



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Aproximaciones a las representaciones morales sobre los usuarios de drogas en dispositivos tradicionales de abordaje de los consumos problemáticos

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autor/a: CORONEL, Ulises Javier

Legajo: C-5417/8

Docente o graduado/a responsable: CELAYA, Ma. de los Ángeles

Año: 2024

Índice

| | |
|----------------------------------|----|
| Resumen y palabras clave | 2 |
| Introducción | 3 |
| Capítulo 1 | 5 |
| Capítulo 2 | 11 |
| Capítulo 3 | 16 |
| Conclusiones | 25 |
| Referencias bibliográficas | 28 |

Este ensayo tiene como objetivo el estudio de las representaciones morales asociadas a los usuarios de drogas y su incidencia en los dispositivos de abordaje de los consumos problemáticos. Se entiende por representaciones morales a un aspecto de las representaciones sociales, relacionadas a las valoraciones que las personas realizamos de un fenómeno en un momento histórico-social determinado conforme con las nociones construidas del bien y el mal. La perspectiva de estudio resulta interesante en tanto que la clínica de los padecimientos en salud mental y adicciones posee una historia atravesada por elementos morales que impactan directamente en la construcción de los modelos de abordaje. En la actualidad, asistimos a una profundización de las problemáticas que implica la revisión de los dispositivos tradicionales de asistencia, a partir de los lineamientos establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental y el Plan de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos. Durante el trabajo se pondrán en relación algunas de las representaciones morales asociadas a los usuarios de drogas junto con los dispositivos de abordaje de los consumos problemáticos. La apuesta del trabajo es aportar elementos que permitan un diálogo entre los actores del campo y una revisión crítica de los preceptos que acompañan las estrategias de abordaje, con la finalidad de dar una respuesta más adecuada a la problemática.

Palabras clave: representaciones morales, consumos problemáticos, usuarios de drogas, dispositivo de abordaje.

Introducción

En la actualidad existe una creciente preocupación relacionada con la profundización de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. Esta temática tiene una serie de características que la diferencian de otras en el campo de la salud mental y le otorgan ciertas particularidades a su abordaje.

En primer lugar, las adicciones son una problemática que se encuentra atravesada por una multiplicidad de discursos. La medicina, la psicología, la antropología, la religión, el derecho y la política se pronuncian sobre la temática. En otras palabras, la droga aparece sobre la agenda pública causando fascinación y revuelo en amplios sectores de la población.

Sumado a esto, ninguno de estos campos del conocimiento pueden adjudicarse de manera definitiva un saber totalizador sobre las adicciones. Si bien cada una de las tradiciones arriesga una definición sobre la naturaleza del fenómeno, ninguna logra explicarlo por completo. A pesar de los pronunciamientos de diversa índole, parece que una respuesta eficaz al problema de la droga es aún esquiva. Tanto es así que, incluso, es difícil alcanzar acuerdos mínimos sobre cuál es el mencionado problema, aunque estamos seguros de que lo hay.

Históricamente se han ensayado diversidad de modelos de abordaje, cada uno heredero de distintas tradiciones. Actualmente siguen vigentes tres grandes tipos de dispositivos que destacan por hegemonía frente a otras propuestas. Hablamos de las comunidades terapéuticas, los dispositivos de Doce Pasos y los hospitales psiquiátricos. Cada uno de estos dispositivos caracterizan de manera diferente a la problemática y proponen estrategias de abordaje acorde a esta caracterización.

Si bien cada dispositivo tiene su propia impronta, podemos decir que comparten ciertas particularidades. Por un lado, son modelos de abordaje que llevan décadas de desarrollo, sus tradiciones pueden rastrearse desde los comienzos de la emergencia de la problemática. Sumado a esto, podemos decir que estas propuestas se han mantenido prácticamente inmutables en el tiempo, no han sufrido grandes modificaciones en sus modos de abordaje. De la misma manera, ninguno de los dispositivos ha logrado alcanzar un lugar privilegiado respecto de los resultados obtenidos en sus intervenciones.

Creo que persistencia en la propuesta terapéutica y la falta de intercambio con otros saberes que permitan mejorar la respuesta a la problemática no puede entenderse, exclusivamente, a partir de las diferencias evidentes en sus respectivos marcos teóricos. Quiero decir que las diferencias establecidas entre los dispositivos no se limitan a la falta de consensos sobre qué se entiende por droga y cómo caracterizar las problemáticas asociadas a ellas, sino que existen otros elementos que atraviesan la problemática y que producen efectos en la configuración de los dispositivos.

Es allí donde tienen lugar las representaciones morales. Estos elementos toman fuerza en el diseño de las estrategias en tanto implican valoraciones sobre el objeto de estudio y modos de acercamiento al mismo. Muchas veces es difícil explicitarlas debido a que no forman parte del conocimiento técnico de los dispositivos, sino que se relacionan con los discursos y tradiciones que los vieron surgir.

Para poder ensayar una respuesta superadora a lo que hemos venido haciendo en materia de abordaje de las adicciones es necesario realizar una revisión crítica de los dispositivos y las representaciones que los sostienen. Esto no será posible si no realizamos una lectura de las formas en que, como sujetos insertos en un momento histórico-social determinado, nos vemos interpelados por la problemática.

En el primer capítulo estableceremos algunos criterios comunes sobre qué entendemos por drogas, consumos problemáticos y representaciones morales. Además de una breve mención al impacto de la moral en los tratamientos de salud mental.

En el segundo capítulo se desarrollarán algunas de las características de los principales dispositivos y sus modelos de abordaje. También se dará cuenta de los lineamientos establecidos en la legislación vigente para el abordaje de las adicciones.

Finalmente, en el capítulo 3, se desarrollarán algunas de las representaciones morales que podemos encontrar asociadas a los usuarios de drogas y su impacto en la configuración de los dispositivos de asistencia.

Capítulo 1

El uso de distintas drogas se encuentra en casi la totalidad de las culturas a lo

largo de la historia, sin embargo, el consumo de sustancias como problemática tiene su origen en un periodo reciente, específicamente a partir del siglo XX. Las sustancias psicoactivas fueron utilizadas desde los comienzos de la humanidad con fines alimenticios, medicinales, espirituales y religiosos. Desde los comienzos de la humanidad se utilizaron sustancias psicoactivas con fines alimenticios, medicinales, espirituales y religiosos. Según Antonio Escohotado (1998) en su libro *Historia General de las Drogas*, el comienzo de las restricciones sobre el uso de drogas se establece durante la Edad Moderna a partir de criterios étnicos, sociales y políticos, vinculados a paradigmas religiosos. En la Argentina del siglo XIX, por ejemplo, el uso de marihuana fue considerado “cosa de negros” por parte de los sectores acomodados de ascendencia europea (Mansilla, 2017, p. 83). Según este autor, es a partir de un criterio estético y de valoraciones morales sobre etnias y poblaciones consideradas marginales, que se impulsaron restricciones sobre el uso de determinadas sustancias.

Una diversidad de factores tales como el desarrollo de las sociedades industriales, la hegemonía de la moral cristiana en occidente y el comercio internacional lograron la cristalización del prohibicionismo como política pública hacia comienzos del 1900, principalmente en Estados Unidos. Al mismo tiempo, el avance de la química permitió aislar los diversos compuestos psicoactivos hallados en la naturaleza y, por tanto, lograr productos de fácil comercialización con una concentración inaudita de principios activos. Finalmente, el desarrollo de las sociedades de consumo durante el siglo XX configuró el escenario para que, desde hace medio siglo, el consumo de sustancias se sitúe como una de las principales preocupaciones en el campo de la Salud Pública.

Nuestro país, y particularmente la ciudad de Rosario, no son ajenos a esta preocupación. Esto se manifiesta en la diversidad de actores e instituciones que elaboran discursos y saberes sobre las adicciones. Los consumos problemáticos se abordan desde el campo de la salud, pero también los atraviesan discursos penales, sociales, religiosos y de seguridad. Así, los saberes acerca de la droga y los consumidores toman perspectivas sumamente distintas y representan modos de tratamiento antagónicos que entran en conflicto en el terreno de la discusión pública.

En este sentido, resulta particularmente interesante recuperar lo que la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (LNSM), sancionada hace ya 14 años, establece en su Artículo 4: “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” (2010). Como sabemos, la LNSM constituye un hito en términos de derechos para las personas usuarias de salud mental y establece principios de abordaje definitivamente vanguardistas, lo cual se ve trasladado hacia los usuarios de drogas a la hora de pensar políticas públicas.

Como decíamos, una de las características del campo de los consumos problemáticos de sustancias es su definitiva heterogeneidad. Resulta necesario entonces alcanzar definiciones comunes que nos permitan comprender a qué nos estamos refiriendo y evaluar las implicancias clínicas y políticas que estas definiciones comportan. Como primer paso a la hora de considerar las diferentes estrategias de abordaje, podemos decir que las drogas o sustancias psicoactivas:

abarcan a aquellos compuestos químicos que son capaces de cambiar el modo en que funciona la mente, como alterar las sensaciones de dolor y placer, el estado de ánimo, la conciencia, la percepción, la capacidad de pensar y de ser creativos, el estado de alerta y otras funciones psicológicas. (HOC, 2011, como se citó en Gurvich y Arrieta, 2017, p. 19)

Para Gurvich y Arrieta (2017), el término “drogas” encierra un concepto estigmatizante y extremadamente poco preciso debido a que se encuentra asociado exclusivamente a las sustancias ilegales, como la marihuana y la cocaína, y deja de lado

otros compuestos que, aun siendo legales y regulados por el Estado como los psicofármacos o el alcohol, no suelen ser incluidos dentro de esta definición. Durante el desarrollo de este trabajo, ambos términos se tratarán como sinónimos por costumbres de uso y se referirán a todas las sustancias psicoactivas independientemente de su estado de prohibición o regulación.

Otro de los términos difusos en el campo del consumo de sustancias hace referencia a la diversidad de relaciones que se establecen entre el usuario de drogas y la sustancia. Partiremos de la premisa de que cualquier consumo de sustancias, sean estas legales o no, comporta efectos para el organismo. Los efectos dependen de la naturaleza de la sustancia y de la dosis ingerida y varían según cada persona, sus circunstancias personales y su entorno. De este modo, una misma sustancia y dosis puede tener efectos diferentes para cada sujeto, así como también para el mismo sujeto en momentos diferentes de su vida. Así, una misma sustancia y dosis puede tener efectos diferentes para cada sujeto y también para él en momentos diferentes de su vida. Ahora bien, el uso de sustancias psicoactivas no necesariamente constituye un consumo problemático, sino que existen una diversidad de elementos a tener en cuenta. Según la Ley 26.937/2014 Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos los consumos problemáticos son:

aque aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (2014, Artículo 2)

Según esta definición, el consumo problemático no se relaciona simplemente con el estatuto de legalidad de una sustancia, sino con el tipo particular de relación que se establece entre sujeto y objeto. Si bien es posible que relacionemos el uso de sustancias ilegales con mayores niveles de peligro, lo cierto es que el alcohol o los psicofármacos constituyen problemáticas de Salud Pública igual de severas que drogas como la cocaína o el crack. Incluso, debemos pensar los consumos problemáticos más allá de las sustancias psicoactivas, debido a que los mismos pueden estar relacionados con objetos que no puedan ser clasificados como drogas y también con diversas conductas compulsivas de las personas.

Respecto a la discusión del lugar de la sustancia en las problemáticas de consumo, Sylvie Le Poulichet sitúa que la toxicomanía se encuentra atrapada por diferentes discursos conducidos por la espectacularidad del fenómeno. Para la autora, tradicionalmente, el estudio del tóxico se reduce a un conjunto de preceptos comportamentales y sociológicos basados en clisés que ignoran la dinámica subjetiva que conduce al uso problemático de drogas. Denuncia que, aún desde el terreno del psicoanálisis, diversos autores quedan atrapados en la noción de fármaco-dependencia para explicar los fenómenos relacionados al consumo de sustancias. Para estos autores existe una dependencia fisiológica duplicada por una dependencia psicológica. Este planteo, según Le Poulichet, conduce a excluir a los sujetos de sus actos y asociar conceptos analíticos a factores de comportamiento (2019). Entonces, una clínica de consumos problemáticos no puede descansar solo en las características propias de determinadas sustancias, sino que debe incluir las condiciones subjetivas que configuran la relación entre sujeto y objeto. Debemos ponderar, entonces, los efectos que el consumo tiene en la salud integral del sujeto, siendo los efectos fisiológicos de determinada sustancia psicoactiva sólo una fracción de las manifestaciones posibles. Más adelante se abordarán qué dimensiones de riesgo y daño implican el uso problemático de sustancias y también qué aspectos, llamémoslos reconstitutivos, conlleva para el sujeto el

uso de drogas en el marco de su propia dinámica subjetiva.

Otras de las características a destacar de la definición brindada por la Ley 26.937 es el criterio de problematización. Un consumo se considerará problemático, en tanto afecte

6

áreas de importancia vital de la persona de manera sostenida en el tiempo. Al incorporar la dimensión temporal, podemos pensar que el uso ocasional - agreguemos responsable y medido - de una sustancia psicoactiva no representa una problemática en sí misma. Además de las condiciones subjetivas mencionadas, los contextos de uso nos permitirán complejizar cómo caractericemos determinados consumos. En este sentido, la utilización de sustancias psicoactivas de forma recreativa o con fines terapéuticos puede pensarse bajo coordenadas que no repercutan negativamente en la vida de los sujetos. En cambio, el abuso de sustancias, como puede ser la utilización indiscriminada de medicamentos, puede constituirse en problemática de consumo. Llamaremos adicción a la dependencia del sujeto a una sustancia o un determinado comportamiento. Esta dependencia hace que el sujeto se pierda en el objeto, pierda la libertad de tomar decisiones y construir un proyecto de vida. (SEDRONAR, s.f.)

Como ya mencionamos, el campo de las adicciones está atravesado por una gran heterogeneidad de discursos inscritos en la sociedad que producen efectos sobre las prácticas y políticas que llevamos adelante. Es necesario, por tanto, pensar los consumos problemáticos con relación a las representaciones sociales que nos invocan. En palabras de Denise Jodelet, las representaciones sociales son:

imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. (1984, p. 472)

Es así como las representaciones sociales se nos presentan como ideas sobre las personas, el mundo y, en este caso, el consumo de sustancias. Se corresponden con un saber asociado al sentido común, un saber que no surge del estudio de un fenómeno sino de la imagen que ese fenómeno nos provoca y del sentido que le damos en un momento histórico social determinado. Aunque es exagerado pensar que los diferentes dispositivos se sostendrán únicamente bajo las representaciones sociales que evoque el consumo de sustancias, estas representaciones dejarán marcas que será necesario rastrear para entender las lógicas y relaciones que se establecen dentro de las estrategias de abordaje.

Es a partir de estas nociones que cada dispositivo de atención otorga un sentido diferente a las manifestaciones del padecimiento subjetivo de la persona que asiste a la institución y evalúa las causas y consecuencias del consumo para la vida del sujeto. Dicho de otro modo, cada institución elabora intervenciones particulares basándose en sus propias representaciones sociales respecto del uso de drogas. Por ejemplo, algunos modelos de atención no realizan la distinción entre consumo problemático y uso de sustancias, es así como el fin del tratamiento será abandonar para siempre el consumo de cualquier sustancia psicoactiva. En cambio, para otros dispositivos que sí realizan esta diferenciación, el objetivo del tratamiento será abordar el consumo bajo una adecuada medida sin que éste perjudique los aspectos vitales de la persona. A la vez, existen experiencias que hacen énfasis en el abandono de las relaciones sociales que facilitaron el consumo y otras que elaborarán estrategias dentro de los territorios que habite esa persona.

Es posible que pensemos que las decisiones clínicas recién mencionadas refieren exclusivamente a las estrategias de abordaje en salud, pero como decíamos antes, el consumo de sustancias no está regido por un único discurso. Podemos decir que, ante un

fenómeno complejo, las representaciones sociales otorgan cierto sesgo de interpretación, cierta puesta en valor de determinados aspectos frente a otros. Sobre esta idea, podemos pensar que las representaciones sociales no son inocuas, sino que producen efectos decisivos en los procedimientos de intervención que se realizan, dicho de otro modo, producen verdad. Michael Foucault en *Verdad y Poder*, un texto de 1979, sostiene que existe una relación recíproca entre poder y verdad y, por tanto, estas dos dimensiones resultan indisociables. En este sentido, no debe entenderse a la verdad como un

7

conocimiento supremo o como normas establecidas, sino que se trata de enunciados entendidos como verdaderos para un conjunto de personas, los cuales permiten llevar delante de manera legítima determinadas prácticas. Así es que, estos saberes/verdades provenientes de una diversidad de campos repercuten directamente en el diseño de las estrategias de abordaje.

Pretender estudiar la totalidad de las representaciones sociales sobre el consumo problemático excedería los límites de este escrito, por lo que me detendré sólo en los aspectos morales de las mismas. Estos se relacionan con la manera en que los individuos, a partir de las representaciones sociales, realizan valoraciones sobre aquello que consideran como bueno o malo, correcto o incorrecto, normal o patológico, basado en principios y valores en un momento histórico-social determinado. Estas valoraciones tendrán impacto en la forma en que los sujetos se aproximan a los fenómenos. En el campo de la salud, esto afecta directamente el modo de acceso a los servicios de salud, la forma en que se lleva adelante la atención por parte de los equipos, el diseño de la estrategia terapéutica y la noción de éxito de un tratamiento. Así, en el trabajo, se entenderá como representaciones morales a esta dimensión en específico de las representaciones sociales.

El campo de la salud mental es, tal vez, de los más afectados por las representaciones morales, sobre todo en lo referido a las estrategias y tratamientos que se llevan a cabo. Desde los comienzos de la clínica psiquiátrica la dimensión moral de los padecimientos subjetivos tiene suma relevancia y los efectos de este fenómeno manifiestan consecuencias para el campo de la Salud Mental hasta el día de hoy.

Para entender la influencia de las representaciones morales en los inicios de la clínica psiquiátrica debemos remontarnos a las prácticas que se ocuparon del tratamiento de los padecimientos mentales hacia comienzos del siglo XIX. Foucault sitúa, en su curso del Collège de France de 1973-1974, un tipo de práctica llamada tratamiento moral, la cual va a servir de cimiento de la clínica psiquiátrica tal como la conocemos en la actualidad. A través de una cita de P. Pinel, el autor afirma que para aquel momento:

la terapéutica de la locura es “el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas”. (2007, p. 24,)

Este encadenamiento vicioso de las ideas era curado, en palabras de Foucault, a partir de una suerte de ortopedia moral llevada adelante en el marco de una escena de batalla, la cual se encuentra signada por el enfrentamiento de dos voluntades, la del médico y la del alienado. Esta escena no constituye un proceso terapéutico como lo entendemos en la actualidad, debido a que no existe una preocupación por entender el origen y sentido de los padecimientos, o por establecer un diagnóstico clínico que implique una verdad acerca de la locura y la disminución del malestar. En todo caso, el tratamiento queda reducido a una escena de enfrentamiento que tiene como objetivo imponer la voluntad del médico.

Para obtener la victoria en este enfrentamiento, el médico utiliza amenazas de castigos físicos y crueles tratamientos. Así acontece un segundo enfrentamiento, pero

esta vez dentro mismo del enfermo, entre la idea fija y el temor al castigo. Por último, y como consecuencia de estos enfrentamientos, sobreviene la escena de confesión donde el paciente admite sus ideas delirantes logrando, según el médico, la curación.

Como observamos, la curación nada tiene que ver con el malestar subjetivo del alienado o el causal de su padecimiento. La noción de malestar queda asociada a la idea delirante, no a los motivos que subyacen a esta conducta. Entonces, el tratamiento es tratamiento del síntoma, no se preocupa por la causa de este. En este sentido, la forma de alcanzar la cura es impedir que se lleven adelante determinadas conductas mediante la imposición de la voluntad. El tratamiento moral posee características correctivas: lograr que el paciente admita lo erróneo de sus ideas y su mal obrar. La denominación tratamiento moral, entonces, adquiere sentido de la mano del gobierno de la propia voluntad:

8

La mayoría [de las enfermedades mentales], a decir verdad, parece depender de nosotros mismos, y se liga a nuestros errores, nuestros prejuicios, a las instituciones viciosas, o a las pasiones que, excesivas o mal dirigidas, se transforman en un verdadero estado de alienación (Jacques Moreau de la Sarthe, 1812, como se citó en Vallejos, 2012, p. 10)

Lo llamativo del tratamiento moral es que se encuentra en oposición al modelo médico clínico de la época, donde existe ya una epistemología ligada a la objetividad, la observación y, posteriormente, a la ciencia. Foucault destaca que, aun cuando estas prácticas psiquiátricas no comparten el modelo de la medicina, se encuentran fuertemente asociadas a ella. Esto se manifiesta en que es un médico el que lleva adelante el tratamiento moral y en la representación histórica que tenemos acerca de los comienzos de la clínica psiquiátrica de la mano de Pinel y sus propuestas higienistas.

Como podemos observar, la voluntad ocupa un lugar central en la escena construida en el tratamiento moral. Podemos decir que la voluntad del médico, en su lugar de educador, es aquello que rompe la voluntad del paciente de sostener sus propias ideas erróneas. Bajo estas premisas, el alienado es alguien que posee un déficit en su personalidad que debe ser corregido, no alguien que se encuentra atravesando un padecimiento. El tratamiento moral, entonces, se encarga de imponer la rectitud de las ideas del médico frente a las del paciente.

Si bien el tratamiento moral, como práctica psiquiátrica, fue llevado adelante entre 1810 y 1830, considero que aún están vigentes algunas de sus significaciones en cómo se abordan los padecimientos subjetivos, especialmente, en el campo de los consumos problemáticos. Para comprender esto, debemos saber que, en la actualidad, la noción de (falta de) voluntad está profundamente asociada a las adicciones. Este resulta un punto central para pensar las representaciones morales que encontramos sobre los usuarios de sustancias.

En el campo de los consumos problemáticos ocurre un desplazamiento similar al que ocurría en los comienzos de la psiquiatría, es decir, se reduce una problemática de salud mental a un problema asociado a la voluntad y las pasiones. Las condiciones subjetivas, la historia singular y el contexto quedan opacados en función de una valoración exagerada del empeño de una persona para consumir o dejar de hacerlo. Nuevamente, entonces, el padecimiento se encuentra reducido a lo visible del síntoma, a las imágenes que este fenómeno nos genera y a las valoraciones que de allí obtenemos. Esta estimación acerca de la voluntad del adicto se articula con una diversidad de discursos y conforman las representaciones morales que circulan en la sociedad acerca de los consumidores de sustancias.

Como antes decíamos, las representaciones morales no determinan por completo el diseño de estrategias y dispositivos de atención, pero dejan sus marcas en la propuesta terapéutica. En este sentido podemos encontrar dispositivos que llevan adelante prácticas

en salud mental cuyas representaciones morales sobre los usuarios van en contra de los consensos construidos, expresados de manera evidente en la Ley Nacional de Salud Mental. Por ejemplo, las representaciones morales eliminan la posibilidad de evaluar la singularidad del caso y realizar un diagnóstico de la persona y la situación, sino que colocan a los consumidores en una serie que los iguala y para los cuales hay una receta unívoca de curación.

Al mismo tiempo, estas representaciones no sólo atraviesan los dispositivos, sino la sociedad en su conjunto, generando procesos de estigmatización de los usuarios que tiene severas consecuencias, entre ellas: dificulta la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud, profundiza la ruptura de redes socioafectivas de los consumidores y aumenta la demanda de políticas públicas punitivas para los usuarios de drogas por parte de la sociedad en su conjunto.

El campo de la Salud Mental no es un territorio libre de tensiones y disputas, es necesario, entonces, realizar una revisión de nuestra práctica con el fin de no quedar

9

tomados por discursos moralizantes en lo que refiere a problemáticas de salud. Este escrito no pretende ser conclusivo, sino que intentaré aportar reflexiones, preguntas y elementos de análisis que contribuyan a mejorar las estrategias que elaboramos a la hora de pensar políticas públicas, a partir del análisis de las representaciones morales sobre los usuarios de drogas y su influencia en los dispositivos de atención en consumos problemáticos.

Capítulo 2

Como veíamos en el capítulo anterior, la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) establece en su Artículo 4 que:

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. (2010)

Al mismo tiempo el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) ratifica este hecho en el Artículo 9 acerca de los derechos y garantías de los pacientes:

Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental (2014).

El Plan IACOP en su Artículo 10 amplía estos lineamientos y sitúa 5 pautas para la asistencia integral de las adicciones. En resumen, establece: a. respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos, observando los derechos humanos; b. priorizar los tratamientos ambulatorios y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo; c. promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes; d. incorporar el modelo de reducción de daños; y e. incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional. (2014)

Como podemos observar, las pautas de asistencia se corresponden con lo establecido en la LNSM. Además, el Plan IACOP agrega en el apartado d. la incorporación del modelo de reducción de daños, el cual define como:

aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes (Art. 10, 2014).

Esta definición resulta central para pensar nuestro estudio de los dispositivos de atención debido a sus múltiples implicancias. En este sentido, cuando se habla de daños y riesgos de una sustancia no se hace alusión únicamente a la mortalidad de determinada droga o al impacto que pueda tener en el organismo. Esta perspectiva constituye una visión fragmentada del fenómeno. Lo que propone el modelo de reducción de riesgos y daños es añadir nuevos elementos al análisis, que permitan evaluar la peligrosidad de determinados consumos. Para entender mejor a qué nos referimos podemos tomar de ejemplo el uso de alcohol. Beber alcohol en cantidades excesivas puede tener consecuencias mortales en el corto plazo, producto de una sobredosis, o bien consecuencias en el largo plazo producto de su uso crónico desmedido, como problemas renales. Pero el consumo de alcohol conlleva otro tipo de riesgos que no se reducen a los efectos fisiológicos en el organismo, por ejemplo, aquellos asociados a los siniestros viales. Por todo esto podemos decir que el consumo de alcohol posee una alta tasa de riesgo no sólo porque su uso excesivo es peligroso para el organismo, sino por conductas de riesgo asociadas a su consumo. El modelo de reducción de daños da cuenta de esos otros riesgos que merecen considerarse en pro de una perspectiva de salud integral.

González en *¿Cómo medimos los daños causados por las drogas?* (2017) entiende que el mejor método disponible para evaluar riesgos y daños es el Análisis de Múltiples Criterios, el cual discrimina riesgos y daños hacia el usuario y hacia terceros. Es así como podemos encontrar dentro de los daños hacia el usuario: daños físicos (mortalidad y daños específicos de uso), daños psicológicos (dependencia y discapacidad mental por uso específico) y daños sociales (pérdida de bienes y relaciones sociales); y dentro de los daños a otros: daños físicos y sociales (lesiones) y daños sociales (crimen, daño ambiental, comunitarios, etc.).

Como podemos observar, las estrategias de abordaje de las adicciones no pueden desconocer estas dimensiones de daño y riesgo. El modelo de reducción de riesgos y daños aporta elementos para pensar un abordaje más allá de la abstinencia de uso de sustancias e invita a considerar el uso responsable de las mismas. La pregunta que debe trabajarse en cada situación particular, considerando las repercusiones que cada sustancia pueda tener en el organismo, las relaciones sociales y afectivas, el proyecto de vida, etc. Además, el modelo de reducción de daños es respetuoso de aquellas personas que, cualquiera sea el motivo, se muestran incapaces, o no desean, abandonar el consumo de sustancias. Así, los usuarios no quedan expulsados del sistema de salud, sino que encuentran un tipo de asistencia adecuada a su situación.

Bajo estos lineamientos, es posible pensar nuevas dimensiones de las políticas de prevención y promoción de salud. En primer lugar, porque no condenar el uso de drogas facilita hablar abiertamente del tema y no abordarlo como si de un tabú se tratase. Por otro lado, permite pensar estrategias que conlleven menores riesgos para los usuarios sin que vean anulada la experiencia de uso. Por ejemplo, si el objetivo de una intervención es prevenir sobre el consumo de alcohol en la adolescencia, resulta más eficaz hablar sobre los cuidados a tener - moderar el consumo, beber agua, cuidados colectivos entre pares, etc. - que simplemente prohibir su consumo. En estos casos, la prohibición probablemente sea inconducente y no implique resultados positivos, sino simplemente evitar el tratamiento del problema. Este ejemplo puede ser trasladado a otras sustancias psicoactivas, cuyo uso se halla fuertemente instalado en la población. Realizar este tipo de intervenciones resulta de suma importancia si pensamos la salud de manera integral. Es indispensable, entonces, estudiar cómo los dispositivos de abordaje de los consumos hacen lugar a estos elementos y adaptan sus estrategias de atención.

A modo de resumen, el Plan IACOP y la Ley Nacional de Salud Mental sitúan la atención a usuarios de drogas bajo una perspectiva de Derechos Humanos, priorizando la estrategia de APS y el modelo de reducción de riesgos y daños. En este punto, comenzaremos a indagar específicamente en los dispositivos de atención para usuarios de drogas.

En el presente escrito entenderemos por dispositivo “un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical” (Barembliitt, 1992, en Sousa Campos, 2021, p. 100). Esta definición interesa escapa a la dimensión organizacional de una institución (su constitución formal), y da lugar a los aspectos irreductibles a la estructura. Por lo tanto, a la hora de pensar una revisión de los dispositivos de atención a usuarios de drogas no alcanza simplemente con entender los aspectos organizacionales que los conforman, sino que es menester hacer lugar a otros saberes, como las representaciones morales, que impactan directamente en las prácticas.

En la investigación Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos (Pawlowicz et al., 2011) se sitúa que existen 3 tipos de dispositivos específicos de atención para usuarios de drogas. Cada uno de estos dispositivos contará con un modelo de atención y estrategias particulares de abordaje. En primer lugar, tenemos al hospital psiquiátrico, cuyo modelo de abordaje es el modelo médico hegemónico. Por otro lado, tenemos las comunidades terapéuticas y los centros con orientación religiosa, que se corresponden con el modelo alternativo subordinado. Y finalmente contaremos con los dispositivos de Doce Pasos y Alcohólicos Anónimos,

ordenados bajo el denominado modelo de autoatención.

12

A partir de los lineamientos de la LNSM, la mayoría de estos dispositivos se integraron en una Red de Atención Federal llevada adelante por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). La Red de Atención Federal cuenta con 800 dispositivos de atención en todo el país, número alcanzado mediante la creación de convenios con una gran cantidad de organizaciones de diversa naturaleza como instituciones de la sociedad civil, religiosas, movimientos sociales o partidos políticos.

La incorporación de organizaciones de naturaleza tan variada hace que, aunque existan lineamientos de parte de la Secretaría, convivan diferentes perspectivas y modelos de atención, muchas veces contradictorios. Es notorio que algunas de estas organizaciones no provienen del campo de la salud y, por tanto, requieren adaptar sus improntas a los lineamientos legales que mencionamos anteriormente. Esta adaptación representa una fuerte disputa de sentido hacia adentro del campo que no puede ser saldada simplemente por la incorporación de los dispositivos a la red.

Comenzaremos hablando de los hospitales psiquiátricos y del Modelo Médico Hegemónico (MMH). Los psiquiátricos aparecen en el imaginario popular como las instituciones de Salud Mental por definición, el lugar donde se produce el tratamiento de la locura y las adicciones. A su vez, la LNSM impone el cierre de los manicomios en todo el territorio nacional y el tratamiento de los usuarios en hospitales generales. Hoy por hoy, esta meta se encuentra lejos de ser cumplida y la lógica manicomial sigue vigente. Nos encontramos en un periodo de transición que implica la transformación de los hospitales generales para realizar de manera satisfactoria el abordaje de los padecimientos subjetivos.

En cuanto al Modelo Médico Hegemónico podemos decir que “se caracteriza por su identificación ideológica con la racionalidad científica, por el sostenimiento de prácticas que son principalmente individuales, y por su eficacia pragmática orientada a la curación y a los factores biológicos.” (Pawlowicz et al., 2011, p. 175). La impronta del MMH se sitúa en contraposición a los lineamientos que establecen tanto la Ley Nacional de Salud Mental y el Plan IACOP. La preponderancia de los factores biológicos, frente las múltiples dimensiones del malestar, y la perspectiva individual de la enfermedad implican una mirada parcial para pensar una estrategia de abordaje.

Abordar a las adicciones como una problemática de salud mental requiere entenderlas más allá de las manifestaciones del síntoma, en nuestro caso, más allá del acto mismo de consumir. Un síntoma es la manifestación de un conflicto expresado en todas las dimensiones de la vida humana: su funcionamiento mental, la relación que establece con los otros, la subjetividad de la época, etc. El tratamiento de las adicciones, por tanto, debe ser el tratamiento de ese conflicto, no la eliminación de su cara visible. Si comprendemos esto, no habrá dos problemáticas de consumo que sean leídas de la misma manera, porque la singularidad de cada caso estará marcada por la forma que adopte el consumo para cada sujeto.

En contraposición, el MMH considera la prescindencia del sujeto y entiende al síntoma como una enfermedad más, un desequilibrio biológico dado por la dependencia a una sustancia externa. El objetivo de las intervenciones será aplacar ese síntoma por medio del fármaco adecuado, anulando la dimensión del conflicto. Para Emiliano Galende, esto juega directamente a favor de la permanencia del síntoma, ya que impide al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos y su realidad (2008, p. 26).

Actualmente, producto de la LNSM, hay un proceso de cierre de los hospitales psiquiátricos y de transformación de los hospitales generales para alojar a los usuarios de salud mental. Sin embargo, este proceso requiere del abandono de las llamadas lógicas manicomiales, es decir, de aquellos modos de atención y representaciones sociales que están históricamente asignados a los usuarios de salud mental. No sirve que la atención e

internaciones se lleven adelante en un hospital general si no puede alojar a los usuarios en el marco de la LNSM. Este proceso está vigente, por lo que existen ciertos fenómenos propios del hospital psiquiátrico que se manifiestan en los hospitales generales.

El segundo de los dispositivos de atención es la Comunidad Terapéutica. Si bien existen una gran cantidad de Comunidades Terapéuticas (cada cual con sus características

13

particulares muchas veces asociadas a una determinada orientación religiosa), se puede afirmar que tienen como objetivo:

modificar la personalidad adictiva, que caracterizaría a los usuarios de drogas, a través una nueva socialización. Ésta se logra cuando el usuario transita una fuerte experiencia afectiva en la comunidad y respeta el rígido sistema de reglas que la organiza. La importancia de la internalización de normas, en este dispositivo, radica en que el usuario modifique sus hábitos y comportamientos, lo que le permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno y, por ende, sostener la abstinencia. (Pawlowicz et al., 2011, 175)

Como podemos observar, el sujeto que es internado en una Comunidad Terapéutica es aislado de su comunidad y transita un período de internación junto con otros usuarios que están afrontando una problemática similar. Como condición primera de la internación, el usuario debe abandonar el consumo de sustancias. Para Diego López, la comunidad terapéutica, como es entendida tradicionalmente, posee dos objetivos. Por un lado, “la transformación del comportamiento patológico del paciente, proveyéndole de herramientas con las que pueda afrontar exitosamente los conflictos emocionales, ambientales y sociales que propician su situación de consumo.” y, por otro, “la reestructuración o resocialización del paciente, de tal forma que haga propios los principios y valores comunitarios, en tanto que elementos fundamentales para su reincorporación a la sociedad y la puesta en práctica de un estilo de vida sano” (2007, p. 4).

El tercero de los dispositivos en la clasificación de Pawlowicz son los dispositivos de Doce Pasos, regidos bajo el modelo de autoatención. Este modelo tiene como característica principal que el diagnóstico y la atención son llevados adelante por personas que transitaron la misma problemática que el nuevo usuario. La formación en cuanto a estrategias de tratamiento se basa en la experiencia personal y participación en el dispositivo.

Existen características de estos dispositivos. En primer lugar, están sostenidos bajo una matriz espiritual, aunque esta no responde a una religión en particular. El segundo de los pasos reza: “Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio” (Alcohólicos Anónimos de Argentina). Esta matriz espiritual es columna vertebral de la propuesta de atención y será a partir de ella que será posible la recuperación y el posterior testimonio.

Otra característica es su impronta fuertemente grupal. En el marco de los encuentros existe una posición de absoluta simetría y homogeneidad dada por la relación con el objeto de consumo. En este sentido, hay una percepción de que otros pueden comprender la situación de padecimiento que el usuario atraviesa y ayudarlo a superar el malestar.

Finalmente, es relevante la impronta territorial de la organización. Solo en Argentina, Alcohólicos Anónimos cuenta con 700 grupos activos, a los que hay que añadir otros cientos de dispositivos que se rigen bajo el mismo modelo de atención. Esto significa una accesibilidad geográfica muy importante para los usuarios y, a la vez, una presencia en el imaginario popular nada despreciable. Si bien esta organización no forma parte de la Red de Atención Federal, muchos de los usuarios que forman parte de la red han asistido

o asisten a esta organización. Además, este tipo de dispositivos poseen, en muchos casos, una estrecha relación con el sistema público de salud.

Podemos nombrar a estos 3 tipos de dispositivos de atención para usuarios de drogas como dispositivos tradicionales, ya que su aparición en nuestro país es anterior a la Ley Nacional de Salud Mental. Posterior al año 2010, estos dispositivos debieron transformarse, junto con la totalidad del campo de la Salud Mental, para brindar atención bajo los lineamientos de la LNSM. La transformación, si bien tuvo grandes avances, aún se encuentra inconclusa. Considero que existe una estrecha relación en las limitaciones de la implementación de la LNSM y las representaciones morales, en lo que al consumo de sustancias psicoactivas se refiere. Las valoraciones que hacemos sobre los usuarios de

14

drogas y las maneras en la que nos representamos el consumo se cuelan en los dispositivos produciendo efectos decisivos en la atención. En este punto analizaremos el impacto que poseen las representaciones morales que encontramos en los dispositivos tradicionales.

Capítulo 3

Llegados a este punto es necesario empezar a trabajar sobre las representaciones morales que existen sobre los usuarios de drogas y cómo estas se relacionan con los

dispositivos de atención. Definimos a las representaciones morales como los aspectos de las representaciones sociales que se relacionan con los modos en que los individuos realizan valoraciones sobre aquello que consideran como bueno o malo, correcto o incorrecto, normal o patológico, basado en principios y valores en un momento histórico social determinado. Las representaciones morales, como parte de las representaciones sociales, otorgan sentidos y modos de representar la realidad. Como consecuencia de esto, la aproximación y la lectura de determinados fenómenos estarán condicionadas por estas representaciones.

En nuestro caso, frente a un mismo fenómeno, existen diferentes lecturas en función de la manera en que los usuarios de drogas sean moralmente representados. En el campo de las adicciones este fenómeno resulta particularmente relevante debido a la complejidad de la clínica y los modos histórico-sociales en los que fue y es comprendido el consumo de sustancias.

En el desarrollo del presente capítulo se describen y analizan tres representaciones morales sobre los consumidores de sustancias psicoactivas: el adicto como un sujeto que no puede controlarse a sí mismo, como un enfermo, y como poseedor de una personalidad adictiva. Esta clasificación responde solo a fines expositivos, ya que en la realidad las representaciones aparecen mezcladas y superpuestas. No es la intención de este trabajo establecer una clasificación exhaustiva, sino conocer el impacto de estas representaciones en el diseño de estrategias de abordaje. Para alcanzar este objetivo es necesario analizar las tensiones ocurridas hacia dentro de los dispositivos y la incidencia de las representaciones morales en el cumplimiento de los lineamientos propuestos por la Ley Nacional de Salud Mental y el Plan IACOP trabajados en el capítulo anterior

Comenzaremos a hablar de los usuarios de drogas entendidos como sujetos fuera de control. Esta representación moral se basa en la idea del consumidor como objeto de la sustancia psicoactiva. En este sentido, la droga ejerce una influencia tal que la persona ve doblegada su voluntad y toda su conducta se halla al servicio del consumo. Esta idea no es extraña entre los especialistas. Para algunos existe una imposibilidad de parte de los usuarios de ejercer dominio sobre su consumo y, por tanto, alteran su conducta, llegando incluso a considerarse sujetos peligrosos (Galante et. al., 2010, p. 29). Esta representación moral encuentra una de sus manifestaciones más claras al momento de considerar el tránsito de los usuarios al interior de los dispositivos, y en particular, los hospitales.

Para comenzar, debemos tener en cuenta que cualquier dispositivo supone un encuadre y ciertas normas de funcionamiento basados en su propuesta terapéutica. Cuando caracterizamos a los hospitales afirmamos que están regidos por el Modelo Médico Hegemónico. En este modelo existe una gran preponderancia de los factores biológicos, centrados en el cuidado del organismo, y se desestiman otro tipo de consideraciones vinculadas a la salud integral del sujeto. Ana Magnano retoma a Menéndez (1990) y establece que:

el rasgo principal del modelo es el biologismo, dado que es el que garantiza la cientificidad del modelo y la jerarquización respecto de otros factores explicativos. “Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que en un momento dado muy posiblemente determinan lo fenoménico de la enfermedad” (2008, p. 36)

Es desde estas premisas que los dispositivos de internación que funcionan dentro de los hospitales configuran sus encuadres y modos de actuar. Ahora bien, es pertinente la pregunta sobre a qué usuarios están destinados estos modos de funcionamiento y cuáles son sus objetivos. Sin intenciones de realizar un desarrollo exhaustivo, podemos pensar que el encuadre propuesto desde el M.M.H. está concebido, casi exclusivamente, para la

atención de padecimientos físicos. En el caso de los dispositivos de internación en hospitales, este modelo supone que los pacientes deben guardar un alto grado de reposo y mantenerse bajo la estricta observación de los profesionales del servicio hasta el momento del alta.

Para poder realizar un análisis del modo de acceso y el tránsito de los usuarios por los servicios de salud nos serviremos del concepto de accesibilidad tal como lo entiende Stolkiner. La autora comprende a la accesibilidad como “el encuentro entre los sujetos y los servicios” (como se citó en Comes et al., 2006, p. 203). Más adelante agrega que se relacionan con “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (como se citó en Comes et al., 2006, p. 203).

La accesibilidad es un concepto que no se limita a la entrevista inicial o a la llegada de los sujetos a las puertas de la institución, sino que implica la posibilidad de avanzar adecuadamente todo el proceso de enfermedad-atención-cuidado. En ese sentido, es que podemos hablar de una accesibilidad inicial y una accesibilidad ampliada (Rossi et. al., 2007, p. 12).

Entre las diferentes dimensiones de la accesibilidad es necesario destacar la accesibilidad simbólica (llamada también cultural), la cual se relaciona directamente con las representaciones y el imaginario social de los usuarios y los servicios. Al respecto, Rossi et. al. (2007) dice:

Las representaciones sociales acerca de los usuarios de drogas tienen efectos en las relaciones de los trabajadores de la salud con ellos, más allá de la formación académica específica que estos tengan acerca del tema del uso de drogas. Las imágenes, estereotipos y prácticas que forman parte de esos saberes de la vida cotidiana tienen efectos en los vínculos y en los procesos de salud-enfermedad atención. (p. 13)

A partir de estas ideas podemos pensar que el acceso y permanencia de los usuarios de drogas a un tratamiento no es una responsabilidad exclusiva del propio usuario, sino que esta es compartida con la institución. De esta manera, se deberán generar modos de encuentro de acuerdo con las posibilidades y necesidades de ambas partes.

Sin embargo, el M.M.H. propone una forma de abordaje y tratamiento de los padecimientos estereotipada y dirigida a un tipo particular de usuario, de modo que el conjunto conformado por las proposiciones del M.M.H. y las representaciones morales acerca de los usuarios de drogas se erigen como barreras de accesibilidad simbólica en el ámbito hospitalario. De esta forma, cuando se produce el encuentro de los usuarios de drogas con los servicios de los hospitales, aparecen tensiones que dificultan, o directamente impiden, el acceso de estos últimos a un tratamiento adecuado.

Por ejemplo, no es raro que un usuario de drogas, que no posee una dolencia física, tenga la necesidad de deambular, realizar actividades o encontrarse con otras personas en el marco de una internación. Estas actitudes, tan simples y cotidianas, se interpretan como faltas por parte de los servicios del hospital, ya que irrumpen en su funcionamiento. A su vez, si pensamos este tipo de situaciones en clave de representaciones morales, estas conductas son entendidas como producto de la relación con la droga que impide al sujeto que pueda controlarse a sí mismo. Lo que debiera entenderse como una barrera de accesibilidad, mediante una valoración moral se interpreta como una falta del usuario.

Algo similar sucede al momento de citar al usuario a una entrevista o dejar indicaciones que deba cumplir en su casa, como tomar medicación. Si bien pueden ser indicaciones muy simples para una gran cantidad de pacientes, lo cierto es que muchas

veces los usuarios de drogas se encuentran en contextos que dificultan la realización de determinadas tareas, como pueden ser estar en situación de calle, poseer dificultades para organizar su día a día, necesidades relacionadas con compromiso laborales, etc.

17

Nuevamente, sería simplista pensar que estas situaciones se tratan de falta de compromiso o dificultad de adhesión al tratamiento.

Caemos en un error y en valoraciones morales si esperamos que el vínculo entre los usuarios y los servicios esté garantizado por el simple acceso inicial de un usuario al servicio de salud. Es necesario, entonces, evaluar más ampliamente las barreras de accesibilidad que se pueden dar en el marco de los hospitales. Con relación al encuentro entre trabajadores de los servicios y los usuarios, Rossi et. al establecen que:

para los trabajadores de la salud, las barreras de acceso surgen principalmente de las costumbres, hábitos, creencias y prácticas del sujeto. La dimensión cultural fue definida a partir de una práctica en particular que es el consumo de drogas, la cual se naturaliza como una forma de ser o estilo de vida del sujeto y constituye una barrera para que los usuarios de drogas sostengan en el tiempo la relación con el tratamiento o las consultas pautadas. Esto demuestra con mayor contundencia la tendencia de los trabajadores de la salud a individualizar o reducir al individuo los problemas de accesibilidad. (2007, p. 41)

Como mencionamos anteriormente, la representación moral del usuario de drogas como alguien que no puede controlarse a sí mismo tiene consecuencias directas en el tratamiento que se le ofrece a los pacientes. Una de las consecuencias es el rechazo de la institución que tiene la tarea de alojarlo. La falta de adecuación del usuario de drogas al encuadre y las normas propuestas por el M.M.H. pueden generar situaciones de tensión hacia dentro de los servicios. Para Vázquez (2006), esto se traduce en prácticas rechazantes, es decir, prácticas que no rechazan directamente al consumidor de sustancias, sino que se manifiestan como conductas que impiden llevar adelante el proceso de atención correctamente. Estas prácticas rechazantes pueden ser desconocimiento de la organización de la red de atención específica para usuarios de drogas, evitación de las demandas inespecíficas de los usuarios o rehuir espacios de encuentro destinados a este grupo de pacientes.

Otra práctica desgraciadamente habitual son los reiterados pedidos de derivaciones, fundamentado en que la institución no posee las condiciones necesarias para el tratamiento del paciente. De esta forma, la institución se exime de la responsabilidad inherente al servicio que brinda y la delega a otros actores. Este tipo de medidas pueden ser perjudiciales para el tratamiento. Si el usuario es representado como fuera de control por la institución original, la nueva institución lo recibirá bajo esta perspectiva y, llegado el caso, lo derivará nuevamente repitiendo el accionar de su antecesora. Al mismo tiempo, el usuario deberá generar nuevos lazos con otros profesionales y otra institución, lo cual presenta una complejidad agravada en su reiteración. En este sentido, el usuario es desubjetivado por los servicios y empieza a ser tratado como un problema a solucionar.

Otra de las consecuencias es la sobremedicación. Bajo los parámetros del Modelo Médico Hegemónico los consumidores problemáticos poseen desórdenes agravados debido al impacto de las sustancias, ya sea por su consumo o por el abandono de esta. La conducta incontrolable, según este modelo, se comprende en el marco de esta dinámica y su corrección estará dirigida por la presencia de otras sustancias, esta vez drogas médicas, que se encargarán de dar respuesta al malestar.

Es indiscutible que el uso de medicación es imprescindible en muchas situaciones, sin embargo, este no puede ser un recurso que se use de manera indiscriminada o

exclusiva. Primero, es válida la pregunta sobre a quién corresponde el malestar, si al usuario que atraviesa una situación de padecimiento o a la institución que no encuentra cómo responder a las necesidades de dicho usuario. Si el malestar es institucional, será la institución la que deba transformarse para poder asistir al usuario y no al revés. El objetivo primero no puede consistir en apaciguar al usuario. Aunque hay que conservar ciertas condiciones mínimas para que el trabajo sea posible, a veces el uso indiscriminado de medicación pretende evitar las complejidades del tratamiento. En este sentido, es fácil pensar que un sujeto está mejor por estar más tranquilo o ser menos impulsivo, pero estos

18

estados impiden trabajar sobre el síntoma, lo que hace conflicto en el sujeto. Como consecuencia, cuando el sujeto cambia sus circunstancias vitales (porque abandona el marco institucional, por ejemplo) carece de recursos para afrontar su propio malestar ya que este no pudo ser abordado.

Luego, necesitamos comprender que un abordaje requiere dar lugar a las diferentes dimensiones del malestar, no únicamente aquellas relacionadas con el cuerpo. Para ello, será necesario llevar a la palabra y el uso de medicación debe estar a favor de este objetivo. Si el abordaje solo apacigua los malestares a nivel fisiológico, aquellos otros conflictos que no se hayan abordado encontrarán otras vías de expresión.

Las preguntas sobre la representación moral del usuario de drogas como una persona que no puede controlarse a sí misma y la relación con el encuadre institucional amerita pensar qué transformaciones requieren los dispositivos tradicionales para poder alojar a las personas que están atravesando una situación de consumo problemático respetando los lineamientos de la Ley 26.657 y el Plan IACOP. En el caso de los hospitales generales, podemos ver que existe aún un largo camino que recorrer para lograr el objetivo de un tratamiento adecuado de los usuarios de drogas. Es fundamental establecer estrategias de abordaje específicas para atender a las particularidades de estos usuarios y dejar de esperar que sean los consumidores quienes se adapten a los modos de funcionamiento de los servicios.

Antes de continuar con la segunda representación moral es necesario recuperar una noción central al representarnos al usuario de drogas como un sujeto que no puede controlarse a sí mismo. Como situamos, en esta perspectiva la sustancia conduce el comportamiento del sujeto, pero - y no siempre es así - este sujeto en particular es caracterizado como alguien de voluntad débil, alguien que no puede imponerse a la sustancia. Una clara consecuencia de esto, como ya fue trabajado, es la culpabilización del usuario de drogas en lo que respecta a su padecimiento. Es decir, el usuario de drogas es entendido como el responsable de haber llegado a la situación de consumo y de las dificultades que se presentan para su tratamiento. Desde este lugar es que aparece esta representación de falta de control sobre sí mismo y sus impulsos.

Como contracara de esto, aparece una posición que resulta interesante en su dimensión clínica: la responsabilidad del tratamiento y del cuidado de sí se encuentran del lado del sujeto que está atravesando el padecimiento. Es decir, aun cuando se lo culpabiliza por su malestar, el sujeto es poseedor de las herramientas que le permitirán una mejor relación con su objeto de consumo y alcanzar mayores niveles de salud. La culpabilización es una herramienta que, como vimos, resulta perjudicial para el tratamiento del padecimiento, sin embargo, es imprescindible pensar la responsabilidad del sujeto a la hora de concebir una perspectiva de salud integral.

Como decía, esto no siempre es así, y de eso se trata la segunda representación moral, la cual trata al consumidor de sustancias como un enfermo. A diferencia de lo que ocurre en el caso anterior, la idea central de esta representación moral radica en la persona como víctima de la droga. La persona, posiblemente por el tipo de vínculos que ha establecido a lo largo de su vida, cae en la trampa del consumo de sustancias. Por su naturaleza, las sustancias psicoactivas son las causantes del malestar y su consumo lleva inevitablemente a una situación de adicción. Como podemos ver, representar al

consumidor como un enfermo evita la responsabilidad del sujeto con respecto al uso que realiza de la sustancia y dota a estas últimas de una influencia tal que son capaces de doblegar cualquier voluntad.

Esta representación moral tiene una serie de implicaciones. En primer lugar, la categoría de enfermo iguala a todos los consumidores, es decir, anula completamente la pregunta acerca de la singularidad, grado de consumo o el vínculo con la sustancia. Una persona puede no consumir por largos periodos de tiempo, pero el rótulo de adicto/enfermo sigue operando. En este sentido, el consumo problemático funciona a la manera de un virus que puede tener diferentes grados de desarrollo y distintos tratamientos para controlarlo sin que exista una recuperación total. Así, el consumo de sustancias es tratado como una enfermedad crónica, caracterizada por su avance progresivo. Ligado a esto,

19

pensar al consumo de sustancias a la manera del virus implica incorporar la noción de contagio, el cual se daría hacia adentro de una comunidad. Por lo tanto, siempre existe un otro familiar, amigo o conocido que es responsable del contagio y, a su vez, el propio usuario es el agente de contagio para otros.

Como podemos observar, esta representación moral del usuario de drogas como enfermo va directamente en contra de la Ley 26.657 y su definición de salud mental. Esta entiende a la salud mental de manera dinámica, como un proceso, no como un estado. Establecer que la adicción puede ser comprendida como una enfermedad crónica implica pensar un vínculo con el consumo que nunca puede modificar su naturaleza.

Esta representación moral se manifiesta claramente en los dispositivos de Doce Pasos. En su página web, Alcohólicos Anónimos de Argentina establece que el alcoholismo es: "... una enfermedad, una enfermedad progresiva que no puede curarse pero que, al igual que muchas otras enfermedades, se puede contener." (Alcohólicos Anónimos de Argentina [A.A.], 2024)

Al momento de pensar la responsabilidad del usuario respecto de su propio consumo, Araceli Galante et al. establecen que:

En los programas de Doce Pasos se entiende que el "adicto" es un "enfermo" de manera que no se lo considera responsable. Se concibe al consumo problemático de sustancias como una enfermedad crónica, comparable con la diabetes o las alergias, que se puede "controlar" pero no curar. Se ontologiza así el "ser adicto". (2010, p. 29)

Ontologizar el ser adicto significa que el resto de los aspectos de la vida del usuario quedan subsumidos al hecho de serlo. Tal es así que, durante el tránsito de los usuarios por estos dispositivos adoptan para sí mismos la denominación de *adictos*. Esto supone una reconfiguración completa de la identidad del usuario en función de su calidad de consumidor de sustancias. Posteriormente, el usuario deberá admitir su impotencia frente a la sustancia y su necesidad de tratamiento, por lo cual pasará a llamarse/ser *adicto en recuperación*. Para los dispositivos de Doce Pasos, esta forma de nombrarse tiene una doble función: poner en pie de igualdad a todos los asistentes, independientemente de su clase social, religión, género, etc.; y realizar una reconfiguración de la totalidad de su vida en base a esta condición:

Queda cercenado el acceso a un nombre diferente al de "alcohólico" desde el cual enunciarse y ser reconocido, el aval de una racionalidad que inscribe el uso de la palabra en un marco comprensible y la apertura a generar nuevos vínculos, nuevos roles sociales, nuevas funciones como sujeto de transformación a través de la palabra de la realidad del mundo. (Dombrovsky, P., 2017, p. 91)

Pensarse como un enfermo crónico no puede suceder sin consecuencias en la salud mental del individuo. Más allá de la eficacia de un dispositivo en particular para modificar la relación de un usuario con la droga, hay que considerar otros aspectos de la persona para evaluar los resultados del tratamiento. En este sentido, el Plan IACOP establece que el abordaje de los consumos problemáticos debe darse bajo una perspectiva de reducción de daños. Como vimos en el capítulo anterior, los daños producto del consumo no se reducen a los efectos fisiológicos de la sustancia en cuestión, sino que existen parámetros psicológicos y sociales a tener en cuenta. Un abordaje que no contemple estas dimensiones será siempre parcial.

Stolkiner y Vázquez exponen esto claramente. Como primer punto recuperan una definición particular de estigma dada por Goffman, referidos a “ los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad” (2006, como se citó en Vázquez y Stolkiner, 2009, p. 299) Este tipo de estigma surgen de informes sobre “ perturbaciones mentales,

20

reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas” (Goffman, 2006, como se citó en Vázquez y Stolkiner, 2009, p. 299).

En este sentido, las autoras señalan que este estigma no desaparece al momento en que se da fin la conducta que lo impone (en nuestro caso el consumo de sustancias psicoactivas), sino que persiste en el tiempo aun cuando la condición original se haya abandonado. En esta situación, la persona no adquiere estatus de normalidad, sino que “aparece como alguien que cuenta en su haber con el récord de haber corregido un defecto particular” (Stolkiner y Vázquez, 2009, p. 300).

Estas personas, entonces, adoptan una identificación pública asociada a su estigma. Así, quedan entrampados bajo la caracterización que impone haber consumido y, por lo tanto, sus vínculos familiares, laborales, amorosos, etc. quedan marcados por el hecho de ser consumidores. Para las autoras, esto significa una vulneración de derechos debido a que los usuarios no son compensados por los daños sufridos. Esto se ve agravado cuando las modalidades de tratamiento imponen la denominación *ex-adicto* a los usuarios.

Representar a los adictos como enfermos produce una valoración sobre la totalidad de su persona que cercena los derechos del usuario al establecer relaciones con el medio social. De esta manera se transforman en ciudadanos de segunda categoría que no podrán construir relaciones ordinarias con los otros. Como agravante, desde este lugar no importa el tipo de consumo. Ya sea ocioso, medicinal o problemático, cualquiera sea la condición, el adicto/enfermo no volverá a ser reconocido como “normal”.

Otras de las consecuencias de la representación moral del adicto como enfermo radica en el abandono de la singularidad del tratamiento. Como decíamos anteriormente, el estatuto de enfermo iguala a los pacientes entre sí y, por tanto, establece una misma estrategia de abordaje para todos. Es así como la historia y la condición de sujeto quedan subsumidas a la etiqueta de consumidor. Entendemos a la condición de sujeto como:

un «ser común y potente» que se forma en el proceso histórico. Ser común: puesto que está compuesto de las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ser potente: puesto que rompe continuamente estas necesidades para determinar innovación, para producir lo nuevo y el excedente de vida. El sujeto es un proceso de composición y recomposición continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida. (Negri, 1992, p. 36)

Esta definición de Toni Negri nos invita a recuperar la potencia y creatividad del sujeto, elemento que resulta vertebral en este tipo de abordajes. El sujeto en su singularidad adquiere la condición de proceso o devenir constante, en contraposición al estatuto de enfermo que clasifica en lo repetido y predeterminado.

En este sentido, Stolkiner destaca desde la perspectiva del pensamiento médico social/salud colectiva la dimensión del cuidado. En palabras de Emerson Mehry, el cuidado implica la “relación intercesora con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que construye sus necesidades en salud” (2006, como se citó en Stolkiner, 2013, p. 19). La autora sostiene que las prácticas integrales en salud requieren la incorporación de la dimensión subjetiva, histórica y social en el abordaje de los sujetos singulares, y el desplazamiento de la “ontología de la enfermedad” hacia el sujeto, para producir así una clínica ampliada.

Los abordajes de los consumos problemáticos no pueden obviar estas dimensiones de la salud integral de un sujeto. Su omisión lleva directamente a un abordaje parcial del problema y a una vulneración de los derechos de los usuarios. Si bien hemos trabajado sobre las definiciones que ofrece Alcohólicos Anónimos de Argentina y los dispositivos de Doce Pasos, la representación moral del usuario de drogas como enfermo se extiende por una gran cantidad de dispositivos de diversa naturaleza, especialmente en comunidades terapéuticas de gran tradición religiosa.

21

Finalmente, queda trabajar la representación moral del usuario de drogas como un individuo de personalidad adictiva. Esta representación moral es, nuevamente, subsidiaria del Modelo Médico Hegemónico y se relaciona fuertemente con el modo en el cual el usuario de drogas ha desarrollado su personalidad.

Pawlowicz et. al. sitúan que el concepto psiquiátrico de “trastorno antisocial de la personalidad” ha sido utilizado para dar sentido y tratamiento a las problemáticas de consumo, ya que estas fueron entendidas como transgresiones de las normas sociales (2014, p. 101). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés), el trastorno antisocial de la personalidad implica un “patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás y de las normas sociales” (DSM-V, 2014, p. 659). Entre los criterios para llevar adelante el diagnóstico podemos mencionar: incumplimiento de las normas sociales, engaño, impulsividad o fracaso para planear con antelación, irritabilidad y agresividad, desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás, irresponsabilidad constante, etc. (DSM-V, 2014, p. 659).

Como podemos observar, este concepto propio de la psiquiatría no se relaciona directamente con el consumo de sustancias psicoactivas, pero invita a pensarla en el marco de la trasgresión de las normas legales y sociales. Como hemos establecido, el discurso legal influye decididamente en el abordaje de los consumos problemáticos. En este sentido, la legislación vigente en nuestro país es contradictoria, ya que la Ley 23.737 de Estupefacientes sigue vigente y se opone a las indicaciones del Plan IACOP. Aunque su análisis excede por mucho los límites de este trabajo, no podemos dejar de mencionar que las nociones de delincuencia y peligrosidad operan fuertemente a la hora de representar a los consumidores de sustancias.

La noción de personalidad adictiva es una reelaboración formulada a partir de la noción de trastorno antisocial de la personalidad y opera fuertemente en las comunidades terapéuticas. En el capítulo 2 caracterizamos a las comunidades terapéuticas (CT) como dispositivos que implementan un proceso de resocialización con una fuerte experiencia afectiva y un rígido sistema de reglas que organiza a la comunidad. A esto podemos agregar que este tipo de dispositivo está construido a partir de saberes y prácticas populares que suelen integrarse en “transacciones” con los saberes y las prácticas del campo de la salud. Estos saberes de la psicología, el psicoanálisis y la medicina se

incorporan y resignifican en la praxis del dispositivo manteniendo un fuerte eclecticismo. Esto se traduce en una reapropiación de los conceptos a fines prácticos más que una conceptualización consistente (Pawlowicz et. al, 2014, p. 101-102).

Es así como la categoría de “trastorno antisocial de la personalidad” proveniente de la psiquiatría es resignificada en el marco de las CT para pensar al sujeto que está atravesando una problemática de consumo de sustancias psicoactivas. En diversas narrativas de los especialistas que participan de estos dispositivos, los usuarios de drogas son individuos que desarrollan una personalidad adictiva, que se manifiesta en características tales como: inseguridad, fragilidad, inmadurez, impulsividad, manipulaciones y mentiras, falta de responsabilidad, etc. A su vez, esta personalidad adictiva se desarrolla en un marco de evasión de la realidad (usualmente signada por contextos de pobreza) producto del consumo (Pawlowicz et. al, 2014, p. 102).

Los postulados de las Comunidades Terapéuticas sostienen que el usuario de drogas desarrolla una personalidad adictiva en un contexto particular. En este sentido podemos citar a George De León que, en su libro *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*, describe que: “Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, los factores sociales y psicológicos se identifican como las fuentes primarias del trastorno de adicción” (2004, p.66). Seguido de esto, menciona que: “Los antecedentes típicos incluyen las desventajas socio-económicas, los problemas familiares, los patrones de conductas parentales ineficaces (...), modelos de rol negativos y aprendizaje social desviado(...), y rasgos de personalidad oposicionales tempranos (...)” (2004, p.66). Para este mismo autor, el objetivo del tratamiento en la Comunidad Terapéutica es aprender o reaprender a vivir estilos de vida positivos al margen de la droga. Además:

22

“La recuperación se deben integrar cambios conductuales, cognitivos y emocionales. El aprendizaje conductual se enfoca a la eliminación de conductas asociales y antisociales y al desarrollo de habilidades sociales e interpersonales positivas. El aprendizaje cognitivo se refiere a la obtención de nuevas formas de pensamiento, toma de decisiones y adquisición de habilidades en la resolución de problemas. El aprendizaje emocional consiste en la adquisición de las habilidades necesarias para el manejo y la comunicación de sentimientos.” (2004, p. 102)

Como podemos observar, la representación moral de los usuarios de drogas como individuos de personalidad adictiva tiene dos supuestos importantes: la presencia de un contexto inadecuado para el desarrollo de la personalidad y una necesidad de una profunda resocialización. Es a partir de estas nociones que dispositivos como las Comunidades Terapéuticas piensan el abordaje de los consumos problemáticos.

La propuesta de resocialización propia de las comunidades terapéuticas es frecuentemente cuestionada con motivo de llevar adelante un proceso tutelar de los usuarios de drogas. Los consumidores de sustancias son considerados “como si fueran niños” a los que es necesario poner límites y reeducar (Galante, 2010, p. 31). En este sentido, se justifican regímenes de internación por largos periodos de tiempo, aun cuando la LNSM establece que este debe ser un recurso terapéutico de carácter restrictivo y su duración debe ser lo más breve posible (Art. 14).

De este modo, el abordaje se sostiene bajo una valoración negativa de las experiencias previas del usuario. Si bien podemos coincidir en que el contexto de producción de subjetividad es un elemento central para pensar las adicciones, actualmente el trabajo sobre este aspecto es del todo insuficiente. Lamentablemente, las instituciones tradicionales de abordaje de los consumos problemáticos no se han ocupado de llevar adelante políticas de prevención y promoción en materia de adicciones. Como respuesta, existen sujetos que acceden a un tratamiento en salud cuando su consumo se

torna severo y, por tanto, las internaciones de estos usuarios se vuelven recurrentes.

Es así como las comunidades terapéuticas se transforman, en muchas ocasiones, en dispositivos de control social y adoptan características disciplinares. Dispositivos de control social en tanto que intentan asegurar la adhesión de un sujeto a las normas de la sociedad, es decir, normalizar el comportamiento desviado considerado negativo. Y disciplinar en tanto adopta un sistema de vigilancia, sanciones y privilegios para garantizar el comportamiento del usuario. Nuevamente, este tipo de premisas van directamente en contra del espíritu de la Ley 26.657, ya que esta se propone la eliminación de manicomios como dispositivos de control social.

A su vez, esta propuesta terapéutica posee una perspectiva moralizante. Brígida Renoldi, desde una perspectiva antropológica, sitúa que el tránsito de un sujeto por una Comunidad Terapéutica puede ser leído como un "rito de paso moralizante", debido a que los pacientes deben aprender determinadas normas y actitudes para convertirse en "buenos pacientes" y así obtener el alta (1998, en S. Garbi, s.f., p. 258).

Como bien decíamos, representar a los usuarios de drogas como individuos de personalidad adictiva tiene como consecuencia pensar dispositivos de internación prolongada, fundamentado en la necesidad de reeducación del paciente. Una de las dificultades recurrentes cuando se elaboran este tipo de estrategias se relaciona con el regreso de los usuarios a su comunidad de origen. Pawlowicz et. al. (2006) establecen que:

Las críticas más importantes de algunos entrevistados hacia estos dispositivos se basan en las dificultades que tienen los "pacientes" para volver a vivir en su lugar de residencia luego de estar internados durante un tiempo prolongado en un ambiente controlado y alejado de su realidad (p. 76).

Esto es una limitación de suma importancia cuando se piensa una estrategia de abordaje de los consumos problemáticos. Para Garbi (s.f.), la fase de reinserción propuestas por las CT falla debido a que:

23

Las técnicas promovidas en estas instituciones, al centrarse primordialmente en el individuo y su capacidad y/o voluntad de modificar su subjetividad tienden a desplazar y reducir complejos procesos sociales, vinculares, políticos, culturales íntimamente relacionados con los contextos que habitan estas poblaciones, a la esfera individual (p. 358)

Podemos observar que la representación moral de los consumidores de sustancias como poseedores de una personalidad adictiva tiene diversas implicancias en relación con la historia personal del usuario y su contexto de desarrollo subjetivo. Es así como estas valoraciones sobre el hecho de estar atravesando una etapa de consumo problemático configuran estrategias de abordaje que, en muchos casos, no se corresponden con la legislación vigente. Las CT son recursos valiosos para pensar el abordaje de las adicciones, pero estas deben inscribirse en una red de abordaje más amplia y dejar de lado prácticas disciplinares propias de otro momento histórico.

Hemos realizado un recorrido por los 3 dispositivos tradicionales para el abordaje de los consumos problemáticos y trazado algunas coordenadas para pensar el impacto de las representaciones morales. Considero que las representaciones referidas al consumo de sustancias no son lo suficientemente trabajadas al pensar la conformación de los dispositivos. Por regla general se atiende a la estructura organizacional, pero se olvida de los cimientos que sostienen la propuesta de abordaje. Sin una revisión de estos es imposible pensar una estrategia que resulte integral bajo una perspectiva de derechos. La modificación concreta de las prácticas o ajustes en la organización de la red es de suma importancia, sin embargo, resulta insuficiente. En este sentido, el modo de acercamiento

al fenómeno resulta determinante. De allí, la importancia de su estudio.

Conclusiones

Al comienzo de este escrito caracterizamos al campo de los consumos problemáticos como fragmentado, complejo y atravesado por múltiples tensiones. La heterogeneidad de perspectivas se torna evidente en cómo se comprende el objeto de consumo, la adopción de un determinado criterio de problematicidad, la forma de diseñar una estrategia terapéutica y los objetivos que se establecen para ella. Estos interrogantes conviven actualmente en la clínica a partir de la búsqueda de elaborar una respuesta acorde a una problemática compleja.

Es posible afirmar que existe un intento por arribar a definiciones comunes para una unificación del campo, es decir, criterios que permitan establecer un diálogo entre diferentes tradiciones. La Ley Nacional de Salud Mental y el Plan IACOP son parte fundamental de esta búsqueda, ya que establecen cimientos sólidos para todas las instituciones y dispositivos que tratan la temática. Estas legislaciones funcionan como punto de referencia para los dispositivos que abordan los consumos problemáticos y trazan lineamientos a seguir desde una perspectiva de derechos humanos.

Como contrapartida, podemos afirmar que existe una erosión de los consensos alcanzados a partir de la LNSM, producto de políticas y discursos regresivos en materia de Derechos Humanos, sumados contradicciones en la legislación vigente en la Ley de Estupefacientes, que no se ha modificado pese a su franco anacronismo. Con la agudización de las problemáticas en salud mental (entre ellas las asociadas al consumo de sustancias), la incompletud de las transformaciones propuestas por la LNSM y la ausencia de recursos y estrategias territoriales, surgen en el discurso público demandas

asociadas al punitivismo, el encierro y el tutelaje.

Como dijimos, ocurren diálogos en el campo de las adicciones, pero estos no superan la categoría de intento. Pese a los esfuerzos realizados desde diferentes instancias el diálogo se encuentra truncado. Resulta interesante la pregunta acerca de porqué esto es así, sobre todo cuando la problemática de las adicciones ocupa un lugar cada vez más importante en la agenda de la salud pública.

Podemos pensar que las dificultades asociadas a la producción de nuevas estrategias se deben a los desacuerdos entre los diferentes modelos de abordaje, desencuentros teóricos sobre cómo se entiende el padecimiento, sus causas y sus modos de responder a ello. Si bien esta dimensión se halla presente no explica los obstáculos encontrados, luego de décadas de desarrollo de los modelos, para generar puntos de encuentro y estrategias que resulten eficaces. Cada una de las tradiciones posee modos de intervenir que destacan por su potencialidad pero que, al momento de realizar una interlocución y síntesis con otras tradiciones y alcanzar una respuesta superadora, estas se ven impedidas. Muestra de esto son las prácticamente nulas transformaciones que han sufrido estas instituciones a través de los años.

Considero que este diálogo presenta dificultades más profundas que simplemente un desacuerdo teórico. Es ahí donde aparecen las representaciones sociales y, específicamente, las representaciones morales. Los desencuentros producto de esta dimensión no pueden ser saldados por elaboraciones teóricas, sino que tienen que ver con una dimensión propia del campo social, que excede por mucho el diálogo clínico. Se relaciona con discursos e imaginarios inscritos en las instituciones y las personas que las habitan.

El presente escrito buscó poner de manifiesto cómo existen decisiones clínicas y estrategias de abordaje que no pueden ser entendidas únicamente desde el conocimiento técnico propio del dispositivo, sino que se sostienen bajo representaciones de los usuarios de drogas y las valoraciones que se hacen sobre ellos. Estas valoraciones y la forma de aproximación a los sujetos producen efectos decisivos en las modalidades bajo las cuales entendemos el fenómeno del consumo.

Hemos situado que las representaciones morales de los usuarios de drogas (como sujetos que no pueden controlarse a sí mismos, como enfermos y como poseedores de una personalidad adictiva) tienen una influencia directa en la configuración de los

dispositivos de atención a usuarios de drogas. Las decisiones clínicas de los dispositivos y su permanencia idéntica en el tiempo no pueden ser explicadas por fuera de la dimensión social manifiesta en las representaciones morales del consumo. Las intervenciones de los agentes, sean o no profesionales, están comandadas por la manera en que estos valoran el consumo de sustancias psicoactivas y a la persona que lo lleva a cabo.

Para realizar una transformación del campo es necesario trazar un cambio de perspectiva. Considero que debemos preguntarnos qué atravesamientos tenemos los sujetos que realizamos los abordajes. Indagar sobre la manera en que valoramos y representamos a las personas que padecen una situación de consumo implica una pregunta sobre el lugar en el que nos posicionamos como profesionales. Sin esta elaboración previa cualquier intento de transformación del corpus teórico resulta inconducente.

Como mencionamos al principio del escrito, los consumos problemáticos destacan por su espectacularidad. Existe en este fenómeno una fascinación producto de los atravesamientos de discursos políticos, legales, sociales y, por supuesto, morales. Bajo estas condiciones nos vemos llevados a realizar nuestras prácticas y, por tanto, su influencia no puede ser desestimada. Es así como una revisión de las representaciones sobre las adicciones se torna necesaria para mejorar su abordaje y establecer una comunicación con otros actores del campo.

En el mismo sentido es posible pensar las limitaciones a la implementación de la

Ley 26.657 y el Plan IACOP. Si bien la legislación es clara, su plena vigencia necesita de una transformación del imaginario social sobre las problemáticas de salud mental. Así, debemos ampliar las instancias de encuentro entre los actores y el resto de la sociedad para que las transformaciones se tornen permanentes. Llevar estos diálogos a instituciones educativas, laborales y sociales permite un cuestionamiento a las representaciones instituidas y por tanto nuevos modos de acercamiento a la temática. Las problemáticas de salud mental, entonces, no pueden quedar reducidas a las instituciones específicas para su abordaje, sino que deben entrar en nuevas conversaciones con el conjunto de la sociedad.

Por todo lo mencionado en este trabajo, pienso que hay tres acciones urgentes para renovar las discusiones en el campo, en pos de una perspectiva superadora de abordaje de la problemática. En primer lugar, una revisión de las representaciones morales que subyacen a los dispositivos e instituciones. En este trabajo se han elaborado tres de ellas a partir de su relación con las instituciones tradicionales de abordaje. Considero que esto es sólo una primera aproximación al fenómeno, la cual se adecua a los límites propuestos para este escrito. Como dijimos, estas representaciones morales no son las únicas que podemos encontrar y no se encuentran asociadas exclusivamente a un dispositivo.

Ahora bien, cabe la pregunta sobre cómo lograr su modificación, y lo cierto es que no tengo una respuesta elaborada. Creo que, como mucho de los fenómenos sociales, es necesario comenzar por traerlos a la discusión sin pretender saber cuál será el punto de llegada. Saber que las representaciones morales existen y operan llevará a un cuestionamiento de estas y a su posible reelaboración. Sin esta indagación su transformación sería imposible.

Una segunda línea de trabajo son las políticas de prevención comunitaria. Como mencionamos anteriormente, los dispositivos tradicionales no contemplan la prevención como parte de sus estrategias, sino que se limitan a la atención de los usuarios. Es así como sus estrategias de abordaje no se ponen en tensión con las transformaciones de las poblaciones y los territorios.

Pensar la prevención requiere de un acercamiento a otro sujeto portador de sus propias representaciones sobre la problemática. Estas personas forman parte de la comunidad, son parte de las instituciones y son portadoras de las representaciones morales propias del territorio. Sin un diálogo con la población y sus inquietudes será imposible una transformación del campo.

Facilitar estos encuentros es fundamental para revisar nuestras representaciones sobre la sustancia y así cuestionar nuestra forma de entender el fenómeno. Habrá que

indagar, entonces, acerca de cómo representa una determinada comunidad a las adicciones, su impacto específico en la población, las modalidades que adquieren los consumos, su relación con las costumbres del territorio y la manera en que se configura la problemática. Estos encuentros son de valor excepcional para el abordaje de los padecimientos asociados al consumo, debido a que permiten crear intervenciones adecuadas al territorio y no subordinadas a las propias representaciones morales.

Finalmente, la última acción es profundizar el trabajo en red. Durante el desarrollo del escrito se tornó evidente que las representaciones morales tienden a acotar el fenómeno del consumo y simplificar la diversidad de elementos que intervienen en el mismo. La elaboración de estrategias que no contemplen el trabajo en red simplemente alimenta esa perspectiva acotada. Será necesario, de esta forma, establecer un encuentro con otros actores del campo de la salud, pero también de otros sectores, como pueden ser instituciones educativas, laborales, sociales y recreativas.

Lamentablemente asistimos a un momento social y político que promueve una perspectiva individualista y una desarticulación de las redes comunitarias. Esto no puede más que perjudicar los abordajes, ya que coarta el diálogo e impide la elaboración

colectiva. Además, la asistencia en salud empieza a adoptar características de servicio mientras

abandona su lugar de derecho humano fundamental. En tanto que servicios, las instituciones asistenciales para usuarios de drogas son valoradas a la manera de un negocio, siendo su valor medido exclusivamente en términos de rentabilidad. Esto, en el mejor de los casos, habla de un desconocimiento profundo de las problemáticas de salud mental y, en el peor, de un abandono de los usuarios y una grave vulneración de sus derechos humanos.

Espero que las reflexiones aportadas en el presente escrito hayan logrado inaugurar interrogantes en un campo que, por momentos, parece clausurado en su sentido. De igual manera espero que, ante la urgente necesidad de mejorar los modos de atención en consumos problemáticos, seamos capaces de adoptar estrategias innovadoras que pongan por delante los derechos de los usuarios y cuestionen las viejas recetas que han demostrado ampliamente su ineffectividad.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición*. Editorial Médica Panamericana

Alcohólicos Anónimos de Argentina (2024) *¿Qué es el alcoholismo?* <https://aa.org.ar/informacion-primaria/informacion-general/que-es-el-alcoholismo/>

Alcohólicos Anónimos de Argentina (2024) *Los doce pasos* <https://aa.org.ar/informacion-primaria/informacion-general/los-doce-pasos/>

De León, G. (2004) *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*. Editorial Desclée de Brouwer.

Dombrovsky, P. (2017) *Consumos problemáticos y efectos terapéuticos*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkiner, A. (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, Vol. XIV, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.
- Escotado, A (1989). *Historia general de las drogas*. Alianza Editorial Foucault, M. (1979). Verdad y Poder. En M. Foucault, *Microfísica del poder*. Ediciones La Piqueta
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica Galante, A., Pawlowicz, M. P., Moreno, D., Rossi, D. y Touzé, G. (2010) Uso de Drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención de los usuarios de drogas en Buenos Aires. En *Norte de Salud Mental*, Vol. VII (núm. 36), 24-36.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. En *Intercambios, papeles de psicoanálisis*, (núm. 20), p. 25-34
- González, P. (2017). ¿Cómo medimos los daños causados por las drogas? En E. M. Arrieta (Comp.), *Un libro sobre drogas*. Editorial El Gato y la Caja.
- Gurvich, D. y Arrieta, E. (2017). Evolución de las sustancias psicoactivas en la naturaleza. En E. M. Arrieta (Comp.), *Un libro sobre drogas*. Editorial El Gato y la Caja.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Comp.), *Psicología Social, II*. Editorial Paidós Ibérica.
- Le Poulichet (2019). *Toxicomanías y psicoanálisis: la narcosis del deseo*. Amorrortu Editores.
- Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. Boletín Nacional 3 de diciembre de 2010
- López, D. (2007). *Dispositivos Contemporáneos de Control Social: las Comunidades Terapéuticas y "el problema de la droga"*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, México.
- Magnano, A. (2008) *El hospital público y la representación social médica sobre el consumo de sustancias adictivas: Un estudio de caso*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de La Plata]. Repositorio institucional de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.
- Mansilla, J. C. (2017) Nacimiento y crisis del prohibicionismo. En E. M. Arrieta (Comp.), *Un libro sobre drogas*. Editorial El Gato y la Caja.
- Negri, T. (1992) *Fin de Siglo*. Ediciones Paidós
- Ley 26.934 de 2014. Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos. 28 de mayo de 2014. Boletín Nacional 29 de mayo de 2014
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P., Zunino Singh, D. (2007) *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Intercambios Asociación Civil

- Pawlowicz, M. P., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P. y Touzé, G. (2011) Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N.º 26.657*. Editorial Eudeba.
- Pawlowicz, M. P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P., Touzé, G. (2014) *Usos de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas*. Simposio Nacional Del padecimiento a la agencia social: personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana. Universidad Nacional de Río Negro, San Carlos de Bariloche, Argentina.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) (s.f.) Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos

- Sousa Campos, G. W. (2021) *Gestión en salud: en defensa de la vida*. EDUNLa Cooperativa
- Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Comp.), *Los Sufrimientos*. Editorial: Psicolibro
- Vallejos, M. S. (2012) Higiene y tratamiento moral en la obra de Pinel: La herencia como un impensable para el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología médica*, Vol. 4(núm. 2), 1-19
- Vázquez, A. (2006) *Discursos y prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la salud. Su relación con la accesibilidad simbólica de personas que usan drogas a servicios de salud de un hospital estatal del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
- Vázquez, A., Stolkiner, A. (2009) Procesos de estigma y exclusión en salud: articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de investigaciones*, Vol. XVI, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.