

El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas.

Pawlowicz, María Pía, Galante, Araceli, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Touze, Graciela.

Cita:

Pawlowicz, María Pía, Galante, Araceli, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Touze, Graciela (Diciembre, 2011). *El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas. X Congreso Argentino de Antropología Social.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/6>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/UVQ>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Cita completa: Pawlowicz, Galante, Rossi, Goltzman y Touzé. **"El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas"**. Publicado en el CD del X Congreso Argentino de Antropología Social. Ciudad de Buenos Aires, Argentina, del 29 de noviembre y el 2 de diciembre 2011. Disponible en la página Web del Congreso: <http://www.xcaas.org.ar/grupostrabajos sesiones.php?eventoGrupoTrabajoCodigoSeleccionado=GT22>

X Congreso Argentino de Antropología Social

Buenos Aires, 29 de Noviembre al 02 de Diciembre del 2011

Grupo de Trabajo: GT 22: Transformaciones en el abordaje integral de los padecimientos: sufrimiento físico y mental, cronicidad y los derechos de las personas afectadas.

Título de la Trabajo:

El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas

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

Institución de pertenencia:

¹ Intercambios Asociación Civil. (Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. "D" (1046). CABA. Argentina. TE: 54 11 4954 7272, intercambios@intercambios.org.ar); y Proyecto de cooperación universitario internacional: Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. "Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas". Federación Internacional de Universidades Católicas.

² 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.

³ Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai / New York State / Argentina HIV Prevention)

Correo electrónico: mariapiapawlowicz@hotmail.com

1. Introducción

El interés por los dispositivos de prevención/atención del uso problemático de drogas ha sido puesto en escena en el marco del debate de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657), sancionada el 25 de noviembre de 2010 por el Congreso Nacional. Esta constituye un hito en el campo de la salud mental en tanto marco legal nacional que enuncia claramente los derechos de las personas con padecimiento psíquico¹.

Aunque en los debates públicos y los distintos foros de discusión el foco están más dirigidos a los procesos de sustitución de los dispositivos manicomiales de encierro, la ley también tiene alcance sobre las respuestas institucionales al uso problemático de drogas. En el art. 4 se enuncia: *“las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*. Asimismo se pone en cuestión la internación como eje de la atención en salud mental y se promueven otras alternativas terapéuticas.

¹ Entre varios derechos, se reconoce: el derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho al consentimiento informado; y en caso de que la internación fuera involuntaria o voluntaria prolongada, que las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.

La inclusión de la atención por uso de drogas en el campo de la salud mental mencionada en la ley 26.657, se imbricó con la discusión sobre la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal (que también ha sido un tema presente en la agenda política en el último año) como forma de situar las respuestas sociales hacia el problema en el ámbito de la salud.

Entonces, el interés por los dispositivos de prevención/atención en drogas cobra mayor relevancia ya que un eje de la discusión es que no se criminalice el uso de drogas, sino que sea el sector salud, en un trabajo intersectorial que involucre la articulación con políticas sociales y educativas, el que principalmente de cuenta de la respuesta del Estado a estas problemáticas. No se trata solamente de que el sector salud sea el que “recepte”, como suele decirse, sino que activamente se gestione una respuesta activa y eficaz a las problemáticas de salud vinculadas al uso drogas.

En este escenario es que presentamos este artículo, donde analizamos de qué modo la coexistencia de distintos modos de conceptualizar la relación entre las familias y el consumo problemático de drogas permean la construcción de los dispositivos destinados a la atención de los usuarios drogas, y nos interrogamos sobre sus alcances y limitaciones para promover los derechos de los usuarios y sus familias en el marco de la nueva ley de salud mental.

1.1. Heterogeneidad de dispositivos y delimitaciones conceptuales

Si nos proponemos comenzar con una suerte de mapa que de cuenta de la respuesta del sector salud ante las problemáticas ligadas al uso de drogas, el resultado es que las respuestas son claramente diversas y heterogéneas (Galante y otros, 2006) siendo difícil lograr una clasificación exhaustiva.

Muestra de la heterogeneidad es la definición operacional sobre dispositivos del Censo Nacional de Centros de Tratamientos elaborado por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar): “todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un

problema de consumo de sustancia psicoactiva. De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas como un centro especializado solamente en el tratamiento de la toxicomanía forman parte del universo. Se consideran todos aquellos dispositivos terapéuticos, privados, estatales, religiosos u otros que separan al paciente, cualesquiera sea su edad, de su contexto cotidiano de vida: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, clínicas y centros especializados, comunidades terapéuticas, etc., al igual que los llamados `hospitales de día y de noche´. Dispositivos como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, en su modalidad ambulatoria o grupal, también se incorporaron” (Sedronar, 2004:2).

Del mismo modo, el panorama occidental de la Salud Mental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del daño mental y la multiplicidad de tratamientos heterogéneos y mixtos sin la necesaria fundamentación teórica sólida. Sin embargo, como señala Galende (1989) “notablemente, cada una de las concepciones con sus tratamientos y modelos de asistencia, no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, tiende más bien a configurarse como totalizantes, abarcativas, por lo que la coexistencia con otras concepciones mantiene abiertas las polémicas y las luchas por cierta hegemonía” (Galende, 1989: 15-16). Tal es así que la diversidad de *dispositivos* para la atención de los usuarios de drogas reproduce la fragmentación del sistema de salud en el país y la heterogeneidad institucional propia del campo de la salud mental (Pawlowicz y otros, 2006).

A su vez, da cuenta de las relaciones entre *modelos de atención*². Siguiendo las conceptualizaciones de Menéndez (1990; 2009) podemos nombrar no sólo a los característicos de los *modelos biomédicos* como en este caso son los hospitales y clínicas psiquiátricas, sino también a los *modelos alternativos subordinados*³ como

² Los modelos son “construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas -incluidos los “curadores”-, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1990).

³ Este modelo integra prácticas en las que se concibe la salud de forma global y holística, y la

en el caso de las comunidades terapéuticas; y el *modelo de autoatención*, en que se destacan los programas de Doce Pasos, así como las propias familias y otros significativos que padecieron o co-padecieron el mismo problema de salud. Como se dijo, hay que destacar que los modelos se vinculan a través de lo que Menéndez (1990) denomina *transacciones* que implican “procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos” (Menéndez, 1990:86).

En ese marco, consideramos que el concepto de *dispositivos* nos permite distinguir formas identificables de estructurar prácticas, saberes, y disciplinas específicas. Como ya señaláramos (Silberberg y otros, 2005), desde una perspectiva foucaultiana, Márquez (1995) los define como formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia. Los dispositivos se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar. Por lo tanto, en una misma institución pueden coexistir distintos dispositivos como, por ejemplo, grupos de reflexión, actividades de tipo ambulatorio y/o sistemas de internación.

En algunos casos se secuencian los dispositivos como pasos progresivos de un mismo tratamiento, y en otros se deriva a algunos pacientes a uno u otro dispositivo de acuerdo a sus características (Pawlowicz y otros, 2008). En otros se consideran para la derivación los criterios de admisión de cada dispositivo, como por ejemplo, los límites de edad, el sexo o la presencia de la llamada “patología dual”⁴.

También puede suceder en algunas instituciones que ese “recorrido” por los dispositivos no esté prefijado sino que se adecue a la singularidad de cada sujeto, a

eficacia terapéutica como condicionada por la eficacia simbólica y la sociabilidad. En sus últimos textos (Menéndez, 2009) los denomina de tipo “popular” o “tradicional” describiendo que se incluyen tanto los curadores especializados como brujos curanderos y espiritistas, y de figuras como los santos, y actividades religiosas de distintos cultos.

⁴ La “patología dual” hace referencia, en el discurso médico-psiquiátrico en la atención por uso de drogas, al diagnóstico de “dependencia por sustancias” y otro problema de salud mental, como por ejemplo, “trastorno antisocial de la personalidad”, “trastorno bipolar”, etc.

modo de una ruta orientada por los avatares del tratamiento, que va tomando diferentes rumbos. A su vez, el tipo de institución determina un encuadre particular, a nivel simbólico y normativo, donde se actualizan imaginarios y mitos. De ese modo, las lógicas de cada dispositivo se instituyen de acuerdo a las características centrales de cada institución. La inserción institucional afecta a los dispositivos dándole un cariz particular.

Una de las funciones más importante de las instituciones consiste en proporcionar representaciones comunes y *matrices identificadorias* para los sujetos que participan en ellas. Las organizaciones “producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales, integran a los usuarios dentro del sistema total” (Lourau, 1988:13). Los discursos sociales sobre un determinado problema aseguran ciertos efectos de poder y de saber, que construyen matrices de transformación de las instituciones y de las prácticas que en ellas se generan (Foucault, 1983). De este modo se producen redes de significado que inscriben a los sujetos en la historia (Käes, 1993).

En este sentido, puede decirse que los discursos sobre el uso de drogas constituyen matrices de significado que intervienen en la construcción de la subjetividad tanto de los especialistas como de los usuarios de una institución dedicada a la atención del problema. Es importante tener en cuenta que estas matrices se insertan en relaciones sociales que les sirven de punto de anclaje (Foucault, 1983).

Entonces, el tipo de institución define el encuadre general del dispositivo y sus posibilidades de articulación con otros dispositivos. De modo que las instituciones articularían la tensión, no sin contradicciones, de los *modelos de salud* con las particularidades de los dispositivos.

1.2. **Concepciones sobre la familia y su vinculación con los dispositivos del campo de la salud**

Al remitirnos a la historia de la institución “familia” en occidente, observamos cómo en la Modernidad la familia extensa propia del feudalismo se nucleariza

(Fernández, 1993) y al decir de Shorter⁵ se produce la Revolución Sentimental del siglo XVIII en la que la familia burguesa se sustenta en el amor maternal, el sentimiento doméstico de la intimidad y el amor conyugal. Al mismo tiempo, la familia pasó a constituirse en una institución social de conservación y de normalización de la fuerza de trabajo en pleno auge de la revolución industrial.

Esas transformaciones conllevaron el surgimiento de la Medicina como disciplina legitimada para la atención de las enfermedades. La Psiquiatría Tradicional, subsidiaria de la hegemonía de ese naciente modelo biomédico, concibió en sus orígenes, dos conceptos que merecen ser discutidos no sólo por su influencia histórica, sino por la pregnancia que aún hoy tienen en los discursos de algunos de los especialistas entrevistados. Ambos dan cuenta del modo en que operan los procesos de *medicalización* de la anormalidad, en tanto producen “la definición y la etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enfermedad, lo que obliga a la clase médica a aportar algún tipo de tratamiento” (Conrad, 1982: 130).

Un primer concepto es acerca del “vicio”. Morel, consideró que las condiciones de vida de los indigentes los sometían a procesos de degradación que creaban en ellos una nueva naturaleza, volviéndolos depravados. Suponía que esta naturaleza era hereditaria y podía producir ciertas anomalías físicas (Ackernecht, 1962). Los higienistas, siguiendo estas ideas, se propusieron educar a las clases populares en una acción moralizadora y disciplinaria que estaba en sintonía con las prácticas de la Sociedad de Beneficencia (Alberdi, 2003)⁶. Al respecto, Recalde (1997) relata que la

⁵ Ana María Fernández (1993) cita a Shorter, Ed., *Naissance de la Famille Moderne*, París, Ed. Seuil, 1977.

⁶ Al respecto, resulta ejemplificadota la cita de Lanfranco Ciampi (1992): “las enfermedades mentales pueden evitarse: el alcohol, la morfina y la cocaína favorecen, predisponen y muy a menudo provocan las enfermedades mentales. El alcoholismo ataca la salud del individuo, abreviando su existencia, pervirtiendo su carácter, trastornando su inteligencia, conspira contra el honor, la tranquilidad y el bienestar del hogar, trayendo miseria y fomentando crímenes, empobrece y degenera la raza, engendrando hijos idiotas, anormales y epilépticos. (...) El ambiente familiar contribuye a la salud moral de los hijos, de padres afectuosos, trabajadores, sobrios y cultos, nunca saldrán hijos vagabundos, viciosos e inmorales” (Ciampi, Boletín Informativo a la Comunidad, Instituto

moralidad pública recomendaba *suprimir las incitaciones al vicio*, lo que se tradujo en el aislamiento de prostitutas, tísicos y borrachos en prostíbulos, hospitales suburbanos y asilos para alcohólicos, ya que se atribuían sus males a fallas de la voluntad. El enclaustramiento tenía una función profiláctica y la policía se constituía en auxiliar de la higiene, quien, como agente de la segregación, cortaba la *exhibición del vicio*. Esta concepción permeó de alguna manera también la constitución del campo psiquiátrico, en el que la internación fue considerada un lugar de “normalización” y por lo tanto de “cura” de los individuos, frente al “afuera” como lugar de la enfermedad (Alberdi, 2003).

Un segundo concepto para pensar la medicalización del uso de drogas, es la teorización acerca de la *personalidad antisocial*. El DSM IV (1995) la define la *personalidad antisocial* como un “patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás y de las normas sociales” y entre los criterios mencionados para su diagnóstico se encuentran: “el fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal con actos que son motivo de detención”⁷. Como puede advertirse, el trastorno antisocial de la personalidad incluye una serie de comportamientos que suelen considerarse socialmente *desviados*, (la deserción escolar, la delincuencia, la incapacidad para sostener un trabajo) lo que inscribe a la Psiquiatría (junto a otras disciplinas del campo de la salud mental) en los procesos de control social. Por control social, entendemos a “los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas, o dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado” (Touzé, 2006:

Psiquiátrico de Rosario, 1992, citado en Alberdi 2003:123).

⁷ Otros criterios son: 2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente ya que “engañan con tal de conseguir provecho o placer personales”, 3. “patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro”, 4. “la irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones”, 5. la presencia de despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás” (...), “6. la irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas”, y 7. “la falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros”, y haber sufrido *un trastorno de la personalidad disocial* durante la infancia (DSM IV, 1995:662-663).

28).

La teoría de la *personalidad antisocial* fue sumamente influyente en el origen de las comunidades terapéuticas. Charles Doderich, fundador de Synanon, uno de los antecedentes más importantes del dispositivo, creada en Estados Unidos en la década del `50, consideraba que la autonomía personal era el resultado de la lucha del sujeto contra el sistema de reglas de su familia, y por ende, asociaba la inmadurez de los “toxicodependientes” con fallas en el proceso de socialización primaria. Doderich sostuvo que para regular el *comportamiento antisocial*, era necesario el ejercicio de una dura disciplina y la adquisición de valores morales, lo que sólo podría efectuarse en una comunidad ligada por fuertes vínculos afectivos (De Dominicis, 1997).

2. Metodología

El estudio, realizado entre 2005 y 2009, fue de tipo descriptivo y cualitativo. El objetivo fue describir las características de los dispositivos destinadas a la atención de la salud/enfermedad de los usuarios de drogas en el Gran Buenos Aires⁸. Se involucró a 50 *especialistas* con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria a usuarios de drogas. Retomamos este concepto de especialistas recuperando la definición de Eduardo Menéndez (1990) que incluye como tales a los sujetos particulares que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Comprende a aquellos que tienen formación académica como a curanderos o familiares que brindan cuidados sanitarios básicos.

Como instrumentos para construcción de los datos, se administraron entrevistas abiertas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo.

⁸ Actualmente, se utiliza el término “Gran Buenos Aires”, para hacer referencia a la unidad cultural e histórica del territorio comprendido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (que es la sede del gobierno nacional) y 24 municipios de la Provincia de Buenos Aires, que la circundan.

La muestra fue no probabilística e intencional. Estuvo conformada por 50 especialistas cuya media de edad fue de 44 años. 18 eran mujeres y 32 varones. Aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud; y muchos de ellos (70%) ejercía funciones jerárquicas.

La antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años, y más de la mitad tenía experiencia laboral previa en instituciones similares. En 34 casos ejercían cargos directivos. Aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud (14 psicólogos, 6 psiquiatras, 5 trabajadores sociales y sociólogos y 1 enfermero). De la otra mitad de la muestra, 14 especialistas se definieron como operadores socioterapéuticos y 9 como servidores. Pertenecían a diversos dispositivos entre los que distinguimos: hospitales psiquiátricos, programas de doce pasos, grupos con orientación religiosa y comunidades terapéuticas.

Se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las características de los dispositivos (páginas Web institucionales, artículos y presentaciones en Jornadas). En todos los casos se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad. A partir de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos

3. Resultados

En principio hay que señalar que las familias de los usuarios de drogas son un actor social ineludible en las descripciones e intervenciones de los especialistas de diferentes dispositivos.

Los saberes acerca de las familias de los usuarios de drogas combinaron una serie de teorías, técnicas y posiciones éticas asentadas en distintos paradigmas, que se imbricaron con *representaciones sociales*⁹ sobre los usuarios de drogas y sus

⁹ Las representaciones sociales son definidas como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que

familias. Al analizar los datos, los saberes y prácticas propios de la formación académica, se iban entrelazando con representaciones sociales que involucraban también un conjunto de emociones asociadas, que en la vida cotidiana de las instituciones se traducen y cristalizan en intervenciones.

Vale aclarar que los distintos dispositivos implementaban una suerte de dispositivos *ad hoc* para los familiares, con modalidades similares a las que utilizaban para los usuarios de drogas. Por ejemplo, en algunos dispositivos asilares se realizaban asambleas de usuarios de drogas y de familiares (a veces en espacios diferenciados) y en los programas de Doce Pasos se instituyeron grupos para familias con la misma dinámica de trabajo que los que estaban conformados por usuarios de drogas:

- *Hay un grupo también para familias, en el cual hace énfasis de que es fundamental de que participen, dado que allí está una parte fundamental de lo que emerge como problema en los enfermos adictos. (...) Sería ideal que se trabaje más con las familias de los adictos, que ellos asistan más a las reuniones. La mayoría de las familias asisten, van a las reuniones. (...) En general hay detrás una familia con conflictos, de la cual cada uno es el emergente, el que va a dar cuenta de que algo en esa familia no está andando bien, y que por eso es importante trabajar con ellas en el tratamiento (servidor, programa Doce Pasos, 43 años).*

3.1. El uso problemático de drogas entendido como emergente de la conflictiva familiar

Una idea recurrente en el material empírico analizado es la concepción del uso problemático de drogas como un síntoma/emergente de una conflictiva familiar (*“la adicción es una enfermedad de la familia”*). Si bien es considerado un factor necesario, no sería suficiente por sí mismo sino que se piensa en relación con otra serie de situaciones relacionadas.

sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986: 472).

- *Uno de los factores principales es que, el sistema nervioso central tolere el químico. Una vez que tolera el químico, tiene que haber otros factores y otra predisposición para que esta persona siga consumiendo. No sé, baja autoestima... entorno familiar distorsionado... tiene que haber un montón de factores (servidora, programa Doce Pasos con internación, 35 años).*

Las familias de los usuarios de drogas son remitidas en los discursos como parte de una casuística del consumo problemático de drogas. Especialmente se reiteraba la idea de que los usuarios de drogas encarnaban y expresaban una suerte de síntoma familiar:

- *Si yo entiendo a esta enfermedad como una enfermedad familiar, o de un sistema, tendría que verla como un emergente de algún problema que tengo, que está en la familia (servidora, programa Doce Pasos con internación, 35 años).*

Algunos especialistas señalan la idea de familia “disfuncional”, recuperando el concepto de la Terapia Familiar Sistémica (con bastante presencia en algunas comunidades terapéuticas) que considera a la familia como un sistema en el que cada uno de sus miembros interactúa con los otros a partir de roles adjudicados y asumidos. La Teoría de los Sistemas sostiene que éstos tienden a la homeostasis, es decir a la estabilidad, modificando su estructura para responder a las tensiones internas o externas. De acuerdo a estos principios, “el adicto” es el emergente de una familia “disfuncional”, que no responde adecuadamente a los problemas que se le presentan (Watzlawick, 1994; Coletti 1990; Cancrini, 1991).

En la misma línea, también mencionan la afectación que a veces padecen las familias y amigos que se expresa en distintas actitudes: desde la preocupación y la motivación para acompañar al sujeto en un tratamiento, hasta la indiferencia o la presión para que se acerque a un servicio de salud (lo que incluye el pedido judicial de internación involuntaria).

- *En todos, hay detrás una familia con conflictos, de la cual cada uno es el emergente, el que va a dar cuenta de que algo en esa familia no está andando bien, y que por eso es importante trabajar con ellas en el*

tratamiento. (...) Hay un grupo también para familias, en el cual es fundamental que participen, porque allí está una parte fundamental de lo que emerge como problema en los enfermos adictos (especialista con formación religiosa, programa Doce Pasos, 43 años).

El valor dado a lo familiar como explicación del uso problemático de drogas varía según el dispositivo. Mientras que en algunos casos se jerarquiza a un punto de desplazarse por momentos la posición a una lectura “familiarista”¹⁰ de la problemática; otros expresan una lectura más holística del problema de las drogas, especialmente en las comunidades terapéuticas.

Por ejemplo, varios especialistas vincularon los problemas de las familias que atendían con procesos de empobrecimiento, aunque reconocían que el consumo problemático de drogas alcanzaba a todas las clases sociales. A pesar de esta perspectiva en el análisis racional de la compleja situación, al referirse a su práctica concreta, varios de los entrevistados daban cuenta de prácticas que reducían la intervención social sólo al ámbito de lo familiar.

En varios de los entrevistados el énfasis en el rol de la familia en la génesis del consumo problemático de drogas y el sufrimiento familiar que conlleva fue una razón suficiente para solicitar la internación compulsiva de los usuarios de drogas, tanto en los casos de los dispositivos de internación psiquiátrica, como en las comunidades terapéuticas.

3.2. La resocialización ante la carencia de modelos identificatorios y las dificultades de “contención”

Entre los entrevistados fue frecuente la asociación entre los procesos de empobrecimiento y de cambio cultural y la fragilización de los vínculos familiares. Se mencionaba que estos procesos podrían haber afectado la capacidad de los adultos

¹⁰ Nos referimos al fenómeno de “familiarización”, en tanto el énfasis en las dificultades del sujeto y su familia más que en otras dificultades de acceso como las culturales, las económicas, las organizacionales y las políticas (fragmentación institucional y sectorial).

para brindar contención a los hijos y constituirse, como dice un entrevistado, en “modelos de identificación adecuados”.

- *Antes de la droga y antes del HIV faltó educación. (E: ¿Y quien debería educar?)- Los padres .Los padres son el modelo más fuerte .Mirá, si tu papá te enseña... que... drogarse está bien... Si tu mamá se drogaba cuando vos, vos estabas en la panza. ¿Cómo es que... qué lo podés evitar? (...). Pero también está relacionado con cómo estás alimentado, educado... Y de lo emocional estoy hablando yo ¿no? De carecer del afecto.... El juego... Si no está eso ¿qué hacés...? (operador socioterapéutico, CT, 40 años).*

Se mencionó que los niños/as podrían percibir como “naturales” y plausibles distintas situaciones problemáticas vividas por sus padres, lo que los llevaría a reproducirlas en su vida adulta. Se trató de discursos que en algunos casos, evocaban la concepción del Higienismo sobre la génesis de las “patologías sociales” y en otros, enfatizaban la importancia de las políticas educativas (como modo de enfrentar las carencias familiares en la formación de los niños/as) en la prevención del uso de drogas.

Tanto en los dispositivos psiquiátricos como en las comunidades terapéuticas, los entrevistados señalaron que la capacidad de contención de las familias era relevante para evaluar la situación de los usuarios. En general, remarcaron que cuando un usuario tenía una familia “*continente*”, tenía mayores posibilidades de que se le indicara un tratamiento ambulatorio”, de que la internación fuera más breve y/o de que se lograra una mayor integración social al plantear la reinserción social.

La idea de que el consumo problemático de drogas era un emergente de la imposibilidad de las familias para transmitir normas y valores estuvo presente en los discursos de los especialistas de las comunidades terapéuticas. Se buscaba el cambio de posición de los integrantes, fortaleciendo la autoridad de los padres (considerados co-terapeutas) para lograr reestablecer roles y jerarquías diferenciadas en las familias y mejorar la comunicación (De Dominicis y Touzé, 1990; De Dominicis, 1997). En cambio, en “las granjas” religiosas en general se proponía brindar un nuevo grupo de pertenencia donde aprender a vivir “libre de

drogas”.

La resocialización, para muchos entrevistados, significaba la enseñanza de nuevos hábitos, comportamientos y pautas de vinculación intersubjetivas, lo que significaba poner en cuestión aquellas que habían sido transmitidos por las familias de origen.

3.3. Los problemas específicos que conlleva la internación

La importancia de la participación de las familias en los tratamientos fue un tema mencionado con frecuencia. Como se dijo, en la mayoría de las instituciones relevadas (incluso en los hospitales psiquiátricos) existían espacios terapéuticos destinados especialmente a las familias de los usuarios. Al respecto, uno de los psiquiatras entrevistados relata su experiencia con las familias:

- *Los familiares dicen: “yo no tengo nada que ver”. Y si uno empieza a hablar con el chico, a hablar con la familia, encuentra una problemática familiar muy importante. (...) Por ejemplo, atendimos a una paciente con un divorcio y una cuestión de tenencia de los hijos, y una nueva pareja con un nuevo hijo. (...) De a poco empezó a ir hablando de lo que le pasaba a ella. Fue haciendo el tratamiento terapéutico. Con una demanda de la familia que me apareció con un abogado. Después venían a las asambleas de familia y hablamos de lo que le pasaba a él, empezó a venir con la mamá. Es decir, se abrió toda una cuestión problemática (psiquiatra, hospital psiquiátrico, 55 años).*

Como señala el entrevistado, se valoraba la importancia de poder ofrecer un espacio de expresión, facilitar la comprensión del uso problemático de drogas como un emergente de la situación familiar e involucrar a las familias en el proceso de atención.

Los tratamientos grupales y las psicoterapias fueron los tratamientos dirigidos a las familias mencionados con más frecuencia por los especialistas que trabajaban en las comunidades terapéuticas. Para los entrevistados, un aspecto muy importante

de la atención de las familias consistía en facilitar cambios en la comunicación con los hijos:

- *Yo creo que esto de trabajar con los padres de la misma manera (que con los chicos) a veces en jornadas y que estén con ellos trabajando y que sepan cuáles son las herramientas comunitarias, es una apuesta. Vos sabés que tenés que estar con un padre para decirle: “bueno, ahora, vos vas a agarrar, ir a una habitación y le vas a decir a este chico, vas a levantarle la voz y decirle, decirle todo lo que vos, si... cuando él cierra la puerta. Y, sin, sin faltarle el respeto”. Eso es una herramienta que vos le das (operador socioterapéutico, CT, 40 años).*

En sintonía con los aportes de la Psicología Sistémica, subrayaron el papel de la comunicación familiar y del ejercicio de los roles en el origen del consumo problemático de drogas de uno de sus miembros. La terapia sistémica promueve el tratamiento de padres e hijos al mismo tiempo, de modo que se puedan introducir cambios (en la jerarquía, en las alianzas, en las coaliciones y en los comportamientos individuales y colectivos) que modifiquen la estructura familiar y permitan la autonomía del usuario de drogas (Watzlawick, 1994; Coletti 1990; Cancrini, 1991).

Como se dijo, en algunos casos se comparó el dispositivo de intervención con una familia. De este modo se puede inferir, a partir del discurso de los entrevistados, que se piensa al dispositivo como una especie de estructura familiar que de algún modo suplanta la “familia enferma”

En los grupos de orientación religiosa, como las llamadas “granjas”, estas formas de concebir las familias involucraron respuestas diversas, pero que tenían en común lograr un proceso de transformación subjetiva, una “*conversión espiritual*”. Algunos realizaban una serie de reuniones con las familias por fuera de la comunidad, de tipo informativo, o instituían “*días de visita*”. En cambio, otros habilitaban la participación en asambleas y grupos sólo para familiares.

Pero este trabajo con las familias sólo podía efectuarse si concurrían a los espacios establecidos. Al respecto, el problema de la desvinculación de los usuarios con sus familias era una preocupación recurrente entre los entrevistados.

- *Si vienen, hacemos una asamblea de familia los días lunes. Tratamos de que vengan los familiares y antes y después de la asamblea hacemos las entrevistas. Para que puedan gastar menos. Estas son cosas que nos hemos tenido que adaptar nosotros. (Psiquiatra, hospital psiquiátrico, 55 años)*
- *Nosotros en este momento tenemos varios chicos que la familia directamente, bueno, lo dejó y se lavó las manos y es un problema de la comunidad, y nosotros todos los fines de semana con estos chicos tenemos prueba ¿por qué? Todo el mundo tiene visitas... y ellos no tienen nada. Entonces hay que armar como una red artificial para poder trabajar, y ahí la articulación entre operador, asistente social, médico y psicólogo es fundamental (psicólogo en organismo gubernamental, 50 años, grupo de discusión 2).*

Los especialistas que trabajaban en áreas de admisión y derivación de organismos públicos y de obras sociales percibían que en algunas ocasiones el pedido de internación de los usuarios por parte de las familias podía ser también una forma de distanciarse del usuario de drogas. Este es un tema para analizar con sumo cuidado para evitar lecturas culpabilizadoras de sujetos que posiblemente estén en situaciones de extrema vulnerabilidad social.

3.4. Los dispositivos ambulatorios como favorecedores del trabajo con las redes de los sujetos

Hubo consenso entre los entrevistados en señalar que los tratamientos ambulatorios permitían que el trabajo terapéutico se desarrollara en relación al devenir de la vida cotidiana de los sujetos, incorporando (y muchas veces ampliando) sus redes sociales. En el mismo sentido, fue frecuente que mencionaran que la reinserción era el momento más difícil del proceso de atención en hospitales psiquiátricos y en las comunidades terapéuticas, ya que el sujeto debía “*volver*” a los

problemas de su vida cotidiana, luego de haber pasado un tiempo prolongado distanciado de ellos.

- *Nuestra modalidad de trabajo es trabajar con el emergente de la situación aquí y ahora. Ya. O sea, tuvo una dificultad en el trabajo, viene al hospital de día y trabajamos con esa situación. Tuvo un problema familiar en la casa, trabajamos la situación acá. Porque a veces la, la internación, lo que... Sabemos que a veces para casos extremos sí, pero a veces se apresura las internaciones. Y eso a la persona no le funciona porque, bueno: es como aislar, aislarlo del mundo en un medio donde, no se pueden abordar las dificultades diarias, que es. Porque después el tipo sale de la quinta¹¹, vuelve a la casa. Claro en la quinta todo hermoso: los pájaros, no sé, la naturaleza, la huerta. ¡Pero después volvés a la vida cotidiana! Y están las dificultades con la familia, el padre, la madre, el jefe en el laburo, no sé. Mil situaciones que pasan y suceden. Y eso es lo que uno tiene que trabajar con esos emergentes digamos, porque los que no venimos del consumo de sustancias estamos lidiando con dificultades todos los días. Pero hay otros que no pueden lidiar y bueno, es como que buscan la sustancia para tapar ¿no? O su historia personal o la dificultad del momento. Cómo ayudarla o darle herramientas para que esta persona pueda como enfrentar la vida diaria en sus dificultades (sacerdote, ambulatorio con modalidad de Doce Pasos, 51 años).*

La preocupación por la construcción de redes de contención que acompañaran el momento de la reinserción, sobre todo con adolescentes y jóvenes, surgió como una preocupación frecuente, especialmente en las comunidades terapéuticas. Al respecto, Chiozzo (2010) señaló que las dificultades de las familias para sostener la reinserción en las comunidades terapéuticas llevó a la promoción de la construcción de nuevos vínculos entre los niños/as y adolescentes y la comunidad, lo que

¹¹ Se suele usar genéricamente la referencia a la “quinta” o la “granja” para referirse a los dispositivos que funcionan en lugares con amplios terrenos al estilo de una casa para ir el fin de semana o una casa de campo, donde por lo general se hacen actividades de huerta y hay amplios jardines.

introdujo cambios en el modelo de asistencia, en un pasaje de la atención centrada en el espacio institucional hacia el desarrollo del trabajo con la redes comunitarias.

Particularmente, la posibilidad de facilitar el acceso a los tratamientos y de ir abordando en un proceso gradual las problemáticas cotidianas de los sujetos fue considerado, por la mayoría de los especialistas, como una de las fortalezas de los Programas de Doce Pasos y de los dispositivos basados en la terapias grupales. Los entrevistados que trabajaban en ellos sostenían una concepción amplia de familia donde se incluían a la *“la gente que rodea”* al usuario de drogas; ya sean amigos, integrantes de la familia de origen, parejas, compañeros o vecinos.

Fue frecuente también que los entrevistados que trabajaban en programas de Doce Pasos y en dispositivos grupales con orientación psicológica o religiosa percibieran que las redes sociales de los usuarios de drogas actuaban como “disparadores críticos” de la demanda de atención, tanto por su percepción de alarma como por motivar o presionar a los usuarios a retomar los tratamientos. En estas discontinuidades *“de idas y vueltas”*, las redes de los usuarios de drogas pueden ser actores claves ya que suelen acompañarlos a las consultas y cumplen una función importante al contribuir con la continuidad de los procesos de atención de los problemas de salud vinculados al uso de drogas.

4. Reflexiones finales

Algunas líneas de reflexión que se desprenden de este estudio, nos llevan a señalar la importancia de la deconstrucción de una serie de saberes y prácticas que se reproducen en el campo de la prevención/atención del uso problemático de drogas y que pueden resultar estigmatizadoras o restringir la efectivización de derechos. Los saberes científicos se relacionan dialécticamente con las prácticas y las representaciones sociales, que se articulan en una activa relación de apropiación, transformación y reinterpretación. En ese sentido, hay que reconocer que las representaciones sociales tienen efectos en las formas de organizar los dispositivos, así como en las relaciones cotidianas de los especialistas con los usuarios de drogas, más allá de la formación académica de cada cual.

Por otra parte, la constitución del dispositivo asilar como eje de la atención en

salud mental ha extendido la idea, aún entre las familias de los usuarios de drogas que la única solución posible es “la internación”. Esta demanda puede ser percibida por los especialistas como un indicador de que las familias se han desentendido de los usuarios. Por otra parte, la internación prolongada, muchas veces en instituciones alejados de los lugares de vida de los sujetos, puede afectar negativamente los lazos familiares y supone que al finalizar el tratamiento, el usuario debe efectuar un pasaje (*reinserción*) que le permita sostener la abstinencia aún frente a los problemas de su vida diaria. Estos problemas han sido abordados por los distintos especialistas entrevistados de distintos modos. Las dificultades de acceso han llevado en algunos casos a flexibilizar el encuadre de atención de las familias (horarios y días de encuentro). Asimismo, el problema de la *reinserción* se aborda en las comunidades terapéuticas a partir de propuestas de atención grupal para las familias, de modo de poder efectuar un proceso paralelo de cambio en las formas de vinculación familiar que acompañen la transformación subjetiva de los residentes.

En este sentido, vale señalar que ante las dificultades de acompañamiento de algunas familias, ciertas comunidades terapéuticas trabajaban flexibilizando el dispositivo de tal modo que la *reinserción* de los adolescentes la realizan a través de acciones comunitarias. En este sentido, cabe señalar que los dispositivos ambulatorios tienen la fortaleza de permitir que el trabajo terapéutico se realice en el contexto diario de los usuarios.

Finalmente, consideramos que en el contexto de la reciente sanción de la Ley Nacional de Salud Mental resulta imperioso repensar los dispositivos de sustitución, la pertinencia de la internación, los abordajes ambulatorios y territoriales, y las posibles líneas de trabajo con las redes significativas para los usuarios de drogas, que no sólo involucra a los familiares. En este sentido, podemos señalar que a importancia dada a la familia en las formas de construir simbólicamente el problema, muchas veces se invisibilizan otros vínculos significativos de los usuarios de drogas, que podrían constituir un valioso apoyo en el proceso terapéutico. La cuestión de los pares en los procesos de salud/enfermedad/atención puede ayudar a pensar cierta interpretación que deja el problema drogas en el individuo y su familia, e invitar a

poner en práctica intervenciones en el campo de la salud mental en los territorios, con los grupos de pares de los propios usuarios de drogas.

Referencias bibliográficas

- Ackerknecht, E.H. (1962) Breve historia de la Psiquiatría. Bs. As: Eudeba.
- Alberdi, J. M. (2003) Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina". Rosario: Editora UNR.
- Cancrini, L. (1991) Los temerarios en las máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Bs. As: Ed. Nueva Visión.
- Chiozzo, F. (2010) "La comunidad terapéutica y los desafíos actuales". En: Touzé, G. y Gotzman, P. (comp.) Aportes para una nueva política de drogas V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Bs. As: Intercambios Asoc. Civil-UBA.
- Ciampi, L. (1992) "Boletín Informativo a la Comunidad". Rosario: Instituto Psiquiátrico de Rosario.
- Colletti, M. (1990/1) "Teoría y epistemología en el tratamiento relacional de las toxicodependencias". En Rev. Perspectivas Sistémicas N° 14. año 3. Bs. As. noviembre/diciembre/febrero 1990/91.
- Conrad, P. (1982) Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. Barcelona: Ed. Crítica-Grijalbo.
- De Dominicis, A y Touzé, G. (comp.) (1990) Informe final. Proyecto AD/ARG/87/525. Bs. As. mimeo.
- De Dominicis, A. (1997) La comunità terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo. Roma: Centro Italiano di Solidarietà di Roma.
- Fernández, A. M. (1993) La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Bs. As: Ed. Paidós.
- Foucault, M. (1983) El discurso del Poder. Bs. As: Ed. Folios.
- Galante, A.; Pawlowicz, M. P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Recchi, J. et al. (2007) "Representaciones sociales, sobre el uso y los usuarios de drogas de los especialistas que trabajan en instituciones asistenciales dedicadas al problema drogas". En: CD ROM de las II Jornadas Nacionales de Representaciones

Sociales "Representaciones sociales, minorías activas y memoria social".
Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario. Facultad de Psicología.
UBA. Bs. As: UNQUI.

- Galante, A; Moreno, D; Pawlowicz, MP; Rossi, D; Goltzman, P; Touzé, G (2010)
"Responsabilidad y consumo en el discurso de los especialistas que trabajan en la
atención a usuarios de drogas". Revista: Norte en Salud Mental, de la Asociación
de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Osasun Mentalaren Elkartea. (OME).
Febrero 2010. Vol. VIII. Nº 36: pag. 24-34. País Vasco. España. [http://www.ome-
aen.org/NORTE/36/04.%20Originales%20y%20Revisiones%20\(2\)%20Norte36.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/36/04.%20Originales%20y%20Revisiones%20(2)%20Norte36.pdf)
- Galende, E. (1990) Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón
psiquiátrica. Bs. As: Ed. Paidós.
- Jodelet, D. (1986) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". en
Moscovici, S. (comp.). Psicología Social. Tomo I y II. Bs. As: Ed. Paidós.
- Kaës, R. (1993) "Realidad Psíquica y Sufrimiento en las instituciones." En: Kaës,
R.; Bleger, J; Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P.; Rousillon, R.; Vidal, P.: La
institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Bs. As: Ed. Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010). Disponible
en:[http://www.ms.gba.gov.ar/direcciones/Salud_Mental/archivos/leynacionalSM_n
ov2010.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/direcciones/Salud_Mental/archivos/leynacionalSM_nov2010.pdf)
- Lourau, R. (1988) El Análisis Institucional. Bs. As: Amorrurtu Ed.
- Márquez, M. (1995) De la discriminación a la solidaridad. El grupo de ayuda mutua
y las personas infectadas de VIH/SIDA. Bs. As: Ed. Kairos.
- Menéndez, E. (1990) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México:
Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. (2009) De sujetos, saberes y estructuras. Bs. As: Lugar Ed.
- Pawlowicz, M.P.; Rossi, D.; Galante, A.; Faraone, S.; Goltzman, P.; Zunino Singh,
D.; Touzé, F.; Silberberg, M. y Cymerman, P. (2006) "Las representaciones
sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario".
Artículo publicado en las Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en
Psicología - II Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR:

- “Paradigmas, métodos y técnicas”. Tomo II. Pág. 75-77. Bs. As: Facultad de Psicología de la UBA.
- Pawlowicz, MP, Touzé, G.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P.; Recchi, J.; Cymerman, P. (2008) “Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas.” CD de las VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. CD-ROM. ISBN950-29-1038-9. Bs. As: Facultad de Ciencias Sociales - UBA.
 - Pichot, P. (1995) DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Mason.
 - Rossi, D., Pawlowicz MP, Zunino Singh D. (2007) Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Bs. As. y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. Serie Documentos de Trabajo. , Bs. As: Intercambios Asoc. Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
 - Sedronar (2004) “Informe sobre el Censo Nacional de Centros de Tratamientos”. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Área Investigaciones a cargo de Graciela Ahumada. Junio de 2004. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe_sobre_el_CENSO_NACIONAL_DE_CENTROS_DE_TRATAMIENTO.pdf
 - Shorter (1977) Ed.. Naissance de la Famille Moderne. París: Ed. Seuil.
 - Silberberg, M; Rossi, MD; Pawlowicz, MP; Zunino Singh, D; Orsetti, L; Goltzman, P; Cymerman, P. y Touzé, G. (2005) “Uso de drogas. Representaciones sociales acerca de los dispositivos de atención”. En: CD de las Terceras Jornadas de Investigación: "La investigación en Trabajo Social en el contexto Latinoamericano". 17, 18 y 19 de Noviembre de 2005. Paraná. Entre Ríos: Univ. Nac. de Entre Ríos.
 - Touzé, G. (2010) “Argentina. ¿la reforma que viene?” en: Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 6. Transnational Institute (TNI) y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA). Disponible en

<http://www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2010/12/Argentina-la-reforma-que-viene-TouzéWOLATNI.pdf>

- Touzé, G. (org.) (2006) Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Bs. As: Intercambios Asoc. Civil - Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Watzlawick, P. (1994) "Pensamiento sistémico y abordaje de los sistemas humanos". En: Revista Perspectivas Sistémicas. Nº 33. año 7. Bs. As. septiembre/octubre 1994.