en una situación cómoda de trabajo durante tres semanas intensivas de participación y observación, y aproximadamente seis semanas más de visitas irregulares. La promesa del anonimato de las identidades garantizó en parte la tranquilidad de los actores al momento de realizar entrevistas y mantener conversaciones prolongadas.

Los *pacientes* me preguntaban hasta cuándo me quedaría, e informados, insistían en si volvería. Mi respuesta afirmativa, y mi compromiso a efectuar una devolución de los resultados de mi trabajo ocasionó lamentos de quienes ya no estarían en RedA a mi regreso. En cuanto a los *profesionales*, les propuse un chequeo conjunto del material producido, a fin

de obtener colaboración y discusión sobre mis interpretaciones. La propuesta fue bien recibida.[40]

El ejercicio permanente de reflexividad orientó los momentos más turbios de la experiencia de campo. Operó en el nivel de la construcción del rol, ya que éste no es un desempeño elegido y dado de allí en más por hecho, sino que exige un constante trabajo de ajuste que incluye redefiniciones en favor de la diferenciación con los otros actores. La reflexividad intervino también en otro nivel directamente condicionado por el rol, aunque diferenciado. Es el de la tensión permanente entre lo que los actores hacen y piensan de sí y lo que la investigadora infiere que significa la vida para los actores a través de lo que ellos hacen y de lo que *le* dicen que piensan y hacen.[41] El ejercicio de reflexividad posibilita entonces articular sentidos a través de los roles que se ocupan como investigador e informante, contextualizando la información y controlando que el marco de referencia desde el que se interactúa sea ajustado a medida que el investigador se introduce en la vida local (Cf. GUBER, 1991:85-89).

Los conceptos teóricos fueron articulándose mientras buscaba entender qué sucedía, y posibilitaron el ordenamiento de las interpretaciones a fin de ser transmitidas con cierta coherencia. Sin duda, con contradicciones, las preocupaciones que se despertaron en un momento crucial del trabajo de campo en cuanto a la manera en que era posible acceder a las prácticas sociales circunscriptas a este ámbito, quedaron resueltas parcialmente. Esto me lleva a indagar en campos por mí antes no explorados, sobre todo de la sensibilidad y la arbitrariedad de las acciones y pensamientos dialógicos. Pero, en mi opinión, esta preocupación atraviesa la antropología en tanto disciplina. Bourdieu al hablar de la construcción de "sentido" nos convoca a pensar el lugar desde el que mira la ciencia:

> proyectando en la percepción del mundo social lo impensado inherente a su posición en este mundo, es decir, el monopolio del "pensamiento" que, de hecho, le asegura la división del trabajo social y que le lleva a identificar el trabajo del pensamiento con un trabajo de expresión, de verbalización, de explicitación en el discurso o la escritura, el "pensador" traiciona su secreta convicción de que la acción sólo encuentra su cumplimiento cuando es comprendida, interpretada, *expresada*, identificando lo implícito con lo impensado, y negándole al *pensamiento tácito y práctico*, inherente a toda práctica sensata, el estatus de auténtico pensamiento (1991:65).

En esta segunda etapa de la investigación hubo tanto cuestiones que se resolvieron como otras que reclaman continuar trabajando. He hecho lo posible por articular todo lo vivido a lo largo de este estudio. Pero inevitablemente el esfuerzo se ha visto limitado a las herramientas que poseo para traducirlo en algo inteligible. El ejercicio de escritura es una manera de ordenar aspectos de *involucramiento* emocional, corporal e intelectual en forma relativa, pero sin agotarlos.

Interactuar con las personas en su terreno (capítulo I), considerando mi rol de observadora y participante (este capítulo), entendiendo que la atención institucional a drogadependientes tiene un pasado (capítulo III), comenzando así a mostrar un modo de interpretar el sentido de las prácticas en un *tratamiento* (capítulos IV y V), para luego presentar un aspecto discutido en el abordaje a las adicciones (capítulo VI), me pareció la manera de ordenar mi investigación como producto de la experiencia de campo y del esfuerzo intelectual, es decir, de lo que entiendo como trabajo etnográfico.

# III. Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico

> Ninguna de las varias eternidades que planearon los hombres —la del nominalismo, la de Ireneo, la de Platón— es una agregación mecánica del pasado, del presente y del porvenir. Es una cosa más sencilla y más mágica: es la simultaneidad de esos tiempos (…) Es sabido que la identidad personal reside en la memoria y que la anulación de esa facultad comporta la idiotez. Cabe pensar lo mismo del universo. Sin una eternidad, sin un espejo delicado y secreto de lo que pasó por las almas, la historia universal es tiempo perdido, y en ella nuestra historia personal —lo cual nos afantasma incómodamente (BORGES, *Historia de la eternidad*, 1953:14-36).

Las instituciones son sin duda historia acumulada y por tanto "producto de todos los sectores sociales involucrados en ella, síntesis de prácticas y concepciones generadas en distintos momentos del pasado" (ROCKWELL, 1989:73). Esta síntesis no sólo proviene del pasado, sino que descansa a su vez en las expectativas que nuestros antepasados introdujeron en nuestro tiempo. Hoy nos entendemos —a nosotros mismos, a los otros y con los otros— porque compartimos un ayer irremediable. Participamos de un *trasfondo* donde se conjugan el pasado, el presente y el porvenir incrustados en el entramado de significaciones actuales.

El presente de los *tratamientos* de atención a drogadependientes tiene una historia, una interpretación que articula lo sucedido de tal manera que hoy podamos entender un poco por qué razón existen y de qué modo lo hacen.

* * *

En la genealogía de lo que hoy conocemos como "comunidades terapéuticas" existen una serie de emprendimientos que irán dándole forma a los abordajes actuales. El primero nos remite a una de las reconocidas iniciativas de grupos de autoayuda, *Alcohólicos Anónimos*, fundado en los Estados Unidos el 10 de Junio de 1935 por el Dr. Bob y Bill W.[42] Era el período signado por el Prohibicionismo.[43] Esta política limitó las libertades personales en

nombre de una cruzada moral que calificó el alcoholismo como un defecto moral asociado a perversiones y otros comportamientos pecaminosos. Alcohólicos Anónimos se caracterizó por un trabajo grupal de personas que habían establecido una relación problemática con el alcohol, cierta dependencia que les dificultaba actividades cotidianas e interacciones sociales. De los doce principios que guiaron a Alcohólicos Anónimos, dos son marcadores del alcoholismo como enfermedad; el primero insta a asumir que el alcohólico es débil ante el alcohol, que su vida se ha vuelto inmanejable, que ha perdido el control sobre la bebida; el segundo, urge a tomar una decisión para cambiar los deseos y la vida, bajo el cuidado de Dios (CONRAD & SCHNEIDER, 1981:90).[44] La noción abarcadora de "alcoholismo" homogeneizó las experiencias subjetivas de cada uno de los actores, buscando un modelo que posibilitara un trabajo de grupos, de reconocimiento mutuo, ayuda recíproca y solidaridad y se vio favorecido por "la difusión de las psicoterapias de grupo, la quiebra de la asistencia pública a la salud y la erosión de la tradicional función de la familia [que habían] contribuido ampliamente al fenómeno de auto-organización social" (DE DOMINICIS, 1997:57). Ya que el debate en los años '50 y '60 estaba centrado fundamentalmente en el rol político de la ciencia, sociólogos y psicólogos vieron en los emprendimientos de grupos de auto-ayuda un instrumento de conservación del orden social. Concebir el "alcoholismo" como un "problema" posibilitó la emergencia de Alcohólicos Anónimos, garantizando la política de libre adhesión mediante el anonimato.[45]

A partir de allí, una agrupación californiana liderada por un ex-alcohólico tomará elementos particulares de esta experiencia e incluyendo a usuarios de otras sustancias (en este período los opiáceos son las drogas de uso principal en EEUU y en Europa). En el verano de 1958, con el nombre de *Synanon*, se desarrolla sobre la tradición de grupos de autoayuda, donde los participantes no están coordinados por especialistas formados, sino por líderes grupales con experiencias semejantes. Sus rasgos principales fueron una firme posición de *abstinencia*, un fuerte culto del *dominio de sí* y la *autodeterminación*.[46] Son los primeros que piensan en tratamientos con residencia permanente. Están fuertemente influidos por la psicología humanista, y a diferencia de Alcohólicos Anónimos —basada en una psicología de la religión—, tomarán el concepto de un Dios presente en cada uno de los seres humanos.[47] El líder del emprendimiento, autodenominado Maestro, sostenía que el funcionamiento grupal tenía la función de una familia sustitutiva, tomando como modelo las tribus primitivas. Se

guiaba por una rígida normativa impuesta por los superiores. El trabajo se consideró una forma eficaz de llegar a la personalidad autónoma, en el marco de la autogestión y autosuficiencia de la comunidad. El orden comunitario se sostenía a través de sanciones disciplinarias que se aplicaban en casos de disidencia o trasgresión.[48] Todos estos elementos serán sumamente influyentes en las futuras comunidades terapéuticas.

En 1963, *Daytop Lodge* (posteriormente *Daytop Village*) será la institución que dará lugar al llamado *modelo americano de comunidades terapéuticas* que tendrá influencia en todo el mundo.[49] Comenzó como iniciativa para adictos a drogas, fundamentalmente opiáceos, provenientes de ámbitos carcelarios. La prisión como organización será un referente para la estructuración del modelo, implementándose un orden de jerarquías muy marcado, y un funcionamiento en base a premios y castigos. Este tipo de disciplinamiento se deslizará al campo de la salud, y colaborará en teñir rápidamente el abordaje a las adicciones con color delictivo. El lema será "el afuera es peor", favoreciendo un entrenamiento más que riguroso a la población en tratamiento.

La opinión prevaleciente con respecto a los usuarios de drogas sostenía que "una vez drogado, drogado para siempre", marcando así el poder peligroso de las drogas al tomar contacto con ellas. En este sentido el esfuerzo de Daytop consistió en un desarrollo de la autoestima generada a partir de los pares, como eje fundamental para tratar las adicciones. La atención pública especializada era deficiente, y en este momento sólo el Hospital Lexington brindaba un espacio de investigación, a la vez que Fort Worth proveía una estructura de custodia que daba la oportunidad de recuperación a un número creciente de consumidores de drogas.

Los momentos de acceso a la comunidad se ordenaron por etapas, la primera era la *entrevista de ingreso*, considerada de suma importancia ya que representaba una suerte de ceremonia por la cual la persona abandonaba su estadio de infancia para acceder al mundo de los adultos, es decir, alcanzaba la madurez. Una vez atravesada esta entrevista, que significaba en gran parte la modificación de la imagen exterior, el grupo de la comunidad saludaba y aceptaba al nuevo miembro como un par. Para volver eficaz el método de asistencia, se recurrió como pautas principales a la prohibición de la violencia y del uso de cualquier droga y de alcohol. Los pilares de funcionamiento cotidiano en la comunidad fueron la obediencia a los superiores, el trabajar con empeño, el deber de no hacer nada sin permiso

explícito, la importancia de la solidaridad, el no mantener secretos y la absoluta honestidad (DE DOMINICIS, 1997:90).

Finalizando 1967, principios del ’68, un grupo de voluntarios se organizó alrededor de la figura de Don Mario Picchi, quienes recogían personas sin hogar y sin alimento, concentradas en la estación más importante de trenes de Roma, para brindarles un espacio donde poder comer y dormir. Don Mario Picchi tomará contacto con la experiencia norteamericana de *Daytop* y con la corriente antipsiquiátrica. En 1971 será el líder de una organización sin fines de lucro llamada Centro Italiano de Solidaridad (CeIS), inspirada en el modelo de autoayuda anti-profesional. La *Accoglienza* comenzó a funcionar en 1980 a fin de relevar el fenómeno droga en las calles difundiendo así las actividades del Centro.

Para la misma época, en la misma Italia, la corriente antipsiquiátrica se desarrollaba con ímpetu trabajando en comunidades no exclusivas para adictos. Incluía alternativas al tratamiento puramente psiquiátrico. Fue el psiquiatra Franco Basaglia quien inició este movimiento. Comenzó como una iniciativa para modificar una ley que posibilitara la externación de pacientes crónicos de hospitales neuropsiquátricos. Esta ley, una vez aprobada, permitió la clausura de los llamados “manicomios” buscando reubicar al paciente dentro de los grupos familiares. Tuvo lugar entre los años 1976-80, y fue en parte promovida por la necesidad social de encontrar alternativas al fenómeno de sobrepoblación que presentaban los manicomios. La nueva ley N° 180 del año 1978, impulsó la sustitución de estos recintos por hospitales, prescindiendo de la internación, a la vez que promovió la prevención y rehabilitación. Para ello se buscó incorporar a los familias, transformando la práctica psiquiátrica al eliminar en muchos casos los *electroshocks*. Las políticas gubernamentales apoyaron este movimiento creando entonces nuevos criterios para las internaciones. Este nuevo tipo de servicio se llamó Departamento de Salud Mental, desplazando la nominación de “manicomios” (Cf. PICCIONE, 1993).

Con todas estas influencias comienza a definirse el “modelo italiano”, denominado “Progetto Uomo”: programa terapéutico dirigido específicamente a toxicodependientes y desarrollado por el Centro Italiano de Solidaridad de Roma. Se distinguirá por ampliar y diversificar la oferta de servicios. La distinción entre *uso*, *abuso* y *dependencia* será fundamental para el programa. Considerando que no todos los usuarios de drogas requieren la misma modalidad de intervención, llevará a la práctica diferentes actividades (yoga, arte-

terapia, psicodrama) sin descuidar el régimen basado en premios y castigos, clara herencia norteamericana.

El CeIS tomará como aporte fundamental de Daytop el énfasis en el trabajo grupal. Con el objetivo principal de lograr la suspensión del consumo, se somete a la persona adicta a un aislamiento que significa un cambio de medio social. La innovación consiste en atender a dos momentos claves: el previo al ingreso a la comunidad y el posterior de reincorporación a la sociedad. Tales momentos darán al "programa" el carácter de *proceso terapéutico*. En la primera fase, la *cogliere* o *admisión*, se plantea inicialmente el trabajo con la motivación de la persona que demanda tratamiento, procurando evitar que ingrese sin que haya reconocido que el problema no está en la droga, sino en la relación que se establece con ella y considerando la toxicodependencia no como un *defecto moral*, sino más bien como una *fragilidad* de la persona fruto de la falta de desarrollo.[50] Este reconocimiento posibilitará el acceso a la segunda fase del tratamiento, es decir, el *ingreso* a la comunidad propiamente dicha. La tercera fase, llamada de *reinserción*, propone una transición progresiva desde la comunidad hacia el medio social, argumentando que un egreso abrupto puede provocar las "recaídas" observadas en el modelo americano. La tarea se focaliza en la restitución paulatina de los vínculos afectivos y en la actividad social. En este último período se le permite salidas para desarrollar alguna actividad. Quien logra acceder a esta fase se traslada a una casa diferente llamada *casa de reinserción*, que se distingue de la *casa de la comunidad* por la flexibilidad en horarios y permisos. Se prevé que en este momento la persona ya ha adquirido un mayor grado de autonomía que le permite buscar trabajo y desarrollar una vida cada vez más dinámica fuera de la residencia. A medida que se va comprometiendo el vínculo con el "afuera", estará en condiciones de visitar "la casa" dos o tres veces por semana hasta dejar de concurrir, o bien, participar como colaborador/a de las actividades de la comunidad una vez finalizado el tratamiento.

La experiencia del CeIS con el "Progetto Uomo" incorporó actividades en el "proceso terapéutico" que marcarán un desarrollo diferente al del "modelo americano". Una de ellas fue el trabajo con las familias de los adictos, labor sostenida a partir de la influencia de la corriente sistémica que contextualizó las situaciones particulares de los actores en los medios de socialización primarios y del protagonismo de la corriente antipsiquiátrica al mismo tiempo. El trabajo de alianza con las familias es parte del proceso terapéutico. Se busca

articulación y colaboración de los familiares en el tratamiento, invitándolos a participar en actividades con los grupos y también en reuniones periódicas de familiares. El objetivo es crear un espacio de contención tanto para quienes tuvieran allegados dentro de la institución como para quienes no los tuvieran, o llegado el caso hubieran ya egresado.

A partir del "Progetto Uomo", el trabajo en el CeIS conformó equipos mixtos integrados por profesionales, ex-adictos y también voluntarios. La diversidad dentro de los equipos de atención llevó a pensar en la necesidad de establecer ciertos criterios unificadores. En 1980 se abrió la Escuela de Formación en Toxicodependencias que respondió a esta necesidad, capacitando al personal del equipo y formando "operadores socioterapéuticos".

Al promediar los '60 se constituye en Argentina la primera organización no gubernamental de atención a usuarios de drogas y a principio de los '70 otra a nivel gubernamental.[51] Ambas instituciones implementan un sistema de tipo *ambulatorio*, es decir, sin internaciones, y aplican una metodología de trabajo guiada por profesionales de la psiquiatría. En la primera se combinan toxicología y psiquiatría, agregándose luego perspectivas sociológicas y psicoanalíticas, y más tarde la del trabajo social. La segunda organización incorpora alternativas de abordaje desde la psiquiatría, el trabajo social, la musico-terapia, la psicología.

En cambio, la primera iniciativa en el país de trabajo grupal en *aislamiento* estuvo muy ligada al "modelo americano" de "comunidad terapéutica". Fue encabezada por el Pastor Carlos Novelli alrededor del año '78 y mantuvo vínculos estrechos con *Daytop*. La comunidad fue denominada "Programa Andrés". Nuclea a usuarios de drogas en una casa donde se trabaja en base a grupos de autoayuda.[52] Tres años más tarde, la perspectiva italiana obtendrá su lugar en Argentina a través de un proyecto de capacitación impulsado por Naciones Unidas, producto de un convenio entre el organismo de Drogas de Naciones Unidas y el Gobierno Argentino. A través de este convenio, el CeIS se encargará de la capacitación de recursos para el área de drogas. Participaron cerca de treinta argentinos que viajaron a Roma. Esta Escuela de Formación en Toxicodependencias se implementó después en Buenos Aires, preparando a lo largo de tres años entre trescientas y cuatrocientas personas del país y de otros países latinoamericanos. El impacto que provocó en las instituciones existentes no demoró en multiplicar los esfuerzos por abordar el tema drogas en Argentina. A partir de 1983/84, comienzan a surgir un número importante de grupos con distintas modalidades, trabajando en prevención y/o en asistencia. La Escuela de Formación en Toxicodependencias

estabilizó la disputa entre el esquema norteamericano, liderado por ex-adictos, y el esquema italiano, que incluye también profesionales en el servicio de atención. Se introducen de esta manera principios ya experimentados en Italia, entre ellos la incorporación de personas capacitadas, no necesariamente profesionales, llamados hoy día *operadores socioterapéuticos*, que trabajarán en CE.NA.RE.SO. y en diversas comunidades terapéuticas; no así en RedA.

El desarrollo de la Escuela de Formación fue prácticamente posible en el período de transición del gobierno militar a la democracia en Argentina (1981-84), en el que se favorecieron políticas apoyo al desarrollo de organizaciones no gubernamentales.[53] En 1985 la creación de la Comisión Nacional para Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas promovió el diseño de políticas preventivas y asistenciales, a la vez que la formación de recursos humanos destinados a reducir el consumo de drogas. Actualmente se llevan a cabo campañas masivas de prevención promovidas desde diferentes organismos del estado.[54]

En el año 1974, la implementación de la segunda ley de estupefacientes, N° 20.771, penalizará la tenencia de drogas para uso personal aunque no se comercialice, cuestión no contemplada punitivamente en la ley anterior. Esta asociación droga-delincuencia, consumada por el instrumento jurídico, marcará particularmente a los usuarios y a los equipos de salud, e irá definiendo los diferentes modelos de atención llevados a cabo por diversas instituciones. En 1989, la sanción de la ley 23.737, aún vigente, proporciona alternativas curativas y educativas a la pena de prisión para los usuarios de drogas. Para los menores de edad contempla la posibilidad de iniciar un tratamiento de “recuperación” en lugar de cumplir una condena después de los dieciocho años de edad.

## 1. Las influencias norteamericana e italiana en una Organización No Gubernamental argentina

RedA es la primera institución dirigida a la atención de la “drogadependencia” en la Argentina. Surgió como un emprendimiento de apoyo a la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, en el año 1966. Sus objetivos fueron

definidos particularmente por uno de los integrantes, médico especializado en toxicología, en colaboración con su esposa, psiquiatra, proveyendo una interpretación que enmarcó el tema de las intoxicaciones dentro de patologías de orden físico y psicológico.

Las consultas que se hacían en un consultorio psiquiátrico-toxicológico de la cátedra de Toxicología, se fueron derivando a RedA que especializada en principio en cuestiones de venenos, comenzó a fortalecer su campo de aplicaciones específico orientado a la demanda creciente de personas con problemas por el uso de alcohol y de morfina.[55] Para esta época no había Ley Nacional que regulara el suministro de *morfina*. La "droga" era interpretada prácticamente en términos médicos y el uso de morfina era entendido como una intoxicación con características comunes a otras sustancias tóxicas; todavía no se pensaba en "adicción". El equipo de atención de RedA buscó el alivio de la "angustia ante la falta de medicamento",[56] mediante la disminución de la dosis o su eliminación a través de algún tratamiento médico. En un inicio se hablaba de "farmacodependencia", siendo la "drogadependencia" una construcción conceptual posterior.

Los productos farmacéuticos marcaron la década de los '70. Básicamente se utilizaban anfetaminas en función de aumentar el rendimiento físico, y la universidad era un ámbito donde se utilizaba con frecuencia. Otra sustancia que tuvo una utilización extendida fue la *codeína*,[57] contenida en algunos antitusivos que provocan efectos a veces estimulantes o tranquilizadores y depresores. En la actualidad la visión retrospectiva de algunos profesionales enfatiza el hecho de que su utilización no se asociaba a estados de evasión o de angustia. Más tarde, desde la década del '80 en adelante, tales estados serán centrales en el momento de interpretar las adicciones. Durante los '70 y hasta mediados de los '80, la *marihuana* era la droga ilegal de mayor consumo en el país, aunque todavía su uso no era masificado. Sólo se presentaba como cuadro problemático siempre que estuviera asociado a otro tipo de consumo; aunque en opinión del Director de RedA, éste era la mayoría de los casos.

Si la institución originalmente tenía un perfil psiquiátrico-toxicológico, la integración al equipo de dos sociólogos motivó un cambio de perspectiva para poder atender otras adicciones (además de a la morfina, al alcohol, los psicotrópicos, los solventes, la marihuana, etc.).[58] Fue así que se comenzó a aplicar tratamiento psicoanalítico, sosteniendo que cada adicto podía establecer un compromiso personal teniendo como propósito la cura. En este

momento, década del 70, el número de personas que se llegó a tratar en RedA rondaba entre los setenta y ochenta pacientes. La propuesta institucional consistía en un tratamiento con una frecuencia de visitas de dos a tres veces por semana. Sin embargo, como no todos los pacientes se atenían a la periodicidad acordada, se dificultaba el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Se pensó entonces que el psicoanálisis no era la manera indicada para tratar las adicciones, ya que los "pacientes" no conseguían mantener un tratamiento individual por un tiempo prolongado. Como consecuencia se implementaron las Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT). En ellas se reunía a dieciséis pacientes coordinados por un equipo de cuatro profesionales, en general: un médico, un psicólogo y dos trabajadores sociales. Estas unidades funcionaron aproximadamente dos años, y podemos ver en este emprendimiento el germen de un modo de atención que devendrá en lo que más tarde se llamó "Centro de Día".

La influencia italiana comenzaba a sentirse, y dentro de estas UFT hubo profesionales capacitados en el CeIS por el *Progetto Uomo*. La idea de trabajo terapéutico en grupos iba tomando fuerza progresivamente como forma alternativa al tratamiento individual psicoanalítico.[59] Pero las limitaciones en la implementación no se diferenciaban demasiado de las que existían con las terapias psicoanalíticas individuales, la frecuencia de visitas a las terapias grupales se hacía cada vez más esporádica, quedando a elección total de los pacientes el cuándo y el porqué asistir. Los integrantes de RedA contemplaron entonces la posibilidad de dar a estas UFT una dinámica que comprometiera al paciente a una visita diaria de cuatro horas cada vez. Esta será la estructura básica del Centro de Día. Los argumentos de quienes participaron en su momento en esta innovación sostienen que el "adicto" no está en condiciones de hacer una terapia formal psicoanalítica por propia voluntad. Esta conclusión llevó a repensar la forma de concreción de los objetivos principales: abandono de las drogas y superación de las adicciones. Fue necesario incorporar ciertas normas externas de conducta y la colaboración fundamental de la familia en el tratamiento, a modo de sostén, de referencia y contención. Evidentemente estas modificaciones tuvieron directa relación con los modelos que se hacían conocer, a la vez que con diferentes experiencias institucionales. La necesidad de cubrir una demanda creciente con respuestas eficaces fue dando lugar a diversas estrategias. El Centro de Día, un sistema de atención ambulatorio, sin internación, fue la opción de RedA.

La influencia italiana marcará la estructura básica del servicio, considerando los tres momentos axiales que se distinguieron en las comunidades terapéuticas de Roma, esto es, la *admisión*, el *centro de día* y la *reinserción*. En primer lugar, las *entrevistas de información* son brindadas a quien concurre en búsqueda de *tratamiento* o simplemente se interesa por saber qué tipo de trabajo se lleva a cabo. Estas entrevistas informativas son exclusivamente entre quien las demanda y alguno de los *profesionales* del *equipo terapéutico*. El *profesional* atiende los motivos de la visita y a través de una serie de comentarios que hace la persona que busca información intenta clasificar su problema en función de una incorporación efectiva o una derivación a otra institución. Este encuentro puede ser por iniciativa de un familiar de quien utiliza drogas o bien por la de un adulto con motivación para "dejar de consumir".

Si en la *entrevista de información* el profesional evalúa positivamente la incorporación del *paciente* dará lugar al primer período, umbral al *tratamiento* efectivo en el Centro de Día: son las *entrevistas de admisión*, donde el futuro *paciente* acudirá a una serie de encuentros privados con el *profesional*, y en donde se buscará el reconocimiento de la enfermedad y la posibilidad de curarse. Al cabo de las *entrevistas de admisión*, en caso de aceptar el *tratamiento*, manifestando su consentimiento, el interesado firma un *contrato* que será su obligación respetar. Tales normas incluyen sanciones en caso de no cumplir con los requerimientos del servicio, a la vez que pautan las obligaciones del ahora *paciente*. El ingresante debe responsabilizarse de la asistencia a diario, de cumplir con los modos aceptados de interacción con los compañeros y *terapeutas*, de asegurar que no consumirá drogas, e incluso de cubrir cierta expectativa de los *profesionales* con respecto a su evolución o progreso.

El momento siguiente está caracterizado por el ingreso al *Centro de Día*. Deberá concurrir de lunes a viernes de 9 a 13 horas, con una tolerancia exenta de sanción de 15 minutos de demora. Las actividades que se realizan como rutina incluyen la "lectura del diario" durante el desayuno que dura aproximadamente una hora y quince minutos. Luego se distribuye la limpieza de los lugares de uso común para participar luego del espacio en la "reflexión grupal". Dos días a la semana desarrollan actividades recreativas: se proyectan películas y se debate su contenido, y los varones juegan a veces al fútbol.

Cada integrante del Centro de Día participa habitualmente de una sesión terapéutica individual, una vez cada dos semanas o con mayor frecuencia de acuerdo a la disponibilidad

de *profesionales*. Una vez por semana los familiares directos del *paciente* concurren a las llamadas *terapias de familia*, encuentros regulares de todos los miembros familiares con un *terapeuta*, donde se dialoga y discuten las formas de interacción familiar que están creando conflicto o favoreciendo la comunicación. Cada quince días los familiares se encuentran bajo la coordinación de un *psicólogo* en las reuniones *multifamiliares*, de las que están excluidos los *pacientes*.

Cuando la persona está en condiciones de obtener un *alta de Centro de Día* se encuentra ya en el tercer y último momento del *tratamiento*. Es así que concurre una o dos veces por semana como *paciente ambulatorio*, hasta tanto pueda prescindir del seguimiento. Durante este período la persona irá afirmando actividades sociales de mayor compromiso, en general laborales y de vínculos afectivos. Esta forma de egreso difiere de un *alta terapéutica* en tanto brinda un soporte de atención psicológica en un tiempo determinado generalmente por la evolución personal de cada paciente. El *alta terapéutica*, en cambio, en muchos de los casos no es considerada por los *profesionales* y autoridades del servicio. Los argumentos que me han sido presentados están en directa relación con la idea de que no puede preverse una "recaída" en el consumo de drogas, por lo cual el *profesional* nunca sabe si el *paciente* realmente ha resuelto su problema. Es por esta razón que una gran parte de la población en *tratamientos* prolongados concluye su "carrera de paciente" muchas veces con una *baja* por deserción o una *baja laboral*, es decir que egresan del *tratamiento* porque dejan de concurrir o bien empiezan a trabajar en el horario del Centro de Día.

Además del Centro de Día, RedA cuenta con un área de *prevención* y otra de *capacitación preventiva*. En este momento las actividades en prevención son charlas en escuelas, programas de radio e información suministrada por demanda directa a la institución. Las expectativas por parte de los *profesionales* que se encargan del área de prevención en relación a esta actividad en ámbitos escolares son mínimas, dado que se reconoce que el desarrollo de las mismas no contempla una investigación previa que permita conocer las necesidades de la gente, tarea dificultada muchas veces por falta de presupuestos y una deficiente colaboración del Estado.

En el relato sobre la historia de RedA, el Director expresa que la razón por la cual se dio un vuelco paulatino de la atención ambulatoria psicoanalítica a la atención en el Centro de Día, pasando por las experiencias con las Unidades Funcionales de Tratamiento, fue la

limitación experimentada con la teoría psicoanalítica para el *tratamiento* del tipo de *pacientes* que demandaba atención. Coincidentemente con la imagen paradigmática del "drogadicto" como una persona sin autocontroles, víctima de las sustancias, se instrumenta un modelo que responde a personas que "no pueden asumir compromisos desde sí mismos".[60] Esta imagen del usuario de drogas como una persona "irresponsable" no es una estigmatización social de la que sólo es víctima. El usuario irá colaborando en este estereotipo al punto de identificarse en alguna medida con él (Cf. BECKER, H., 1963).

La poca frecuencia de visitas al servicio en los horarios acordados para la "sesión" posiblemente responda a múltiples cuestiones, no necesariamente asociadas a la falta de responsabilidad. Pero inevitablemente irán delineando el "típico drogadicto", definido por algunos *profesionales* como "descomprometido", "irresponsable", "marginal", "con problemas familiares graves", "con poco sostén afectivo", "con ningún sostén económico", "sin pautas ni valores a seguir", "con una ética totalmente distorsionada, una normativa moral inexistente, una socialización hecha en grupos adictógenos", etc.[61]

La noción de adicto como *persona en crisis* sintetiza la opinión de Roberto, el Director de la ONG, con respecto al tema. No dista mucho de las opiniones que tienen los demás *profesionales* del servicio. La idea de "crisis" no solamente abarca al individuo, sino también al entorno social y ambiental que se ha visto afectado en los últimos treinta años. El "drogarse" como forma de vida, en opinión del Director, tiene directa relación con una sociedad deteriorada. Es así que la persona toma las drogas como una forma de "cabalgar" la depresión que la crisis le provoca, en directa relación con la pérdida de referencias sociales, como por ejemplo el trabajo, al mismo tiempo que la comercialización de drogas aparece como una posibilidad de obtener dinero "inmediatamente".[62]

Roberto nota una diferencia entre los usuarios de mediados de la década del '70 y de los '80 con los actuales. En el primer período identifica una actitud que él llama "contestataria" en los consumidores, vinculado con los movimientos "contraculturales" del momento.[63] Cree que la pérdida de instituciones o su debilitamiento —familia, Estado, educación, salud—, tanto de representación como de referencia, reforzó la "inmediatez" como único capital generalizado. Él visualiza esta inmediatez en los efectos fugaces provocados por las drogas, que llevan a la persona a ordenar su vida en torno a ellas. En este sentido se promueve lo que llaman *prevención inespecífica*, son actividades por las cuales una persona pueda descentrarse

del uso de drogas y generar *proyectos de vida* que permitan el desplazamiento hacia otros *objetos de deseo* que no sean las drogas.

Lo que hoy se entiende por *drogadependencias* en RedA muestra una diferencia importante en relación a lo que se entendía al momento de su fundación. Una interpretación de corte psiquiátrico se desliza a cuestiones contextuales y sociales que inciden directamente en las razones que motivan al consumidor. La creciente demanda de servicio por parte de *consumidores tardíos* entre los treinta y cinco y los cuarenta años muestra que en muchos casos la ingesta de drogas busca un mayor rendimiento físico que permita sostener empleos de alta exigencia. Es el caso de la cocaína, cuyo uso se ha extendido notablemente desde los años ’80.

RedA como Organización No Gubernamental ha establecido convenios con dos organismos estatales. Estos son el Consejo Nacional del Menor y la Familia y la Secretaría de Drogas de la Provincia de Buenos Aires,[64] en 1991 se estableció el convenio con el Consejo y en 1994 con la Secretaría. Ambos organismos envían los posibles pacientes al servicio de atención y pagan una suma de dinero acordada por cada uno.[65] Recientemente, se ha comenzado a prestar servicios en RedA a obras sociales gracias a la ley aprobada en el Congreso Nacional que permite los reintegros.[66] Hay quienes llegan por cuenta propia y abonan mensualmente el *tratamiento*, por el monto fijado en la *institución*.

A pesar de lo claros que se presentan los momentos del *tratamiento* dentro del servicio veremos que la “carrera del *paciente*”, signada por un *ingreso*, un *transcurso* y un *egreso*, es vivida por los actores en forma significativa, involucrando multiplicidad de sentidos con respecto a “la droga”, pero fundamentalmente con respecto a “la vida”. El tratamiento se presenta como una instancia de cambio para el *paciente*, enfatizando la necesidad de modificar un estilo de vida que permita el definitivo abandono de la droga. Considerando que la tarea se orienta a una transformación en la persona, veremos a continuación cuáles son los ideales de bienestar que movilizan el trabajo terapéutico.

# IV. Rito y moral

## *1. Ritos ¿para qué?*

> Generalmente uno llega re-loco y es un proceso de:::: que si querés ... no?/ todo está en uno ... es un *proceso* que vos estás acá, sos una maniquinita, que *te va llevando*, como esas fábricas que te van::: *vos entrás* por acá ffffuuuu, vas por este caminito ffffuuu, y *cuando salís* allá, *sos otra persona* ... vos también tenés que hacer funcionar ese aparatito que va así, que te lleva hasta salir allá ... si vos no ponés ... Claro, es que vos tenés que ir caminando, subiendo una escalerita, *si vos no ponés fuerza* para subir esas escalerita y llegar hasta arriba? *no llegás más*, vas a estar así y te vas a caer, vas a rodar, te vas dar la cabeza de vuelta y vas a volver ... cuando vas a mitad de camino te vas a volver de vuelta ... pero si ponés fuerza, de a poquito, de a poquito ... querer es poder ... y bueno ... y *si ponés fuerza, ponés voluntad* y querés zafar ... todo bien ... ahora, cuando vos no querés hacer algo, por más que te hinchen las pelotas no vas a querer ... todo, *queda en uno*. (Entrevista a un informante de dieciocho años que lleva veintiseis meses en tratamiento, 1998)

El *tratamiento* dirigido a usuarios de drogas ¿podría entenderse como un *rito de paso* entre un estado de *enfermedad* y uno de *salud*?

En la Jornada en el Centro de Día, hemos visto los tres momentos por los que está marcado el tratamiento: *admisión*, *permanencia*, *egreso*. El primero está signado por la incorporación del *paciente* a la *institución*; el segundo, por la participación en actividades prescritas; y el tercero por el *alta* o en su defecto la *baja* o *expulsión*. Dado que el objetivo de RedA consiste en promover la *cura* de la persona que consume drogas, éste se cumple a través del recorrido institucional, el *tratamiento*, destinado a provocar un cambio de forma de vida.

La literatura antropológica tiene una vasta producción sobre rituales.[67] Una de las más lejanas y por cierto indudablemente influyente fue la de Van Gennep, quien en 1909 en su esfuerzo por entender qué significado social conllevan los rituales propuso una lectura analítica que permitió pensarlos en términos de su función social. Para ello fue necesario desacralizarlos, es decir, quitarles el velo de prohibiciones que caracterizan lo sagrado. De esta manera se pudo estudiar los ritos como prácticas sociales constitutivas de la vida de los hombres.

Después de una revisión de los estudios previos sobre ritual, Van Gennep establece una clasificación a partir de la secuencia de momentos comunes a todos los ritos, y que acompaña "el paso de una situación a otra y de un mundo (cósmico o social) a otro" (1986:20). Sostiene

que los momentos marcadores en la vida de un sujeto pueden clasificarse como *ritos de paso* a pesar de las disímiles formas en que puedan presentarse. La importancia de las ceremonias como actos especiales reside en la mediación que realizan entre el mundo "profano" y el mundo "sagrado".[68] Pero para que esta mediación sea posible es menester una predisposición sensible y mental. Agrega que los cambios que se esperan de los rituales requieren "acciones y reacciones que deben ser reglamentadas y vigiladas a fin de que la sociedad general no experimente molestia ni perjuicio" (VAN GENNEP, 1986:13).

Si bien el estudio de Van Gennep no problematizó ciertos temas —como por ejemplo la ideología involucrada en los rituales[69]—, su incursión por los campos del ritual merece el reconocimiento por haber introducido elementos que permiten interpretar algunas de las rutinas sociales como *ritos de paso* que marcan diferencias de estatus para los miembros de una sociedad.

En *El Proceso Ritual* Victor Turner reseña las tres fases atribuidas por Van Gennep a los ritos de paso:

> La primera fase (de *separación*) comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo o grupo, bien sea de un punto anterior fijo en la estructura social, de un conjunto de condiciones culturales (un "estado"), o de ambos; durante el período "*liminal*" intermedio, las características del sujeto ritual (el "pasajero") son ambiguas, ya que atraviesan un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno, de los atributos del estado pasado o venidero, y en la tercera fase (*reagregación* o *reincorporación*) se consuma el paso. El sujeto ritual, ya sea individual o colectivo, se halla de nuevo en un estado relativamente estable y, en virtud de ello, *tiene derechos y obligaciones vis* a *vis* otros de un tipo claramente definido y "estructural"; de él se espera que se comporte de acuerdo con ciertas *normas dictadas por la costrumbre* y ciertos *principios éticos* vinculantes para quienes ocupan posiciones sociales en un sistema de tales posiciones. (1988:101-102, la cursiva me corresponde)

El cambio viene señalado por un nuevo lugar que el sujeto ritual debe conquistar, un nuevo estado de sí en un tiempo y un espacio determinados. Para ello es preciso que se adapte a nuevos ritmos, que adopte nuevos valores, que se desenvuelva socialmente en relación al lugar transitorio que recorre. Pero una vez inmersa en la nueva situación que la motivó a emprender el recorrido, la persona tiene nuevos derechos y obligaciones, diferentes de los que caracterizaban su estado anterior. Debe incorporarlos como tales y ejecutarlos a fin de obtener el reconocimiento de la comunidad que está expectante del cumplimiento de las normas

prescritas para la nueva situación. Dichas normas y valores corresponden a su nuevo estatus social y debe desempeñarlas en un tiempo oportuno. A través de los ritos se producen los sentimientos necesarios "para que los hombres se mantengan fieles al papel que deben desempeñar" (DOUGLAS, 1973:92). El énfasis puesto en la importancia del cambio de situación social sugiere la idea de un orden instituido por pautas consensuadas que delimitan y definen las diferencias de lugares dentro de él. También el tiempo en el que tendrá lugar.

En las sociedades modernas la *medicina* se encarga de ordenar una parte importante de lo que se vive como desorden. Una de las cosas más valiosas en la modernidad es la vida terrenal, y en ella la salud como algo bueno y deseable.[70] El lugar que se le adjudica a la *enfermedad* es el de la manifestación del desorden. De manera que los procesos curativos buscan instaurar el orden —la *salud*—en lugar del desorden —la *enfermedad*—. Pero este pasaje entre uno y otro conlleva intervenciones específicas desde el campo primero de la *medicina* y luego de la *psicología*, que se harán en lugares determinados para efectuar las *curaciones*, y además, considerando el tiempo ineludible que transcurre mientras esto sucede.

Al retomar la concepción de Van Gennep, Víctor Turner enfatiza la importancia del tiempo como un elemento que condiciona en su opinión gran parte del proceso ritual, sin el cual no existe proceso en tanto curso general de la acción. El tiempo es uno de los pilares necesarios en el "tratamiento para drogadependientes". Los *terapeutas* prevén que los procesos de acomodamiento y revaloración por los que atraviesa el sujeto requieren necesariamente de un tiempo de sedimentación, de asimilación y paulatina puesta en práctica de lo que se ha aprendido a lo largo del *tratamiento*. Pero es también un tiempo incalculable, incierto. Si bien se espera que no se extienda más allá de los dos años, dos años y meses, tanto los *pacientes* como los *profesionales* saben que el número de meses no es suficiente para medir la evolución en términos terapéuticos. El *tratamiento* no está temporalizado por la suma de los días, como las condenas, sino que su duración tendrá que ver con la evidencia de un aprendizaje efectivo que lo ayudará a modificar su modo de vivir.

## 2. ¿Por qué ritos?

De acuerdo con Mary Douglas el rito ofrece un marco de ejecución:

> el tiempo o el lugar señalados dan la alerta a un género especial de *expectativa* (…) La demarcación y el encajonamiento limitan la experiencia, confinan los temas deseados o excluyen los intrusos (…) El rito no sólo nos ayuda a seleccionar experiencias que favorecen una atención concentrada. Es igualmente creador a nivel de la ejecución, porque un símbolo externo puede ayudar misteriosamente a la coordinación del cerebro y del cuerpo (1973:89-90, la cursiva me corresponde).

Mary Douglas considera que los rituales reafirman los esquemas de clasificación que vertebran la vida social, y a través del lenguaje estos esquemas le dan significado a la vida social. La presencia de símbolos que marcan límites o líneas divisorias que proveen un marco para delimitar las experiencias son las bases del orden social (1973:89). Al interrogarse sobre qué es lo que convierte a las cosas en sucias o limpias, la autora atiende al orden moral que "incorpora un sistema de clasificación cognitivo —la asignación de las cosas a sus lugares— como mecanismo ritual para su renovación periódica" reafirmando así el tejido social (WUTHNOW et al, 1988:102). Considera que lo sucio y lo limpio dependen necesariamente de un sistema de clasificación y de la ubicación de la materia dentro de él. Este sistema está dado por "las reglas normativas de la sociedad, las obligaciones y prohibiciones que no sólo regulan la conducta, sino que más fundamentalmente dividen la realidad en formas y estructuras cuya base es el pensamiento humano" (WUTHNOW et al, 1988:101). Es decir que las distinciones que podrían tomarse como dadas no son más que construcciones sociales de categorías y conceptos que ordenan el mundo.[71] Douglas sostiene que la importancia del ritual está en *dramatizar el orden moral*, *ponerlo en evidencia*, *hacerlo visiblemente público*. El orden moral es el que se ha construido en base a clasificaciones de índole valorativa que se aplican al entorno social. El pensamiento de Douglas ha sido sintetizado en el libro *Análisis Cultural*:

> La propensión moderna a identificar los rituales contra la contaminación con la higiene refleja nuestro empleo de las concepciones de la realidad última (la ciencia y la medicina) para *justificar y legitimar el orden social* (...) La presencia del orden —la sociedad— hace posible el desorden. Las reglas, los límites, las categorías, y todo tipo de sistemas de clasificación cognitiva y moral, crean líneas que se cruzan y categorías de cosas para las cuales hay excepciones. No todo se adecua, y lo que no lo hace se vuelve desviado, raro, extraño o delictivo (...) Cuando las cosas están fuera de lugar, el *orden* normativo y legal es *desafiado*, y la sociedad lo restablece realizando una acción ritual. En el caso de los individuos y el delito, es el castigo. En el caso de la suciedad es una limpieza (también se suele decir

> “estar limpio de culpa”, etcétera) (WUTHNOW et al, 1988:103, el énfasis me corresponde).

Al poner de manifiesto el orden moral, el ritual impone un orden que repetidamente revive los sistemas de clasificación y sus usos valorativos, por los cuales hay elementos aceptados y otros que aunque clasificables no son positivamente valorados. Esta valoración de lo clasificable es la que se juega en el ritual, instando a que lo que se vio fuera de lo aceptado, vuelva al lugar de lo aceptado —el lugar debido— a través de la adhesión a la moral pública. La manera en que esta moral se ha de poner en juego es a través de un disciplinamiento, que Durkheim entendió como la “primera disposición fundamental de todo temperamento moral” (1972:43).

Al ser ilegal el uso de drogas en Argentina, la legislación no contempla siquiera la “tenencia para uso personal”. Por lo tanto quien usa drogas incurre indefectiblemente en un delito. El uso de drogas desde ya es visto como una trasgresión, algo inaceptable y por ende penalizado. Además suele estar acompañado de una interpretación médico-psicológica que lo define como *síntoma* de una *enfermedad*. La elección de consumir drogas es doblemente una trasgresión: al orden jurídico y al ideal sanitario. Si el ritual ha de tener alguna pertinencia social será la de restablecer el orden moral aceptado, que en nuestro caso se ha visto alterado ante la presencia de las drogas y en consecuencia la subordinación de todas las motivaciones vitales al hecho de consumirlas, en palabras de algunos profesionales “el vivir para *eso*”. Castel y Coppel han señalado que

> el toxicómano no es un “simple” consumidor de drogas. Es un consumidor que no administra o ya no administra su consumo. Llegó a un punto de su recorrido en que ya no enfrenta una multitud de problemas insolubles que le plantean su cuerpo, su entorno, su falta de recursos para comprar los productos, etcétera. Por lo tanto él mismo se halla en situación de fractura, pidiendo un sucedáneo de lo que puede movilizar él mismo (1994:224-225).

En la sociedad occidental los médicos intervienen en los desórdenes físicos, a través de la detección de riesgos potenciales para el conjunto de la sociedad, como por ejemplo las epidemias y las enfermedades mentales. Considerando el estado en el que se encuentra un usuario de drogas que no puede administrar su consumo y que por ende su desorden personal interfiere en su medio ¿quiénes están en condiciones de proveer elementos que ayuden a aliviar este “caos”?

## 3. ¿Quiénes dirigen el ritual?

En principio, el objetivo terapéutico apunta a la independencia de las drogas y a la vida saludable. Y ello es necesario para que pueda restituirse el orden, basado precisamente en una sociedad de individuos libres que controlan sus acciones en función del bienestar personal y social. Pensemos ahora de qué manera o a través de qué símbolos el *tratamiento* adquiere sentido para los actores, y por quiénes es dirigido.

Turner advierte que la autoridad de la comunidad es la depositaria de "toda gama de valores, normas, actitudes, sentimientos y relaciones de la cultura, y sus representantes en los ritos específicos encarnan la autoridad genérica de la tradición" (1988:110). En RedA, *médicos* y *psicólogos —profesionales* de la *salud*— son los seres capacitados por la tradición científica moderna que los habilita a intervenir como *expertos*. El saber científico ejecutado por la *medicina* en intervenciones sobre el cuerpo humano y más tarde por *psiquiatras* y *psicólogos* sobre la personalidad, construyeron su autoridad como curadores en base a la confianza que la comunidad reserva a la ciencia.[72] Para Giddens los sistemas de *expertos* descansan sobre la noción de *fiabilidad*, fundamental en las instituciones modernas. En sus palabras,

> la *fiabilidad* es una forma de «fe» en la que la confianza puesta en resultados probables expresa un compromiso con algo, más que una mera comprensión cognitiva (…) Al decir *sistemas expertos* me refiero a sistemas de logros técnicos o de experiencia profesional que organizan grandes áreas del entorno material y social en el que vivimos (1994:36-37).

Los *expertos* están capacitados a través de una tradición que basada en la fiabilidad se presenta como incuestionable para el lego.

Quienes encabezan el ritual, o dirigen el *tratamiento*, desde ya lo hacen con una autoridad sostenida por la fiabilidad que la comunidad deposita en ellos, a su vez derivada por la ciencia. Como representantes, estos *expertos* ejecutan los saberes científicos que se han arraigado a lo largo de la modernidad. La transmisión de saberes dispuestos a través de sistemas de clasificación configuran particularmente el ritual dentro de la *institución* de *salud* y el sentido que se le atribuye excede la opinión individual y reflexiva de los actores al estar

cimentado en principios de un orden que nos antecede como individuos. De acuerdo con Bourdieu

> el principio de la acción histórica (…) no reside en la conciencia ni en las cosas, sino en la relación entre dos estados de lo social, es decir, entre la historia objetivada en las cosas en forma de instituciones, y la historia encarnada en los cuerpos, en forma de esas disposiciones duraderas que yo llamo *habitus* (1990:69-70).

Este *habitus* entendido como sistema de disposiciones duraderas y transferible tiene siempre una dimensión expresiva, "permite expresar ciertos significados que las cosas y la gente tienen para nosotros, y es precisamente el permitir esta expresión lo que hace que estos significados existan" (TAYLOR, 1997:237). Este es, según Taylor, el *trasfondo* compartido que posibilita la compresión y la interacción. De la misma manera el concepto semiótico de *cultura* que propone Geertz (1987:20, 24) hace referencia al entramado público de significaciones que ha sido tejido por los hombres y que a su vez los precede, siendo la garantía elemental para que la comunicación sea posible. En esta urdimbre de significaciones, las instituciones juegan un papel central, sintetizando prácticas y representaciones del pasado, siendo —a través de las prácticas de los actores que las viven (usan)— transmisoras de un orden basado en clasificaciones y valores hasta cierto punto ininterrogables.

Cuando pensamos en las *instituciones* de *salud* seguramente imaginemos un hospital, una sala de espera, un consultorio, un quirófano. Difícilmente en nuestro actuar cotidiano nos preguntemos desde cuándo y por qué los *enfermos* van al *hospital* y los *médicos* los *curan*. Hay un *trasfondo* que opera como dado y aunque no es en sí mismo el lugar de las cuestiones resueltas de la vida social, posibilita en la práctica los elementos necesarios para interactuar y resolver los conflictos (Cf. TAYLOR, 1997:223). La comprensión intersubjetiva y la producción de sentidos en contextos específicos se apoyan en este *trasfondo* público y compartido. Es así que los conceptos de *salud* y *enfermedad* —antes que cuestionables por los actores— se vuelven referentes dados y garantías del orden vital. Intentar comprender estos sentidos exige sin duda un esfuerzo intelectual de interpretación.

La *drogadicción* como clasificación de un tipo de conducta determinada surge de la problematización del tema "drogas" en los últimos treinta años. Esta clasificación ha subrayado en gran medida la estigmatización de los usuarios en tanto identidad deteriorada, entendiendo la palabra *estigma* en los términos de Goffman (1995:13), como atributo

desacreditador e indeseable. De ello devino un campo progresivamente especializado para la atención a usuarios de drogas. En RedA, el *tratamiento* busca intervenir en la vida de la persona hasta eliminar ese atributo negativo: la *drogadependencia* (que como veremos no está definida solamente como la dependencia de una sustancia). Es en este sentido que propongo pensar el *tratamiento* de atención como un *rito de paso*, considerando que pretende no sólo eliminar las drogas como hábito, sino instituir en su lugar un nuevo estilo de vida, sostenido en una nueva identidad.

Para entender cuáles son los sentidos que adquiere un *tratamiento* para los partícipes, es necesario detenerse en la forma en que perciben el mundo mediato e inmediato. Tal percepción es posible a través de los modos que se usan para ordenar y clasificar dicho mundo, lo que permite significar el *tratamiento* desde dentro de él.

# 4. El proceso ritual

Los jóvenes que llevan avanzado el *tratamiento* definen la droga como una "perdición", en un doble aspecto: la pérdida de las referencias compartidas sobre el mundo social y el perderse a sí mismos. La primera es efecto de necesitar la droga y de las diversas actividades que consecuentemente se emprenden (el robo, la venta de sustancias incluso a menores de edad, la adulteración de drogas para la venta, la primacía del consumo sobre cualquier otra alternativa). La idea de "perderse a sí mismos" remite al malestar, a la insatisfacción que conllevan estas actividades cuando los expone a elecciones cada vez más arriesgadas. También alude al extravío que implica el sentirse dominado por la sustancia, y que afecta en consecuencia el tipo de respuestas sociales que darán ante determinadas situaciones. Algunos testimonios, luego de una incursión de los actores en el sistema de salud, describen que

> la droga te corrompe, te hace mala persona ... cagador ... chorro ... mentiroso ... delincuente ... te tenés que convencer que así no va para ningún lado, tenés que darte cuenta, trabajar con eso, pensar cómo salir, como encontrarte mejor, sentirte mejor (Entrevista a Miguel, 1998).

Cuando relatan su experiencia pasada hablan generalmente de situaciones que "no tenían salida", desfasajes temporales y espaciales en los que se "pierde la noción del tiempo" o no se recuerda en qué lugar se estuvo, y "sentimientos de tristeza y soledad" una vez disipados los efectos de las drogas. Florencia resume su experiencia al momento de empezar el tratamiento:

> cuando la *falopa* te llega a la cabeza se pierde la noción del tiempo. El chico que era mi novio el otro día me contaba una situación de un amigo, que fulano tal cosa, tal otra, y en realidad ¡ese chabón se mató hace tres años! Yo hace cuatro meses que ya no vivo con él y viene y me dice "Flore, adónde me dejaste el pantalón?", está re-incoherente. Pero además cuando dejás de consumir estás hecho una mierda de persona, tenés el cuerpo hecho mierda, si te llaman y te das vuelta rápido te sangra la nariz… aunque esto es siempre después de tres o cuatro años de consumo (Entrevista privada a Florencia que lleva cinco meses en el tratamiento).

La clasificación de los usos de drogas como *drogadependencias* en términos de *enfermedad* ha promovido ámbitos de preocupación e intervención dentro de la medicina y la psicología. La interpretación de las *drogadependencias* como *síntoma* de una *enfermedad* supone una "dependencia física" que sugiere la existencia de causas ocultas y profundas, he allí lo psicológico.[73] Este *síntoma* es entendido por los profesionales como reflejo o manifestación de estructuras *patológicas* de la personalidad: *neurosis* y *psicosis.* Si bien estas clasificaciones de la psicología también afectan a gran parte de la población no drogadependiente, hay algo que distingue a los usuarios de drogas del resto de la gente. Es la *evidencia* de tales *patologías*. El *síntoma* signa la diferencia, ya que involucra al mismo tiempo aspectos legales y cuestiones de salud, ambos presentes en el momento de diseñar programas de atención y ejecutarlos.

## 4.1. La separación

Retomemos las fases del *tratamiento* a *drogadependientes* y veamos si pueden interpretarse en los términos en que se distingue la secuencia de etapas en un ritual. La primera fase, de *separación*, comienza en esa instancia de *admisión* como primer momento en que el que se busca que el *paciente* pueda reconocer el *síntoma* y hacerse cargo de la *enfermedad* para poder *curarse* recurriendo a ayuda especializada. Allí asume la responsabilidad de concurrir diariamente a la *institución* y para demostrar tal compromiso firma el *contrato* en el que se aclara cuáles serán sus obligaciones a lo largo del *tratamiento*. La *admisión* marca la vida de los *pacientes* al *imponer* un nuevo orden, o bien un "orden en lugar del desorden" que caracterizaba sus días. El acto de reconocimiento de su *enfermedad* apunta a una toma de conciencia sobre la pérdida de controles a la que lo ha llevado el uso de

drogas. Por lo tanto es una manera de apelar a su voluntad para que reaccione sobre su *estado*, y que en consecuencia, esté dispuesto a modificarlo.

El programa institucional incluye el desempeño de un hábito diario que ayude al *paciente* a disponer de su tiempo para otras cosas que no sean comprar y consumir drogas. El *paciente* ingresa al Centro de Día asumiendo como puede su *enfermedad*, que identifica como la dificultad para dominar su vida. A veces este primer momento se manifiesta con bronca, otras veces con poco interés, con resignación, o con aceptación, pudiendo combinarse las cuatro reacciones al iniciar el *tratamiento*.

La ejecución del período de *separación* se lleva a cabo en los tres primeros meses del *tratamiento* identificados como los meses de *internación domiciliaria* Este período se caracteriza por el ejercicio de actividades predeterminadas por los *expertos*, y orientadas a constituir un nuevo orden en su vida, sostenido en prescripciones y prohibiciones dentro y fuera del Centro de Día. Entre las primeras se impone un uso pensado del tiempo: planificación de tareas, asistencia al Centro de Día, participación activa con los terapeutas y los compañeros; entre las prohibiciones están el mantener contacto con las viejas amistades, las salidas nocturnas, las salidas diurnas sin compañía "responsable", y por supuesto, el uso de drogas y de alcohol.

La descripción de Miguel, quien concluyó felizmente este recorrido, sintetiza su experiencia de los primeros meses en *tratamiento*:

> al principio estás super limitado, no podés hacer nada, no acá, sino afuera de la institución: no podías tener guita encima, no podías hablar por teléfono, no podías hacer nada, te quedabas en tu casa, dormías, escuchabas música y mirabas televisión, y de ahí no podías salir ... (Entrevista privada, 1998)

Miguel resalta en su relato la fuerza del período de *separación* en los meses de *internación domiciliaria* marcada por las prohibiciones. Esta internación debe ser sostenida por el *paciente*. Pero dado su *estado* necesitará un refuerzo en su decisión que le será brindado —cuando es posible— por los familiares, quienes lo acompañan en los momentos en que no concurren al Centro de Día, controlando y vigilando que el *paciente* no consuma drogas ni se exponga a situaciones que lo inciten a hacerlo. Los familiares en este período cumplen una función importante.[74] Mientras el *paciente* está en la *institución* las pautas y el orden son impuestos por los *profesionales*. Pero cuando se retira del lugar quienes deben cumplir esta función son los padres o familiares. En opinión de los *expertos* el *paciente* no está en

condiciones de sostener ni siquiera la *abstinencia* a las drogas en el primer período, es por esta razón que se implementan pautas de control externas, que lo ayudan a reforzar la débil capacidad de controlarse a sí mismo que tiene hasta este momento.

Los comentarios de los *pacientes* acerca del "sufrimiento" al iniciar el *tratamiento* resaltan dos cosas fundamentales: la incomodidad de ser tratados como niños por un lado, y el malestar de reconocer que están *enfermos* y que tienen dificultades para concretar su deber de *curarse*, dos experiencias por las que necesariamente han de atravesar durante el *tratamiento*. Para algunos *pacientes* el tener que participar del orden impuesto viene acompañado de sentimientos de "frustración", ya que al aceptar el *tratamiento* ponen en evidencia que no pueden controlar la situación, que no pueden manejarse por sí mismos. A su vez este reconocimiento los lleva a asumir contradictoriamente todas las reglas internas de la *institución* que hacen a la eficacia del *tratamiento*. La persona acepta la colaboración de los *expertos* en ese momento de su vida, aunque esta decisión le exige hacerse cargo de que ha perdido todos los controles de sí mismo y sobre el mundo que lo rodea. Quizás no sea así en opinión de muchos de los *pacientes*, aunque deberá esforzarse en pensarlo así para poder continuar en la *institución*. El hecho de tener que aceptar un marco de ejecución dentro del que deberá aprender a dirigir sus acciones a menudo produce estados de malestar que sólo serán aliviados cuando avanzado el proceso terapéutico el *paciente* comience a ver resultados positivos: que puede dominar los impulsos que lo llevan a consumir drogas y justificar las razones profundas que los despiertan. Es un proceso de aprendizaje y la forma de ponerlo en movimiento es considerar que todo lo que traía consigo como forma de vida debe ser modificado. En este sentido, algunos *pacientes* han transmitido su incomodidad cuando en situaciones reiteradas se les prohíben actividades bajo el argumento de que "no están en condiciones" de llevarlas a cabo. Se muestran reacios ante la idea del *equipo terapéutico* de que no pueden manejar ninguna situación externa al *tratamiento*, dado que no tienen todavía la capacidad de controlar sus acciones. El objetivo de los *profesionales* es que finalmente lo consigan. Pero esto exige un tiempo de tolerancia por parte del *paciente*, en el que debe soportar que muchas veces se lo trate como a un niño en pleno período de aprendizaje de lo que debe y no debe hacer en su vida.

A medida que transcurren los primeros meses, el *paciente* deberá aprender a dominar los impulsos que lo llevan a la droga. Los *profesionales* interpretan estos impulsos como la

necesidad de evadirse del malestar al que lo predispone su estructura de personalidad. Intentan conducir al *paciente* a la reflexión a través de frases como “la adicción es una *enfermedad*, tenés que asumirlo”, “es posible curarse”, “esto depende de vos, poné voluntad”, “tenés que aprovechar lo que se te da”, “tenés que reordenar tu vida”. Inevitablemente estas fórmulas exigen por parte del *paciente* responder a ciertas expectativas de los *profesionales*;[75] entre ellas: que la decisión de permanecer en *tratamiento* es responsabilizarse de sí mismo, que el punto de partida necesario es atacar el *síntoma* a través de la *abstinencia*, movilizando el ejercicio de su voluntad hasta donde puede y aceptando ser controlado desde el exterior para cubrir el margen que no puede por sus propios medios. Pero muchas veces no están en condiciones de hacerlo y la idea que predomina sobre la recidiva o *recaída* es la “pérdida de control”, “el abandono a los impulsos”, la “incapacidad de decir no”, “el descontrol”, “la tentación”; varias maneras de referirse al debilitamiento de la razón que impide emitir juicios prácticos válidos y poseer voluntad.

Con el *tratamiento* se apunta principalmente a una modificación de la conducta que permita en un primer momento controlar los deseos de consumir, para más tarde hacer que esos deseos desaparezcan. A partir de ejercicios permanentes de reflexión se busca el reconocimiento de este deseo y de las situaciones que lo propician, para evitar así las posibles *recaídas* en la droga. Pero este objetivo sólo se alcanza en el momento en que el *paciente* consigue dominar a través de su voluntad los impulsos que lo ponen en peligro. La voluntad se motiva a partir de un acto reflexivo que dé cuenta del valor del esfuerzo, ya que sostener el período de *abstinencia* sólo es posible para quien vislumbre un mejor estado de sí a través de él en un futuro no tan lejano. Aunque parece ser que hablar de dominio interno —condición de posibilidad de la acción voluntaria responsable— en el estado en que se encuentra el *paciente* —muchas veces negado a sostener el tratamiento, otras veces con dificultades para abstenerse del consumo, o también con limitaciones para comunicar sus problemas en el grupo— es casi una ilusión. Por este motivo el *tratamiento* le impone ciertos controles, antes inexistentes, que todavía él no puede autoimponerse.

Pablo relata cuáles son las situaciones que todavía lo predisponen al *consumo*:

> te olvidás un poco los problemas que tenés ... el efecto tampoco te va durar toda la vida, pero estás bien ese momento ... como si te tomás cinco cervezas, después los problemas siguen estando ... es un poco eso ... y todos los días ... y estás todo el día fumando, tranquilo, tomando cerveza, todo una

> re-adicción ... se hace costumbre ... ya después no podés estar "careta" sin fumarte ni siquiera un "fasito" ... y te agarran esas ganas que querés fumarte un "porro", hacer cosas para fumar... y no tenés plata y hacer algo para conseguir plata y fumarte un "porro" ... así como fumarte un "porro" te digo tomarte un "pase" o lo que sea ... entonces es algo de todos los días ... porque vos podés dejar de fumar un año ... pero lo tenés que trabajar y re-trabajarlo, estar bien vos y decir "no, ya fue", y no tener ese pensamiento de "qué lindo, el faso, fumarte uno", tenés que tener un pensamiento que diga "no, es malo"... Sí, es una adicción (Entrevista privada a Pablo, 18 años, lleva dos y algo más en el servicio, 1998).

Por lo que cuenta Pablo su motivación a fumar o tomar drogas está en la búsqueda de sensaciones gratas. Para dejar de hacerlo tiene que invertir la valoración, de lo *bueno* que era hacia lo *malo* que es. Pensarlo como algo malo le posibilitará el desprendimiento de la droga y la modificación de sus acciones, para conducir así sus intereses hacia otro polo, positivo, bueno, que según le han dicho es una forma de vivir mejor. Para aprender el cómo hacerlo permanecerá por un *tiempo* en el *tratamiento*, aunque no sabe cuánto.

## 4.2. El margen

La consideración de una secuencia temporal permite analizar los símbolos rituales en relación al proceso social que abarca al ritual. Dentro de las fases que caracterizan el ritual, Turner describe los aspectos sociales de la liminalidad en la sociedad *ndembu*, señalando que

> ocurre en la fase intermedia de los ritos de pasaje que marcan cambios en el estatus de un grupo o un individuo. Tales ritos comienzan necesariamente con la muerte simbólica o la separación del sujeto de sus relaciones seculares o profanas ordinarias, y concluyen con su nacimiento simbólico o su reincorporación a la sociedad (1974:53)

En tanto el sujeto permanece involucrado en el ritual, el tiempo de la fase liminal —si bien refiere a lo anterior y a lo futuro— adquiere una dinámica propia. El tiempo que transcurre en el "durante" es un tiempo incierto, impredecible en cuanto a su duración. Pero necesario. Los profesionales orientan al *paciente* en relación a cómo debe sobrellevar el *tratamiento* si está a la expectativa de una conclusión feliz. En esta etapa no pertenece totalmente al rango anterior de *drogadicto* y tampoco al que se espera como posterior: *curado*, *rehabilitado*, *ex-adicto*. Está en transición, en *tratamiento*. Las etapas están organizadas por lo especialistas con la intención de procurar "el alta" o "la cura", es una trayectoria progresiva, para acceder al

momento en que la persona podrá prescindir del uso de drogas, y en el ideal, por el resto de su vida. Es a lo que se aspira como objetivo central, luego veremos cuáles son las condiciones bajo las cuales se piensa que es posible.

Para Turner, una vez iniciado el ciclo ritual, los atributos que distinguen a las categorías y grupos en el orden social estructurado se encuentran simbólicamente en suspenso, "los neófitos son meros entes en estado de transición y, por el momento, sin lugar ni posición" (TURNER, 1988:109). Es en este sentido que cuando los *pacientes* hablan de su situación en el Centro de Día definen su lugar como "de paso", ya que la expectativa principal es terminar el *tratamiento* y poder desempeñar las actividades "normales" que en el "durante" les están prohibidas o limitadas. En este "durante", además de imponerse actividades y un orden hacia adentro de la *institución*, también se van otorgando permisos cuando se considera que el *paciente* ha adquirido las herramientas que le posibilitan decir "no" a la droga, como forma de premios y castigos complementarios que hacen a la vez referencia al progreso en el *tratamiento*. Miguel me cuenta que

> en la medida en que vos vas mejorando, y te van dando ciertos permisos, vos te sentís mejor, sentís que estás logrando cosas, que te vas ganando cosas ... y bueno ... la cosa es *saber llevarte bien* y no descarrilarte de vuelta, y saber qué es lo que querés y nada más... (Entrevista a Miguel, 24 años, después de cuatro años de haber concluido el tratamiento con un alta)

El período propiamente de *margen* o *liminal* corresponde al momento en que el *paciente* ya se encuentra a mitad del trayecto. Es allí donde se espera que las prohibiciones necesarias en la fase de *separación* se vuelvan prescripciones reconocidas positivamente por el *paciente*, que a medida que se adoptan internamente conllevan beneficios que lo apoyan en su proceso y lo acercan a la etapa final.

La *liminalidad* en los rituales refiere entonces a ese estado de suspensión en relación a un cambio en la persona, cambio que será promovido en un tiempo determinado en directa relación con valores también determinados, que indicarán su nuevo estatus social. La persona que atraviesa por este período *liminal* debe ser considerada como "una tabula rasa, una pizarra en blanco, en la que se inscriba el conocimiento y sabiduría del grupo, en aquellos aspectos que son propios del nuevo *status*". El ejercicio de pruebas y humillaciones que se presentan en esta etapa no cumplen otra función que la de "destruir" el estado previo, con el fin de "prepararles para hacer frente a las nuevas responsabilidades y reprimirles de antemano para

impedir que abusen de sus nuevos privilegios" (TURNER, 1988:110). La *internación domiciliaria* es representativa de los ejercicios que buscan poner a prueba el interés del *paciente* por el *tratamiento* elegido. En cuanto a las humillaciones no faltan chistes dirigidos a los *pacientes* refiriendo a sus habilidades para convertir cualquier sustancia en *droga* ("ese cócktail es liviano para vos"). El control de las actividades del fin de semana se lleva a cabo con un programa que los *pacientes* escriben los días jueves, lo leen ante sus compañeros y *terapeuta* para obtener la aprobación de lo que ha planificado para sus cuarenta y ocho horas posteriores al día viernes. El lunes se repite la actividad de lectura de aquel programa y se va contrastando con lo que efectivamente hizo el *paciente* en esos dos días. Si hubo alguna modificación entre lo planificado y lo que sucedió, debe ser explicitado el porqué del cambio con argumentos convincentes que no inspiren desconfianza en los compañeros ni en los *profesionales*. Todo el período *liminal* está atravesado por ejercicios de prueba que buscan correlacionar el tiempo que el *paciente* ha permanecido en la *institución* con la implementación de lo aprendido.

La "mentira" es uno de los elementos en juego en las relaciones *paciente-profesional*, *paciente-paciente*, *profesional-paciente*. Que el *paciente* mienta es una expectativa que juega permanentemente en el *equipo terapéutico*. En tanto el uso de drogas es ilegal y evidencia de una *patología*, si el *paciente* consume drogas una vez iniciado el *tratamiento* es de esperar que lo oculte, por temor, por frustración al tener que reconocer que no puede atravesar el período de *abstinencia*, o por manifestar en el hecho de volver a consumir que el *tratamiento* no le interesa. Para los *terapeutas* esto es un indicador de la dificultad para asumir el compromiso de *curarse*. En una medida importante, la eficacia del *tratamiento* se le adjudica a la responsabilidad del *paciente*, y si no se puede asumir con responsabilidad, es dable pensar que no le interesa y no necesariamente que no pueda. La *condición de posibilidad* que permite que el paciente *pueda* llevar adelante el *tratamiento*, en opinión de los *profesionales* es la capacidad de reflexionar sobre sus acciones, reconocer sus deseos, e identificar las causas de ambos para luego con voluntad, sobreponerse a los impulsos. Pero a veces la condición de posibilidad exigida por los *expertos* no se ajusta a las posibilidades reales de los *pacientes*. Hay veces en que se dan situaciones de alianza entre *pacientes* donde fulano le cuenta a mengano que "se fumó un porro",[76] "se tomó una birra",[77] o "se dio un par de saques"[78] con algún compañero, fuera de la *institución*. Si por alguno de los canales (terapia familiar,

multifamiliar, individual o grupal) esto se pone en evidencia, se termina develando la "trasgresión". Aunque también hay situaciones en las que esta complicidad entre *pacientes* se revela cuando alguno o ninguno de los involucrados están ya en la *institución*, y en este caso se confirma que efectivamente "no pudieron".

La *abstinencia* como una de las condiciones principales para la iniciación del *tratamiento* es muchas veces motivo de conflictos entre los actores. En torno a la obligación de no consumir drogas se generan situaciones que promueven la desconfianza en los *profesionales* y en *pacientes* de larga trayectoria. El mantenerse en *abstinencia* es considerado como el aspecto más difícil y es parte del esfuerzo del *paciente* demostrar que lo está sobrellevando de "buena" manera, es decir, a conciencia y con responsabilidad. Pero la duda de fondo sobre si realmente podrá lidiar con la tentación, vuelve un tanto ambiguas las actitudes en relación al iniciado ("dice que no consume, pero yo no le creo", "hace dos años que viene, teóricamente dejó de consumir ... puede ser, pero lo dudo"). En algunos *pacientes*, esto genera reacciones permanentes por la incomodidad de sentir que no se les cree, llevándolos a luchar por poner en evidencia que el progreso es real, que efectivamente no consumen, y que lo hacen por propia voluntad. Esta demostración deberá responder a los parámetros que en la *institución* se consideran demostrativos de un progreso, deberá apropiarse de tales parámetros y codificar su vida a partir de ellos para que allí adentro se le entienda y se le tenga confianza. Esta apropiación por medio del aprendizaje debe ser exhibida en su comportamiento y es precisamente allí donde se evalúa la eficacia del *tratamiento*.

El "desorden" en la vida de un joven ("no tener proyecto", "no conseguir trabajo" o "no tener intenciones de trabajar", "no seguir el colegio") se asocia muchas veces al hecho de estar todavía manejándose con criterios que debería haber modificado a través del *tratamiento*, y es entendido como una limitación que no depende ya de los *expertos*. Ellos han hecho todo lo posible. Pero si el *paciente*, después de un tiempo prudencial, no ha conseguido todavía establecer objetivos de vida, proyectos de acción, aunque ya no consuma drogas, aparece como un "caso fracasado".

Si bien el objetivo principal es el dejar las drogas, las condiciones de posibilidad para que esto suceda están incrustadas en un orden de valores que va más allá del hecho de no consumir. Tales condiciones están en relación con un desempeño social al que el *paciente* debe aspirar como objetivo a cumplir a lo largo del *tratamiento*, al menos es la expectativa de

los *profesionales*. El *paciente* a lo largo del ciclo ritual debe aceptar que vivir sin drogas es una manera de vivir *mejor*. Pero para ello tiene que aprender a *valorar* como *mejor* la alternativa propuesta. En todo aprendizaje es fundamental el tiempo necesario para la internalización. La *salud* es valorada por sus atributos positivos y el proceso de aprendizaje debe estar orientado a este ideal, debe ser deseado para luego ser conseguido. En el deseo se juega la acción que el *paciente* dirige hacia la *cura*, orientado por los *terapeutas*. Esta acción se inicia con la fuerza de voluntad, que también deberá ser aprendida, en el sentido de que constituye un baluarte infranqueable.

Cuando un *paciente* del Centro de Día que lleva tres meses de *abstinencia* pide un permiso para asistir, digamos, a un concierto de *rock*, en la mayoría de las oportunidades le es denegado. Los *terapeutas* reconocen la mejoría del *estado* del *paciente* desde que inició el *tratamiento*, aunque también que esta mejoría puede disolverse en un instante al participar de ámbitos que lo exponen al uso de drogas. El "mundo de la droga" aparece representado por los miembros de la *institución* como un mundo de peligro donde se pierde el dominio de sí, y quien toma el riesgo de entrar en él se expone por completo.[79] Pero tampoco es frecuente que se pidan estas licencias, ya que los iniciados saben gracias a sus compañeros cuáles son las reglas del juego.

Algunos *pacientes* que concurren a la *institución* hace más de siete meses, en una mirada retrospectiva, dicen que "tomaron conciencia" de la *enfermedad* en el primer período del *tratamiento*, a partir de la *admisión* y de la *internación domiciliaria*. En otras versiones, estados de malestar los llevaron a "darse cuenta" de la necesidad del *tratamiento*. En general cuando hacen referencia al "malestar" no se refieren a estados físicos, sino más bien a estados anímicos, de irritación, alteraciones emocionales; para mencionarlos utilizan expresiones como "estaba perdido", "no sabía para dónde salir", "llevaba una vida re-descontrolada", **"**tenía que llenar un vacío", "reconocer que todo es nada", "me sentía re-incoherente", "teníamos conversaciones de locos", "es como atravesar caminos sin salida", "sin verla por ningún lado". En relación a estas metáforas los *terapeutas*, de acuerdo con sus propias representaciones acerca de los síntomas,[80] evalúan la situación del *paciente* y definen un diagnóstico por el cual interpretan que la persona está asumiendo la dificultad de controlarse por sí misma, su falta de auto-dominio. Pero es una falta que no llega a impedirle el cumplimiento de la exigencia institucional una vez reconocida la necesidad de *tratamiento* y

aceptada la ayuda. Dos cuestiones se contraponen: el hecho de proponerse iniciar un *tratamiento*, supone que la persona reconoce paradójicamente que ha perdido el control sobre sí misma y sin embargo, pide voluntariamente ayuda a los *expertos*, con apoyo familiar o por derivación judicial, y por sí misma tiene que, además, aceptar el *tratamiento*.

La situación en que las personas demandan atención exige —desde la visión institucional— para llevar adelante un *tratamiento* eficaz una necesaria restricción de actividades y el desempeño de otras que deberán ser aprendidas, aparentemente como si el *paciente* jamás hubiera tenido control sobre sus actos y fuera efectivamente una tábula rasa. Entre las restricciones está, por ejemplo, la posibilidad de salir solos de paseo. Entre las obligaciones, el orden establecido en la dinámica de las actividades cotidianas. Resulta paradójico buscar que el *paciente* tome "conciencia de su enfermedad" reconociendo que ha perdido la voluntad cuando ésta es la que le permite permanecer en el servicio.

Para los *terapeutas* la voluntad le posibilitará al *paciente* orientar sus acciones una vez que se ha impuesto fines valiosos para sí. Pero una parte importante del valor que pueda atribuirle a algún objetivo personal es parte del aprendizaje de lo que es valioso y de lo que no lo es. Por lo tanto sólo podrá ejercer su voluntad una vez que haya restituido en parte un sistema de valores, es decir, una moral que lo motive a hacer el esfuerzo. En el tiempo de recorrido institucional el *paciente* deberá aprender a recategorizar sus prácticas anteriores a la vez que aspirar a un desempeño orientado a un proyecto personal únicamente posible sin drogas. Este proyecto tendrá que tener objetivos claros, que sólo podrá alcanzar a partir del dominio de sí. Pero si se considera que la persona ha perdido los controles, y no le queda más que una "giroscopio interna",[81] lo suficientemente escondido como para justificar la necesidad del *tratamiento*, ¿qué es lo que le posibilita permanecer en la *institución*? En el servicio se pretende que permanezca por propia decisión, teniendo la alternativa de abandonar el *tratamiento*. Tiene que poseer entonces ciertos autocontroles que le permitan al menos la disposición a seguir asistiendo. Pero ¿qué sucede con quiénes han llegado a un punto en su trayectoria como *consumidores* en el que no pueden ejercer ni siquiera el mínimo de autocontrol que les permita tomar el *tratamiento*? Seguramente no serán quienes demanden atención o llegado el caso iniciarán el recorrido sin poder concluirlo.

El proceso de atención ordenado por momentos progresivos presenta dos instancias de importancia a lo largo de todo el *tratamiento*: las *sesiones individuales* y la *reflexión grupal*.

Los *profesionales* consideran que son las dos actividades terapéuticas en torno a las cuales giran las otras actividades. En ellas a su vez los expertos observan momentos que llevarán al *paciente* a una toma real de conciencia. Para el *paciente* asumir que ya no puede arreglárselas solo es la instancia previa a lo que los *profesionales* llaman "reconocer la *enfermedad*" (una forma de "encontrar el camino"), el primer paso hacia el gran objetivo terapéutico. Los *pacientes* hablan de algo parecido cuando se refieren a "tocar fondo" y poder decir "hasta acá llegué, o me hago tratar o me pego un tiro", remitiendo así a una última decisión para enfrentar la sujeción a la droga. El segundo momento consiste en percibir qué lugar ocupa la droga en su vida, proceso particular del *paciente* en el que el *terapeuta* colabora en la identificación de cuáles son sus contradicciones, cuando habla, actúa o piensa, ya que éstas darán indicios sobre la *patología* que lo aqueja. Asimismo, a pesar del diagnóstico en base a la historia del *paciente* y su situación de consumo, el *terapeuta* intenta no presentar argumentos que no estén motivados por el trabajo interno del *paciente*, es decir, su reconocimiento conciente de mecanismos inconscientes. Para el *profesional* una intervención suya a destiempo puede entorpecer el proceso del *paciente* hacia su mejoría. El tiempo de "espera" como le llaman los *profesionales*, no tiene momento predeterminado, su duración es incierta, no se sabe cuál es el lapso que insumirá el completar este proceso. El ejercicio de pensar y repensar las cosas llevará al *paciente* a visualizar situaciones de su historia personal, que en opinión de los *expertos* están directamente asociadas al consumo de *drogas*. En términos técnicos tales situaciones serán las "ausencias de la figura paterna" o "cuestiones edípicas irresueltas". Éstas últimas generalmente son vinculadas con la situación de las mujeres que usan *cocaína*. Al estar esta sustancia socialmente identificada con lo masculino, la agresividad, la fuerza, la energía, la actividad, el poder, esta droga se instalaría en lugar de lo fálico que posee de igual manera estos atributos. Los *profesionales* coinciden en que las mujeres "sufren una suerte de masculinización" al momento de empezar a consumir, en un desplazamiento del deseo sexual hacia la droga. También reconocen que las mujeres que están próximas al período de *reagregación*, del *alta*, han ido femineizándose paulatinamente.

La *terapia individual* es vista por algunos de los *pacientes* como un espacio privado en el que la confidencialidad juega un papel muy importante. Para otros, es un ámbito de intimidación que no les inspira confianza para contar sus cosas. Esto es así, por ejemplo, para algunos jóvenes que tienen causas judiciales abiertas por haber delinquido. La delimitación de

los espacios privados dentro de este recinto, podríamos decir semipúblico, son diferentes de acuerdo a cada participante y al momento de su trayectoria dentro de la *institución*. Hay quienes me han comentado que la permanencia de *pasantes*[82] en las *reflexiones grupales* los incomoda, diciendo que allí se tratan los "mambos"[83] de cada uno y que por esa razón no están en condiciones de hacerlas públicas ante personas que desconocen. Esto sugiere la idea de ciertos ámbitos de privacidad construidos en los espacios de uso de los *pacientes*, definidos así tanto por ellos como por los *terapeutas*. En cambio, otros han cuestionado el carácter de "círculo masónico" de la *reflexión grupal*, y coincidentemente, son las personas que se encuentran en el último trayecto del *tratamiento*. Creo que parte de esta distinción yace en la seguridad que va adquiriendo el *paciente* "viejo", que ya ha resuelto las cuestiones iniciales del *tratamiento* y que sus compañeros recién iniciados están empezando a intentar, entre esas cuestiones ya sabemos que están el reconocimiento de la *enfermedad*, el mantener la *abstinencia*, tolerar un orden normativo externo, aceptar el disciplinamiento, pensar-se todo el tiempo, reducir las actividades.

Los *pacientes* próximos al período de *reagregación* se desenvuelven en el espacio físico de una manera diferente a quienes están iniciando el *tratamiento*. He podido observar que hacen un recorrido menos incierto por los espacios comunes, mostrando seguridad al tomar los objetos y volverlos a sus lugares sin tener que pensar a dónde habrá que ubicarlos. La misma seguridad se manifiesta en sus interacciones, desatan un sentido del humor que juegan con los *terapeutas*, expresan ciertas características de "liderazgos" que a menudo orientan las charlas hacia conversaciones "reflexivas". Tienen también la autoridad de intervenir oportunamente con comentarios respetados en las conversaciones con sus compañeros, buscando motivar preguntas orientadas a los porqué de determinadas actitudes o reacciones. De la misma manera la lectura de los diarios está atravesada por señalamientos críticos que generalmente provienen de los *pacientes* que concurren a la *institución* desde hace más de un año. Esta es una expectativa, en gran parte cubierta, de los *profesionales* y autoridades *institucionales*, quienes buscan despertar la curiosidad en los *pacientes* sobre la "realidad social que los circunda". Habitualmente las lecturas están guiadas por algún *terapeuta* quien no olvida preguntar si "entendieron", a los fines de explicar las noticias que no hayan sido comprendidas. Generalmente son los *pacientes* "viejos" quienes están en condiciones de hacerlo, ejerciendo así parte de sus roles como "líderes".

Estas actividades y la manera en que se desarrollan cotidianamente a nivel interactivo, ponen de manifiesto cuál es el sentido del aprendizaje. Las instancias del *rito de paso* buscan preparar al *neófito* o *paciente* para que pueda sostener una vida futura sin drogas. Para ello es necesario que adquiera las herramientas útiles que le posibiliten defender su próximo estatus.

Una manera de ir construyendo el ideal de vida futura es en contraposición con las experiencias pasadas. Ya hemos visto que los valores que el *paciente* le asignaba a las cosas y comportamientos deberán ser modificados y reclasificados de acuerdo al objetivo terapéutico. Esto se hace visible cuando los *pacientes* "viejos" relatan sus experiencias anteriores al *tratamiento*. Muchos de ellos han hecho explícito que fue un momento en el que "la droga te domina". Dentro de las reconstrucciones que hacen los actores de la iniciación en el uso de drogas, la motivación principal ha sido la "curiosidad", asociada con la posibilidad de vivir cosas nuevas, sensaciones diferentes, relaciones especiales de amistad, y es frecuente también que señalen la importancia de participar en actividades no aceptadas socialmente, como forma de desaprobar un modo de vida consensuado; y no es visto como algo negativo por la persona que inicia un *tratamiento*, sino que por el contrario: "no cualquiera puede hacerlo", "hay que animarse". Lentamente comenzará a modificar su opinión con respecto a esa elección, acercándola a la noción de *enfermedad* y a la posibilidad de *cura*. Una vez asumida como *enfermedad*, el trabajo personal estará orientado a cómo revertir la relación con la droga y con ello, no sólo prescindir de las sustancias, sino también emprender un "proyecto de vida" con responsabilidad, autodominio y toma de decisiones "correctas".

La propuesta del trabajo terapéutico es pensar las expresiones de los *pacientes* de manera inversa, es decir, se trata de que entienda que el malestar existe antes de la droga, busca aliviarse con los efectos inmediatos y se manifiesta otra vez con su ausencia. Los *pacientes* que ponen el énfasis en "zafar de la droga" viven el *tratamiento* como un intento de encontrar un camino que les permita evitar sensaciones de tristeza y de vacío, "el bajón", "el descontrol" y la desorientación. La manera en que se reflexiona sobre estas cuestiones lleva al *paciente* a asociar paulatinamente la idea de *enfermedad* con el *consumo* de drogas. Una parte importante del esfuerzo de los *terapeutas* es fortalecer los mecanismos racionales y por lo tanto reflexivos —presupuestos como aptitudes— del *paciente*, que se han visto debilitados por su estilo de vida dificultando la toma de decisiones responsables a favor de su integridad física, psíquica y social.

Ahora bien ¿qué subyace a la concepción del uso de drogas como *síntoma* de una *enfermedad*? Los *profesionales* en su mayoría sostienen que se puede hablar de *estructuras psíquicas* que pueden expresarse de diversas maneras y que las *adicciones* son una de las tantas manifestaciones en que aquellas se muestran. Se trata entonces de "problemas de fondo", que siempre tienen directa relación con las estrategias de relacionamiento familiares. La identificación de tales problemas sólo es posible a través de indicadores. El consumo de drogas es un indicador de que hay algo de fondo. Pero cuando el consumo se evita, en su lugar aparecerán las causas profundas que se harán evidentes en comportamientos frente a la vida cotidiana. Si bien la *estructura psíquica* siempre fue la misma, cuando no hay *consumo* se hace visible, por ejemplo, en actitudes que repiten las historias de sus padres en relaciones afectivas, dificultades para emanciparse, resistencias a pensar en llevar adelante un *proyecto de vida* elegido, construido y sostenido por ellos mismos. La teoría psicológica que se aplica supone que una vez reconocido el problema —adicción como manifestación de algo profundo— la persona tiene el deber de luchar contra él en dirección a su bienestar. Para los *terapeutas*, la clasificación de la *enfermedad* como *enfermedad mental* es pensada en términos de estructuras "neuróticas o psicóticas". Pero así como los *pacientes* utilizan metáforas para transmitir sus sentimientos y pensamientos, los *profesionales* deberán hacer lo mismo al momento de ayudar al *paciente* a sobrellevar su *patología* de la mejor manera posible, ya que las *neurosis* y *psicosis* se entienden como estructuras psicológicas irreversibles, aunque controlables. El *paciente* nunca conocerá el diagnóstico que los *expertos* hacen de su persona. Pero aun sin saberlo deberá aprender cómo modificar sus actitudes a partir del pensamiento reflexivo. Así es como salir de la droga, volverse "careta", "cambiar la cabeza", no significa solamente dejar de consumir, sino encontrar la manera de sustituir la función que cumplía la droga con un estilo de vida diferente, que aunque también responderá a su *estructura patológica* de fondo, posiblemente no atentará contra el orden social aceptado ni contra su integridad física.

Pero todo el proceso terapéutico está signado por una dinámica que aunque es progresiva no excluye avances ni retrocesos en relación al objetivo de vivir sin drogas y establecer por fin un proyecto de vida deseable que sea reconocido socialmente. La mayoría de los *pacientes* han conocido las recidivas o *recaídas* a lo largo del *tratamiento*. Quienes toman un *tratamiento* por decisión propia y atraviesan las primeras instancias de reconocimiento de la

*enfermedad*, en las situaciones en que vuelven a consumir drogas, hablan de *recaídas*, a la que muchos *pacientes* entrevistados manifiestan temor sobre todo en el primer período. Para quien lleva un tiempo prolongado de *abstinencia* y *recae* este hecho es traducido en que no ha podido "internalizar" todavía el modo de limitar su conducta, que le permitiría ir sobreponiéndose a la tentación. Los *profesionales* consideran como *recaídas* tanto volver a consumir drogas legales o ilegales en cualquier medida, como tomar un vaso de bebida alcohólica en cualquier contexto. Los *pacientes* que han pasado por esta situación argumentan que cuando se sienten mejor gracias al *tratamiento*, consideran que el consumo puede ser controlado. Pero la imagen de que la "droga te domina a vos" quizás es más fuerte, y la primera idea de que controlará el consumo se disuelve generando entonces sentimientos de culpa al reconocer que "otra vez" fueron víctimas de la tentación. Sobre esto se trabaja a nivel terapéutico y una manera de incitar al *paciente* a "tomar conciencia" es enfatizando la contradicción de que al sentirse bien opta por consumir drogas, padeciendo en consecuencia el malestar de haber hecho lo que no debía. Al poner el énfasis en que los hechos demuestran que no puede controlar el consumo, el *paciente* a pesar de sostener que solamente se tomó un vaso de vino, debe reconocer que ha perdido el control, desde el momento mismo en que aceptó la bebida creyendo que podía controlarla. Y en el caso de que insista en que sí la controló, se le hará notar que "el control" pasa por saber decir "no" a tiempo y no es una actitud que le permita medir la cantidad que consume en un momento dado. Un poco es por esta razón que pensar en *altas terapéuticas* conlleva tantos dilemas. En primer lugar, la posibilidad concreta de que el *paciente* vuelva a usar drogas muestra que el *tratamiento* tiene límites en relación a la *cura*, ya que para conseguirla se necesita de la colaboración permanente del *paciente*, y también que éste haya asumido los intereses terapéuticos como intereses personales: "dejar la droga para siempre", "tener una vida normal", "crear un proyecto de vida".[84] A la vez, esta posibilidad real de que la persona pueda volver a consumir drogas inscribe una lectura sobre las *drogadependencias* como *enfermedades* incurables. Pero si la idea es fortalecer el autodominio para controlar el entorno y tener la libertad de elegir una forma de vida distinta de la anterior, el uso controlado de drogas bien podría ser una elección. Aunque la insistencia de los *profesionales* en entender la *drogadependencia* como el *síntoma* de una *enfermedad* es explícita, no faltan situaciones en la práctica donde se entiende

la *drogadependencia* como *la enfermedad*, entonces la opción por el uso controlado de drogas sólo demostraría que el *paciente* no se ha *curado*.

Los *pacientes* en general no establecen la distinción entre *síntoma* y *enfermedad*. Ellos hablan de la *enfermedad* como la *adicción* misma. Si bien reconocen factores más profundos que los llevan al consumo, el problema para ellos está asociado directamente con el uso de drogas.

> Estaba haciendo cualquiera, utilizaba el trabajo para vivir de joda, me gustaba la noche, las mujeres, la droga ... estaba todo el tiempo de la cabeza... y *me descontrolaba* ... empecé a sentirme mal, triste, bajoneado, cada vez que salía tomaba, tomaba merca, tomaba alcohol ... cuando empiezo a darme cuenta que me sentía mal, hablé con mi tía, le expliqué que estaba en un momento muy difícil y ella me pasó la dirección de acá donde empecé a venir. Aunque ahora, a veces, me voy al boliche y *ahí me enfermo*, me tomo todo el alcohol, voy al puntero, me dice esta es la mejor, me la compro, me la tomo, estoy cuatro días delirando, y no va... (Entrevista a Ariel, 29 años, lleva siete meses en *tratamiento*, 1998. El subrayado es mío).

Ya en el trayecto final del *tratamiento*, quienes han conseguido diferenciarse de los estereotipos construidos sobre los usuarios de drogas como "delincuentes, promiscuos e irresponsables", hablan de una "historia que ya fue", y reconocen contar con las herramientas que les permitirán no repetir las situaciones del pasado. Dichas herramientas son formas de ver y evaluar sus acciones y reacciones para poder controlarlas y ejercer así el propio dominio de sí, predisponiéndose para prescindir del *tratamiento*.

Ariel lleva más de cuatro meses en la *institución* y señala la importancia del Centro de Día en su vida:

> A mí esto me sirve para ordenar todos los días, pero tengo que ser *constante*, porque me doy cuenta que antes yo ponía todo en mi familia, decía que mi familia vivía con kilombo, que estaba todo mal, y cuando empecé a pensar acá junto con los compañeros, que muchos también están como yo, empecé a pensar que bueno ... llegó un momento en que ya no puedo cambiar las historias de mi familia. La única forma en que puedo hacer algo bueno es *curándome* ... (Ariel, 29 años, siete meses en *tratamiento*, 1998, la cursiva me pertenece).

*Curarse* significa para Ariel generar un cambio en él, un cambio que valora como bueno. Podemos pensar que en tanto camino para el abandono de la droga y el estilo de vida que deviene con el uso—y que también lo favoreció—, el *tratamiento* ofrece la posibilidad de un

cambio. Pero deberá ser un cambio radical. En este sentido no se busca que el *paciente* aprenda a controlar el uso de drogas para minimizar los riesgos que implica su estilo de vida, sino que se orienta a modificar el estilo de vida una vez entendido como forma destructiva consecuencia de la estructura de su personalidad. Entonces el vivir sin drogas es una manera de acercarse al ideal de *salud*. Pero no es suficiente. Junto con el abandono de la sustancia la persona deberá rearmar su vida, poniendo el énfasis esta vez en proyectos que le permitan sostener la *abstinencia* hasta hacer desaparecer la tentación. Una parte importante del éxito reside en generar expectativas que orienten sus intereses a otras cosas que no serán ya las drogas.

Si el período *liminal* o de *margen* es atravesado exitosamente, es decir que el *paciente* ha cumplido con las pautas que favorecen la *abstinencia* a las drogas, ha modificado la manera en que veía y conceptualizaba el mundo en el cual se incluía antes del *tratamiento*, se ha propuesto para sí objetivos posibles y está en camino de llevarlos a cabo con *responsabilidad*, entonces entra en el período de *reagregación*, la etapa que cierra su ciclo institucional y lo dispone para su reincorporación a la sociedad como sujeto de derecho, ahora con el mérito de haber "superado el problema de la *drogadicción*". Resulta entonces que el pasaje a través de la secuencia descrita aspira a una finalización exitosa. El *paciente* estará en condiciones de reubicarse en la sociedad, aunque ahora en otro lugar, ya no padecerá el peso de las sensaciones desagradables que acompañan el uso de drogas ni sufrirá el estigma por su modo de vivir.

## 4.3. La reagregación

El último período que define la culminación del ritual es entonces el de *reagregación*. El *paciente* ha cumplido un recorrido en un tiempo necesario y ahora se encuentra en condiciones de restablecer sus actividades sociales como sujeto de derecho. Posee todos los nuevos atributos del estatus adquirido. Está libre de las drogas gracias a haber conseguido mediante la voluntad la imposición del autodominio, esto le permitirá ejercer su autonomía. Sin duda atravesar exitosamente el *rito de paso* es tanto para los *pacientes* como para los *profesionales* un logro importante.

La idea de *recuperación* aparece signada de valores positivos por los *pacientes* que han llegado a finalizar el *tratamiento*. No sólo se ve en ella algo bueno para sí, como mérito de haber podido abandonar las drogas, sino que también se considera un valor de reconocimiento social que se manifiesta en el de los *terapeutas*, quienes pasan a tratar al ex-*paciente* como una persona "normal" una vez que ha atravesado el *rito de paso*.

Es algo frecuente que a pesar de que el *paciente* se encuentre finalizando el período *liminal* y en condición de inaugurar su nueva etapa de *reagregación*, las situaciones institucionales no favorezcan la decisión de extender un *alta*. Acaso el temor a que la persona vuelva a consumir drogas haga que este reconocimiento no se produzca. Es así que el porcentaje de *altas* extendidas en RedA es muy pequeño en relación con los *pacientes* tratados.[85] De todos modos, cuando se extienden las llamadas *bajas laborales* para quienes están en condiciones de dejar el Centro de Día, la valoración es positiva. Pero no se expresa el reconocimiento social como sucede con un *alta*. En algunos casos, en que el *paciente* ha demostrado un progreso que se evidencia en la ejecución de proyectos personales, obviamente el abandono de las drogas, y una actitud reflexiva en relación a sus actos, los *profesionales* evalúan la posibilidad de un *alta* de Centro de Día. Se le propone una participación esporádica en las *reflexiones grupales* y una o dos visitas semanales para la *terapia individual*. La intención es mantener un seguimiento del *paciente* en este período de *reagregación*, brindando un marco de contención que lo acompañe al establecerse en su nueva rutina. Esta consideración contempla el cambio brusco que puede repercutir en forma negativa en el *paciente*, dado que ha estado concurriendo todos los días a lo largo de dos años o incluso más tiempo. No son excepcionales los casos en los que los *pacientes* dejan de asistir en este período, y esas son algunas de las situaciones en las que se dicta una *baja* por deserción.

Por otro lado, hay *pacientes* que concurren desde hace treinta meses y se encuentran lejos todavía del período de *reagregación*. Estos son casos críticos para los *profesionales* ya que a pesar de que el *paciente* no consume drogas, no se encuentra en condiciones de dejar el *tratamiento*. Son aquellos "entes liminales"[86] que podrían permanecer en el Centro de Día hasta aburrirse y decidir abandonarlo. Ellos son quienes no han podido coincidir con el modelo que se presupone necesario para considerarse *curado*.

Pablo tiene dieciocho años. Hace dos años y unos meses que concurre a RedA. Está un poco aburrido de hacer siempre lo mismo. Lo cansan los relatos de los chicos que ingresan.

Desayunar y leer el diario le parece innecesario. Por esa razón habitualmente llega más tarde que el resto de sus compañeros. Pero esto le trae algunos inconvenientes, los *profesionales* le plantean que en esas condiciones no puede seguir el *tratamiento*. Él dice que ya no necesita ir todos los días dado que no consume drogas. Para los *terapeutas*, Pablo no ha conseguido todavía armar un proyecto de vida que oriente sus acciones hacia objetivos específicos cuando deje de asistir al Centro de Día. Pero Pablo insiste que él conoce la teoría de RedA y cree que en unos seis meses más podrá ponerla en práctica. Cuando piensa que su situación aún no vislumbra el *alta*, se resigna a que indefectiblemente está "dentro del sistema":

> por más que quiera salir afuera, ya fue (se ríe), yo sólo sé que no sé nada ... a veces lo vivo en el sentido de que hay que volver a ser el mismo que era antes ... que no me drogaba ... un poco eso ... y mi ideología no me la va sacar nadie ... yo me voy a poder dejar de drogar pero mi ideología la voy a tener ... voy a trabajar, voy a hacer todo bien ... no le voy a hinchar las pelotas a nadie ... no voy a joder a nadie, voy a tener familia y todo, pero mi ideología la voy a tener ... eso no me lo van a cambiar (Entrevista 1998).

De alguna manera los *profesionales* coinciden en que a Pablo lo están criando, es como si fuera un niño: "un poco rebelde pero buen pibe". Reconocen que su evolución no es la ideal, pero que de todos modos es mejor que asista cuando quiere al Centro de Día y no que deje de ir. El tiempo que deberá permanecer no tiene duración predeterminada. Tampoco se puede prever si en algún momento logrará concluir el *tratamiento* habiendo alcanzado los objetivos que institucionalmente se consideran necesarios para extender un *alta*.

El período de *reagregación* comienza cuando el *paciente* ya está en condiciones de conducirse solo por el mundo. Para ello es menester que posea controles internos que lo lleven en buena dirección. Esto significa que la elección de un proyecto de vida tiene que darse a lo largo del período *liminal* para luego poder efectivamente llevarlo a cabo en el período de *reagregación*, sin la necesidad del seguimiento *profesional*. Se trata de que la persona haya "internalizado" los criterios que le permitan actuar controlando sus acciones en función del bienestar suyo y de los demás. Aceptados socialmente, tales criterios son los que ordenan la vida social, clasificando y valorando determinados roles en detrimento de otros. El nuevo estatus de la persona, su nueva identidad, dejada atrás la *drogadependencia*, le permitirá ahora un desempeño competente en una sociedad de individuos libres donde la autonomía será uno de los valores que harán posible su distinción entre otros.

# V. Consecuencias del ritual

## 1. La institución de la salud

Los *ritos de paso* favorecen el cambio de estatus social, en un tiempo determinado pero difícil de predecir, a través de pautas que reafirman el orden social. Pero pensemos ahora cuáles son los dos mundos identificados entre los que hay que tender un puente —simbólico— para *pasar*. Pierre Bourdieu (1993:113) retomó la clásica idea de *ritos de paso* y considerando justamente la línea divisoria que posibilita ese *paso* ha señalado la distinción entre "aquellos que lo han experimentado (…) de aquellos que no lo experimentarán de ninguna manera", instituyendo así una diferencia duradera.

Tanto la *salud* como la *enfermedad* son construcciones sociales que de acuerdo al momento histórico agrupan determinadas prácticas y no otras.[87] El uso de lo que hoy llamamos "drogas" es común en numerosas sociedades, históricamente lo ha sido. En algunas culturas estuvo asociado a rituales religiosos para favorecer las experiencias sensoriales de comunicación con el mundo divino o el universo interior. También han sido utilizadas como prácticas curativas. No era precisamente entendido como algo degradante ni menos todavía como una *enfermedad*. Pero en la sociedad moderna, la distinción entre *salud* y *enfermedad* patrocinada por el desarrollo científico de la medicina, contribuye en gran medida con la identificación de determinadas prácticas como pertenecientes a un campo o al otro. Si bien la explicación última del orden social y natural que primaba en el medioevo era atribuida a Dios, hoy la *ciencia* ha tomado la palabra para responder a los interrogantes, incluso que no han sido pensados por gran parte de la población, como es el caso de los experimentos reproductivos, del desarrollo de la cibernética, del armamentismo, la farmacología, etc. El desarrollo científico definió una línea que separa y delimita el campo de la *salud* y el de la *enfermedad*. Esta diferencia se ha vuelto duradera y no es posible estar *sano* y *enfermo* a la vez. La creación de recintos especializados para tratar a las personas *enfermas* colaboró en la distinción *salud-enfermedad*, al asignar los lugares correspondientes.

Cuando Bourdieu piensa en los *ritos de paso* como *actos de institución* intenta transmitir que en tanto acto de comunicación un acto de institución "notifica a alguien su identidad, pero

a la vez que expresa esa identidad y se la impone, la expresa ante todos" y "le notifica con autoridad lo que es y lo que tiene que ser" (1993: 113, 117). Entonces, el pasaje por una *institución* de *salud* no sólo indica que quienes están allí dentro son un tipo particular de personas, *enfermas*, sino que también les impone el deber de *curarse*, y los diferencia así de quienes no llegan al sistema de *salud*.

En el momento en que la persona llega a la *institución* y describe su historia de *consumo* de drogas, es tratado como un ser *enfermo*, de hecho "no puede dominar su propia vida", "está prisionero de la droga", y como tal debe *curarse*. Debe reconocer el debilitamiento de la capacidad de autodominarse. Pero cuando ha llegado al *tratamiento* el *paciente* no tiene muchas opciones, o busca *curarse* con ayuda de *expertos*, o abandona la *institución* volviendo entonces a su estado de no poder controlar las consecuencias del uso de las drogas.

Los *ritos de institución* tienden a

> consagrar o a legitimar, es decir, a desestimar en tanto que arbitrario y a reconocer en tanto que legítimo, natural, un límite arbitrario; o lo que viene a ser lo mismo, tiende a efectuar solemnemente, es decir, de manera lícita y extraordinaria, una trasgresión de los límites constitutivos del orden social y del orden mental que se trata de salvaguardar a toda costa —como la división entre los sexos cuando se trata de rituales de matrimonio (BOURDIEU, 1993:114).

La diferencia *salud-enfermedad* está en la base de los principios de la sociedad occidental. Es una construcción social más que una distinción natural. También es arbitraria desde el momento en que es preciso delimitar un campo de otro para establecer qué es lo que cada uno de ellos debe incluir. Los conceptos de contaminación y tabú, estudiados por Douglas consideran lo arbitrario de estas clasificaciones. Tales conceptos remiten a las ideas de suciedad y de higiene que responden a clasificaciones necesarias para ordenar el entorno en el que se vive, en sí mismo poco ordenado (1973:17). Si pensamos la *salud* y la *enfermedad* como categorías sociales prácticamente construidas a lo largo del tiempo, debemos entonces detenernos a considerar cuáles son los valores sobre los que se sostiene esta distinción y de qué manera estos valores son representados por los actores.

Hemos visto que el *tratamiento* está rodeado de prohibiciones y prescripciones con el fin de obtener finalmente un estado saludable: corporal, mental y emotivo. ¿Podríamos entender entonces que en tanto ritual, el tratamiento instituye la *salud*, que como ideal se considera un campo sagrado, inviolable y al cual se aspira? Para Durkheim,

> el ser sagrado, en un dado sentido, es el ser prohibido, al que no se osa violar; es, en tal sentido, el ser bueno, amado, ansiado (…) El objeto sagrado nos inspira, si no el temor, al menos un respeto que nos aparta de él, que nos coloca a distancia; al mismo tiempo, es motivo de amor y de deseo, es decir, provoca en nosotros una tendencia a aproximarnos, a acercarnos (DURKHEIM, 1951:138, 158).

La Organización Mundial de la Salud en 1956 ha definido la *salud* como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de *enfermedad* o de una dolencia". Podríamos pensar que así definida, la *salud* es un estado ideal, y en tanto tal es a lo que se aspira, aunque concebido como un estado de absoluto "bienestar" es también inaccesible. En coincidencia con Durkheim, Douglas remarca que lo sagrado "debe estar continuamente circundado de prohibiciones" que favorezcan su integridad (1973:38). En este sentido me arriesgo a pensar que la *salud* se ha construido como campo sagrado, deseable aunque circundado de prohibiciones.[88] ¿Pero sobre qué se erigen estas prohibiciones si no sobre un sistema de clasificaciones previo que posibilita valorar lo *bueno* en desmedro de lo *malo*, lo deseable en desmedro de lo indeseable? Este conjunto de valores y normas que constituyen la moral dominante de un pueblo en un tiempo, es el que sobrevive en las instituciones. De acuerdo con la lectura que hace Taylor de Bourdieu (1991) "una de las maneras en que las reglas pueden existir en nuestras vidas [es] como «valores hechos carne»", es decir, el sentido y la afinidad que se les da a las reglas está "en nuestra comprensión no formulada, encarnada" (1997:237) . Estos valores compartidos de fondo son los que brindan el marco de significaciones principal sobre el que se intentará dirigir la *cura*.

Durkheim entendió la moral como un sistema de normas de conducta que se emplean a través de máximas para prescribir cómo debe conducirse una persona en determinadas circunstancias. Le atribuyó a estas normas una autoridad por la cual ordenan e imponen la obligación de ser obedecidas. Para Durkheim la obligación o el deber no se actúan sólo por imposición, sino que tiene que presentarse algo del orden de lo *deseable* para que la obligación se vuelva acto. Este *deseable* es el *bien* (1951:136-137). Coincidentemente, Turner aduce que el ritual es precisamente un mecanismo por el cual periódicamente se convierte lo *obligatorio* en *deseable* (1988:62). Pero veamos de qué manera un tratamiento de atención a *drogadependientes* genera el *deseo* por *la obligación de curarse*.

# 2. Persona y salud

Determinado comportamiento que ha atravesado los límites morales exige que las personas modifiquen sus formas de vida en base a las categorías consensuadas, restableciendo así el orden. Dentro de estas categorías encontramos las distinciones históricas entre *salud* y *enfermedad* y el proceso de *curación* que mediatiza entre ambos estados. Como en todo proceso ritual, quienes inician al neófito o *paciente* (en nuestro caso, *médicos* y *psicólogos*) se encargan de protegerlo a lo largo de la experiencia de las tentaciones o decisiones peligrosas; tentaciones y decisiones que frenan la restitución del orden moral —hasta el momento perdido— y la reincorporación del *paciente* a la sociedad como ciudadano responsable. Pero mientras tanto, el *paciente* necesita el *tratamiento* para recuperar su *voluntad* frente a la tentación, así como su capacidad de tomar decisiones con responsabilidad tanto individual cuanto social, con el fin de no desafiar el orden prescrito que condena legal y moralmente el uso de drogas como *delito* y *enfermedad*.

El *tratamiento* como *rito de paso* instituye la diferencia radical entre *salud* y *enfermedad*, la reafirma poniendo en evidencia qué se considera en cada una de estas clasificaciones. La *institución* es un lugar al cual no accede cualquier persona, sino individuos diferenciados y distinguidos de otros individuos por la marca de la *adicción*, entendida por los *expertos* como *síntoma* de una *enfermedad*. En la *institución*, el tiempo de permanencia es concebido inevitablemente como un tiempo progresivo, que va en una dirección: la *cura*; y es un deber, tanto para *profesionales* como para *pacientes* hacer todo lo posible para llegar a buen destino. Para alcanzar este objetivo, las prohibiciones que circundan el campo de la *salud*, son explicitadas a lo largo del *tratamiento* bajo el supuesto de que la persona que ha emprendido su pasaje por el Centro de Día se encuentra padeciendo un debilitamiento del dominio de sí. Este debilitamiento es el que lo predispuso a la *adicción*, que a su vez, a modo de círculo vicioso, lo condena a perderla para siempre, a menos que él mismo *decida* revertir la situación. Desde ya, no ha perdido totalmente su autocontrol y la evidencia está en la decisión de permanecer en *tratamiento* para dejar la droga con ayuda de *profesionales expertos*. Castel y Coppel señalan que

> si bien es cierto que la droga como problema social se plantea a partir del momento en que se desarrollan desregulaciones que amenazan las regulaciones

> dominantes, la toma de conciencia de este peligro exige la movilización de medios específicos para combatir el riesgo de su propagación. Dicho de otro modo, los *heterocontroles* se vuelven necesarios (…) El toxicómano no es un "simple" consumidor de drogas. Es un consumidor que no administra o ya no administra su consumo. Llegó a un punto de su recorrido en que ya no enfrenta una multitud de problemas insolubles que le plantean su cuerpo, su entorno, su falta de recursos para comprar los productos, etcétera. Por lo tanto él mismo se halla en situación de fractura, pidiendo un sucedáneo de lo que puede movilizar él mismo —autocontroles— y de lo que su entorno puede movilizar de una manera informal alrededor de él —controles societarios. Es alguien que pide *heterocontroles*. (1994:224-225)

La propuesta de *tratamiento* institucional, que insiste en volver lo *obligatorio* en *deseable*, tiene una base sobre la cual los actores hacen la práctica. Esa base no es la ausencia absoluta de moral, por el contrario, los valores que le dan contenido a la moral que se propone descansan en aquellos principios que precisamente posibilitan su revaloración, allí se produce la re-institución de la moral marcada por los parámetros institucionales, que no son otros que los sociales determinados por un proceso de siglos que nos anteceden, lo que Bourdieu llamó "la aplicación milenaria de principios [*schèmes*] de percepción y de acción" (1991:32).

En el servicio de atención nos encontramos con que la resignificación de una moral que restablezca el orden, apela a las capacidades atribuidas socialmente al individuo moderno: es el sujeto con iguales derechos que otros, que posee una identidad y debe desarrollar conductas responsables, visualizadas a través de un proyecto de vida que *debe* construir (Cf. HELER, 1998).

Si consideramos la noción de persona en la modernidad como centralizada en la idea de individuo, quizá podamos entender cuáles son los ideales de acción que socialmente predominan en el "deber ser" que debe estar internalizado y operante en el momento de la reagregación.

Me interesaría contraponer aquí los atributos al individuo moderno (ideal) con los atributos al usuario de drogas:

| INDIVIDUO MODERNO (IDEAL) | DROGADEPENDIENTE |
|---|---|
| 1. sujeto con igual derecho que otros sujetos | 1. un sujeto con derechos restringidos |
| 2. posee una identidad deseable, valorada | 2. posee una identidad estigmatizada, |

| | |
|---|---|
| positivamente | deteriorada, indeseable |
| 3. es responsable | 3. no puede asumir sus responsabilidades |
| 4. tiene un proyecto de vida porque posee la capacidad de construirlo | 4. no tiene proyecto de vida, ni puede construirlo siendo drogadependiente |
| 5. puede manejarse por sí mismo, es libre, autónomo | 5. no puede manejarse por sí mismo, necesita de la droga |

El individuo moderno como modelo ideal de persona se vuelve indudablemente un valor deseable, para ello existe en tanto ideal.[89] Pero para que este modelo se vuelva deseable es necesario que sea valorado como mejor, es decir, que los atributos que se le han dado sean lo suficientemente persuasivos como para "decidir" acceder a él. Entonces, siendo entendido como "mejor" que otras opciones, el interés de la persona tendrá que atender a cómo conseguir llegar a este ideal, es decir, a lo que debe ser. Pensemos entonces de qué manera se juegan estos valores que orientan las prácticas. Bourdieu (1991) ha trabajado este punto en su conceptualización acerca del *sentido práctico,* en el que un *habitus* ordenador orienta acciones no racionales a través de *estrategias escogidas* por los agentes sociales como parte de un *sentido del juego* que los precede y constituye a la vez que son constituidos. La práctica no está necesariamente caracterizada por decisiones racionales, calculadas, medidas. En este sentido el autor propone pensar justamente el momento que precede a la adhesión o no a una regla social,

> la incertidumbre y la vaguedad del hecho de que tienen por principio no unas reglas conscientes y constantes sino principios (*schèmes*) prácticos, opacos a ellos mismos, sujetos a variación según la lógica de la situación, el punto de vista, casi siempre imparcial, que ésta impone, etc." (1980:31).[90]

Es allí donde se juega el tejido social, ya que para que sea posible seguir o transgredir una norma es necesario ser parte de la estructura que la contiene, podría decirse que no hay posibilidad de jugar fuera del orden establecido. Pero el momento intersticial, que puede poner en cuestionamiento ese orden, es el que definirá la historia a través de la práctica viva de los actores. Justamente allí, la cualidad de poner en duda —aunque no siempre en forma conciente— la autoridad de las normas, hace que el sujeto promueva cambios y a través del ejercicio introduzca alternativas en la historia. Esto significa que existe una relación recíproca entre la regla y la acción, siendo que la acción no proviene sencillamente de la regla sino que

también la transforma, proyectando siempre un futuro con cierto grado de incerteza (Cf. TAYLOR, 1997:234).

Si el ideal se vuelve un deber deseable, en la práctica los actores siguen las reglas a través de un entramado que permite usarlas y recrearlas. La persona *drogadependiente* debe dejar de serlo, y para ello no sólo es necesario que abandone el uso de drogas sino que aspire a un modo de vida sostenido socialmente en su autonomía y su buen criterio. Pero también puede no hacerlo. Esto quiere decir que queda prisionero del estatus estigmatizado en el que socialmente se encuentra, o que puede optar por una alternativa de vida no contemplada en el modelo de atención, como por ejemplo, un uso controlado de drogas. Pero que haga una u otra cosa, muestra su libertad, y también como consecuencia la responsabilidad por su elección.

Para sostener el *tratamiento* y creer en él hay que redefinir una moral, es decir, reafirmar diferencias permanentemente que provean los criterios para evaluar los actos cotidianos en la sociedad. Asimismo estos criterios valorativos —moral— que instituyen diferencias —por lo tanto orden— se ven incrustados en nociones específicas de persona.[91] A partir de ellas se puede llevar a cabo una tarea sanitaria fundamentalmente simbólica, a fin de promover el *alta* o la *cura* en lo que respecta a las llamadas *adicciones*. En este sentido quisiera retomar a Mauss cuando dice que "la esperanza es un hecho en que la emoción, la percepción y más concretamente el movimiento y el estado del cuerpo, condicionan directamente el estado social y se ven condicionados por él" (1979:287). La esperanza como expectativa de algo deseable, está presente en todos los actores. Puede diferir el objeto de la expectativa, en tanto se puede esperar la *cura* o la sentencia favorable, pero la motivación permanece: estar a la espera de algo que marca una diferencia entre el antes y el después de atravesado ese ciclo. Esto supone algo más que la "razón" para echarse al movimiento. El haber adquirido una "conciencia de enfermedad" y estar dispuesto a "curarla" no descansa solamente en el "pienso, luego existo", hago, controlo, determino; y muchas veces la sola consideración de la razón como único capital eficaz de acción sobre el mundo no es suficiente para las propuestas asistenciales dirigidas a modificar patrones de conducta.

Giddens ha señalado que uno de los atributos de la modernidad es la *reflexividad* como característica definitoria de la acción humana (1994:45). Quizás debiéramos relativizar este concepto a la luz del planteamiento por el cual las prácticas no son permanentemente

reflexionadas como mecanismo previo a la acción. Pero tampoco hemos de negar su protagonismo a través de las representaciones que existen en una sociedad o un grupo sobre sus propias prácticas. El *tratamiento* desde el momento en que está diseñado y dirigido para obtener *cambios* de conducta y estilos de vida, debe apelar como estrategia principal a la capacidad reflexiva de los actores, es decir, al control conciente y racional de sus acciones,[92] el autodominio. En tanto *rito de pasaje* curativo, el objetivo sólo es posible eliminando las drogas que se consideran inhibidoras de los procesos del pensamiento. Es curioso ver que los *pacientes* utilizan expresiones como: "estaba re-loco", "era un descontrol", "estaba de la cabeza", "me fallaban jugadores", "había pirado", "estaba limado", para referirse a los estados físico-emotivos que les provocan las drogas. Pero lo particular de estas metáforas es que todas aluden a estados mentales de pérdida de control de los actos, de los pensamientos, del tiempo y el espacio. Aunque no deja de sorprenderme que estas expresiones vengan cargadas de un sentido positivo, que creo es en parte el "mérito" de haber provocado un *desafío* al orden general, que presenta un sujeto como pensante, racional, auténtico y autocontrolado, que dirige sus acciones hacia objetivos de progreso, y siempre está ubicado temporal y espacialmente. Este orden normativo desafiado es el que, de acuerdo con Douglas, busca restablecerse a través del ritual. Pero ¿acaso el usuario de drogas no ha tomado el ideal principal del individuo moderno que propone un ser autónomo capaz de elegir su estilo de vida cuando optó por el consumo de drogas entre algunas otras alternativas en la sociedad?

## 3. El *trasfondo* del ritual

Marcel Mauss (1979:309) nos introdujo ya en la historia de las nociones de "persona" —como una de las categorías del espíritu humano— que han ido predominando en diferentes momentos. Su estudio sugiere que los valores que se le atribuyen a determinado sujeto social en una época son construcciones sociales, ideales, a partir de las cuales se orientan expectativas y demandas sociales. Esta noción de persona está "equipada en el fondo de la moral de que se deduce", signada por los valores y normas que la caracterizan.

De acuerdo con Díaz Duarte, la noción de persona que prima en la modernidad supone rasgos comunes para la época, pudiéndose percibir ciertos campos de continuidad a la vez que líneas de fractura que permiten entender mejor el sentido dado sincrónicamente

(1991:60). Pero considerando la heterogeneidad entre los seres humanos y la diversidad de situaciones, vemos que algunos de estos rasgos se comparten indiscutiblemente, otros priman sólo como ideal, y a la vez, se van creando alternativas en la práctica que no pueden clasificarse de pleno en el ideal aunque tampoco son completamente ajenas a él. Son resignificaciones prácticas de las reglas sociales.

Si bien el modelo de persona en la actualidad es el individuo autónomo, autogestivo, narcisista, libre, con igualdad de derechos, la vida que se teje en la práctica regenera códigos en movimiento continuo, crea sentido en contextos específicos, ideales acordes con esos contextos y ubica al sujeto en dilemas cotidianos que reclaman resolución.[93]

Cuando pensamos en la noción moderna de autonomía, sin duda nos referimos a un ideal presente en el *ethos*. Pero este puede manifestarse de maneras diversas en diferentes contextos, o bien, aplicarse sin la lógica racional con la que el concepto es construido a través de representaciones. Como señala Díaz Duarte (1988:12)

> se supone que hay un modo de ordenamiento de valores, de construcciones de identidades sociales que es propio de la cultura que corporeiza la Modernidad. Ese ordenamiento de valores y construcción de identidades se centra en una concepción particular de Persona que se da en llamar "el individuo" y que sintetiza una serie de peculiaridades o singularidades de la cultura en que se asienta el discurso antropológico (...) Esa cultura está montada sobre una concepción de Tiempo lineal, progresivo, en que, justamente, el "cambio social" se instaura como tema y valor.[94]

El *tratamiento* desde el momento en que pretende un reordenamiento de valores a la vez que el fortalecimiento de identidades socialmente aceptadas, tiene un carácter moralizante fundamental.[95] Esto se pone en evidencia con los nuevos patrones de valoración que se le ofrecen al *paciente* como alternativa a los que poseía hasta el momento de ingresar al Centro de Día. De más está decir que se parte de la base de que todos están en condiciones de tomarlos en tanto son sujetos racionales y reflexivos.

Tres aspectos fundamentales involucra el *tratamiento* que he interpretado como *rito de paso*: (1) el cambio identitario a través de (2) un tiempo de recorrido en (3) un lugar determinado. El primero en tanto "cambio social" se afirma en "el individuo" sobre la noción moderna de persona. El individuo moderno, la persona, está signado por la libertad como rasgo distintivo, y a la vez ésta es un patrimonio potencial (ideal) que en la práctica requiere aprendizaje y se manifiesta como ideal de autonomía: intelectual, moral y personal.

La *autonomía intelectual* es la que llevó al desarrollo del saber científico en aras del dominio de la naturaleza y la organización racional de la sociedad. Este campo intelectual de la autonomía supone que

> el individuo puede y debe pensar por sí mismo, y como resultado de ese aprendizaje podrá después determinarse a sí mismo también en su acción. Mientras tanto debe obedecer, pero la duración de ese "mientras tanto" no está definida, depende del progreso (HELER, 1997:1)

La *autonomía moral* se diferencia por consistir en el control de la propia conducta a través de la imposición del cumplimiento de normas compartidas. Tanto la autonomía intelectual como la moral suponen que la persona instrumenta el pensamiento para poder decidir cuestiones sobre su propia vida, así como para elegir la dirección que le dará a la misma, esto es, el ejercicio de la autonomía personal. Pero estas opciones requieren ser restringidas en función de las libertades de los otros individuos. Éste es el único límite a la autodeterminación personal. La tercer vertiente de la autonomía moderna, la *autonomía personal*, es la posibilidad de autodeterminarse con respecto a la forma de realización individual y así "revelar una identidad única e irrepetible" (HELER, 1997:4).

Se supone que el *tratamiento* se dirige a promover la *salud* de los pacientes. Pero ¿cuáles son los parámetros con los cuales se piensa este "bienestar"? Podría considerar que son los que han designado las cualidades del individuo moderno, manifiestas en el autocontrol, la reflexividad y la realización personal. En este sentido, una vez que se adhiere a un modelo —al que se apunta indefectiblemente con el *tratamiento*—, el progreso es interpretado en relación a la mayor o menor distancia que exista entre la vida concreta del sujeto y el ideal deseable. El ideal de *salud* sólo es accesible a través del ideal de individuo. Pero ¿es posible desempeñar la libertad, la responsabilidad y la autenticidad en un medio determinado por limitaciones sociales de índole estructural?

# 4. Siguiendo una regla

Había llegado a RedA por vía del juzgado. En una oportunidad expresó que su expectativa principal estaba en la valoración del *tratamiento* por parte del juez para que jugara a su favor al momento de dictar una sentencia que podía dejarlo en libertad. Pero cuando este interés fue

enunciado, provocó en algunos integrantes del grupo y en los *terapeutas* una reacción de molestia e incomodidad que se tradujo en gestos e interjecciones. Para él no parecía fácil seguir con el *tratamiento*, aunque a pesar de ello seguía adelante, con algunas estrategias para evitar a veces participar de actividades —aduciendo que tenía dolor de cabeza, de estómago—. Me contaba que se aburría y que no era un lugar donde podía sentirse cómodo ni tener confianza en los *profesionales*, porque estaban en directa relación con el juzgado. No participaba mucho de las charlas a la hora de la *reflexión*, y cuando le pedían que emita una opinión, se plegaba a lo último que había escuchado de algún compañero y repetía un argumento con el que no se hallaba muy comprometido. Pero conseguía ocupar un lugar y desempeñar más o menos el rol esperado. Las preguntas de los *psicólogos* a veces lo irritaban, y en sus gestos se veía que intentaba controlar reacciones de malestar. Pero no siempre lo conseguía. Aquella mañana se había molestado porque su *terapeuta* le dijo algo que no le gustó, y le contestó de un modo no aceptado por el *profesional*, quien recurriendo a las normativas del *contrato*, le advirtió que le impondría una sanción.

Al día siguiente, nos informamos de que el día anterior había habido un "atentado" que consistió en un vaso con una colilla de cigarrillo encendida que fue arrojado por alguien al techo de tergopol del depósito de las historias clínicas, provocando el incendio parcial de algunos papeles. Él no había asistido. Se interrogó a los que estaban presentes, pero ninguno de ellos dio pistas sobre lo sucedido. Los *terapeutas* recordaron que en otra oportunidad él había dicho que si lo "echaban de RedA, quemaba todo". Para él ser expulsado de la institución significaba perder la última posibilidad que tenía de eludir la cárcel. Una vez caída la sospecha de "culpable" sobre él, los *profesionales* discutieron sobre la medida a tomar. El *contrato* estipula que ante una situación de estas características los *profesionales* tienen el derecho de expulsar al *paciente*. Pero cuando se releyó el contrato y se verificó que esta era la medida correcta, una suerte de pánico promovió el silencio. Los argumentos en contra de la expulsión se fundaban en el miedo a ser amenazados o víctimas de violencia. Se discutió bastante. Esa semana el *paciente* no apareció. Tampoco se comunicó a pesar de haber recibido en su casa algún mensaje telefónico por parte de RedA, fortaleciéndose las sospechas de que había sido el ejecutor del incendio. A la semana siguiente volvió y atribuyó las razones de su ausencia a los días que había estado trabajando con su madre. Tomó su lugar como de costumbre. De aquello no se habló.

La expulsión como la regla explícita ante este incidente, traería consecuencias (¿reales, ficticias, posibles?). Pero la decisión de no aplicarla también las traería. Todo lo que en esa decisión se hallaba involucrado no es posible saberlo a ciencia cierta. ¿Cómo saber entonces si la decisión finalmente tomada fue la correcta? El *trasfondo* del que habla Taylor, lo que se da por garantizado, es lo que permite la comprensión, "aquello sobre lo que nos apoyamos, no es el *locus* de las cuestiones resueltas" (1997:223). Precisamente es lo que en la práctica, no puede ser articulado racionalmente, ya que en el momento en que se atina a una articulación conceptual de un conjunto de acciones, situaciones, experiencias, indefectiblemente formamos representaciones que por ser justamente re-presentaciones, sufren esa suspensión que elimina el tiempo y espacio involucrados, dos coordenadas fundamentales para la acción. Él sabía que si volvía sin hacer referencia a lo sucedido nadie podría preguntarle directamente por qué había tirado la colilla. Si no volvía, no sólo corría en desventaja porque la deserción no era nada bueno para su causa penal, sino que también podía ser indicio de que lo había hecho. Los *psicólogos* y *psicólogas* sabían que si aplicaban el contrato podían desatar consecuencias indeseables. Pero tampoco estaban seguros. La distracción jugó a favor al no tocar el tema por un tiempo prudencial, una forma práctica de maniobrar las reglas explícitas. Los *profesionales* no saben explicarme qué fue lo que sucedió finalmente con el tema del incendio y el supuesto responsable. Pero seguido de este "no sé, pasó", vienen los comentarios que dicen que tres semanas más tarde del incidente, el *paciente* fue llevado preso cuando tomaba cerveza en la esquina de su casa: "no podía terminar en otro lado".

*Pacientes* y *profesionales* generan códigos permanentes para interactuar, en este caso el silencio fue un acuerdo convenido. Quizá cuestionan desde la no toma de decisiones o desde cierta ambigüedad, un orden establecido. Algunos pugnan por beneficiarse de mantener determinado esfuerzo, y por cierto han tenido que aprender cuáles serán los beneficios que justifiquen esforzarse. Tanto los *profesionales* han tenido que aprender que lo que hacen es por el bien de los *pacientes*, como los *pacientes* que lo que los *profesionales* hacen es en función de su bienestar. Pero volvemos a un tema ya introducido: hablar de beneficios implica que hay ciertos parámetros por los cuales puede entenderse que algo es mejor o peor que otra cosa. Son clasificaciones que permiten valoraciones, que a su vez están sostenidas y sostienen ideales de acción, prácticamente regulados.

# VI. Un modelo para comparar

Si bien las instituciones mantienen un diálogo muchas veces tácito con el pasado que las propicia, también lo hacen con las instituciones coexistentes de la época. La diferenciación de puntos de vista con respecto a cuestiones particulares —en este caso el "consumo de drogas"— no conviven socialmente ignorándose entre sí, por el contrario, se definen en una relación mutua que tiende a fortalecer las nociones específicas con las cuales se comprende y aborda una problemática social en un momento dado. Este diálogo entre posiciones diferentes disputa cierto campo de acción, buscando legitimidad y permanencia.

Hemos visto en los capítulos anteriores de qué manera se intenta ayudar a un drogadependiente desde una perspectiva peculiar que envuelve y orienta la ejecución de un *tratamiento*, de tal manera que la frontera entre la *enfermedad* y la *salud* se ve mediatizada por un ritual. Este modo de abordar el problema dialoga y discute con otras posiciones, no siempre explícitamente. Si consideramos una de las lecturas alternativas quizá podamos entender mejor cuál es el lugar en el que socialmente se sitúa esta discusión con respecto al tratamiento de las drogadependencias. Particularmente, tal consideración nos permite clarificar cómo la noción de persona, el individuo moderno, está implicada en el modelo estudiado como eje conductor del *tratamiento*.

* * *

> La exposición se inicia cuando el médico sanitarista dice: «les voy a hacer una pregunta a todos ustedes, les pido que me contesten en verdad. ¿Alguno de ustedes ha fumado tabaco en los últimos seis meses?». La mitad o más de la platea levantamos la mano. «Y alguno de ustedes ¿ha probado algún tipo de alcohol en ese tiempo?». El 90% del total alzó las manos. «Entonces me siento muy confortable porque estoy ante un público usuario de drogas». Provocó una irrupción de risas. Más de uno esperaba que preguntara si alguien había usado algún otro tipo de droga, lo noté en los comentarios que me rodeaban y fue también una expectativa personal (III. Jornadas sobre SIDA y Drogas, 1997).

Las cuestiones vinculadas a los usos de drogas se ven atravesadas desde hace un tiempo por un debate que gira en torno a las nociones de "riesgo" y "daño". Las dos perspectivas que parecen definir hoy la discusión se centran en un énfasis diferente en cuanto a la *autonomía* del individuo moderno.

Hasta la década de los '80 las políticas dominantes privilegiaron formas de tratar el llamado "problema de la droga" en términos —podríamos decir— "epidemiológicos". Desde esta concepción se entiende la "droga" como un mal externo al individuo, que lo "ataca" y lo domina poniendo en *riesgo* su vida. En este sentido podemos reconocer el "modelo americano" que desarrolló sistemas de aislamiento forzoso para evitar la exposición de la persona a las drogas. Las primeras experiencias en comunidades terapéuticas del mundo son las que se basan en la asistencia absoluta —internaciones— como condición para un *tratamiento*. La noción de persona que subyace a este modelo remite a un individuo desprovisto de controles internos, condición que lo predispone al uso descontrolado de drogas y le impide responder a formas de asistencia sin internación.

En contraste, las posiciones que hoy polemizan con esta perspectiva señalan la necesidad de recuperar a un "sujeto de derecho",[96] reivindicando así la capacidad humana de controlar los daños consecuentes mediante una visualización de riesgos implícitos en la práctica, un consumo controlado de las sustancias psicoactivas o bien un uso responsable de las mismas. Desde esta posición se intenta dialogar con un sujeto autónomo, que posee las capacidades personales que el mismo sistema social propone como ideal. Un individuo que decide cuál es la forma que elige para vivir y que tiene la capacidad de autocontrolarse, si bien en situaciones específicas no sepa realmente como aprovecharla. Se trata de las políticas de "reducción de daños". Tienen sus orígenes en

posturas que se ven ya en los años ‘20. Los argumentos médicos planteaban entonces que la privación de drogas para el usuario era demasiado costosa, en tanto no se hubiera desarrollado algún método de cura eficaz. En 1935, en una granja de rehabilitación forzosa en Lexington, se observó que la prohibición del uso de opiáceos provocaba importantes lesiones en el adicto al atravesar períodos de abstinencia. En la Inglaterra de 1958, los programas de suministro de heroína y morfina en forma gratuita se basaban en la convicción de que ninguna prohibición podía evitar el uso de drogas. Desde este punto de vista, la distribución gratuita podría controlar la calidad del producto, evitando muertes por adulteración y delincuencia.[97]

Con la aparición del VIH en forma extendida, estos planteamientos se retoman. Se reformulan en vinculación a la reducción de daños específicamente asociados con la pandemia. La iniciativa tomó fuerza considerando la frecuencia de transmisión del virus por vía sanguínea, fundamentalmente en usuarios de drogas inyectables. Se pensó entonces en políticas que permitieran reducir los perjuicios provocados por las prácticas de los usuarios. Son emprendimientos que surgen en Europa, ya que allí una de las drogas de uso frecuente es la heroína inyectable. Se implementaron recursos como distribución de jeringas descartables y metadona[98] en poblaciones de usuarios de drogas predominantemente intravenosas. En estos programas de sustitución de una droga por otra menos dañina es donde divergen las concepciones en relación al tema “drogadependencias”.

Las posiciones que defienden los tratamientos de asistencia terapéutica al usuario observan que las políticas de *reducción de daños* son derivadas de la “la teoría biológica” poniendo de relieve una condición fisiológica, hereditaria o adquirida que predispone a algunas personas al uso de drogas. Tal condición, en torno a la cual una persona es vulnerable a la dependencia, volverá entonces irreversible su *adicción* (DE DOMINICIS, 1997:33). Pero la diferencia en la que se definen estas dos perspectivas está en que los tratamientos llamados “abstencionistas” consideran que el drogadependiente ha sufrido la pérdida de su autonomía y ello le impide controlar los impulsos que lo llevan a la droga. Las políticas de asistencia dirigidas a reducir los daños consecuentes, por el contrario, entienden que el uso de drogas supone un estilo de vida libremente elegido, pero que conlleva riesgos indeseables que deben ser

controlados o disminuidos por propia decisión. Todo estilo de vida parecería por ende contener peligros y riesgos cuyo conocimiento permite resguardarse contra ellos en alguna medida.

El debate vigente se desarrolla entonces en términos de "estrategia" y desde dos énfasis sobre la idea de individuo moderno. Las políticas de *reducción de daños* ponen el acento en que al ser la toxicomanía una práctica social multidimensional, "el toxicómano sigue siendo un individuo social que tiene vínculos con sus vecinos, con una familia, con un o unos *partenaires* afectivos o sexuales, a menudo con colegas de trabajo, con grupos de pertenencia tales como un club deportivo, con un círculo de amigos para diversiones y salidas, con un sindicato, etcétera". Desviando el acento de lo que produce la droga en relación a lo físico y psicológico, y considerando aspectos de involucramiento social, es posible reconocer entonces que no es exactamente de autocontroles de lo que carece el consumidor de drogas. La evidencia está en que éste debe conducirse administrando, mal que mal, su práctica de consumo en función de las circunstancias de su vida. Por otro lado, el hecho mismo de conseguir el producto y manejar las dosis le exige controles (CASTEL & COPPEL, 1994:227 y ss.). Esta perspectiva sugiere una revisión de las representaciones que han sido construidas sobre el "fenómeno" de las drogas.

Son dos los paradigmas dominantes sobre las "drogas": el *modelo jurídico-represivo* y el *modelo sanitarista*. Diferenciados entre sí no demorarán en aportarse elementos recíprocamente. El *modelo jurídico-represivo* tiene su origen a finales del siglo XIX en relación con el control del opio en Filipinas, y reforzará su protagonismo a partir de la Primera Guerra Mundial. Nace en los Estados Unidos, llegando prontamente a Europa. Se focalizó principalmente en el aspecto delictivo de las prácticas relacionadas con las drogas, con un rápido proceso de criminalización y estigmatización tanto de los comerciantes como de los usuarios.

Aproximadamente en los años '20, L. Lewin, farmacólogo y antropólogo, basándose en experiencias clínicas con morfinómanos, proporcionará las formas elementales de clasificar las situaciones personales provocadas por las drogas, introduciendo una diferenciación de sustancias e identificando algunos de los efectos provocados en el cuerpo. Su estudio será un aporte para el *modelo médico sanitarista* y la idea del usuario

de drogas como *delincuente* irá deslizándose hacia la de *enfermo* una vez incluidos otros elementos para interpretar el fenómeno. Esta perspectiva provocó un viraje que modificó la manera de pensar y encarar el tema de las drogas, promoviendo políticas sanitarias de atención a los usuarios, aliviando así su criminalización. Es en este período que en los Estados Unidos y en algunos países de Europa se comienzan a llevar adelante programas específicos en instituciones de tratamiento. La idea de *enfermedad* vislumbra la posibilidad de una *cura*, y en este sentido, una vez entendido como *enfermo*, el *drogadicto* institucionalizado se convertirá entonces en *paciente*. El *delincuente* será quien esté involucrado en el negocio del narcotráfico. Para este último habrá una intervención penal, y para el *enfermo*, una intervención terapéutica (Cf. TOUZÉ, 1996:25).

La llamada posición *abstencionista* busca principalmente liberar a las personas de la droga. En primer lugar, se entiende que la persona ha sido víctima de un peligro proveniente del exterior y que no ha podido tomar la decisión correcta de decir "no" a tiempo. La idea central es que quien haya tomado contacto con cualquier tipo de drogas puede verse preso de su uso y devenir así en un *adicto* sin capacidad de control de sí mismo. Los programas desarrollados a partir de aquí se basaron en tratamientos con internación, buscando desintoxicaciones físicas y tratamiento psicológico para sostener la privación de drogas. Otros se centraron en tratamientos asistenciales sin internación, focalizados también en la prohibición del uso, y considerando que las motivaciones al consumo residen en situaciones personales previas, en general de índole conflictiva al interior de la familia, y que predisponen al consumo como forma de evasión de los problemas. Desde la óptica *abstencionista*, tanto en tratamientos con internación como sin internación, predomina la idea de un individuo que queda prisionero y sin voluntad, poseído por la necesidad de las drogas, cada vez con más frecuencia. Ha perdido así la capacidad de decir "no" a lo dañino. El vector de estas políticas se dirige a evitar, abstenerse, de las "conductas de riesgo", y abarcan no sólo la suspensión del uso de drogas en la vida del sujeto, sino también restricciones sexuales en el caso de la población afectada por el VIH (ROSSI & TOUZÉ, 1993: passim).

Frente a esta imagen del usuario de drogas, encontramos la que por el contrario reconoce en el sujeto la capacidad de medir, calcular y manejar su relación con la droga

de tal manera de reducir los daños físicos y sociales. El objetivo principal de estas políticas es poner a disposición del usuario información e instrumental útil para la prevención de daños mayores. La tarea principal consiste en la reducción de las infecciones por VIH. Luego estas políticas devendrán más amplias en la medida en que se ocupen de controlar la calidad de los productos que circulan para uso público (ROMANÍ, 1989:136). Este modelo concibe la existencia de una comunidad constituida por individuos racionales, por lo que serán capaces de interpretar sugerencias referidas a un uso menos dañino de las drogas.

Las diversas experiencias llevadas a cabo en Europa y últimamente en Brasil consiguen parte importante de su eficacia basándose en estudios etnográficos. La etnografía se ha propuesto como una metodología que permite el acceso inmediato a los datos correspondientes al nivel microsocial y que guiada "por un buen marco teórico, permite contrastar los datos y explicaciones previas de los niveles progresivamente más macros" (ROMANÍ, 1997:52). En el nivel local "se procesan continuamente una serie de prácticas sociales y de percepciones culturales que dan cuenta de la estructura y de la dinámica sociocultural más general", siendo cada uno de estos niveles "los marcos de integración sociocultural, a través de la interacción dialéctica de los cuales se va construyendo el conjunto de la vida social y cultural de un grupo" (ROMANÍ, 1997:59). Las aproximaciones etnográficas nos acercan a los estilos de vida de los usuarios, promoviendo un conocimiento de sus prácticas y representaciones. Esto es de gran utilidad al momento de llevar a cabo políticas preventivas o asistenciales dirigidas a la reducción de daños, ya que al comprender estilos de vida se puede pensar en cómo introducir alternativas de cuidado en la comunidad plausibles de ser incorporadas e instrumentadas por los actores.[99]

Tanto la perspectiva de *abordajes terapéuticos* como en sus orígenes las de prevención por *reducción de daños* se encuentran historizadas dentro del *modelo médico sanitarista*, el cual contempla el uso de drogas como una *enfermedad*. Tal interpretación promueve intervenciones buscando la *cura*. Esto se llevará a cabo mediante diversos procesos de institucionalización que traerán consigo representaciones muy particulares de los usuarios.[100]

El *modelo médico sanitarista* actualiza hacia los años ‘20 la diferencia de interpretaciones acerca de las drogas, poniendo en evidencia su disidencia con el modelo *jurídico-represivo* vigente hasta el momento. A fines del siglo pasado y durante los años de la I. Guerra Mundial la fiscalización de determinados productos promueve una creciente criminalización de los consumidores, particularmente de opio (CONRAD & SCHNEIDER, 1985:110-141). Toda acción relacionada con algún tipo de droga se concibe como un delito, favoreciendo en forma progresiva el fortalecimiento de un mercado negro de productos legalmente prohibidos y el ocultamiento de poblaciones legalmente sancionadas. Este proceso vino acompañado de una especialización de cuerpos burocráticos y policiales que pondrán el foco de atención en los consumidores de drogas o *drogadictos* (ROMANÍ, 1997: passim).

Actualmente el llamado *modelo sociocultural* promueve una lectura del fenómeno de las drogas que atiende a tres aspectos necesarios de interrelacionar, estos son: el individuo, la sustancia y el contexto. El énfasis puesto en cómo se articulan dirige la mirada a variables de tipo sociocultural “puesto que condicionarán una determinada construcción del sujeto, unas expectativas acerca del significado de sus actos, unas presentaciones materiales de los productos, unas vías de obtención, unas formas de ingestión, unas técnicas de uso, unas dosis, etc.” (ROMANÍ, 1997:56). Si bien este último modelo tiene sus orígenes en estudios realizados entre los años ‘50 y ‘70,[101] no ha sido aplicado hasta la última década (y principalmente en los países centrales), donde ha adquirido cuerpo en relación a las políticas de *reducción de daños* que apelan a las aproximaciones etnográficas para obtener mayor eficacia en el acceso a la población.[102]

La perspectiva de *reducción de daños* ha asumido en forma hasta podría decirse irónica los legados de la modernidad. Considera que si nuestro tiempo le ha adjudicado al ser social, desde la Revolución Francesa, el atributo innegable de su libertad, su autonomía, debe ser tratado como tal. Pero si los principios de la modernidad exigen el ejercicio de la libertad de cada ciudadano, entonces cada uno tiene el total derecho de elegir un estilo de vida acorde a sus propias expectativas en este mundo. Es así que el consumo de drogas no se juzga como autodestrucción, como *enfermedad*. En su lugar, se apela a la necesidad de proveer socialmente los instrumentos adecuados para que los

usuarios de drogas alivien en alguna medida los perjuicios que provoca la exclusión social. Se entiende entonces que el modelo de persona en la modernidad reclama un ser libre y con igualdad de derechos, que en la práctica les son negados a una parte de la población. En la situación social de los usuarios de drogas los procesos de exclusión se traducen principalmente en la inaccesibilidad a los servicios de salud. En este sentido recupero la habilidad de la perspectiva de *reducción de daños* por hacer notar que ahora más que revertir un proceso de *enfermedad*, las *políticas de salud* deben responsabilizarse por poner al alcance de la población herramientas que promuevan los "autocontroles" más que la restitución de estilos de vida aceptados socialmente hasta el momento.

Resulta entonces que el mismo ideal de persona suscita dos modelos diferentes de abordaje al problema. Ambos están enmarcados en un momento histórico particular en el que se vislumbran —y suceden— cambios significativos. Algunos ya se han hecho sentir en los modelos de atención y otros todavía no han podido ser asimilados. Las limitaciones para ello están en las ideas socialmente predominantes con respecto a las drogas y la consecuente estigmatización de los usuarios que inhiben a su vez el apoyo económico para el desarrollo de políticas alternativas.

La demanda actual del respeto a la diferencia, asociada en los países centrales con la defensa del multiculturalismo, abre un espacio donde hallar nuevas soluciones. Pero una cuestión que, al menos en países como la Argentina, reclama una inmediata respuesta refiere a la adecuación de los modelos de atención existentes a las características sociales de los posibles destinatarios, si se busca una intervención eficaz.

Paradójicamente, la expresión "vivir de la cabeza" puede servir tanto para referir al estado en que desea vivir el *drogadependiente* como para caracterizar, según el modelo de atención analizado en RedA, la vida de quien puede reinsertarse en la sociedad, cuando ha logrado habituarse a pasar toda decisión por el tamiz del pensamiento. En última instancia, el ideal de la autonomía opera en nosotros aun cuando no siempre encontremos el modo de ponerlo en consonancia con nuestras acciones respecto a nosotros mismos y a los demás.

# Conclusiones

La pregunta inicial sobre el sentido que adquiría un *tratamiento* de *atención* para los actores me llevó a indagar en las prácticas mediante la participación y la observación. El compartir un *trasfondo* en el espacio social posibilitó la comprensión de algunas cuestiones implicadas en el *tratamiento*, aunque tal comprensión sólo sea imperfectamente captada en nuestras representaciones. En los momentos críticos, cuando la información obtenida nadaba en un casi completo desorden, algunas preguntas articularon algo de ese *trasfondo* en sí inarticulado, que "siempre está ahí, mientras a veces formamos representaciones y a veces no" (TAYLOR, 1997:227). El trabajo de investigación se fue orientando a medida que formulé estos interrogantes a través de la interacción, comenzando a adquirir cuerpo a nivel teórico. Fue así que la pregunta sobre cuál era la noción de persona en juego me pareció pertinente para llegar a comprender el sentido del *tratamiento* de *atención*. Si el *tratamiento* es ejecutado con el objetivo de promover un cambio en la vida de una persona, y éste se lleva a cabo a partir de un "saber hacer corporal", reconstruir cuál es el ideal que orienta esa ejecución resulta esclarecedor. Por cierto, tal ideal se basa en aquellas prácticas que han "contribuido a crear este moderno sentido" del yo (TAYLOR, 1997:25). Orienta el *tratamiento* como *rito de paso* entre un estado de *enfermedad* y un estado de *salud*, y a la vez lo sostiene en sus prácticas, aunque no esté ni siempre ni totalmente explicitado.

Al principio no pude comprender del todo los sentidos que allí se jugaban, y hasta me pareció que existía contradicción. Esa incomprensión motivó preguntas que busqué responder mediante la articulación de aquellos elementos presentes pero sin sentido aparente. Los *profesionales* piensan el *drogadependiente* como alguien que ha perdido el control de sí mismo y que necesita controles externos; al mismo tiempo que se le exige como condición su permanencia en el servicio por propia voluntad y el logro de la *abstinencia* del consumo de drogas. Indagando en la cuestión llegué a la conclusión de que no se trataba de una pérdida sino de un debilitamiento de su autonomía, y el *tratamiento* busca fortalecerla mediante un cambio en el modo de vida.

En consecuencia interpreté el *tratamiento* como un *rito de paso* moralizante que instituye diferencias socialmente construidas, manifiestamente incrustadas en el binomio *salud* y

*enfermedad*, donde el primer elemento posee un valor fundamental, un valor que exige su logro y conservación, y cuya violación por propia voluntad, tiene que ser corregida. Los atributos de la persona moderna, el individuo, que debe recuperar el *paciente* al concluir el proceso ritual, son su capacidad de ser autónomo entre iguales, responsable de sus actos y con una razón fundamental para vivir, es decir un proyecto de vida ejecutable en el que revele su individualidad. Estas cualidades no son resultado de una imposición, sino que la población que demanda atención comparte el mismo ideal, aunque a veces débilmente, y no siempre articulado en pensamiento.

Todavía quisiera hacer dos reflexiones. La primera: la inquietud de los *pacientes* con respecto al *alta* no es en vano. No todos pueden atravesar el ciclo ritual y aun haciéndolo, nunca sabrá qué situaciones le deparará el futuro, aunque tenga la esperanza que por complicadas que sean, sabrá entonces cómo resolverlas. Este momento imprevisible preocupa a los *profesionales*. En este sentido, la extensión de *altas* siempre presenta un costado difícil de resolver, ya que el éxito del *tratamiento* habilita el ejercicio de una libertad que puede usarse para consumir drogas. Los *profesionales* consideran que la droga es en sí el riesgo: el solo contacto con la sustancia volvería a doblegar su voluntad mostrando la aparente eficacia del ritual. Al pensar en esta cuestión que afecta no sólo al paciente dado de alta sino también al prestigio de la institución, los *profesionales* problematizan aspectos de los criterios de atención.

La segunda reflexión cae sobre la práctica científica de la antropóloga y el antropólogo. Al momento de traducir el proceso de investigación, atravesado por experiencias diversas en el campo e imbricado con un trabajo intelectual de conceptualización, me vi presa de una pregunta que aún no logro responder: ¿para quién escribe la antropóloga? Si escribe para colegas que comparten un *background* de significaciones que hacen a su campo profesional entonces ¿qué hay de aquellos con quiénes se realizó el estudio? Comencé a pensar en qué términos haría la devolución teniendo presente esta pregunta. Supuse que en tanto ciudadanos pertenecientes a una misma cultura, los resultados de la investigación serían entendidos siempre que supiera traducirlos a los códigos particulares de los actores. El dilema para mí surgió cuando pensé que *debían* ser transmitidos a los *profesionales* y también a los *pacientes*. En tanto la autorización para hacer la investigación me fue dada por las autoridades de RedA, no podía obviar el orden institucional. Si podemos considerarnos como individuos

modernos, y llegado el caso reclamar por el respeto de los atributos que nos definen como tales, los *pacientes* deberían saber en que devinieron sus "confesiones" y sus historias personales comunicadas a una extraña. Pero mis aspiraciones se vieron ceñidas nada menos que por la lógica local, en la cual el *paciente* es considerado temporariamente propiedad de la institución (por la supuesta pérdida de su autonomía), aunque también en esos términos el *paciente* acepta su protagonismo en la institución (gracias a la autonomía que posee). Aquí me introduzco en un área problemática que merece diálogo y discusión con "quienes dirigen el ritual", y es precisamente tratar el tema de la autonomía, que si bien debilitada, es usualmente presentada por los *profesionales* como ausente, inexistente, perdida. Comprender que el ideal de autonomía opera en la vida cotidiana y debería atravesar todas las prácticas, lleva a la posibilidad de repensar el *tratamiento*.

Considero que la investigación sobre cuestiones de nuestra sociedad al tratar de comprender el cómo —y a veces el porqué— de las prácticas sociales, pone palabras en el intento de acceder a los sentidos encarnados. Pretendo al menos que en esa tarea de traducción se expliciten algunas cuestiones no dichas en la práctica, que faciliten el trabajo reflexivo o la *elucidación* de los actores sobre sus propios "haceres". Afortunadamente también aporta elementos sobre el "hacer" profesional de la investigación social, al confrontarnos con el qué hacemos, cómo lo hacemos y para qué o para quién. Pero me conformo con que algo de lo aquí elaborado pueda ser discutido con los actores, colaborando así en la articulación de parte del *trasfondo* compartido, y que ello promueva, como dice Bourdieu, "el dominio de los mecanismos que impulsan a la gente a contribuir con su propia desdicha".

# Apéndice

## Parte A

Datos estadísticos disponibles, elaborados por RedA, desde 1992 a 1995.

Cuadro Nº 1

**Población Total Consultante por Sexos**

| | AÑO | | | |
|---|---|---|---|---|
| **SEXO** | **1992** | **1993** | **1994** | **1995** |
| MASCULINO | 83 % | 80 % | 85 % | 83 % |
| FEMENINO | 17 % | 20 % | 15 % | 17 % |
| TOTAL | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Cuadro Nº 2:

**Población Total Consultante por Edades**

| | EDAD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **11 a 15** | **16 a 20** | **21 a 25** | **26 a 30** | **31 a 35** | **36 a 40** | **> 40** |
| **1992** | 4% | 43% | 21% | 15% | 5% | 4% | 8% |
| **1993** | 6% | 39% | 23% | 14% | 9% | 4% | 3% |
| **1994** | 5% | 36% | 30% | 12% | 8% | 5% | 5% |
| **1995** | 5% | 44% | 20% | 13% | 8% | 3% | 6% |

Cuadro Nº 3:

**Demanda Espontánea**

| | CONSULTAS | | |
|---|---|---|---|
| **AÑO** | **Directas** | **Indirectas** | **Total** |
| **1992** | 37% | 63% | 100% |
| **1993** | 53% | 47% | 100% |
| **1994** | 55% | 45% | 100% |
| **1995** | 60% | 40% | 100% |

Cuadro Nº 4:

**Respuesta A La Demanda Espontánea**

| | | ADMISIONES | | RESULTADO | ADMISIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **CONSULTA** | **Solicita-das** | **Comple-tadas** | **Derivaciones a otros tratamientos** | **Iniciación del Tratamiento** |
| **1992** | 164 | 52% | 24% | | 12% |
| **1993** | 206 | 54% | 39% | | 19% |
| **1994** | 307 | 57% | 42% | | 19% |
| **1995** | 308 | 50% | 40% | | 20% |

Cuadro Nº 5:

**Demanda Espontánea**

| | CONSULTAS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DIRECTAS | | INDIRECTAS | | TOTAL |
| **AÑO** | **Paciente** | **Paciente y familiar** | **Familiar** | **Otra** | |
| **1992** | 23% | 15% | 54% | 9% | 100% |
| **1993** | 26% | 27% | 46% | 1% | 100% |
| **1994** | 25% | 30% | 40% | 5% | 100% |
| **1995** | 26% | 34% | 35% | 5% | 100% |

Cuadro Nº 6:

**Evolución Del Tratamiento**

| **AÑO** | **EN TRAT A-MIEN TO** | **INGRES OS** | **CONT I-NÚAN** | **ALTA S** | **DESE R-CION ES** | **DEFU N-CION ES** | **DERI VA-CION ES** | **EXPU L-SIONE S** | **TOTA L** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1992** | | 19 | 10 | | 7 | | 1 | 1 | 19 |
| **1993** | 10 | 40 | 17 | 3 | 26 | | 1 | 3 | 50 |
| **1994** | 17 | 59 | 32 | | 36 | | 7 | 1 | 76 |
| **1995** | 30 | 63 | 34 | 1 | 49 | | 4 | 5 | 93 |

Cuadro Nº 7:

| FASE | | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|
| **RECEPCIÓN** | % del total de consultas | 48% | 46% | 43% | 50% |
| **ADMISIÓN** | % de admisiones solicitadas | 52% | 54% | 57% | 50% |
| | % admisiones completadas | 24% | 39% | 42% | 40% |
| **TRATAMIEN-TO** | % de los pacientes | 12% | 19% | 19% | 20% |

Cuadro N° 8
Número de personas que piden información y tipos de drogas que consumen.
(Esta tabla ha sido confeccionada en base a información no sistematizada por RedA. Los números sólo nos dan una idea de qué tipo de drogas y en qué combinación se utilizan. No obtuve elementos para diferenciar de esta población a mujeres y varones. Tampoco he accedido a información más reciente, excepto a través de comunicaciones personales de los profesionales de la institución, pero que no se encuentra elaborada).

| **DROGAS/AÑO** | **1993** | **1994** | **1995** |
|---|---|---|---|
| **población consultante** | 206 | 307 | 308 |
| **alcohol** | 7 | 12 | 10 |
| **cocaína inhalable** | 32 | 55 | 55 |
| **cocaína inyectable (IV)** | 5 | 6 | 3 |
| **marihuana** | 21 | 27 | 18 |
| **cocaína y alcohol** | 13 (3 IV) | 22 (3 IV) | 25 |
| **cocaína y marihuana** | 19 (3 IV) | 39 | 18 |
| **cocaína, marihuana y alcohol** | 20 (2 IV) | 32 (1 IV) | 20 (9 IV) |
| **marihuana y alcohol** | 2 | 8 | 11 |
| **otros sin especificar** | 13 | 14 | 7 |
| **cocaína, marihuana y pastillas** | 4 (1 IV) | 8 | ------ |
| **cocaína, marihuana y LSD** | 4 | 4 | 10 (6 LSD) |
| **cocaína, marihuana, alcohol y pastillas** | 6 (1 IV) (6 LSD) | 8 (4 LSD) | 13 (3 IV) (8 LSD) |
| **cocaína, alcohol y pastillas** | 6 | 4 (3 IV) | 4 |
| **cocaína y pastillas** | 4 (1 IV) | 3 | 3 (1 IV) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **alcohol y pastillas** | 2 | 5 | 5 |
| **inhalantes** | | | 4 |
| **marihuana y pastillas** | ----- | ----- | 5 |

# Parte B

## Primera devolución a los profesionales del equipo terapéutico

Mi desempeño en la *institución* a lo largo del año 1993 y en el transcurso de los meses de trabajo de campo en 1998 me permitieron entender algunas de las cuestiones vinculadas al *tratamiento* de *atención*. Las relaciones establecidas entre el equipo de *profesionales* que atienden directamente a los *pacientes* y los *profesionales* del área directiva institucional mostraban ciertas tensiones y contradicciones que nunca llegué a comprender muy bien. Sin embargo, el darme cuenta de las características que estas relaciones tenían a la vista, me llevó a tomar precauciones en función de proteger ciertas susceptibilidades que en caso contrario podían complicar al equipo de *terapeutas*. Así fue como decidí sobre la marcha que el informe que finalmente presentaría a la dirección institucional primero fuera leído por los *profesionales* del Centro de Día. Los malentendidos que habitualmente generaban tensión eran la mayoría de las veces impredecibles, desde comentarios hechos por los *profesionales* a la dirección que eran interpretados como atrevimientos que desautorizaban el modelo de atención, hasta rumores que circulaban en relación a sugerencias con respecto a altas, bajas o expulsiones de *pacientes*.

Pensé que una descripción de situaciones cotidianas, si bien lo que yo había considerado para realizarla no comprometía a ninguno de los *profesionales*, la fantasía de que pudiera decirse algo que diera lugar a algún malentendido, o que fuera malinterpretado, generó cierta expectativa negativa en los *profesionales* y una sensación contradictoria en mí. Para paliar el temor les propuse que nos encontráramos en un lugar fuera de la *institución* a leer lo que sería presentado a modo de devolución al Director.

No fue una decisión fácil. Aunque la autorización para hacer el estudio me había sido extendida por el mismo Director, no me daba garantía de que el informe no involucrara aspectos que podrían comprometer a los *terapeutas*.

La expulsión de un *profesional* en el período posterior a mi trabajo de campo, si bien nada tuvo que ver conmigo, aumentó las preocupaciones de los *terapeutas* y engrosó mi incertidumbre. Fue así que ellos se comunicaron conmigo para fijar un encuentro. Lo hicimos

coincidentemente el Día del Trabajador. El lugar propuesto fue la casa de una de las psicólogas y allí tuvo lugar la lectura del informe y su discusión.

La relación que habíamos establecido a lo largo de los meses de trabajo de campo favoreció una buena predisposición al encuentro. Los tres profesionales actualmente en ejercicio asistieron a la reunión. En medio de un clima agradable, de tranquilidad, también se hacía sentir cierta ansiedad que se veía en la sutil indagación sobre algunos papeles que yo había llevado en una carpeta que se encontraba semi abierta sobre la mesa.

En primer lugar, les presenté sintéticamente el argumento de mi investigación. Fui haciendo explícitos los ejes que guiaban los capítulos. A medida que desarrollaba mi exposición se veían más interesados. Lo que expresaron luego fue que no esperaban un trabajo realmente "serio" sobre el tema, expectativa que ya se veía modificada.

Al concluir con la descripción de la investigación, les presenté mis dilemas en relación a la ética de mi desempeño, marcando allí la contradicción entre realizar el estudio con autorización del director y dedicar tiempo extra en espacios fuera de la institución para chequear el informe. También explicité las razones por las cuales me había visto envuelta en semejante cuestión, que tenía relación directa con mi experiencia pasada en RedA.

Una vez leído el informe en conjunto no hicieron mayores comentarios. En términos generales acordaban con lo descrito. Les resultó un tanto extraño ver sintetizados en pequeñas frases sus desempeños en el Centro de Día. Lo mismo sucedió con la descripción comparativa de representaciones sobre consumo de drogas, riesgo y tiempo, en ellos y en los pacientes.

Concluido el trabajo acordamos que nos veríamos a la semana siguiente en la institución y que mantendríamos el encuentro en reserva.

Le acerqué el informe al Director. Desistí de proponerle una discusión del trabajo general con los profesionales, ya que ellos me plantearon que no estaban dispuestos a hacerlo dentro de la institución. Aunque se ofrecieron para leerlo y discutirlo fuera del ámbito de trabajo. Consideré esta limitación, y puse a disposición del Director la tesis para su lectura. De acuerdo con mi propuesta me pidió que me comunicara con él diez días más tarde, luego de la lectura del informe. Se mostró muy atento y agradecido por el trabajo que yo había realizado.

Luego, con su permiso, me acerqué al Centro de Día. Allí me reencontré con varios de los pacientes que todavía están en tratamiento. Algunos me dijeron que creían que me había "borrado". Les expliqué que si bien mi intención era que ellos supieran cuál había sido el

destino de las entrevistas y conversaciones, me veía limitada a la autorización del Director para hacerlo. Se alegraron de verme y eso me hizo sentir bien. Andrés concurre a RedA desde el mes de enero de 1998, tiene actualmente dieciocho años y me comentó que había editado un pequeño librito de poesías. Se lo compré. Me lo agradeció mucho y me dijo que eran los poemas que había escrito en los momentos más difíciles cuando todavía consumía drogas. Reproduzco uno ellos:

Atormentado, expuesto
perdido en un desierto,
anduve tirado
bebiendo gotas del río,
lágrimas de un mundo muerto,
y los cielos enrojecían,
y los ojos cansados,
manos duras de luchar,
y un corazón de madera
que solo ríe para morir
atravesando oscuros silencios.
Dónde habré muerto mañana?…

Transcribo a continuación el Informe presentado.

# INFORME DE TRABAJO DE CAMPO ETNOGRÁFICO

# 1998

## RedA: Asociación para la recuperación de adictos

por Brígida Renoldi

Confeccionado sobre notas de campo basadas en observación y participación, entrevistas grabadas a pacientes y profesionales, entrevistas no grabadas a pacientes y conversaciones informales con ambos. Corresponde a los meses enero-febrero de 1998 en el Centro de Día del Fondo de Ayuda Toxicológica y hace referencia al período anterior de participación y observación en el año 1993.

Metodología implementada: observación y participación en la dinámica diaria, entrevistas abiertas a profesionales y pacientes, lectura de estadísticas elaboradas por la institución.

1. Visión del tratamiento en profesionales y pacientes.

Existe una diferencia en la manera en que profesionales y pacientes ven a la institución. Los primeros la consideran una organización que atañe a varias áreas siendo una de ellas el Centro de Día. Entienden que el Centro de Día es el espacio físico y temporal donde se lleva a cabo el tratamiento. Se busca a través de él la orientación y contención al paciente a partir de un trabajo de reflexión permanente a nivel grupal e individual. Reconocen la eficacia de las tres etapas del tratamiento: admisión, permanencia, egreso, siendo importante también la entrevista de información donde se da a conocer la especificidad del tratamiento. La etapa de admisión permite diagnosticar el tratamiento más adecuado a las particularidades del paciente. Es valorada por ser el espacio que propicia una incipiente toma de “conciencia de enfermedad”, tanto al adolescente como al adulto. Se considera que la adicción, entendida como el síntoma de una enfermedad, requiere una cautelosa indagación terapéutica para favorecer la manifestación de las “cuestiones de fondo”. Tal indagación no es explícita, sino

que el terapeuta orienta al paciente a pensar en sí mismo y en las relaciones que establece con la gente, a través de interrogantes que considera claves. La abstinencia, fundamentalmente en este primer período, cumple una función central.

Los profesionales ponen énfasis en la diferencia que existe en la evolución terapéutica entre quienes concurren por propia voluntad y quienes son derivados por los juzgados. Aunque hacen referencia a pacientes que proviniendo por vía del juzgado han mostrado una evolución en el tratamiento, no es la generalidad de los casos. Los terapeutas notan ciertas resistencias en estos pacientes que a veces dificultan el trabajo, por ejemplo la débil predisposición a tratarse que muchas veces se ve reforzada por la ausencia de familiares que apoyen al joven o adolescente a lo largo del tratamiento.

La participación de los familiares en el proceso terapéutico es valorada positivamente por los profesionales, entendiendo que cumplen la importante función de colaborar con la resolución del problema del paciente. Pero las dificultades que en ocasiones se presentan en relación a los familiares que no concurren impone en los profesionales la necesidad de implementar estrategias para fortalecer el —a veces vago— deseo del paciente en superar el problema de la adicción.

La escasa participación de los parientes se presenta como una limitación terapéutica y a los fines de una intervención eficaz deviene en un abordaje cada vez más centralizado y concentrado en el paciente. Tal situación modifica en la práctica las reglas establecidas por el *contrato*; por ejemplo, cuando los padres no pueden acompañar a los jóvenes ni pasar a buscarlos al mediodía. En esas circunstancias los profesionales deben otorgar permisos al paciente que en un primer momento no están contemplados por el modelo de atención, pero que pueden ayudar al joven a continuar con el tratamiento mediante un seguimiento continuo y una buena comunicación.

La población adolescente se muestra a gusto con el equipo de terapeutas. Valoran en general los momentos de reflexión grupal e individual. En las ocasiones en que la atención individual se ve postergada por la sobrecarga de trabajo, los pacientes manifiestan la necesidad de tomar sus sesiones individuales. El diálogo que establecen con el equipo terapéutico es fluido, y esto da lugar también a que soliciten su sesión.

El conocimiento y en ocasiones la utilización de la jerga juvenil por parte de los profesionales es un instrumento que juega a su favor, generando un campo dialógico dinámico que ayuda a fortalecer el lazo terapeuta-paciente.

La población que se atiende es predominantemente masculina y también adolescente. En algunas conversaciones que establecí con pacientes mujeres se hizo alusión a la necesidad de abrir un espacio de discusión separado del grupo de varones. Fundamentalmente esta inquietud se motiva en el interés por hablar de cuestiones afectivas (generalmente de pareja) que no encuentran pertinente tratar en la reflexión general. Tampoco parece ser una necesidad cubierta por la terapia individual ya que la intención está en confrontar experiencias con pares del mismo sexo.

Para los pacientes la institución es el Centro de Día. Entienden el tratamiento de diversas maneras de acuerdo a la situación personal de cada uno. Pero en general coinciden en que es el ámbito que les posibilita promover un cambio radical en sus vidas. Aunque la mayoría coincide en que el primer período es el más difícil también le otorgan un valor positivo cuando han logrado superar los primeros meses de tratamiento.

En general manifiestan que las actividades rutinarias, como leer el diario y limpiar, no son las que más les interesan. Sin embargo, en la evaluación general son bien consideradas por el hecho de que les ordena el día. En muchas ocasiones me han comentado que la limpieza es algo que saben hacer y que no toleran el control permanente sobre la actividad, ya que los hace sentir como niños.

En relación a las reflexiones grupales, los pacientes valoran el espacio como privado y de suma importancia. También he percibido que quienes están en tratamiento por voluntad propia se ven irritados ante la presencia de quienes concurren por imposición externa. Esto se traduce a veces a cierto desgano o decepción, que hace que ellos mismos no valoren sus esfuerzos en algunos momentos, aduciendo que “no tiene ningún sentido seguir viniendo si hay gente que viene a perder el tiempo”. La apertura de los espacios de comunicación les permite plantearlo en el grupo como cuestión problemática. Pero he observado que en los momentos en que el número de los compañeros menos interesados en el tratamiento crece, cierta responsabilidad en aumento recae sobre los más comprometidos. Si bien los mecanismos de identificación que operan en la interacción suelen de algún modo guiar el trabajo terapéutico, a veces pareciera que el conducir a cierta “toma de conciencia” a los

compañeros menos interesados dispersa las energías y preocupaciones de los pacientes con mayor compromiso en el tratamiento y en algunos debilita el valor de su esfuerzo en modificar su vida.

Existe un grupo relativamente homogéneo de pacientes en el Centro de Día —sobre todo en cuanto a grupos de edad—, que vuelve a veces dificultosa la decisión de incorporar adultos o personas con familia propia constituida que viven fuera de la institución otra cotidianeidad que la del adolescente. Tal dificultad es pensada por los profesionales en relación a una dinámica establecida en el grupo que complica a veces la integración de un adulto en un grupo de jóvenes. No solamente porque para los adolescentes exige pensar en situaciones diferentes a las que viven en su vida cotidiana fuera de la institución, sino que para los adultos también parece ser un espacio de difícil adaptación. Algunos adultos me comentaban que la dinámica tan pautada de actividades, permisos y planificación, era algo que los hacía sentir en "retroceso" y no en "progreso". Manifestaban que a la edad que tenían habían decidido cambiar el modo de vivir, y que partiendo de allí el dejar la droga no dependía de un "no" externo; por lo tanto las prescripciones y prohibiciones poco sentido tenían para ellos.

He notado que la incomodidad de un adulto en un grupo de jóvenes no sólo es motivada por las actividades cotidianas prescriptas por la institución, sino también por una manera de pensar que lo diferencia de un adolescente. Esto se hace evidente en ciertas preocupaciones de índole laboral o familiar (cuando tiene esposa, y a veces hijos) y también en las razones que lo llevaron a tomar el tratamiento (en algunos casos se veía que el uso de drogas estaba relacionado y/o favorecido por el tipo de trabajo en que se desempeña).

En el grupo de adolescentes el humor es un mecanismo eficaz de comunicación. Con él se juega tanto la simpatía como los comentarios irónicos con trasfondo reflexivo. Pero es notable también cómo las grandes diferencias de edad diluyen lo efectivo de estos comentarios, al llevar al adulto a un esfuerzo por entenderlos y llegado el caso no coincidir con él por distancia generacional.

Los profesionales contemplan en general esta realidad cuando piensan en la posibilidad de grupos de trabajo ambulatorio dirigidos a adultos.

La necesidad de controlar ausencias y presencias de los pacientes exige gran atención y a la vez tensión por parte de los profesionales. Si bien es constitutivo del trabajo terapéutico hay veces en que el seguimiento se ve como infructuoso. Suele suceder con pacientes que

faltan por períodos prolongados y vuelven a la institución por algunos días hasta otra vez ausentarse sin justificación. Son situaciones que ponen en tensión la decisión de los profesionales, ya que se considera que siempre es mejor que el paciente tenga la posibilidad de asistir, pero la manera en que lo hace no optimiza el trabajo, al contrario, parece perjudicar el recorrido terapéutico.

El ritmo de trabajo es ágil, y a veces el tiempo real no es suficiente para realizar todas las actividades previstas por los profesionales para llevar adelante un tratamiento eficaz. Tanto el armado de los informes para enviar al juzgado requiere de tiempo de elaboración como la supervisión de los pacientes en tratamiento, que en muchas oportunidades no puede llevarse a cabo en el tiempo previsto (una vez por semana). He notado que en parte este trabajo se concreta a través de comentarios en la oficina que buscan un seguimiento continuo del paciente a la vez que la actualización que permita un trabajo integrado entre las terapias individuales, las familiares y la reflexión grupal.

Los pacientes interactúan entre sí de manera muy fluida, y las diferencias de puntos de vista siempre tienen un lugar para discutirse. Parte de la labor de los terapeutas está en promover las discusiones siempre que apunten a un fortalecimiento de la autodefinición y autoestima del paciente.

En relación a la extensión de “altas” los pacientes manifiestan una incertidumbre que no siempre encuentra respuesta. Para algunos de ellos es lo que obtendrán luego de cumplir con las pautas institucionales establecidas, dentro de las cuales visualizan la concurrencia al Centro de Día por lo menos durante dos años.

El énfasis que los profesionales ponen en el “proyecto de vida” muchas veces no hace eco en las realidades que viven algunos pacientes. La dificultad en establecer un proyecto no es excepcional, y en muchos casos está en directa relación con el momento social que se vive, la crisis laboral, la crisis de los lazos sociales y la escasa oferta de alternativas. Es así que en algunas ocasiones, aunque el paciente ya no consuma drogas, el no haber podido construir un proyecto se vuelve un impedimento para la extensión de altas.

El material estadístico al cual accedí releva el número de cuatro (4) altas a lo largo de los años 92, 93, 94 y 95. Es un número reducido en comparación con los pacientes que ingresaron a lo largo de ese período. Quizá esto revela el temor de extender altas a personas que

potencialmente podrían volver a consumir. Pero también da pie a la idea de que las drogadependencias son “enfermedades” incurables.

El fortalecimiento de la autonomía del paciente como objetivo fundamental promovido por el tratamiento incluye un trabajo permanente de valoración positiva de un nuevo modo de vivir. Esto equivale a decir que se busca la configuración de una moral positiva que ayude al paciente a autocontrolarse hasta sobreponerse a los impulsos que lo llevan a la droga. Una vez motivados los autocontroles, se espera que el paciente pueda trabajar terapéuticamente con los “problemas de fondo” que hicieron síntoma en la adicción. El énfasis puesto en el proyecto de vida no es caprichoso. Se espera que en el proceso de pensar una “dirección” para su vida el paciente fortalezca su autodominio, a través de la voluntad, condición primera para que permanezca en el servicio. La elaboración de un proyecto que oriente la vida del paciente pone atención en el desplazamiento del deseo hacia otro objeto que no sea la droga, a la vez que se busca autenticidad en la elección.

## 2. Algunas representaciones presentes en profesionales y pacientes

Describiré sintéticamente las representaciones existentes en pacientes y profesionales sobre el *consumo de drogas*, el *riesgo* y el *tiempo* en relación al tratamiento.

| PACIENTES | PROFESIONALES |
|---|---|
| **consumo de drogas** | **consumo de drogas** |
| Los pacientes visualizan la droga como una experiencia interesante. Valoran en ella los efectos sensoriales e intelectuales que no saben experimentar de otra manera. Es también una manera de expresar la disidencia con cierto orden social establecido, ya que promueve una ruptura con los referentes temporo-espaciales de la vida cotidiana “normal”. Generalmente hacen referencia al “estar re-loco” cuando hablan de los estados provocados por las drogas, que en general son descriptos como satisfactorios. Es así que el uso aparece representado como lindante con, o bien como, la locura misma y carga con un plus positivo siempre que no toque el margen de riesgo. | Para los profesionales la droga es una elección en un momento crítico de la vida de la persona. Está en directa relación con estados psíquicos y emotivos de fragilidad que se manifiestan en la necesidad de obtener estados de satisfacción por medio de la “evasión” a los problemas. En tanto síntoma de una enfermedad, amortigua estados personales de crisis. Suele experimentarse en adolescentes como forma de conclusión de la infancia y acceso a nuevos grupos de pertenencia.<br>La manera en que representan el consumo es a través de expresiones como “crisis”, “conflictos”, “problemas” del paciente. |

| | |
|---|---|
| **riesgo**<br>Perciben el riesgo en relación a las consecuencias del consumo de drogas. Por ejemplo en la pérdida absoluta o relativa de conciencia y la consecuente exposición a los peligros mundanos, particularmente relacionados con la policía y en segundo lugar con la propia "salud". El riesgo, en primer lugar, es visto como la condena social materializada en los aspectos punitivos del consumo. En segundo lugar, en los estados de extremo desequilibrio físico-emotivo que los afectan en los períodos de consumo intensivo y prolongado. Para referirse a estos momentos de riesgo utilizan expresiones como "estar perdido", "pirado", "sin camino a seguir". Los repetidos involucramientos en situaciones de riesgo que luego perciben, a veces los lleva a confiar en el tratamiento y poner voluntad para llevarlo a cabo. Pero siempre queda un residuo que lamenta el abandono de la droga para siempre. | **riesgo**<br>La "droga" es vista como riesgo en sí, ya que su uso promueve la pérdida de los autocontroles que llevan a la persona a la exposición física-emotiva en situaciones de crisis. El riesgo es visto a dos niveles. Primero, el deterioro físico, y segundo la posible eternización de un modo de vivir en forma ficticia, eludiendo los problemas estructurales que predisponen al consumo. Al pensar en predisposiciones psicológicas que favorecen la elección de consumir se piensa en disminuir el riesgo mediante la participación en el tratamiento de los familiares, ya que se entiende que ellos colaboran —de modo quizá inconciente— en el desorden psicológico del paciente.<br>El trabajo intensivo que desarrollan se orienta, sobe todo en el primer período, a que el paciente visualice los riesgos implícitos en su elección, y en función de ello, decida abandonar el consumo definitivamente. |
| **tiempo**<br>Ven un tiempo progresivo que comienza con la admisión y esperan que concluya con el alta. Es el tiempo necesario para curarse, pero no reconocen bien por qué. Saben que el tiempo puede prolongarse al no dar respuestas a las normas institucionales y a veces hacen grandes esfuerzos para "no mandarse cagadas" y así obtener el reconocimiento de los profesionales, y en algunos casos la extensión de permisos, que son de alguna manera indicadores de un progreso en el tratamiento.<br>Visualizan el tiempo como indefinido; esos dos años les suenan eternos. Manifiestan el esfuerzo que les llevará "soportarlo", pero en general reconocen que es necesario. | **tiempo**<br>No tiene medida predeterminada. Se espera que a lo sumo en el transcurso de dos años el paciente haya conseguido no sólo reconocer su enfermedad sino superarla a través de un trabajo reflexivo permanente, que deberá poner en juego incluso fuera del tratamiento. El tiempo está señalado por el tiempo interno del paciente, con el cual el profesional debe ser respetuoso y no forzar ese momento de ninguna manera. El tiempo está marcado por etapas bien definidas por los profesionales, y también reconocidas por los pacientes de larga trayectoria. Estas son: la internación domiciliaria, los meses intermedios en los cuales paulatinamente se otorgan permisos y finalmente el umbral al "alta". |

**Cuadro 1**

Evolución del Tratamiento:

| AÑO | EN TRAT A-MIEN TO | INGRES OS | CONT I-NÚAN | ALTA S | DESE R-CION ES | DEFU N-CION ES | DERI VA-CION ES | EXPU L-SIONE S | TOTA L |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1992** | 0 | 19 | 10 | 0 | 7 | 0 | 1 | 1 | 19 |
| **1993** | 10 | 40 | 17 | 3 | 26 | 0 | 1 | 3 | 50 |
| **1994** | 17 | 59 | 32 | 0 | 36 | 0 | 7 | 1 | 76 |
| **1995** | 30 | 63 | 34 | 1 | 49 | 0 | 4 | 5 | 93 |
| **total en los 4 años** | 57 | 181 | 93 | 4 | 118 | 0 | 13 | 10 | 238 |

Si consideramos el número de altas extendidas en el período remitido por la estadística institucional, vemos que son pocas personas quienes han conseguido concluir exitosamente el tratamiento. En la misma tabla también podemos identificar que un alto número de pacientes lo abandonan.

Actualmente, si bien hay un incremento paulatino de altas por año, en relación al porcentaje de ingresos sigue siendo un incremento bajo. De la misma manera las deserciones reducen notablemente la población en tratamiento, mucho más que las derivaciones y expulsiones.

Esta situación abre una pregunta ¿el límite en cuanto a la eficiencia del tratamiento está en el modelo de atención, en la población que demanda el servicio, o en ambos?

La participación en actividades y la interacción con los pacientes me permitió recuperar una de sus preocupaciones: el abandono de la droga para siempre. Para la reflexión sobre esta cuestión quisiera señalar un aspecto que surge del trabajo etnográfico.

A veces pensar “nunca más voy a poder fumarme un porro” es demasiado esfuerzo para el paciente y esto no favorece su predisposición al tratamiento. El modelo de prevención

llamado de *reducción de daños*, que en este momento está siendo desarrollado en Europa, Estados Unidos y Brasil, ¿podría aportar elementos para esta reflexión? Posiblemente plantear el proceso terapéutico como un camino que ayude al paciente en un futuro a "controlarse" promueva consecuencias más favorables y la menor deserción. La impotencia, sobre todo en el adolescente, ante la desaprobación social de su modo de vida, viene sin embargo acompañada de una reflexión que considera los riesgos de su hábito de consumo, aunque la mayoría de las veces no puede prevenirlos. El problema para el jóven es generalmente cómo controlar los efectos indeseables del consumo, lo que visualiza como riesgos. Es posible que una propuesta dirigida a la disminución del daño provocado por la dificultad de actuar en relación a la identificación de tales riesgos predisponga mejor a la población al tratamiento. Y tal vez esto ayude a que el período de abstinencia sea llevado a cabo sin tanta resistencia. La mejor predisposición traerá consigo un trabajo más comprometido por parte del paciente, y probablemente esto favorezca estratégicamente el abandono del consumo en etapas posteriores. Algunos estudios realizados muestran que un alto porcentaje de los usuarios de drogas son adolescentes que abandonan el consumo a medida que cambian de "estatus" social, como es el de llegar a ser "adulto" en algún momento de sus vidas.

Ya que el esfuerzo terapéutico es tan grande en relación a fortalecer la autoestima del paciente, los autocontroles y la vida saludable, quizá la propuesta de que a partir del tratamiento conseguirá controlar los riesgos del consumo puede resultar interesante. Aunque más no sea como táctica que refuerce la motivación a la integración de la población en el Centro de Día.

La responsabilidad que asumen los profesionales de la salud en cuanto a la "cura" definitiva del paciente se presenta muchas veces como un objetivo inalcanzable, que se pone en evidencia con las extensiones de "bajas", que marcan finalmente al paciente como "incurable". Teniendo en cuenta que el problema de la droga está instalado en la sociedad y envuelve dimensiones diversas (políticas, económicas, personales, sociales), podríamos pensar en limitar las incumbencias institucionales a objetivos posibles, al menos en las propuestas iniciales dirigidas a la población que demanda asistencia.

# Notas

1. Castoriadis plantea la *elucidación* como “un trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan” (1983:30).
2. Colocaré en adelante entre comillas las expresiones literales de los actores dentro de la institución y en cursiva las categorías nativas.
3. Tanto el nombre real de la institución como los nombres propios de sus miembros se verán modificados a lo largo del relato con el fin de mantener el anonimato de los participantes.
4. La cocaína es un estimulante que cuando es ingerido en dosis prolongadas tiende a entorpecer el movimiento. Este efecto muchas veces es aumentado por la adulteración de la sustancia básica con anfetaminas u otros elementos.
5. “Porro” es un cigarrillo de marihuana (*cannabis sativa*).
6. Ver porcentaje de población consultante por sexos en el Apéndice, cuadro N° 1.
7. Comunicación personal con los profesionales del equipo.
8. La información que obtuve en relación a esta vía de uso data del año 1995. Actualmente no se han presentado al servicio personas con problemas de adicción a las drogas intravenosas (comunicación personal con los miembros de la institución).
9. Ver Cuadro N° 8 en el Apéndice.
10. Cf. MIGUEZ, 1997.
11. El término “chamullo” se utiliza habitualmente para referirse a los argumentos presentados (en general con cierto grado de fantasía) a fin de obtener algún beneficio personal.
12. La expresión “andar de gira” alude a las actividades nocturnas y diurnas de diversión, cuando no se hacen intervalos para dormir por varias horas. “Andar de joda” tiene el mismo sentido, pero es menos utilizada en las expresiones juveniles.
13. “Ponerse las pilas” es una expresión utilizada en varios sentidos, uno de ellos es imponerse sobre alguna situación voluntariamente, con energía, a conciencia y con decisión. Se usa también cuando hay situaciones en las que bajo el efecto de las drogas tienen que esforzarse por disimular públicamente las manifestaciones que saben que se notan.
14. “Bardear” es promover el desorden. No siempre tiene un sentido negativo, por ejemplo “la fiesta era un bardo” quiere decir que en el desorden que había se estaba muy bien. Si se dice “me estás bardeando” significa que el otro está buscando pelear o discutir. Con la expresión “motín” se refieren a algo semejante, aunque decir “estaba amotinado” incluye también la idea de resistir además de actuar reaccionando contra algo.
15. “Mandarse un moco” es como decir “mandarse una cagada”, algo fuera de lugar e irreversible.
16. “El pastillero” aquí significa el frasco de píldoras, la tableta, la caja. El énfasis está puesto en una dosis elevada en la ingesta de psicofármacos.
17. “La junta” es el grupo primario de amistades con quienes se emprenden actividades nocturnas o diurnas. Habitualmente son los compañeros con quienes se “van de gira”. También se usa para referirse a las personas que consumen drogas, más allá de la amistad, con quienes siempre es posible establecer un contacto.
18. “Zafar” tiene el significado del diccionario: “escaparse o esconderse para evitar un encuentro o riesgo.// Excusarse de hacer una cosa.// Librarse de una molestia”. Pero no era un término de uso frecuente en Buenos Aires.
19. “El ideal primordial y básico del trabajo etnográfico de campo es dar un esquema claro y coherente de la estructura social y destacar, de entre el cúmulo de hechos irrelevantes, las leyes y normas que todo fenómeno cultural conlleva. En primer lugar debe detenerse en el esqueleto de la vida tribal (…) El etnógrafo de campo tiene que dominar con seriedad y rigor, el conjunto completo de los fenómenos en cada uno de los aspectos de la cultura tribal estudiada, sin hacer ninguna diferencia entre lo que es un lugar común carente de atractivo o normal, y lo que llama la atención por ser sorprendente y fuera de lo acostumbrado”, MALINOWSKI, 1986:28.
20. “Cuando el sociólogo logra producir algo de verdad, por poca que sea, no lo hace *a pesar* de tener interés por producirla, sino *porque* le interesa —lo cual es exactamente lo contrario del discurso un tanto pueril sobre la “neutralidad” (…) Estos “intereses”, estas “pasiones”, nobles o bajas, sólo llevan a

la verdad científica en la medida en que vienen acompañados por un conocimiento científico de lo que los determina y de los *límites* que imponen al conocimiento", BOURDIEU, 1990:83.

21. Cf. BOURDIEU, 1991.
22. Cf. HELER, M., 1996.
23. "He llegado a preguntarme si el universo social completamente transparente y desencantado que produciría una ciencia social plenamente desarrollada (y ampliamente difundida, si tal cosa es posible) no sería inhabitable. A pesar de todo, creo que las relaciones sociales serían mucho menos desastrosas si la gente dominara al menos los mecanismos que la impulsan a contribuir a su propia desdicha", BOURDIEU, 1990:91.
24. Obviamente, y en especial en Bourdieu, lo que aquí es válido para "el sociólogo" también lo es para la antropóloga y el antropólogo.
25. Meta propuesta por Malinowski ya en 1920, que hoy define para algunos antropólogos y sociólogos el objetivo principal de sus estudios (MALINOWSKI, 1986:41).
26. "El trabajo de campo es la instancia que permite efectuar una traducción: la etnografía se concibe como una decodificación y la cultura como un texto de una lengua desconocida, que el antropólogo aprende a expresar en su propia lengua y términos, haciendo uso del procedimiento hermenéutico", GUBER, 1991:44.
27. "Si alguien emprende una expedición, decidido a probar determinadas hipótesis, y es incapaz de cambiar en cualquier momento sus puntos de vista y de desecharlos de buena gana bajo el peso de las evidencias, no hace falta decir que su trabajo no tendrá ningún valor", MALINOWSKI,1986:26.
28. "En las organizaciones formales, por ejemplo, las negociaciones iniciales para el acceso pueden centrarse en el permiso formal que legítimamente será garantizado por un tipo de personal que puede considerarse clave. (…) La investigación nunca empieza de la nada, se apoya en mayor o en menor medida en el conocimiento proporcionado por el sentido común", HAMMERSLEY & ATKINSON, 1994:78-79.
29. "Las «categorías elaboradas por los miembros» se refieren a las caracterizaciones que son empleadas por los propios miembros del grupo, es decir, son categorías *folk*, normalmente utilizadas en el vocabulario de una determinada cultura", HAMMERSLEY & ATKINSON, 1994:64.
30. "Cuando estudia un medio que no es familiar el etnógrafo también es un novicio. Cuando es posible, él o ella se ponen a sí mismos en la posición del «incompetente aceptable», como Lofland (1971) describe con precisión. Es únicamente a través de mirar, escuchar, preguntar, formular hipótesis y cometer errores que el etnógrafo puede adquirir un conocimiento sobre la estructura social del lugar y comenzar a atender la cultura de los miembros del grupo", HAMMERSLEY & ATKINSON, 1994:105.
31. La profesión que desempeñaba la "recreóloga" estaba dirigida a promover actividades de entretenimiento que favorecieran un trabajo terapéutico a la hora de la "reflexión grupal".
32. "Estudiando en estos lugares el etnógrafo se confronta con la difícil tarea de adquirir rápidamente la habilidad necesaria para actuar de forma competente, lo que no siempre es fácil incluso en los ambientes más familiares, mientras que, simultáneamente, en el ámbito privado, está luchando para suspender, para fines analíticos, las presuposiciones que ha debido exteriorizar para ganarse la confianza de los miembros del grupo", HAMMERSLEY & ATKINSON, 1994:109.
33. "Las notas de campo, los apuntes y los diarios son, por un lado, la «información» registrada; por otro, son escritos que constituyen análisis preliminares y representaciones" (HAMMERSLEY & ATKINSON, 994:228). Es en este último sentido que el armado de notas se presenta como momento fértil para la reflexividad, en tanto nos disponemos a conocer que somos parte del mundo que estudiamos y a revisar así de qué manera lo hacemos.
34. De acuerdo con Briggs considero que la aplicación de técnicas de entrevista deben considerar un entendimiento básico de las normas comunicativas de la sociedad que se estudia (BRIGGS, 1986:94). En este sentido mi experiencia anterior me permitió delimitar cuáles serían los modos de preguntar para obtener alguna respuesta en relación a los objetivos de la entrevista.
35. Conozco un antecedente en el estudio del tema llevado a cabo por Cora Rapoport. Es una tesis de maestría en Ciencias Sociales (FLACSO): "La salud mental: estudio antropológico de un centro rehabilitatorio" (1988).
36. "El trabajo de campo implica un pasaje de la reflexividad general, válida para todos los individuos en tanto seres sociales, hacia la reflexividad de aquellos que toman parte en la situación de trabajo de campo, desde sus roles de investigador e informantes", GUBER, 1991:88.

37. La expresión “chabón” se usa como sinónimo de “muchacho”, no necesariamente alude a alguien joven.
38. La palabra “faso” generalmente se utiliza para hablar de cigarrillos de tabaco. Aunque también es correcta para hablar de cigarrillos de marihuana. Sólo es posible saber a cuál de las dos expresiones se refiere de acuerdo al contexto en el que se utiliza.
39. “Careta” es una palabra utilizada en muchas situaciones. Se usa para referirse a las personas que siempre han desempeñado roles sociales determinados por “el deber ser”; por otro lado también se usa para referirse a los momentos en que no se está bajo los efectos de ninguna droga. Para hablar de hipocresía también se usa.
40. Ver Parte B del Apéndice. Cf. Spradley (1996) para la problematización de la circulación de los resultados de la investigación científica.
41. “Making inferences involves reasoning from evidence (what we perceive) or from premises (what we assume (…) In doing fieldwork, you will constantly be making cultural inferences from what people say, from the way they act, and from the artifacts they use. At first, each cultural inference is only a hypothesis about what people know. These hypotheses must be tested over and over again until the ethnographer becomes relatively certain that people share a particular system of cultural meanings”, SPRADLEY, J., 1980:10.
42. Sus nombres completos son Robert Holbrook Smith y Robert Griffith Wilson, pero han sido conocidos por sus iniciales.
43. “With the passage of the Eighteenth, or Prohibition, Amendment in 1919, drinking, drunkenness, and habitual drunkenness or inebriety did not cease but became illegal for the 13 years”, CONRAD P. & SCHNEIDER J., 1981:85.
44. Cf. además BATESON, G., 1991:339-369.
45. “La duodécima de las «Doce Tradiciones» asevera que «el anonimato es el fundamento espiritual de nuestras tradiciones, y nos recuerda constantemente que debemos anteponer los principios a las personalidades»” BATESON, 1991:363.
46. “La posizione *astinente* delle Comunità terapeutica americane nate da Synanon può essere compresa solament in una triplice propettiva: quella della specificità delle loro popolazione, quella del forte culto del *dominio di sè* e dell’autodeterminazione tipico delle culture americane, sostenuto dalle promesse del nascente movimento delle relazioni umane degli anni ’50 e ’60 e certamente anche quella di una cultura protestante poco tollerante alle mediazioni e alle sfumature”, DE DOMINICIS, 1997:29.
47. “El sistema total es una religión durkhemiana, en el sentido de que la relación entre el hombre y su comunidad es paralela a la relación entre el hombre y Dios. «Los Alcohólicos Anónimos es un poder superior a cualquiera de nosotros»”, BATESON, 1991:363.
48. “Nel concetto di famiglia autocratica che produce personalità autonome è implicita una visione conflittuale dell’independenza, che risulta così il frutto di una battaglia del individuo”, DE DOMINICIS, 1997:81.
49. Fue una iniciativa de la Oficina para la Libertad Condicional de la Corte Suprema de New York, y su equipo estuvo compuesto por Joseph Shelly, responsable de la oficina, Alexander Bassin, criminólogo especialista en terapias de grupo, Daniel Casriel, psiquiátra y Herbert Block, criminólogo.
50. Cf. DE DOMINICIS, 1997, passim.
51. CE.NA.RE.SO es el Centro Nacional de Rehabilitación Social. Fue creado en el año 1973 como la primera institución gubernamental de abordaje a los usos de drogas. Evidentemente, en los años previos, no podría hablarse de “la droga” como “problema” dado que todavía no estaba construída como tal. Por otra parte, hubo un esfuerzo realizado por el Dr. San Marín en el Hospital Nacional Borda, en el año 1972. El mismo brindó atención a usuarios de drogas a lo largo de dos años, combinando un abordaje psiquiátrico con otras formas de trabajo de recreación.
52. El programa formado por el Pastor Novelli llegó a tener capacidad de internar a trescientas o cuatrocientas personas en distintas casas de comunidad. (Entrevista a R. Grimson, Presidente de la Federación de Organizaciones No Gubernamentales Argentina, FONGA).
53. Cf. TOUZÉ, 1996:24.
54. Véase en el Apéndice una referencia a material gráfico de divulgación en recitales promovido por el Ministerio del Interior (Programa Federal de la Militancia Social, Prevención en Sida y Adicciones), correspondiente a febrero de 1998.

55. La morfina es una droga derivada del opio, descubierta en 1806, aunque es posible administrarla a partir de la invención de la jeringa hipodérmica en 1853. Se utilizó principalmente para fines médicos: mitigar el dolor, los espasmos, promover el sueño, etc. (CONRAD & SCHNEIDER, 1981:114). Su uso se extendió luego al tratamiento de enfermedades terminales severas. En Argentina el suministro de morfina se hacía en su momento con receta triplicada. Pero la administración creciente de esta substancia por parte de algunas personas comenzó a despertar necesidades, las cuales no tenían lugar específico donde tratarse. Es en este período en el que la cátedra de Toxicología abre un consultorio considerando estas demandas.
56. Entrevista al director actual de la ONG, 1998.
57. La *codeína* es un opiáceo utilizado generalmente en remedios para evitar la tos. Los efectos que provoca pueden variar de acuerdo a la medida ingerida, predisponiendo a la persona a tener alucinaciones y estados de somnolencia.
58. "El desarrollo de las prácticas de intoxicación en Occidente es contemporáneo del uso masivo de los medicamentos psicotrópicos, pero sus efectos son diametralmente opuestos. Lejos de una aspiración adaptativa, la intoxicación de una franja de la juventud en los 1970 se inscribe en un movimiento contracultural de crítica radical del *establishment*", SOLAL en EHRENBERG comp. 1991:198.
59. "La tradizionale terapia psicoanalitica é risultata altamente infruttuosa nel trattamento delle tossicodipendenze. Ciò è stato imputato al transfert eccessivamente idealizzato, alla scarsa capacità di contatto con le emozioni e al continuo esplodere di azioni (*acting out*) in reazione alla presa di coscienza di particolari aspetti di sè (*insight*)", DE DOMINICIS, 1997: 35.
60. Entrevista al director de RedA, enero, 1998.
61. Entrevistas a profesionales especializados en tratamiento de adicciones, enero, 1998.
62. Vale tener presente que en muchos casos la comercialización de drogas es una fuente de ingresos segura ante la deficiente oferta de puestos de trabajo y consecuente pauperización de la población (MESQUITA, F. 1996).
63. Cf. ROSZFAK, 1984. Aunque hay que tener en cuenta que: "en la Argentina la tenencia de drogas para el consumo personal se penalizó en 1974, por medio dela ley 20.771. Resulta esclarecedor observar que este instrumento legal fue sancionado simultáneamente con la ley 20.840, que reglamentó la llamada «lucha antisubversiva» y que legitimó en el país la «doctrina de seguridad nacional». Ambas normas extendieron así el control sobre el mismo sector social -los jóvenes- «sospechosos» de interpelar al *status quo*". TOUZÉ, 1996: 24.
64. "En nuestras sociedades, dos instancias especializadas se encuentran en una situación de rivalidad-colaboración para el heterocontrol de la toxicomanía: la justicia y la medicina", CASTEL y COPPEL, 1994: 225.
65. El Consejo Nacional del Menor y la Familia fue creado en 1990 por decreto presidencial y tiene a su cargo las funciones que incumben al Estado nacional en materia de promoción y protección integral de la minoridad y la familia, con autonomía técnica y desconcentración administrativa. Entre otras funciones "ejerce la policía de prevención y protección de menores y la superintendencia de sus institutos y servicios, dicta normas de contralor y registro de instituciones privadas de asistencia (...) tiene además la facultad de otorgar becas, subsidios y prestaciones, y la de disponer las formas de asistencia, ingresos y traslados de los menores a los establecimientos". La Sindicatura General y la Auditoria General de la Nación han cuestionado la labor del Consejo después de detectar falencias (la falta de evaluación del desempeño de los prestadores, ausencia de seguimiento de los menores derivados, errores en los tratamientos aplicados a los internados y desaprovechamiento de los recursos disponibles) interviniendo el organismo por noventa días para investigar las anormalidades (CLARÍN, 4/2/98). Esta situación ha venido acompañada de una serie de inspecciones a la institución que consisten en visitas reiteradas de psicólogos o trabajadores sociales del organismo, sin previo aviso, quienes llevan a cabo charlas privadas con los "pacientes" y "profesionales".
66. Es la misma resolución que posibilita atenderse a traves de sus obras sociales a quienes están infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
67. Cf. Bell Catherine, 1992; Edmund Leach, 1985; Bronislaw Malinowski, 1982; Victor Turner, 1980; Brian Morris, 1995.
68. Con respecto a la diferencia entre "sagrado" y "profano", el autor aclara que "lo sagrado no es, de hecho, un valor absoluto, sino un valor que indica situaciones respectivas. Un hombre que vive en su casa, en su clan, vive en lo profano; vive en lo sagrado desde el momento en que parte de viaje y se

halla, en calidad de extranjero, en las proximidades de un campamento de desconocidos" (VAN GENNEP, 1986:22). En este sentido el viaje, considerándolo como una situación ajena al orden cotidiano, es entendido como momento sagrado. El rito de pasaje articula las vivencias cotidianas —en tanto mundo profano—, con las vivencias extraordinarias —en tanto mundo sagrado. Lo que marca este cambio es, en el ejemplo citado por el autor, el *viaje*, la *transición* entre un punto y otro del espacio físico y social.

69. Cf. BELL, C., 1992:182.
70. Cf. FRIEDSON, 1978:253. Ver también Vernant (1990) sobre el valor de la vida mundana.
71. "Each culture provides people with a way of seeing the world, by categorizing, encoding, and otherwise defining the world in which they live. Culture includes assumptions about the nature of reality as well as specific information about reality. It includes values that specify the good, the true, and the believable", SPRADLEY, 1980:14.
72. Cf. FRIEDSON, 1978:37-38.
73. Dentro la psicología "a Psicanálise a inverte na direçao do espírito, formulando a primeira grande hipótese da interioridade como cosmos material, prometendo-lhe um ambicioso projeto de verdade e complexificando nesse modelo o estatuto da vontade", DIAZ DUARTE & EMERSON GIUMBELLI, 1993.
74. Friedson señala la importancia de los allegados al *paciente* en tanto coparticipantes que actúan como agentes del médico. "El medio social del paciente de este modo llega a convertirse en una empresa guiada por las concepciones profesionales de enfermedad y tratamiento", 1978:308.
75. "Las reglas de conducta hacen impacto sobre el individuo en dos formas generales: directa, como las *obligaciones*, que establecen cómo está moralmente obligado a conducirse; indirecta, como *expectativas*, que establecen cómo otros están moralmente obligados a actuar en relación con él", GOFFMAN, 1970:50.
76. "Porro" es una palabra utilizada para hablar de la *cannabis sativa*, o de cigarrillos de la misma hierba, conocida comúnmente como "marihuana". Ésta recibe también otras denominaciones: "faso", "bagullo", si se trata de una cantidad de cannabis sin descomprimir; "maría tontela" y "alegría", si se está hablando públicamente de cigarrillos de marihuana.
77. Con la palabra "birra" se refiere a la cerveza, bebida alcohólica espumante de cebada.
78. "Saques", "toques", "raya", "pase", remiten a la forma de dosificar la cocaína inhalable; "pala", "merca", "reina", "frula", se utilizan para referirse a la sustancia: cocaína; y con "papel", "mougra", "raviol", se refiere a la medida estándar de compra mínima, aproximadamente un gramo.
79. Tómese el término "riesgo" creado en la modernidad para referirse a "la comprensión de que los resultados imprevistos pueden ser consecuencia de nuestras propias actividades o decisiones, en lugar de ser ocultos significados o de la naturaleza de las inefables intenciones de la divinidad", GIDDENS, 1994:40.
80. Jaqueline Ferreira considera que los síntomas forman parte de un sistema de representaciones en tanto la interpretación de la dolencia se hace a partir de categorías cognitivas construidas socialmente. En este sentido la autora señala que las metáforas utilizadas por los pacientes para describir un dolor o malestar físico o emotivo son interpretadas por los profesionales de acuerdo a representaciones existentes sobre la "enfermedad", Cf. FERREIRA, J., 1995:89 y ss.
81. Cf. RIESMAN,D., 1981.
82. *Pasantes* son los residentes de Psicología o Trabajo Social que hacen sus prácticas en la institución por períodos breves que no superan los cuatro meses.
83. Cuando se refieren a los "mambos" están hablando de los problemas o bien las formas personales en que cada uno los piensa. También se utiliza esta palabra para referirse a los estados físicos y anímicos provocados por las drogas.
84. Friedson señala, de acuerdo con Parsons, que el aspecto de la enfermedad más estimulado en los EEUU es "la obligación de cooperar de lleno con la entidad terapéutica, esto es, *trabajar* para conseguir su propia recuperación", con lo cual la demostración de la motivación a cooperar con el tratamiento, para luego volver a su estado de normalidad, es un elemento fundamental de la legítima actuación del rol de enfermo, 1978:248.
85. Se han registrado en RedA cuatro altas a lo largo de cuatro años. Ver distribución anual de altas en los datos estadísticos, cuadro N° 6 del Apéndice.
86. Cf. TURNER, 1988:102.

87. La homosexualidad durante mucho tiempo ha sido entendida como una práctica desviada de la norma social. Fue considerada como antinatural por no responder a la lógica de reproducción biológica de los cuerpos. Fue necesario, en primer lugar, cuestionarse acerca de la asociación sexo-reproducción para entender los significados culturales de este binomio. A pesar de ello, entrando en el tercer milenio de nuestra era, todavía esta asociación produce debates, Cf. CONRAD & SCHINEIDER, 1980:172-214.
88. Los *expertos* que dedican sus vidas a experimentos y aplicaciones de los saberes científicos en el campo de la medicina ¿no sacralizan la salud en función de la cual los sacrificios y las intervenciones médicas son ejecutados y aceptados? Pensemos solamente en los experimentos de clonación, de reproducción asistida, los transplantes de órganos, las cirugías faciales, las intervenciones genéticas, por recordar algunos, y la motivación que se argumenta como principio de estas acciones. Es el progreso, el mayor dominio del medio y el control de lo "azaroso" en dirección a un "completo bienestar" de la humanidad. La moral que sustenta este discurso —lo que es mejor y lo que es peor— delimita un campo para la fiabilidad, que sin duda es el consentimiento más indicado para que los científicos puedan ejercer con autoridad, aunque no sepamos qué hacen, cómo lo hacen ni por qué.
89. "Entre las prácticas que han contribuido a crear [el] moderno sentido [del yo] se hallan aquellas que ayudan a nuestro pensamiento a desvincularse del sujeto encarnado y socialmente situado. Cada uno de nosotros es llamado a ser una mente pensante responsable, a ser autónomo en nuestro juicio. Pero este ideal, admirable en algunos aspectos ha tendido a cegarnos frente a algunos aspectos importantes de la condición humana. En nuestra tradición intelectual existe una tendencia a interpretarlo menos como un ideal que como algo ya establecido en la constitución humana", TAYLOR, 1997:225.
90. Taylor lo ha sintetizado diciendo que "el momento en que el tiempo de la acción se convierte en crucial es cuando tenemos que actuar en la incertidumbre y además nuestra acción afectará irreversiblemente la situación (…) Sobre el terreno siempre hay incertidumbre, puesto que hay situaciones de juicio que son difíciles", 1997:235.
91. "Conventional notions of morality are another means through which marihuana use is controlled. The basic moral imperatives which operate here are those which require the individual to be responsible for his own welfare, and to be able to control his behavior rationally. The stereotype of the dope fiend portrays a person who violates these imperatives", BECKER, 1963:72-73.
92. Utilizo la palabra "racional" en el sentido en el que lo hace Giddens: él entiende por "razón" la obtención de conocimiento cierto, y que de hecho como tal se ve cuestionada por la capacidad reflexiva de los actores.
93. Cf. SENNET, 1980, LIPOVESTKY, 1986 y GERGEN, 1992.
94. Mi traducción
95. Con el término "moralizante" me refiero a criterios específicos que pueden dar cuenta de lo que está bien y de lo que está mal en determinado contexto o situación particular. Entiendo el tratamiento como "moralizante" en tanto es una forma de entrenamiento a la persona para que adquiera ese punto de vista para juzgar y ejercer sus prácticas.
96. "La pena aplicada al toxicómano tiene una función de expiación íntimamente ligada a la noción de falta común al derecho civil y al derecho penal de esta época", GARAPON, en Ehrenberg comp., 1994:278.
97. Cf. TOUZÉ & ROSSI, 1993.
98. Metadona es una sustancia química semejante al opio, sustitutiva de la heroína, que con efectos similares consigue reducir los daños que ésta provoca, fundamentalmente al modificar la vía de administración inyectable de la heroína por la vía oral. Fue descubierta por un químico alemán como analgésico en tratamientos médicos cuando el opio escaseaba durante la segunda guerra mundial. Cf. CONRAD & SCHNEIDER, 1981:134.
99. Cf. INGOLD, F., TOUSSIRT, M.,1993.
100. "Institucionalización que, como en otras áreas de la medicina científica occidental, definirá una carrera del paciente, en este caso el drogodependiente: diagnóstico y prescripción, desintoxicación, rehabilitación, reinserción social y, en muchos casos como modalidad de esto último, fijación en el rol social de ex-adicto", ROMANÍ, 1997:56.
101. Cf. BECKER, H,. 1963; GRINSPOON, L., 1971; HOUSTON, M., 1974.
102. Cf. INGOLD, F., 1994:239-251.

# Bibliografía


BARRERA, LAGUADO DUCA, ESPINEL VALLEJO, 1993, *Cultura, Juventud y Arte*, Serie Prevenir es Construir Futuro, N° 4, Alcaldá Mayor de Santafe de Bogotá, D. C., Unidad coordinadora de prevención integral.

BATESON, G., 1991, *Pasos hacia una Ecología de la Mente*, Ed. Planeta, Buenos Aires.

BECKER, H., 1963, *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press of Glencoe, New York.

BELL, C., 1992, *Ritual Theory, Ritual Practice*, New York, Oxford, University Press.

BORGES, J. L. 1953, *Historia de la Eternidad*. Ed. Emecé, Buenos Aires.

BOURDIEU, P., 1993, "Los ritos como actos de institución". En VVAA, *Honor y Gracia*, Ed. Alianza Universidad.

— 1991, *El sentido práctico*, Ed. Taurus, Madrid

— 1990, *Sociología y Cultura*, Ed. Grijalbo, México.

BOURDIEU, P., WACQUANT, J. 1995, *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Ed. Grijalbo, México.

BRIGGS, Ch., 1986, *Learning how to ask. Studies in the social and cultural foundations of language*, Ed. Cambridge University, New York.

CASTEL, R. & COPPEL, A., 1994, "Los controles de la toxicomanía" en EHRENBERG comp., *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.

CASTORIADIS, C., 1983, *La institución imaginaria de la sociedad 1: Marxismo y teoría revolucionaria*, Ed. Turquest, Barcelona.

CONRAD, P. SCHNEIDER, J., 1985, *Deviance and medicalization*, Ed. Merril Publishing Company Columbus, Ohio.

DE DOMINICIS, Andrea, 1997, *La comunitá terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*, Centro Italiano di Solidarietá di Roma, Roma.

DÍAZ DUARTE & EMERSON GIUMBELLI, 1993, "As concepções cristã e moderna da Pessoa: paradoxos de uma continuidade", trabalho apresentado no seminario "A Religião e a questão do Sujeito no Ocidente", promovido pelo CIAS e IBRADES em Paulo de Frontin, Río do Janeiro.

DÍAZ DUARTE, L. 1988, *Da Vida Nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*, Jorge Zahar Editor, Río de Janeiro.

— 1993, "A outra saúde mental, psicossocial, físico-moral?", Trabajo presentado en el Primer Encuentro Nacional de Antropología Médica, Salvador, 3 al 6 de noviembre.

DOMINGUEZ & SASLAVSKI, 1998, "«Poner el cuerpo» o el lugar del observador/a en el trabajo de campo", II Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos. IDES. 3, 4 y 5 de Junio. Buenos Aires.

DOUGLAS, M., 1973, *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Ed. Siglo XXI, España.

— 1996, *Cómo piensan las instituciones*. Ed. Alianza, Madrid.

DRYFOOS, J., 1990, *Adolescents at Risk. Prevalence and Prevention*,Oxford University Press, New York.

DUMONT, L., 1993, *O Individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*, Ed. Rocco, Río de Janeiro.
DURKHEIM, E. 1972, *La Educación Moral*, Ed. Schapire, Buenos Aires.
— 1951, *Sociología y Filosofía*, Ed. Guillermo Kraft limitada, Buenos Aires.
EHRENBERG A. comp., 1994, *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
FERREIRA, J., 1995, "Semiología do Corpo" en FACHEL LEAL O. (Organizadora*), Corpo e Significado. Ensaios de Antropología Social*, Porto Alegre, ed. Universidad Federal do Rio Grande do Sul.
FRIEDSON, Elliot, 1978, *La Profesión Médica*, Ed. Península, Barcelona.
GAMELLA & MENESSES, 1988, "Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: censo intensivo de los heroinómanos de cuatro barrios de Madrid" en VVAA, *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*, Madrid.
GARAPON, A., 1994, "El toxicómano y la justicia, ¿cómo restaurar el sujeto de derecho?", en EHRENBERG A. comp., *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
GEERTZ, C., 1987, *La interpretación de las culturas*, Ed. Gedisa, Barcelona.
GERGEN, K., 1992, *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Ed. Paidós, Barcelona.
GIDDENS, A., 1994, *Consecuencias de la modernidad*, Ed. Alianza, Madrid.
GOFFMAN, E., 1970 (1967), *Ritual de la interacción*, Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
— 1995 (1963), *Estigma*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
— 1972 (1961), *Internados*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
GRINSPOON, L., 1971, *Marihuana Reconsidered*, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts.
GUBER, Rosana, 1991, *El salvaje metropolitano*, Ed. Legasa, Buenos Aires.
GUTIERREZ, Alicia, 1994, *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*, Ed. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
HAMMERSLEY M., ATKINSON, P. 1994, *Etnografía*, Ed. Paidós, Barcelona.
HELER, M., 1996, *Ética y ciencia: la responsabilidad del martillo*, Ed. Biblos, Buenos Aires.
— 1997, "La idea moderna de autonomía personal", en *Cuadernos de Ética*, Bs. As., correspondiente a 1997 (en prensa).
— 1998, "La idea moderna de autonomía moral", en *Cuadernos de Ética*, Bs. As., correspondiente a 1998 (en prensa).
HOUSTON, M., 1971 (1966), *LSD. Los secretos de la experiencia psicodélica*. Ed. Bruguera, Barcelona.
INEM, C., ACSELRAD, G., (Organizadoras), 1996, *Drogas: Uma Visão Contemporânea*, Ed. Imago, Rio do Janeiro.
INGOLD, F., 1994, "Los Toxicómanos en Europa. Epidemiología y Etnografía", en EHRENBERG comp., *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
INGOLD, F., TOUSSIRT, M. , 1993, "Le travail sexuel, la consomation des drogues et le HIV: investigation ethnographique de la prostitution á Paris. 1989-1993". Institut de Recherche en Epidemiologie de la Pharmacodépendance (IREP).
KORNBLIT, A., 1992, *Sociedad y Droga*, Centro Editor, Buenos Aires.

LEACH, E., 1985, *Cultura y Comunicación*, Ed. Siglo XXI, Madrid.
LIPOVESTKY, G., 1986, *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*; Barcelona, Anagrama.
MALINOWSKI, B. 1975, *La vida sexual de los salvajes de la Melanesia*, Ed. Morata, S.A. Madrid.
— 1986, *Crimen y Costumbre en la sociedad salvaje*, Ed. Planeta.
— 1986, *Los argonautas del Pacífico occidental*, Ed. Planeta, Barcelona, España.
— 1982, *Magia, Ciencia y Religión*, Ed. Ariel, Barcelona, España.
MESQUITA, F., 1996, "AIDS e drogas injetáveis", en INEM, C., ACSELRAD, G., (Organizadoras), *Drogas: Uma Visão Contemporânea*, Ed. Imago, Rio do Janeiro.
MIGUEZ, H., 1997, "Naturaleza del uso de cocaína intravenoso en la Argentina", Informe de CONICET, en prensa.
MILLER, J., 1991, *Recorrido de Lacan. Ocho conferencias*, Ed. Manantial, Argentina.
MORRIS, B., 1995, *Introducción al estudio antropológico de la religión*, Ed. Paidós, Barcelona.
PEACOCK, J., 1993 (1986), *The Anthropological Lens, Harsh Light, Soft Focus*, Cambridge, USA.
PICCIONE, R., 1993, *Guía de la salud mental*, ed. Departamento de Salud Mental, Unidad Sanitaria Local de Roma.
RAPPAPORT, C., 1988, "La salud mental: estudio antropológico de un centro rehabilitatorio", Tesis de Maestría en Ciencias Sociales (FLACSO).
RIBAS LOBOS FERNANDEZ, 1993, *A Epidemia Clandestina: Aids e Usuarios de Drogas Endovenosas em Sao Paulo*. Mestrado Em Ciencias Sociais, PUC-SP.
RIESMAN, D., 1981, *La muchedumbre solitaria*, Ed. Paidós, Barcelona.
ROCKWELL, E., 1987, "Reflexiones sobre el proceso etnográfico", mimeo.
RODRIGUEZ CABRERO, G., 1991, "Drogadependencias y exclusión social desde la reflexión sociológica"
ROMANÍ, O., 1989, *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*, Ed. IGIA, Barcelona.
— 1997, "Etnografía y drogas. Discursos y prácticas" en *Nueva Antropología*, México.
— 1989, "Proceso de Modernización, cultura juvenil y drogas", en Comunicación y lenguaje juvenil, Madrid, Ed. Fundamentos, Rodriguez F.
ROSZAK, T., 1984, *El nacimiento de una contracultura*, Barcelona, Kairós
SENNETT, R., 1980, *Narcisismo y cultura moderna*, Barcelona, Kairós.
SOLAL, J. F., 1994, "Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable" en EHRENBERG comp. *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
SPRADLEY, J., 1980, *Participant observation*, Holt, Rinehyart and Winston, Orlando.
— 1996 "Jaleo en la celda: la ética en el trabajo de campo urbano", en Velasco comp., *Lecturas de Antropología Social y Cultural*, Cuadernos de la Uned, Madrid.
TAYLOR, Ch., 1997, *Argumentos filosóficos*, ed. Paidós, Barcelona.
TOUZÉ, G., 1996, "La construcción social del problema droga", en *La Investigación en Toxicomanía: estado y perspectivas*, Federación Internacional de Universidades Católicas y Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia.

TOUZÉ, G., ROSSI, D., 1993, “Sida y drogas. ¿Abstención o reducción del daño?” en *Fondo de Ayuda Toxicológica*.
TURNER, V., 1974, *Dramas, Fields, and Metaphors*, Ithaca, Cornell University Press.
— 1988, *El proceso ritual. Estructura y anti-estructura*, Taurus, Madrid.
— 1980, *La selva de los símbolos*, Ed. Siglo XXI, México.
VAN GENNEP, A., 1986 (1909), *Los ritos de paso.* Ed. Taurus, Madrid.
VERNANT, J. P., 1990, “El Individuo en la Ciudad”, en *Sobre el Individuo*, VEYNE y otros, Ed. Paidós, Barcelona.