

Del adicto recuperado al operador socioterapéutico: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización.

Araceli Galante, Diana Rossi, María Pía Pawlowicz y Gonzalo Ralón.

Cita:

Araceli Galante, Diana Rossi, María Pía Pawlowicz y Gonzalo Ralón (2013). *Del adicto recuperado al operador socioterapéutico: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/570>

20 años de pensar y repensar la Sociología.

Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI

1 a 6 de Julio de 2013

Mesa 58: Sociología de las Profesiones. Profesiones tradicionales y Nuevas profesiones. De la universidad al mundo del trabajo.

Del *adicto recuperado* al operador socioterapéutico: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización.

Autores: Galante, Araceli^{1,2,3}; Rossi, Diana^{1,3}; Pawlowicz, María Pía^{1,2}; Ralón, Gonzalo³.

Institución de pertenencia:

¹ Intercambios Asociación Civil. (Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. "D" (1046). CABA. Argentina)

² Proyecto de cooperación universitario internacional: "Estudios sobre las Políticas y las Prácticas en materia de Toxicomanías". Federación Internacional de Universidades Católicas.

³ Proyecto UBACyT 20020100101021 "Políticas públicas de control de drogas en América Latina" Programación 2011-2014. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Introducción

En Argentina pueden encontrarse una gran diversidad de propuestas asistenciales dirigidas a los usuarios de drogas. En la década del '70, las comunidades de vida, conformadas por personas que se proponían dejar las drogas gracias a una profunda experiencia espiritual vivida en comunidad, representaron una alternativa residencial a la atención en los hospitales psiquiátricos, ya que se basaba en la potencialidad del grupo de pares para transformar la vida de cada uno de los residentes.

En la década siguiente, muchos de los referentes de las comunidades de vida comenzaron a tomar contacto con experiencias internacionales de comunidades terapéuticas (CT) destinadas a la atención por uso de drogas e incorporaron algunos de sus elementos en el desarrollo de sus propuestas terapéuticas. Estas experiencias fueron, fundamentalmente, *Daytop Village*, de Estados Unidos y el *Progetto Uomo*, desarrollado por el Centro Italiano de la Solidaridad (CeIS)- de Roma (Carrizo, 2010).

La intervención estatal fue decisiva en la capacitación de los residentes de las comunidades de vida y de otros especialistas en el *Progetto Uomo*. Con el

apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, se desarrolló el Proyecto AD/ARG/87/525 que capacitó, entre 1988 y 1990 a 27 operadores socioterapéuticos (OST) en el Progetto Uomo de Italia y a 189 OST en Argentina. La mitad de ellos no tenía formación académica y mayoritariamente eran referentes de las comunidades de vida. Con el tiempo, los OST fundaron nuevas CTs, constituyendo una importante oferta asistencial para los usuarios de drogas en el ámbito de la sociedad civil. En los '90 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR.) incorporó a las CTs como prestadoras de un programa de becas de internación para usuarios de drogas de escasos recursos económicos, facilitando la expansión del modelo (Touzé, 2006).

La inclusión de las CT en los programas gubernamentales fue criticada desde las disciplinas con formación académica, que pusieron en cuestión la idoneidad de los OST, para intervenir en la atención de los usuarios de drogas, debido al predominio de la experiencia en su formación profesional.

En 1997, la SE.DRO.NAR. y el Ministerio de Salud y Acción Social (M.S.A.S.) regularon la atención por uso de drogas, categorizando a las CTs como "centros preventivo asistenciales de la drogadependencia" (Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S.-SE.DRO.NAR.). Para las CTs, la inclusión en el sistema de salud significó una oportunidad para consolidarse en el campo de la atención por uso de drogas, ya que podían constituirse en prestadoras de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga. Pero también implicó la obligatoriedad de aceptar a médicos y psicólogos en la dirección de sus programas asistenciales e incorporarlos en sus equipos de atención.

Considerando que la intervención estatal ha sido clave en el proceso de profesionalización de los OST, en este trabajo analizaremos el rol de las políticas públicas en su formación y en la delimitación de su incumbencia profesional.

METODOLOGÍA

El trabajo se enmarca en un estudio cualitativo que buscó describir las características de los dispositivos destinados a la atención de los usuarios de drogas de Buenos Aires, realizado en distintas fases entre 2005 y 2007. El estudio involucró a 50 especialistas con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria para usuarios de drogas. Se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la información que brindaron.

La muestra fue no probabilística e intencional. Para este trabajo, se seleccionaron 14 entrevistas semi-estructuradas y 2 grupos de discusión, en los que participaron 24 especialistas en la atención por uso de drogas:

- 3 psicólogos y una psiquiatra que se desempeñaban como auditores de las CT que eran prestadoras de servicios de organismos gubernamentales y de obras sociales;
- 5 psicólogos que trabajaban en la admisión de este tipo de organismos
- 11 OST que trabajaban en CTs que reconocían haber basado su modelo de atención en el Progetto Uomo (7 de ellos eran fundadores y directores de CTs)

- En los grupos de discusión también participaron una psiquiatra que trabajaba en un hospital psiquiátrico y tres especialistas con formación religiosa que trabajaban en programas preventivos y de reducción de daños.

De los 24 especialistas, 15 eran varones y 9 eran mujeres (2 de ellas eran OST). El promedio de edad fue de 44 años y la antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años.

Para el análisis de los datos, se complementó la información proporcionada por las entrevistas y grupos de discusión con fuentes secundarias: normas relativas a la regulación de las comunidades terapéuticas en el período 1990-1999; conferencias de los funcionarios que participaron en la formulación e implementación de las políticas estatales de control de la demanda de drogas en el marco de las Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas organizadas por la Asociación Civil Intercambios en la Cámara de Diputados de la Nación entre los años 2005 a 2010 y producciones escritas (artículos, libros y revistas científicas, folletos, páginas web, presentaciones en jornadas y conferencias) efectuadas por las comunidades terapéuticas.

A partir de la identificación de códigos, se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó utilizando un software para el análisis cualitativo de los datos, con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

RESULTADOS

El valor de la experiencia en la formación de los operadores terapéuticos

En las comunidades de vida, el consumo de drogas se inscribía en un proceso de búsqueda personal de felicidad basada en *valores invertidos*, que priorizaba lo material por sobre lo espiritual, en el que el sujeto terminaba desesperado y solo, alejado de Dios. *Dejar las drogas* era consecuencia de una experiencia de desesperación en la que se clamaba por la ayuda divina. Era Dios, quien provocaba la transformación personal y el cambio de vida, que no se restringía al logro de la abstinencia, sino que involucraba la totalidad de la existencia. Los especialistas, en las comunidades de vida eran personas que habían dejado las drogas gracias a una profunda experiencia espiritual vivida en comunidad. Daban su testimonio para que otros se recuperaran, como una forma de restitución por el bien recibido (Novellí, s/año).

La capacitación de los referentes de las comunidades de vida en el CeIS, mediante el Proyecto AD/ARG/87/525 consistió en vivir la experiencia de la CT, incorporando los elementos técnicos, científicos y espirituales en los que se basaba el Progetto Uomo

El Progetto Uomo se caracterizó por su concepción del ser humano como bio-psico-espiritual y por intentar la integración de distintas teorías y prácticas terapéuticas acerca del problema de las drogas (De Dominicis, 1997).

La dimensión espiritual se asociaba al ejercicio de la libertad, definida como la capacidad humana de orientar el comportamiento en base a valores (como la honestidad, la solidaridad, la generosidad, el amor responsable). La

toxicodependencia representaba, al mismo tiempo, un emergente de la crisis de valores de la sociedad contemporánea, de las dificultades de las familias para orientarse por ellos, y de la adhesión personal a valores negativos. El CeIS consideraba que los toxicómanos¹ tenían una personalidad caracterizada por la baja autoestima y la desconfianza, el desafío a las figuras de autoridad, la culpabilización al entorno por sus problemas y por tener una imagen distorsionada de sí mismo, sentimientos agresivos e inestabilidad (Bessone, Cimino, De Vega y Palladino, 1990).

El proceso terapéutico, representaba entonces un cambio de vida que llevaría a la transformación del usuario de drogas en un Hombre Nuevo², libre para la solidaridad y el amor. Esta concepción señalaba una ruptura con la idea de la adicción como enfermedad incurable, propia de los Programas de Doce Pasos y cuestionaba el énfasis en los aspectos biomédicos del problema de la atención Psiquiátrica Tradicional (De Dominicis, 1997).

La atención puesta en los aspectos afectivos y espirituales del problema de las drogas y por consiguiente, en el proceso de atención, llevaban a que la formación de los OST se efectuara de un modo vivencial y que se buscara desarrollar en ellos valores como la solidaridad, el compromiso y la honestidad. Pero la capacitación en el Progetto Uomo modificó el perfil de quienes participaron: los operadores terapéuticos debían conjugar su espiritualidad y sus valores morales con el conocimiento científico del problema de las drogas y el ejercicio de una práctica terapéutica específica (De Dominicis y Touzé, 1990).

La importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización de los operadores terapéuticos

Aunque es difícil distinguir con precisión entre los conceptos de *profesión* y de *ocupación* hay acuerdo en que el primer término remite a la adquisición de un saber especializado que otorga cierto nivel de status. La asociación entre profesión y probidad moral, conocimiento y experiencia especial se remonta al medioevo, cuando la Medicina, el Sacerdocio y el Derecho eran las únicas profesiones educadas, accesibles sólo a las clases altas. Pero en el siglo XIX otros grupos ocupacionales en Inglaterra y Estados Unidos lograron ser considerados como profesionales, es decir, que la sociedad, y fundamentalmente el Estado, reconocieron la validez de sus conocimientos y de sus prácticas, descalificando el saber de otros grupos. Para lograr ese reconocimiento, los grupos ocupacionales debieron desarrollar instituciones de capacitación y de acreditación y movilizar recursos para influir en el Estado y en la sociedad civil (Foucault, 1963; Menéndez, 1990; Friedson, 2001).

El Proyecto AD/ARG/87/525 impulsó la profesionalización de los OST, que hasta ese momento, aprendían su oficio sólo a partir de su experiencia en las comunidades de vida. El Proyecto significó una ruptura con esta forma de transmisión del conocimiento, ya que se incorporó en su formación la adquisición de conocimientos teóricos sistematizados en un plan de estudios.

¹ Término empleado en los documentos producidos por el CeIS.

² El pasaje del Hombre Viejo en Hombre Nuevo es el eje de las reflexiones del Apóstol San Pablo sobre la evangelización en el Nuevo Testamento. En el contexto de los cambios sociales de la época, el tema era objeto de muchos grupos eclesiales, sobre todo de aquellos que promovían la transformación social.

Pero a diferencia de otras profesiones, la creación de instituciones de capacitación no era el resultado de la organización de los OST, sino de la intervención gubernamental. Con el cambio de gobierno, en 1989, y la conclusión del Proyecto AD/ARG/87/525, la formación de los OST entró en un período crítico: la Escuela de San Miguel, creada a instancias del Proyecto, se cerró. Los OSTs, cuyo título no había sido expedido por una universidad, tenían pocas posibilidades de continuar su capacitación en forma gratuita:

De alguna manera, las personas que se dedicaron a trabajar en la problemática de las adicciones, después de haber realizado un tratamiento, tuvimos que acceder a formaciones privadas porque desde los organismos del Estado no había. Yo tuve mucha suerte en su momento, después de la capacitación en el Proyecto Uomo pasaron muchos años en Argentina para que vuelva a haber una formación de operadores. Por ejemplo, yo, después derivé para el Psicodrama, para...el Psicoanálisis... Yo tuve otros espacios de formación en forma privada (...) Y la gente de Buenos Aires tuvo más acceso... la gente del interior prácticamente no tiene... Es difícil, la formación en esta patología es difícil (operador socioterapéutico, 64 años).

Según el relato de los entrevistados, en los '90, la formación de los OST se basó sustancialmente en los cursos ofrecidos por la SE.DRO.NAR. y la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina (FONGA). La formación de los nuevos operadores se tornó asistemática y sujeta al interés (y la capacidad de pago) de cada uno de ellos. La transmisión del oficio se centró en la experiencia de trabajo en las CT. Al respecto, casi todos los OST entrevistados relataron que comenzaron a trabajar como operadores cuando se lo propuso el director de la CT en la que habían efectuado un tratamiento por uso de drogas. Aunque esta práctica era congruente con el modelo del Progetto Uomo (en el que cada residente adquiría responsabilidades crecientes en la comunidad), cabe preguntarse sobre el papel que tenía la discontinuidad en las políticas públicas de capacitación dirigidas hacia los OST en el tipo de formación que recibían.

En 1998 la SE.DRO.NAR. firmó un convenio con la Universidad de Quilmes para la capacitación de los OST, que se extendió hasta el 2005. Varios entrevistados coincidieron en señalar la importancia de este curso gratuito, de dos años, que otorgaba un título universitario en la especialidad³:

A mí me parece que la idea de que para ser OST hay que haber sido un adicto recuperado nos llevó a muchas trampas. Por ahí muchos de nosotros no caímos en ellas porque tuvimos la suerte y la posibilidad de desarrollarnos formándonos en este campo. Pero también pasa que el ex adicto es la mano de obra barata, porque supuestamente conoce lo que vivió estando internado (...) Me parece que las experiencias en sí solas no dicen nada. Hay que, aparte, rellenarlas de contenidos teóricos: no cualquiera es un operador (operador socioterapéutico, 50 años).

³ El curso otorgaba un "Diploma de Operador Socioterapéutico" y estaba destinado, principalmente, a las personas que ya estuvieran trabajando en servicios de prevención y asistencia por uso de drogas. El equipo docente estuvo integrado por operadores socioterapéuticos de reconocida trayectoria.

Los OST consideraban que ser un ex adicto no bastaba para habilitar a un operador como tal y algunos hasta consideraron que no era necesario haber consumido drogas para ser un buen operador. Para ellos, lo esencial del perfil profesional consistía en la formación académica y en una actitud de compromiso y de cercanía con los residentes que los llevaba a poner el cuerpo en un trabajo sin horarios (Pawlowicz, Touzé, Rossi, Galante, Goltzman, Recchi y Cymerman, 2007)⁴.

Disputas en torno al reconocimiento oficial de los OST como profesionales

El reconocimiento oficial de la validez de los títulos otorgados por las instituciones de formación de una disciplina es un aspecto clave del proceso de profesionalización. Para el Estado, otorgarla significa delimitar el área de incumbencia de una profesión, legitimando la validez de sus conocimientos y sus prácticas (Galende, 1990; Braunstein, 1980; Friedson, 2001).

En general, la matriculación resulta el final de un largo proceso de valorización del título a nivel institucional (Foucault, 1966, Menéndez, 1990). Pero este proceso era incipiente en las CTs:

La mayoría de los operadores son ex-adictos rehabilitados que empiezan a hacer un curso y les dan un certificado, no tienen matrícula. Pero ahora la mayoría de las comunidades ya están pidiendo el certificado. "De dónde venís, dónde te capacitaste, cuánto tiempo tenés de...abstinencia?" Esas son las preguntas más comunes; pero, ¿qué quiero decir con esto? Que hay un montón de personas capacitadas y que muchas veces en el campo de la salud, llámese el Ministerio de Salud de la Nación no se lo reconoce (psicólogo, auditor en organismo gubernamental y miembro de un equipo en CT, 50 años, en Grupo de discusión 1).

La creciente exigencia en las CTs de que los OST contaran con una certificación académica era una medida que tendía a profesionalizar la especialidad. Pero obtener la matriculación requería movilizar recursos para influir en las instituciones estatales, y de acuerdo al relato de los entrevistados, los OST estaban poco organizados colectivamente como para poder lograrlo. Para algunos entrevistados, la falta de matrícula justificaba la posición de subalternidad de muchos operadores en las CT:

Lo de la matrícula se planteó en el Ministerio de Salud y se quedó en stand by y sigue en stand by, y esta población sigue trabajando. Por

⁴ Entre otras ofertas de formación actual pueden mencionarse el curso (cinco meses) en el Centro Psicosocial Argentino (ver http://www.elcentroargentino.com.ar/operador_socioterapeutico_en_adicciones.html), en el CAECE (ver <http://www.caece.edu.ar/distancia/curso-operador-socioterapeutico.html>), de un año, en la USAL (http://www.salvador.edu.ar/vrid/ipd/c_osa.htm), el curso de un año de Operador en Salud Mental en Adicciones en la Universidad Nacional de Lanús (<http://www.unla.edu.ar/secretarias/secservpub/direcciones/dep/index.php>).

supuesto que muchos trabajan en negro...Hay un montón de cosas que no tienen un reconocimiento. Pero fundamentalmente es que deberían encuadrar normativa y legalmente el trabajo de esa persona. [...] Pero generalmente están en un 3er o 4to escalón con [una] supervisión y una reunión de equipo por semana (psicólogo, auditor en SE.DRO.NAR., 50 años).

Para algunos entrevistados, esta situación no sólo favorecía que las condiciones de trabajo de los OST fueran más precarias, sino que también generaba desconfianza sobre su capacidad para intervenir en la atención por uso de drogas:

Esta es una pelea que tengo con SE.DRO.NAR.: dicen que en los grupos tiene que haber un psicólogo, porque si no, no es un grupo terapéutico. (Entrevistadora:- ¿Cómo lo llaman, entonces?)- Sería...un grupo de oración (sonríe). No sé como lo llaman ellos. Pero bueno, son cosas absurdas pero es así. El día que haya una legislación o una carrera o que el operador tenga una matrícula, por ahí algún día llega eso y ese día se verá. Por ahora, en todo caso, el tipo del Estado me puede decir: Y yo qué sé quién está ahí hablando si no tiene matrícula, capaz que es un demente que está diciendo cualquier cosa (operador socioterapéutico, 47 años).

Los títulos fijan jerarquías y sancionan un tipo de relación de fuerzas entre los agentes de un campo social (Friedson, 2001; Bourdieu y Wacquant, 2008). El título reconocido oficialmente otorga prerrogativas y privilegios que influyen en la posición de quienes lo detentan en el mercado laboral y en las instituciones en las que trabajan. En este sentido, las dificultades de los OSTs en la obtención de la matrícula son expresión de las relaciones de poder entre disciplinas y remiten tanto a la debilidad de los OST para organizarse como actor colectivo como a la hegemonía de la Medicina y de la Psicología en el campo de la atención por uso de drogas.

La regulación de la atención por uso de drogas: tensiones entre especialistas tradicionales y OST

En 1997, las normas de calidad del Ministerio de Salud y Acción Social y de la SEDRONAR categorizaron a las CT como “centros preventivos asistenciales de atención de la drogadependencia”. La Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR: “Normas de Categorización de los establecimientos asistenciales” mencionó que era necesario contemplar “la existencia de las Comunidades Terapéuticas, las cuales cubren un importante vacío en la atención de los pacientes adictos, implementando un sistema diferente a las prácticas psiquiátricas tradicionales, con una valoración integral y humana en la problemática”. Este reconocimiento incluía una crítica a las prácticas psiquiátricas tradicionales, al mismo tiempo que situaba a las CT como una modalidad alternativa de tratamiento por uso problemático de drogas. La inclusión de las CT entre los programas residenciales permitía jerarquizar las políticas de asistencia de la SE.DRO.NAR., cuyo Programa de Subsidio para

Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales había incluido a comunidades terapéuticas gestionadas por OST como prestadoras.

La definición de las CT en las normas de categorización resaltó la integralidad del tratamiento, la atención grupal y la adquisición de valores como el compromiso y la responsabilidad:

“Comunidad Terapéutica: Es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales. La C.T. (Comunidad Terapéutica) para patologías adictivas es aquella que brinda un tratamiento con diferentes fases, en las cuales, los residentes deben transitar un proceso que procure el crecimiento en responsabilidad y compromiso: priorizándose el trabajo grupal por sobre el abordaje individual, sin renuncia de un programa personalizado. Esta modalidad comprende a los supuestos de comorbilidad psico-social (O.M.S, Documento WHO/PSA/93.5)” (Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR, Anexo 1).

La incorporación de las CT dirigidas por especialistas sin formación académica en los programas de asistencia llevó a que las resoluciones de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de Salud y Acción Social establecieran el tipo de especialistas que conformar los equipos de atención de las CT:

- un médico que acreditara experiencia en el tratamiento por uso de drogas, en carácter de Director Técnico, quien debía definir la “estrategia asistencial”,
- un médico o psicólogo como Director del Programa Psicológico asistencial, a cargo de la organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa psicológico-asistencial
- los operadores socioterapéuticos fueron incluidos entre los técnicos que podían formar parte de los programas residenciales. Según la Resolución Conjunta 362/154 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR. al menos el 50% del equipo debía estar integrado por profesionales universitarios.

Aunque las resoluciones valorizaron los tratamientos grupales y los programas destinados a la reinserción social de los residentes, que eran prácticas propias de las CT, reforzaron la posición de los profesionales tradicionales en ellas.

Teniendo en cuenta que el tipo de especialista considerado adecuado para dar respuesta a un determinado problema de salud es un elemento central de los modelos de atención (Galende, 1990; Menéndez, 1990), puede comprenderse entonces, que la obligatoriedad de contar con especialistas tradicionales haya sido vivida por los OST como un momento de incertidumbre:

En el esfuerzo por ingresar al sistema de salud, nosotros fuimos perdiendo algunas partes y fuimos ganando otras...Yo tuve mucho

miedo, en ese momento, les confieso que apareció esto, dije: Chau! Fuimos! Nuestro movimiento se terminó acá! Y peleamos algunas cosas, discutimos. Hoy, digo que todo eso nos enriqueció muchísimo (González, R., Clase Curso Aciar - El Reparo, 6/08/2008).

Nosotros cuando empezamos, nos hablaban de un psicólogo y lo queríamos sacar a patadas... Después vino la farmacología... Yo creo que la realidad en el mundo de las drogas es que está todo por aprenderse, ¿no? Hemos hecho, hemos caminado, hemos dado vuelta, que sé yo... la situación sigue siendo tan compleja como antes (operador socioterapéutico, en Grupo de discusión 2).

En el discurso de los entrevistados, las tensiones entre especialistas en las CT se relacionaron con el modo de comprender el problema de las drogas y con las prácticas que se consideradas adecuadas para atender a los usuarios.

Tensiones en la definición del problema de las drogas

Para algunos operadores, definir el problema de las drogas como enfermedad significaba subsumirlo a su dimensión biológica. En algunos casos, los OST advertían que la medicalización del problema no sólo era una cuestión terapéutica, sino también económica y de legitimación del poder de las corporaciones médicas y farmacéuticas

- ¿Quién decide que la drogadicción es una enfermedad? La Organización Mundial de la Salud. ¿Quién maneja la Organización Mundial de la Salud? Los médicos. Entonces, si yo como médico no reconozco la adicción como una enfermedad, me estoy quedando fuera del negocio más grande que existe, que es la adicción. Porque la adicción, empieza a acarrear todo lo que tenga que ver con... psicofármacos. Que los psiquiatras se dieron cuenta después que Menem puso la ley, que obligó a todas las obras sociales y las prepagas a cubrir drogadicción y HIV que pueden curar la adicción a las drogas (...) Si digo: no es una enfermedad, ¿qué es? Es la consecuencia de la problemática de una persona. Esa persona que tiene un problema, y que busca en la droga el refugio. Entonces, la realidad, es una problemática del ser humano (...) La drogadicción no es la enfermedad. La enfermedad, o sea, no está. Lo que está es una problemática. Que la persona puede cambiar y puede fortalecerse. Puede enfrentar esta problemática. Hay que enseñarle, hay que mostrarle que se puede (operador socioterapéutico, 47 años).

El énfasis de algunos OST en nominar a la *adicción* como problema individual y social los situaban en una posición alternativa al modelo biomédico. En este sentido, las disputas en torno a la definición del problema representaban un aspecto de la lucha simbólica entre OST y especialistas tradicionales por lograr la hegemonía en el campo de la atención por uso de drogas (Bourdieu y Wacquant, 2008). Esta posición de alteridad, en el Progetto Uomo, se plasmaba en otros ejes que orientaban las intervenciones, como la centralidad del protagonismo del sujeto en el proceso de tratamiento, la identificación entre

los especialistas y los usuarios y la atención de la dimensión espiritual del problema. Estos elementos intervenían en la formación de los OST definiendo su perfil no sólo como especialistas capaces de intervenir en el problema de las drogas, sino como personas que transmitían con su ejemplo valores como la honestidad, el compromiso, el amor (De Dominicis, 1997; De Dominicis y Touzé, 1990). El compromiso subjetivo de los OST contrastaba con la pretensión de objetividad del modelo biomédico, entendida como la construcción de una verdad sobre el objeto de estudio no influenciada por la subjetividad (Menéndez, 1990). La contradicción entre ambos modelos podía explicar, entonces, las críticas de los especialistas con formación académica hacia el tipo de relación que se establecía entre usuarios y OST, así como las referencias, entre los OST, de la afectividad y de la espiritualidad como elementos específicos de su especialidad (Pawlowicz y otros, 2007), aunque cabe señalar que la concepción integral del problema era sostenida por varios especialistas tradicionales, dando cuenta de la crisis del modelo biomédico y del surgimiento de un enfoque integral sobre el problema de las drogas.

Tensiones en las prácticas destinadas a la atención por uso de drogas

La incorporación de médicos, psiquiatras y psicólogos en las CT fue un proceso difícil. Uno de los problemas consistía en la escasa formación de los profesionales tradicionales en la atención por uso de drogas y en los tratamientos grupales:

Durante la carrera de Medicina uno cursa una materia que es Toxicología que ni siquiera es "Adicciones" es "Toxicología" que tiene otro...tiene otra ideología, por así decirlo (...) No hay un abordaje que tenga que ver con los aspectos psicológicos, sociales, familiares, nada de eso que tiene que ver con la adicción. Después en la formación de Psiquiatría, tampoco hay mucho...con lo cual los médicos que terminan su formación psiquiátrica, tienen realmente, muy poca experiencia con el tema de las adicciones (psiquiatra, auditoría de instituciones especializadas, 44 años).

En los grupos terapéuticos por ejemplo, muchas veces la lectura que hace de la situación grupal el operador es más valiosa que la que puede hacer el psicólogo, porque yo sé que los psicólogos cuanto mucho tienen 10 horas dentro del grupo terapéutico y nosotros tenemos una vida dentro de un grupo (risas). Entonces no se puede pretender que el psicólogo que tuvo una materia así a la pasadita pueda tener más conocimiento que nosotros (operador socioterapéutico, 47 años).

La experiencia en el modelo de CT era un elemento que afirmaba la identidad profesional de los OST, frente a los especialistas tradicionales (Pawlowicz y otros, 2007). Las diferencias en la formación de los especialistas parecían traducirse en una actitud de mutua desconfianza acerca de la capacidad para atender a los usuarios de drogas, que parecía guardar relación con la tendencia, propia del campo de la salud mental, a pensar cada dispositivo como si fuera el único posible y a cuestionar, sin una fundamentación adecuada, la eficacia de otras modalidades de atención (Galende, 1990).

Al interior de las CT, cada especialista debía resolver la tensión entre reconocer sus propias limitaciones y valorar la competencia de los otros para abordar la complejidad del problema de las drogas o bien afirmarse en su propia especialidad, descalificando los saberes y prácticas de otras disciplinas:

Los profesionales tendrían que tomar conciencia de que esto no es una cuestión de libro nada más. Si fuera así, todo sería muy fácil. Te doy el libro, te digo: Tomá, leé este libro y andá a atender a un adicto. O sea. Creo que hay que bajarse de...un poco de la omnipotencia que muchas veces presentan los profesionales, cuando se enfrentan a un...operador socio terapéutico. Y el operador socioterapéutico también correrse de esa soberbia de creer que todo lo puede porque consumió drogas, y dejar de pensar que sabe más que aquel que no consumió. Y poder...agarrar los libros. O sea. Es la conjunción la que siempre te va a llevar a tener el buen resultado. Obviamente, y esto está claro, teniendo en cuenta también la capacidad, que cada uno tenga para esto. Podés leer muchos libros, podés, este, haberte drogado 40 años y nada de esto te certifica para que puedas trabajar de esto (operador socioterapéutico, 47 años).

Yo lo veo desde lo que es el ámbito "psi"... No, no sé qué palabra darle pero me parece como una cosa de mucha hegemonía y de descalificar cualquier otro tipo de dispositivo. Y también me parece que hay mucha resistencia desde, digamos la comunidad terapéutica, desde los operadores, en los enfoques más normativos, más conductistas, de que haya una cuestión un poco más "psi" dentro de los tratamientos de las adicciones (psicólogo, 35 años, adisor en SE.DRO.NAR., en grupo de discusión 1).

En la disputa entre disciplinas por nominar el problema de las drogas y definir las estrategias más adecuadas para tratarlos, las normas de calidad de la M.S.A.S. y de la SE.DRO.NAR. posicionaron a los profesionales tradicionales como directores y a los OST como técnicos.

Como directores de la institución, los OST intentaron disminuir el impacto de la incorporación de especialistas tradicionales eligiendo a quienes pudieran adaptarse al modelo de la CT o que no intentaran efectuar cambios significativos:

Yo siempre fui el director de mi centro, pero en un momento el Ministerio de Salud me dijo: "tiene que poner un médico". La verdad es que tenemos un director médico, pero digamos quienes hemos llevado...nos hemos hecho cargo, no digo todo...pero en muchas instituciones los que llevan las estrategias desde el punto de vista terapéutico, desde el punto de vista de la intervención en sí, en muchos casos son operadores que no tienen títulos universitarios. De ahí es donde se generó siempre...o por lo menos yo siempre viví esa situación como un poco conflictiva. El mundo de la gente de una formación específica de salud mental nunca terminó de ver con muy buenos ojos este tipo de situaciones (operador socioterapéutico, 50 años, en grupo de discusión 2).

Como directores, los OST discutieron sobre aquello que se consideraba terapéutico y en algunos casos, orientar las prácticas de los profesionales tradicionales:

Nosotros le planteamos por ejemplo a las terapeutas que trabajan con los más chiquitos, que no lo sienten a hablar de cuando eran chicos, porque están siendo chicos. Que desayunen con ellos, que trabajen un ratito en la huerta, que les muestren lo que hacen, que jueguen a las bolitas con ellos, que jueguen, que hagan...Y que en todo caso, en eso está el cambio, se vaya armando un equipo de ese vinculo, no del discurso, del vínculo. Y eso es lo que permite consolidar algo para después trabajar...Lo terapéutico para un chiquito de 12 años, es sentirse querido, no hablar de su historia, porque a veces no saben hablar de su historia o hablan de lo que entienden que tienen que hablar, y te cuentan su vida como si te contaran una película...Y muchas veces es mucho más terapéutico lo que vos generás en un desayuno con él, o llevándolo a pasear (operador socioterapéutico, director de CT, 40 años).

Los directores médicos para ingresar en las comunidades tuvieron que hacer todo un movimiento de adaptarse a la comunidad. Un médico que estudia al paciente para medicarlo, en comunidad se encuentra con graves problemas, porque se trata, por ejemplo, de no medicar la angustia. Para mitigar la angustia tenemos...creemos en otros instrumentos, en otras formas. Entonces un médico que al principio se encontraba con su recetario dice: ¿bueno y ahora qué hago, para qué...? Acá no sirve mi recetario. Tuvo que hacerse un poco socioterapeuta (operador socioterapéutico, director de CT, 64 años).

La inserción de los psiquiatras no sólo puso en cuestión el lugar de dirección de los OST, sino también una de las reglas fundamentales de las CT: la prohibición del uso de drogas, aún de aquellos prescritos por los médicos. Dada la predominancia de la atención farmacológica en la formación de los psiquiatras, respetar esta regla implicaba una seria limitación a su área de incumbencia profesional. Pero con el paso del tiempo, en algunas CTs se aceptó la conveniencia de la prescripción de psicofármacos en determinadas situaciones:

Con la experiencia de los pacientes duales⁵ me apoyaría más en el psiquiatra. También digo: bueno, este chico fuma pasta base (de cocaína), hay que darle algo para dormir, hay que desintoxicar...Cosa que antes, capaz me rehusaba, o trataba de que no, pero así empecé a aprender las patologías, las estructuras (de la personalidad). Fui aprendiendo, me fui dando cuenta (operador socioterapéutico, 40 años).

El médico psiquiatra básicamente hace todo lo que es el control farmacológico especialmente en los chiquitos nuevos, porque algunos ya vienen medicados. Ocurre también que en un momento es necesario

⁵ Este término era utilizado por los entrevistados para referirse a los usuarios que presentaban un diagnóstico psiquiátrico de “dependencia” a drogas y otro problema de salud mental.

que tengan alguna medicación, aporta a la contención. Y también es la persona que hace el diagnóstico para determinar si hay una problemática dual o no. La idea del médico psiquiatra es que trabaje en la desmedicalización de los chicos (operador socioterapéutico, 41 años).

Algunos de los OST reconocían que la atención farmacológica era necesaria en la desintoxicación, al inicio del tratamiento. Pero como no aceptaban su uso prolongado, la inserción de los psiquiatras permitía diagnosticar a los *pacientes duales* y derivarlos a otros dispositivos e atención.

La posición de los OST en las CT parece haberles permitido direccionar las prácticas de los equipos de atención, y mostrar que tenían un conocimiento específico, que si bien no estaba reconocido oficialmente, tenía el valor de basarse en la experiencia y en la formación en un modelo que consideraban efectivo. Al respecto, González (2010) relató que incluir a los profesionales tradicionales implicó adaptar el Progetto Uomo a la “idiosincrasia” del país, donde no se podía pensar que un profesional con formación académica efectuara los mismos tipos de tareas que los operadores. Aunque esta adecuación permitió que se profesionalizara el equipo terapéutico de las CT, también pudo haber reforzado la percepción de los especialistas sobre la incumbencia de los OST en el trabajo con lo doméstico, ámbito cuyas prácticas se guían por el sentido común. Cabe preguntarse si la asociación entre el trabajo de los operadores terapéuticos y el mantenimiento de la vida cotidiana en las comunidades no tendió a situar a los OST en un lugar de subalternidad con respecto a otras disciplinas encargadas de *diagnosticar, medicar, trabajar en los vínculos* o en *la historia del sujeto*.

Las reuniones de equipo, generalmente conducidas por los directores de las CT eran espacios fundamentales para efectuar acuerdos que tendieran a superar las tensiones en los equipos y orientar las intervenciones para que se integraran al modelo de la CT.

El encuentro entre OST y especialistas tradicionales: el equipo interdisciplinario

Para los entrevistados, la reunión de equipo era fundamental para acordar las estrategias terapéuticas y supervisar la tarea:

La salida de un pibe va a ser en equipo. En esto yo no creo en la posibilidad de “la” figura rotulante, del grupo terapéutico que es el que lo saca adelante, o lo saca el equipo o no lo saca nadie (psicólogo, 50 años, admisor en SE.DRO.NAR., en grupo de discusión 1).

Ahora, la estrategia terapéutica es la que realmente tiene que ser coordinada, asimilada, pensada, planteada por un equipo donde interviene el operador, un médico, los psicólogos o la gente que lo forme (operador terapéutico, director de CT, 47 años).

Algunos entrevistados relataron que trabajar en equipo había sido el resultado de un proceso que implicó *superar las individualidades*:

Antes, que sé yo, 20 años, el operador, trataba de no meterse en el terreno de la Psicología. El psicólogo trataba de desprestigiarlo y trataba de irrumpir en el terreno del operador. Hoy en día, la comunidad terapéutica, ha podido transdisciplinarse, y ha podido trascender la disciplinas, las distintas especificidades y lograr un lenguaje común (operador socioterapéutico, director de CT, 64 años).

En sus comienzos, había muchas individualidades, capaz con muy buena voluntad...pero no es bueno para el trabajo en adicciones. Ahora somos un grupo de trabajo, con un discurso más...globalizado. Entonces eso mejora muchísimo más el laburo porque uno tiene más en cuenta a su compañero de trabajo. No sólo en lo que le dice, sino en, las consecuencias: lo que yo haga en mi trabajo, sé que va a repercutir en otro. Entonces, es más armonioso el laburo. Yo creo que hace entre dos y tres años que recién empezamos a laburar un poco más en equipo (operador socioterapéutico, 32 años).

La concepción holística del problema de las drogas en el Progetto Uomo favorecía la conformación de equipos interdisciplinarios. Pero en los momentos fundacionales de las comunidades terapéuticas en Argentina, los especialistas tradicionales y los OST habían desarrollado una posición distante, de mutua desconfianza sobre la capacidad del otro para atender adecuadamente a los usuarios de drogas. Conformar equipos de atención interdisciplinarios requirió sostener espacios de encuentro que permitieran efectuar acuerdos sobre la definición de los problemas que se presentaban y de las estrategias más adecuadas para resolverlos. La posibilidad de expresar las opiniones y las dudas, la discusión de distintas alternativas, y finalmente, de tomar decisiones en base a acuerdos sobre el proceso terapéutico resultaba fundamental para *evitar fisuras* y para garantizar el cuidado tanto de los residentes como de los miembros del equipo:

Es muy difícil tomar decisiones sin tener la opinión de todos, porque por ahí alguien toma una decisión y yo no estoy de acuerdo; y eso a la larga o a la corta provoca una fisura. Está bien, si no tuve el espacio donde volcar mi opinión, mis desacuerdos, como cualquier ser humano, tarde o temprano, termino haciendo lo que me parece. Así que me parece sano ese lugar, donde se congenian... las experiencias, los puntos de vista... bueno, las necesidades de los residentes, me parece bueno (operadora socioterapéutica, 42 años).

Nosotros trabajamos mucho en una parte de la comunidad que tiene que ver con el mensaje que se le transmite a los residentes. No es solamente darle terapia o decirle lo que tienen que hacer sino que también hay que mostrarle cómo se hacen las cosas y ser coherente. No ser contradictorios entre los mismos miembros del equipo, sino repetimos el modelo familiar: el padre le dice una cosa, la madre le dice otra. Entonces esta reunión de equipo es fundamental para unificar criterios. Todos podemos ser parte de un equipo pero no todos tenemos que estar de acuerdo con todo, entonces en esa reunión por lo menos lo que acordamos no es convencer al otro sino criterios...Acordamos criterios,

como para después salir a la cancha o a estar con los residentes y manejar todos el mismo criterio y que no haya fisuras (operador socioterapéutico, 35 años).

La preocupación por la coherencia en las intervenciones cobraba singular importancia para los OST. Retomando los aportes de la Teoría Sistémica, explicaban que no querían reproducir los problemas de comunicación de la vida familiar de los residentes⁶. Como la CT era entendida como un espacio de aprendizaje de nuevas formas de relación, para ellos era fundamental evitar contradicciones en el discurso y mantener la claridad del mensaje que transmitían.

Aunque la conformación de un equipo terapéutico era una tarea difícil y en muchas comunidades no se había logrado trabajar interdisciplinariamente, para los OST, la incorporación de distintos especialistas en las CT había *enriquecido el trabajo y mejorado la oferta de atención*. Para Rubén González por ejemplo, la inclusión de los psicólogos en las CT resultó un *hito* que le dio una impronta particular al modelo de CT en Argentina:

“Los italianos le agregaron la impronta de la familia al modelo de Daytop y nosotros, podemos decir que le agregamos la impronta de los psicoanalistas argentinos” (González, 2010:230).

Reflexiones finales

A principios de la década del '90, las CT constituían una importante oferta de tratamiento residencial por uso de drogas, que se presentaba como alternativo a la atención tradicional en salud mental. Aunque el Proyecto de Cooperación Internacional AD/ARG/87/525 había facilitado la relación entre los profesionales tradicionales y los especialistas que provenían de las comunidades de vida, en Argentina los OST fueron reticentes a incorporar a otros especialistas en las CTs, como modo de mantener la integridad del modelo (González, 2010). Luego de finalizado el Proyecto de Cooperación, la CT parecen haber tenido escasa relación con las instituciones gubernamentales. La situación cambió en 1992, cuando las CTs se incluyeron como prestadoras del Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales de la SE.DRO.NAR.

Para las CT, la inclusión en el Programa y su categorización como centro preventivo asistencial en las normas de calidad de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de Salud significó obtener el reconocimiento estatal de la validez de su modelo de atención. Pero, de acuerdo al relato de los entrevistados, la relación con la SE.DRO.NAR. provocó cambios en su modelo de atención, en especial en lo relativo a la composición de los equipos terapéuticos.

La inclusión de profesionales tradicionales en los equipos terapéuticos parece haber estado destinada a legitimar el Programa Asistencial de la SE.DRO.NAR., en un campo donde la Psiquiatría y la Psicología resultaban

⁶ La Teoría Sistémica considera a la familia como un sistema en el que la interacción se efectúa a partir del proceso de adjudicación y asunción de roles. En este proceso, cobra singular importancia la comunicación, que debe ser clara. De acuerdo a estos principios, *el adicto* era el emergente de una familia *disfuncional*, que no respondía eficazmente a los problemas que se le presentaban, en la que no se establecían límites de forma adecuada y en que la comunicación no era adecuada (Besone y otros, 1997).

hegemónicas. Desde el punto de vista de las CTs, la aceptación de la norma parece representar una concesión por parte de los OST para lograr su categorización como centros residenciales. Los OST fueron definidos como técnicos en el texto de las normas, lo que los colocaba en una posición de subalternidad con respecto a los médicos y a los psicólogos, que debían estar a cargo de la dirección de las estrategias terapéuticas. Puede analizarse que la posición subalterna de los OST se fundamentaba en dos situaciones que podrían haberse modificado mediante la intervención estatal: la escasa formación académica de muchos OST y la inexistencia de matrícula. Pero los OST conservaron la dirección administrativa de los establecimientos, lo que les permitió desplegar distintas estrategias (selección de especialistas capaces de aceptar el modelo de CT, supervisión de las reuniones de equipo) que parece haberles permitido direccionar los cambios introducidos por los especialistas tradicionales. Cabe señalar que el Progetto Uomo era un modelo con una concepción holística del problema de las drogas, cuyo eclecticismo permitía incorporar desarrollos teóricos y técnicos diversos. Posiblemente, esta característica del modelo permitió la construcción de equipos interdisciplinarios y la inclusión de una perspectiva psicoanalítica en la atención por uso de drogas en las CTs, que según González (2010) le habría dado una impronta particular al modelo en Argentina.

Los cambios introducidos por la regulación en las CTs mostraron que la construcción de los modelos de atención son procesos dinámicos, profundamente imbricados con los procesos económicos y políticos de las sociedades en las que se desarrollan. Asimismo, dieron cuenta de la capacidad de los actores sociales para redefinir el alcance y la direccionalidad de las políticas públicas en el momento de su implementación. Puede advertirse que aunque el diseño de las políticas de asistencia por uso de drogas tendió a medicalizar el proceso de atención de las CT, los OST tuvieron cierto margen para definir el alcance de los cambios. En este sentido, aunque la incorporación de profesionales tradicionales parece haber profundizado las transacciones con el modelo médico hegemónico en las CTs, también le otorgaron mayor legitimidad a su propuesta terapéutica⁷

BIBLIOGRAFIA

Bessone, R., Cimino, G.; De Vega, G.; Palladino, A. (1990). Algunas consideraciones acerca del fenómeno de la toxicodependencia. En A. De

⁷ En el documento: *La Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina ante el fallo de la Corte Suprema de Justicia y la propuesta de una nueva política de drogas. Por el futuro y el derecho a la vida de todos los ciudadano* (2009), se expresa: “Los temas relacionados con la calidad y la efectividad de nuestros programas son centrales en las tareas que hoy desarrolla FONGA. En efecto, las instituciones Federadas hemos dejado atrás hace mucho tiempo el voluntarismo que caracterizó nuestros orígenes. Este se ha transformado en una voluntad permanente de crecimiento, formación de recursos, investigación y docencia. Todas las instituciones cuentan con equipos interdisciplinarios, constituidos por médicos, psicólogos, psiquiatras, psicólogos sociales, sociólogos, trabajadores sociales, docentes, operadores socioterapéuticos, enfermeros. Han sido habilitadas por las autoridades sanitarias correspondientes y reciben auditorias mensuales de diversos organismos del Estado”. Extraído el 15 de abril de 2011 desde

http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com_acajoom&act=mailing&task=view&listid=2&mailingid=8&Itemid=999 .

Dominicis y G. Touzé (comp.), *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525*. Manuscrito no publicado.

Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Editorial Siglo XXI.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires : Siglo XXI Editores.

Carrizo, M. *Los dispositivos terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas. La comunidad terapéutica como modelo y alternativa para el cambio*. Extraído el 20 de junio de 2012 desde: <http://it.scribd.com/doc/29980443/CCTT-Historia-y-Actual-Id-Ad>

De Dominicis, A. (1997). *La comunità terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà di Roma.

De Dominicis A. y Touzé, G. (comp.) (1990): *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525*. Manuscrito no publicado.

Freidson, E. (2001). La teoría de las profesiones. Estado del arte. *Perfiles Educativos*. Año/Vol.23, N° 093, UNAM, 28-43.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1967): *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica. Tomo 1.

Galende, E. (1990): *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica a la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Pawlowicz, M.P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P.; Recchi, J. y Cymerman, P. (2007). Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas. En: Pecheny, M.; Camarotti, A.C. y Wald, G.: *VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: UBA, CD-ROM.

González, R. (2010). El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad". En: Touzé, G. y Goltzman, P. *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios-UBA.

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