



Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Rosario

Trabajo Integrador Final

*“Un abordaje posible de los consumos problemáticos
más allá de la internación y el castigo”*

Modalidad de presentación: ensayo

Autora: Turturici, Lucía

Legajo: T-5184/5

DNI: 39859704

Docente responsable: Garcete,

Esmeralda 2023

Índice

Resumen 2 Introducción 3 Desarrollo 4

- Consumos problemáticos: diversidad de concepciones y paradigmas 4
- La internación en comunidades terapéuticas como recurso terapéutico primordial 7
- Un acercamiento a la lógica de las comunidades terapéuticas 8
- Comunidades terapéuticas: ¿instituciones de disciplina y castigo? 11
- Hacia un paradigma de derechos humanos en salud mental 14

Conclusiones 20 Referencias bibliográficas 23

Resumen

1

El presente ensayo tiene por objetivo reflexionar respecto a la internación en

comunidades terapéuticas para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias. Se parte de la idea de que el paso por dichas instituciones entra en contradicción con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y con su enfoque de derechos humanos y reducción de riesgos y daños. Dichos establecimientos se enfocan desde un paradigma prohibicionista-abstencionista, haciendo hincapié en el consumo más que en las subjetividades y singularidades de cada caso. Por otro lado, a partir del ejercicio del poder, presentan una lógica regida por el disciplinamiento, el control, la inculcación de hábitos y en múltiples ocasiones, castigos y violencia. Esta modalidad de tratamiento, a pesar de vulnerar los derechos humanos de los sujetos que atraviesan un consumo problemático, aún continúa siendo una de las modalidades primordiales al momento de abordar esta problemática. Por lo que, el objetivo es interrogarnos acerca del fin “terapéutico” que tienen dichas instituciones y el por qué continúa siendo una práctica de gran vigencia o por qué no se priorizan de igual manera otras alternativas terapéuticas que no entren en contradicción con la ley. A su vez, que no impliquen internaciones prolongadas en comunidades terapéuticas, que no ejerzan prácticas violentas o castigos y que pongan el énfasis en los usuarios como sujetos de derechos y no en las sustancias. Se concluye que resulta fundamental priorizar otros caminos posibles para el abordaje de esta problemática.

Palabras claves

Consumos problemáticos, internación, comunidades terapéuticas, castigo y Ley Nacional de Salud Mental.

El presente Trabajo Integrador Final se propone reflexionar y problematizar el eje temático de la internación en comunidades terapéuticas para el abordaje de situaciones de consumos problemáticos de sustancias. Se considera de relevancia esta indagación debido a que nos habilita a interrogarnos acerca de por qué en la actualidad aún continúa tan vigente el abordaje de esta problemática en dichas instituciones. Se parte de la premisa de que este modo de tratamiento, tan reinante y presente aún en nuestros días, se aleja del paradigma de reducción de riesgos y daños y entra en contradicción con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su enfoque de derechos humanos. Esto nos lleva a pensar que como consecuencia, dichos procedimientos terapéuticos se apartan de una concepción de sujetos de derechos debido a que, en múltiples ocasiones, los derechos de los usuarios suelen verse vulnerados sistemáticamente. Esto se indagará a lo largo del escrito, ahondando en la modalidad de abordaje de estas instituciones y las prácticas que ejercen sobre los usuarios, ya que se parte de concebir que en su mayoría, las mismas sostienen una lógica de disciplinamiento y castigos.

A su vez, esta problemática invita a preguntarnos si en las internaciones prolongadas en dichas instituciones, ¿realmente se aborda el padecimiento de cada sujeto o sólo se limitan a buscar el cese del consumo, disciplinar al sujeto e inculcarles nuevos hábitos, aislándolos de su entorno socioafectivo? Se parte de concebir que dichos tratamientos no abordan la problemática poniendo el eje en el sujeto y en su padecimiento subjetivo. Por el contrario, se centran en la práctica de consumo en sí, apuntando a un cese del mismo a partir del prohibicionismo. De esta manera, se estaría dando por sentado que son las sustancias el problema y que el mismo se solucionaría cuando el sujeto abandona el consumo. Así, se dejan de lado los motivos singulares por los cuales cada sujeto atraviesa dicha situación problemática de consumo. Esto lleva a interrogarnos acerca de qué tan beneficiosos o eficaces son los mismos, ya que no ahondan en aquello que está por detrás del consumo, que es lo verdaderamente problemático para el sujeto. Al mismo tiempo que, son procedimientos aplicados para todos por igual, implicando que se pierda como eje la singularidad de cada caso y subjetividad de cada usuario.

Por lo tanto, desde un enfoque de derechos humanos y reducción de riesgos y daños, este recorrido está orientado a reflexionar y problematizar dicha estrategia de intervención. Se busca repensar si es pertinente concebir a la internación y la abstinencia como modo dominante y conveniente de llevar adelante el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Esto se problematiza debido a que los mismos son una problemática incluida dentro del campo integral de la salud mental. Aún así, otros padecimientos subjetivos dentro de este campo no implican la internación como recurso terapéutico primordial, aislando al sujeto de su entorno socioafectivo por largos períodos de tiempo. Para abordar esta problemática de suma actualidad en nuestra sociedad, es inminente priorizar otras propuestas terapéuticas que sean menos invasivas y restrictivas.

A pesar de ello, es importante destacar que si bien se ponen en tensión estos aspectos, el fin no es desacreditar a la internación como recurso terapéutico para el abordaje de padecimientos subjetivos en el campo de la salud mental. Sino más bien, repensarla como recurso principal a la hora de tratar esta temática y el tipo de establecimientos en el cual suelen llevarse a cabo, alejándose de lo que sostiene la Ley Nacional de Salud Mental. La misma sostiene, entre otras cosas, que la internación debe ser la última opción terapéutica. A su vez, debe llevarse a cabo en hospitales generales y su duración debe ser lo más breve posible. Estos aspectos entran en contradicción con la lógica de dichas instituciones. No obstante, si bien se debate acerca de dicha modalidad terapéutica, no se pone en cuestión que el paso por una comunidad terapéutica puede resultar efectivo para algunos usuarios.

Desarrollo

Consumos problemáticos: diversidad de concepciones y paradigmas

Al momento de ahondar en una problemática tan compleja como la de los consumos problemáticos de sustancias, no podemos perder de vista que la misma implica una multiplicidad de concepciones, modos de nominar y de abordarla. Esta temática conlleva la coexistencia de una diversidad de discursos y visiones en consonancia con los diferentes posicionamientos éticos, teóricos y clínicos que se adopten al trabajarla. Por lo que, los dispositivos involucrados en la asistencia muestran una gran heterogeneidad a la hora de abordar esta problemática (Touzé et al., 2008).

Esta multiplicidad en parte se debe a que, al interior de la complejidad de los consumos problemáticos, se presentan dos paradigmas diversos entre sí. Por un lado, se encuentra la estrategia prohibicionista-abstencionista, la cual surge en el siglo XX. La misma está en consonancia con el modelo de abordaje que se pone en tensión en este escrito, es decir, la internación en comunidades terapéuticas. Este paradigma, pone el énfasis en la sustancia como causa de la problemática. Por lo que, la supresión del consumo es el punto de partida y objetivo inicial de un tratamiento abstencionista. Al mismo tiempo, este modelo se vincula al control, en el sentido de que se concibe que si se puede sustraer la sustancia, se puede controlar el consumo problemático y las conductas de los sujetos (Benedetti, 2015).

Por otro lado, dicho modelo abstencionista se empeñó en demonizar a la sustancia como peligro y como objeto fuertemente prohibido, presentando tácticas estigmatizantes y excluyentes. Las mismas están inscriptas en una ideología de la “defensa social”, producto de la “peligrosidad” del consumo. De esta manera, este paradigma no sólo fomentaría los procesos de estigmatización social, sino que sería más propenso al uso de mecanismos represivos (Touzé, 2006). De modo que atenta contra la garantía de los derechos de los sujetos que atraviesan un consumo problemático de sustancias. Por dichos motivos, podemos sostener que esta matriz prohibicionista abstencionista colocó a los usuarios de sustancias en la condición de “delincuentes enfermos”. Los mismos, deben dejar de ser considerados así, para convertirse en sujetos de derechos (Corda et al., 2014).

Como consecuencia de múltiples discordancias con este modelo, hacia finales de los años 90’ surge, con nuevos posicionamientos y concepciones, el paradigma de reducción de riesgos y daños. Este nuevo enfoque es desde el cual nos ubicamos para poner en tensión e interrogar el modelo abstencionista en instituciones tales como las comunidades terapéuticas.

Desde este nuevo paradigma, se considera que dejar de consumir no es una condición de inicio del tratamiento. Como profesionales de la salud, lo que se busca es la posibilidad de disminuir los riesgos asociados con el consumo, ya que se parte del hecho de que el sujeto que está consumiendo corre ciertos riesgos. Por lo tanto, este modelo se orienta por el principio de que un sujeto que consume, que eventualmente no quiere o no puede dejar de consumir, debe ser ayudado a disminuir tales riesgos (de salud, sociales, legales u otros) que puedan estar vinculados con el consumo (Benedetti, 2015). Este enfoque implica una concepción que acepta el consumo como un hecho de la realidad y que si una persona no abandona el uso de sustancias, aún así, debemos ayudarla no solo a mejorar la calidad de vida, sino también a incrementar la accesibilidad y el contacto con el sistema de salud (Trimboli, 2017).

En vinculación con estos aportes, es interesante considerar que dichos tratamientos implican poder aceptar que en algunas personas siempre habrá una cuota de daño y reducirlo puede representar un objetivo legítimo (Peyraube, 2018). Por lo tanto, podríamos sostener que este modelo considera de manera diferente el vínculo entre el sujeto, la sustancia y el contexto. Asimismo, postula, a partir de reconocer la dificultad que muchos presentan al momento de suspender el consumo, una política de prevención

4

de los daños potenciales relacionados con el uso de sustancias, más que de prevención del uso en sí de las mismas (Touzé et al., 2008).

Desde este posicionamiento, el hincapié está puesto en el sujeto, quien es activo y responsable de sus prácticas. Al mismo tiempo, es quien debe tener una participación activa en su propio tratamiento. Es un sujeto al que tenemos que abrir espacios de escucha y posibilidades para que pueda preguntarse sobre qué le está pasando, qué le ocurre con su práctica de consumo. Es una estrategia en clave de época y situación que implica una prevención en tanto promoción de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para resolución de problemas o de construcción de proyecto vital. Es por lo tanto que apuntamos a una estrategia que nos posibilite pensar, más allá del objeto y de los muros, la complejidad del fenómeno de los consumos problemáticos (Benedetti, 2015).

No se puede pasar por alto el hecho de que la reducción de riesgos y daños es una estrategia que remite a la ética humanitaria y respeta los derechos de los sujetos. Al mismo tiempo, apunta a definir el proceso en conjunto con los usuarios y que los objetivos sean realmente alcanzables por ellos, considerando las necesidades y expectativas singulares (Peyraube, 2018). Para ello, se busca establecer una relación profesional-usuario más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones, en conjunto con recursos más abiertos, amigables y no censorios (Touzé, 2006). Por otro lado, si no se ve la posibilidad de que el sujeto deje el consumo en lo inmediato, se puede en conjunto trabajar con otros objetivos que sean más aceptables para él, sin tantas exigencias, sino avanzando progresivamente (Galfré, 2017). Desde esta lógica, cobraría importancia la decisión individual respecto a la modalidad de tratamiento más acorde a las posibilidades personales, estableciendo objetivos alternativos que contemplen prácticas menos dañinas y de autocuidado (Garbi, 2021).

Desde este paradigma, resulta fundamental poner el foco en el sujeto, considerándolo sujeto de derechos. Esto implica alejarse de las propuestas que lo ubican como objeto de intervenciones. Es por ello que la reducción de riesgos y daños es un proceso inclusivo, en el cual a la hora de pensar las estrategias de abordaje lo que se busca es alojar, construir vínculos y confianza con los usuarios. Por lo que, en todas las intervenciones se deben distinguir contextos, situaciones particulares, historias y complejidades de cada caso. Poner el eje en los sujetos implica no concebir las sustancias como flagelos y reconocer que no es una guerra contra nadie, y mucho menos contra las personas (Goltzman, 2016).

Por otro lado, desde este enfoque, partimos de la convicción de que quien cambia sus prácticas es siempre el propio sujeto. Lo que pueden hacer los profesionales es, en todo caso, acompañar y aportar a la creación de un contexto para habilitar esa transformación (Goltzman, 2016). Esta valoración nos lleva a preguntarnos si realmente el hecho de imponerle o obligar a un sujeto a realizar un tratamiento abstencionista, hecho muy común en las situaciones de consumos problemáticos, trae aparejado cierta efectividad, ya que si no hay una demanda, intención de llevarlo a cabo o de cambiar algo, ¿qué sentido tiene?

Es importante resaltar que ambos paradigmas, con sus múltiples discordancias o contradicciones, conviven en la actualidad. Por lo que, estos modelos son reproducidos y

confrontados por los múltiples dispositivos de intervención (Touzé et al., 2008). En otras palabras, en un mismo contexto pueden convivir y discutir un conjunto de miradas, discursos, prácticas y dispositivos que intentan dar respuesta a la problemática, focalizando su atención en alguno de los ejes sustancia-sujeto-contexto, o bien asumiendo el desafío de trabajarlos en su complejidad sin desconocer la articulación entre ellos. Por lo que, es necesario abarcar el problema en todas sus aristas y sus dimensiones (social, política, económica, histórica, de salud, jurídica y cultural) (APRECOD, 2017).

Esta gran variedad de modos de abordaje e intervenciones, trae a su vez emparejada una diversidad en la manera de concebir y nominar a los consumos problemáticos. Me resulta fundamental comenzar destacando como punto de partida que

5

no todo consumo es problemático (Benedetti, 2015). Considero que es esencial “diferenciar entre lo que significa un uso problemático que debe ser tratado por el sistema de salud, de un simple uso que es simplemente eso: un empleo sin consecuencias negativas en la vida de la persona” (Trimboli, 2017, p.112). Esto lleva a correrme de la creencia de que todo consumo es problemático y que lo problemático es la sustancia o la práctica de consumo en sí misma. En las sociedades actuales se han ido desplegando supuestos sobre cómo debe ser analizado y tratado el “flagelo de las drogas”, sin dejar abierta la posibilidad siquiera de cuestionar si dicho consumo, en todos los casos, representa un problema en sí mismo (Garbi, 2016).

En el año 2013, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación da a conocer el “Plan Nacional de Salud Mental”. Respecto a la temática convocante, el mismo sostiene que se define así al consumo problemático que atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas. Esto puede darse en los diferentes niveles de consumo (uso, abuso y/o adicción) y con independencia del tipo de sustancia consumida (legal y/o ilegal). Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para el sujeto o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital.

Al año siguiente, en el 2014, la Ley N° 26.934, conocida como Plan IACOP (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos), avanza en definirlos y amplía el espectro de los mismos, borrando límites entre lo legal y lo ilegal, e incluye en su definición a las conductas compulsivas. En su artículo N°2 expresa que por consumos problemáticos se entiende a 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. Si bien adhiero con dicha definición que un consumo se torna problemático cuando afecta dichos aspectos de la vida, no comparto el hecho de sostener que sea necesariamente en forma crónica. Esto debido a que si partimos de que no todo consumo es problemático, el mismo puede llegar a serlo en un momento circunstancial de la vida de ese sujeto, sin caer en una cronificación. Es por ello que, coincido mayormente con la definición propuesta por Garbi (2016) que sostiene que un consumo puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, a una o más áreas de su vida: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) o sus relaciones con la ley.

De modo que, entendiendo a los consumos problemáticos de esta manera, no sería de interés primordial ni habría que hacer hincapié en conocer qué, cómo, cuándo ni cuánto consume el sujeto. Sino que, se debería indagar sobre sus trayectorias de vida, su historia, la relación con las sustancias y el significado que tiene ese consumo para cada sujeto, entendiendo que las trayectorias son singulares (APRECOD, 2017). Por lo que, en

vinculación a estos planteos podríamos afirmar que, la práctica de consumo tiene un sentido y una función que es diferente para cada sujeto. Por lo tanto, los consumidores de sustancias no forman un grupo homogéneo, sino que cada caso es singular (Kameniecki, 2018).

De esta manera, podemos concluir que lo problemático no es la práctica de consumo en sí, sino todo lo que se encuentra por detrás de la misma, lo cual será singular en cada caso. Es como si el consumo fuera la punta de un iceberg y lo problemático todo aquello que se encuentra por debajo del mismo, que no está a la vista. En este sentido, considero que el trabajo que debemos darnos es alojar y escuchar lo que el sujeto trae, para así, poder ir desarmándolo en conjunto y llegar a las significaciones que esta práctica de consumo acarrea. Por lo que, lo problemático no sería el consumo de sustancia, sino que justamente hay que correr el eje de la misma para poder abordar las causas del sufrimiento psíquico, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

6

La internación en comunidades terapéuticas como recurso terapéutico primordial

A pesar de que en la actualidad existe una mayor diversidad de abordajes de los consumos problemáticos, el presente escrito pretende, desde una mirada crítica, sumergirse en la lógica de los tratamientos en instituciones cerradas, tales como las comunidades terapéuticas. Dicha indagación surge a raíz de que la internación y el aislamiento se constituyeron históricamente en la respuesta central ante esta problemática y siguen siendo uno de los recursos más habituales y demandados en la actualidad (Garbi, 2016).

Si bien sostengo que el paso por dichos establecimientos puede resultar beneficioso para algunos usuarios, es interesante reflexionar el por qué de esta estrategia y modos de intervenir tan frecuentes. Lo curioso es que, existiendo un gran abanico de posibilidades de tratamientos de los consumos problemáticos, los mismos no sean tenidos en cuenta de la misma manera que el recurso de la internación en instituciones con cierta lógica monovalente. Esto lleva a interrogarme ¿a qué se debe que la internación en comunidades terapéuticas continúe siendo una de las estrategias dominantes para tratar las situaciones de consumos problemáticos?, ¿por qué sigue visibilizándose como una de las opciones reinantes, siendo que ya se han visibilizado estrategias alternativas? Ello ocurre aún cuando a través de diversas políticas y reglamentaciones se ha tendido a su limitación y a la promoción en cambio de tratamientos ambulatorios.

A su vez, dichas intervenciones han presentado múltiples posiciones críticas, incluso de quienes han transitado esos espacios. Garbi (2016) afirma que la demanda de internación se da aún cuando las estrategias de institucionalización suelen ser cuestionadas por los propios familiares y usuarios que han atravesado múltiples experiencias de internación. Son ellos mismos quienes llevan a cabo cuestionamientos respecto al tipo de reglas, a los malos tratos a lo que son sometidos y a la efectividad del mismo, producto de las múltiples “recaídas” post tratamiento.

De modo que, podría pensarse que más allá de que dicha modalidad sea puesta en tela de juicio o cuestionada, en la sociedad se sigue asociando automáticamente el tratamiento de consumos problemáticos con las comunidades terapéuticas y la prohibición de sustancias desde una estrategia abstencionista (Garbi, 2016). Podemos suponer que ello en parte se debe a las representaciones sociales y estigmas reinantes que recaen sobre los sujetos que atraviesan una situación de consumo problemático. A su vez, resulta interesante dar cuenta de que esta no es solo una perspectiva que fue y sigue siendo de sentido común únicamente en nuestra sociedad, sino que también está

muy arraigada a los profesionales de la salud que abordan la problemática (Benedetti, 2015).

Es por ello que resulta pertinente indagar y poner en tensión estos aspectos, ya que pensar los tratamientos desde esta lógica dificulta abordar la complejidad de la problemática en sus múltiples dimensiones y aspectos (Benedetti, 2015). A su vez, dificulta considerar diversos escenarios, modalidades de intervención u otras herramientas para dar respuesta a la problemática. Por lo tanto, deberíamos analizar y problematizar las prácticas, modos de tratar y saberes que hacen de la internación en instituciones cerradas los modos habituales de tratar a los sujetos que atraviesan una situación de consumo problemático, ya que no se puede descuidar el hecho de que cada modo de tratar genera diversos efectos en las subjetividades. Por lo que, no debería utilizarse la internación de manera indiscriminada o cuando un sujeto realmente no la necesita ya que, considerando que no es una intervención sin costos en lo emocional, puede empeorar las cosas o producir mayor malestar (Rshaid, 2009). Sin embargo, resulta fundamental reconocer que en ocasiones es necesaria dicha intervención. Aún así, la misma debería llevarse a cabo en instituciones con diversas lógicas y modalidades de abordaje. Al mismo tiempo que no debería vulnerar los derechos de los usuarios ni entrar en contradicción con la Ley Nacional de Salud Mental.

7

Un acercamiento a la lógica de las comunidades terapéuticas

Respecto a las comunidades terapéuticas, resulta interesante distinguir la existencia de una gran heterogeneidad. Aún así, en su mayoría, son establecimientos en donde los usuarios permanecen largos períodos de tiempo, quedando en múltiples ocasiones internados entre 1 a 3 años (Garbi, 2016). Puntualmente en este escrito nos limitaremos a las cerradas, en las cuales, con condiciones similares a los hospitales psiquiátricos, se limita el “egreso” de los usuarios hasta concluir el tratamiento (Corda et, al., 2014).

Entendemos por comunidades terapéuticas a aquellas instituciones residenciales que tratan los consumos problemáticos de sustancias desde una lógica abstencionista. Se insertan dentro de este paradigma, ya que parten de la idea de que el consumo problemático es una “enfermedad”, el usuario es un sujeto “enfermo” cuya “cura” sólo puede lograrse si se impide, de manera tajante, que el sujeto continúe en vinculación con las sustancias (López, 2007). Esto se debe a que, la orientación de abordaje centrada en la sustancia, supone que la ausencia de la misma lleva a la resolución del problema o la desaparición del conflicto. Para cumplir con dichos objetivos, se recurre a la internación o tratamiento a puertas cerradas, para así evitar que el sujeto pueda vincularse con las sustancias (Lauriti y Villamayor, 2018). Por lo tanto, medidas tales como la abstinencia y el aislamiento se convierten en el objetivo del tratamiento.

A mi parecer, al poner el eje en la sustancia, dichos modos de entender y abordar los consumos problemáticos, caen en un reduccionismo. Al mismo tiempo, comparto con Trimboli (2017) la idea de que pedirles a los usuarios una abstinencia total desde el inicio es una práctica contradictoria, si se considera que los mismos acuden a realizar un tratamiento justamente porque presentan dificultades para abandonar dicho consumo. Al indicar una abstinencia total de entrada, corremos el riesgo de no poder evitar la invasión de una angustia arrasadora (Lardizabal, 2014). Se tiende a pensar que el consumo es el problema y en realidad el mismo cumple una función, siendo en múltiples casos un intento fallido de tramitar alguna angustia insoportable para el sujeto. Por lo que, incitarlos a abandonar el consumo apresuradamente, podría exponerlos a esa angustia difícil de soportar (Galfré, 2017).

La particularidad que presentan estos dispositivos de internación es que conjugan

el aislamiento y la terapéutica, dos aspectos que estas instituciones consideran fundamentales. A través de la terapéutica se busca tratar, contener y “curar” al sujeto de la práctica de consumo. Al mismo tiempo, el aislamiento permite que los usuarios puedan mantenerse alejados de su entorno, calificado como “mala junta”, logrando de esa manera que no puedan acceder al consumo de sustancias (Garbi, 2016). A su vez, las comunidades terapéuticas sostienen una estructura fija, con normativas explícitas a ser respetadas y cumplidas por los usuarios. Las mismas, operarían como requisitos para la inclusión y continuidad del tratamiento, ya que desde esta lógica, apuntan a ser un medio para alcanzar un “cambio de vida”, que evite las “recaídas” (Bianchi y Lorenzo, 2011).

Como consecuencia de esta estricta normativa, en una primera instancia de admisión, suelen descartarse aquellos casos que se consideren inapropiados o potencialmente perturbadores de la dinámica comunitaria. Esto se debe a la gran importancia que se le da a la vida comunitaria como instrumento de “aprendizaje social” (López, 2007). Apuntando, a su vez, a la potencialidad del grupo de pares para promover el proceso terapéutico (Corda et, al., 2014). De esta manera, la internalización de las normas institucionales y el uso de la comunidad como método y como clave del cambio se da mediante la influencia entre compañeros, a través de una variedad de procesos grupales (Garbi, 2016).

A su vez, estos establecimientos suelen adoptar un modelo jerárquico con diferentes etapas evolutivas de tratamiento. Las mismas, implican una idea de progreso o avance del usuario dentro de la institución, apuntando a que adquieran en cada uno de estos períodos, un mayor nivel de responsabilidad respecto a su práctica de consumo (Trimboli, 2017). Dicha organización del tratamiento se fundamenta en la necesidad de un

8

avance del mismo a partir de la incorporación paulatina de diversos objetivos terapéuticos. Entre ellos, se encuentra la adopción progresiva de roles y responsabilidades dentro de la institución, el aprendizaje de normas y herramientas terapéuticas, la aceptación de límites, la implicación subjetiva en el tratamiento y la participación en los espacios grupales (Garbi, 2016).

Para lograr dichas metas, las comunidades terapéuticas cerradas suelen disponer de un régimen diario en el cual se reglamentan y fundamentan todas las actividades y tareas rutinarias. Las mismas, están minuciosamente divididas con sus respectivos horarios. Entre las actividades a realizar dentro de la rutina están los quehaceres domésticos como cocinar y limpiar la institución. En ciertas comunidades terapéuticas, una de las etapas del tratamiento es la de “servicio”, en donde los usuarios afirman que se limpia el día entero los diversos espacios de la institución. Para recibir el “alta” de esa fase había que caer hasta en lo absurdo y limpiar lo limpio o por ejemplo, extirpar la suciedad oculta entre los zócalos y el polvo alojado en las extremidades de las sillas (Galfré, 2017). Estas prácticas nos permiten preguntarnos acerca del fin terapéutico que estas actividades domésticas tienen a la hora de tratar el padecimiento subjetivo de cada usuario. ¿De esa manera realmente se aborda el malestar que acompaña a cada sujeto?

Al mismo tiempo, todas estas tareas y actividades que llevan a cabo dentro de la internación se dan en espacios controlados. De esta manera, se busca evitar cualquier contacto potencialmente perturbador para el tratamiento, tales como las visitas o comunicaciones que tengan (López, 2007). Ello se debe a que los usuarios tienen prohibiciones tales como hablar respecto al uso de sustancias, realizar “apologías” sobre las mismas o tener algún tipo de contacto con personas o situaciones que puedan generarles potenciales deseos de consumo (Bianchi y Lorenzo, 2011). Esto vuelve a demostrar el lugar que se le otorga a las sustancias, demonizándolas.

En esta modalidad de tratamientos, suelen ponerse en juego una gran variedad de prácticas y técnicas con un fin “terapéutico”. Una de las más frecuentes es conocida como “confrontes”. Su objetivo es habilitar espacios de diálogo y confrontación de

actitudes negativas que predispondrían al consumo de sustancias o a una convivencia dificultosa. Es decir, implica cierta presión entre los mismos usuarios para obtener avances dentro de la comunidad (Garbi, 2016). Más específicamente, son reuniones que se realizan a diario, en las cuales un usuario es sometido a las críticas de sus compañeros. Es considerada una herramienta fundamental de presión para el cambio individual, la cual conlleva a que recíprocamente los usuarios den la percepción que tienen de sus pares (López, 2007). Esta técnica nos permite interrogarnos si realmente la confrontación con los pares, a partir de críticas, les genera un efecto terapéutico a los usuarios o por el contrario, produce mayor malestar y rispideces.

Otra técnica de sumo conocimiento, que comúnmente suele ponerse en juego en estos establecimientos, es el “desclase”. La misma, suele aplicarse a modo de castigo y consiste en apartar al usuario de la estructura de la casa. Estar desclasado implica, por ejemplo, que tus compañeros no te hablen, ocuparte de determinadas tareas domésticas en la comunidad, no participar de los grupos, no comer con el resto, no pertenecer a ninguna fase del tratamiento, entre otras cosas. Otra práctica que se pone en juego son los llamados “espacios de reflexión”, en donde los usuarios deben permanecer sentados largas horas pensando sobre el hecho cometido (Rshaid, 2009). Podríamos preguntarnos si estos castigos, en los cuales el sujeto queda ignorado o aislado de la dinámica, no resultan desfavorables o perjudiciales para el usuario.

Un detalle curioso de la lógica y funcionamiento de las comunidades terapéuticas es el rol fundamental que adopta la figura de los operadores socioterapéuticos. Son “especialistas” en la temática, sin formación académica, que suelen ser usuarios ya rehabilitados, designados como “ex-adictos” (Touzé et al., 2008). Los mismos, se hacen cargo de los tratamientos de los usuarios, lo que traería como consecuencia una desprofesionalización en el abordaje terapéutico de los consumos problemáticos (Trimboli, 2017). Podemos considerar que el hecho de que no se exija obligatoriamente cierta formación profesional para trabajar en dichas instituciones lleva a que no haya una

9

evaluación y control de la misma manera que ocurre en cualquier servicio de salud. Por lo que, tal como ocurre, al no haber exigencias éticas, en múltiples ocasiones los derechos vinculados a la atención de la salud de los usuarios pueden ser vulnerados (Peyraube, 2018).

A partir de aquí surge el interrogante de cómo es posible que dicha desprofesionalización ocurra, siendo que los consumos problemáticos, desde el año 2010 con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, quedan incluidos dentro del ámbito de la salud. ¿Cómo es posible que los tratamientos sean llevados a cabo principalmente por operadores y no por profesionales de la salud? Este hecho me lleva a sostener la idea de que la lógica y planificación de dichas instituciones se aleja de lo terapéutico. Si bien suele existir una participación de profesionales de la salud en dichos establecimientos, parecería que no ocupan el rol fundamental, sino que adoptan un lugar secundario, visitando con suerte el establecimiento una vez a la semana (Galfré, 2017).

Por otra parte, esta modalidad de abordaje implica relaciones asimétricas de poder y saber, dejando posicionados a los trabajadores como poseedores del mismo. Dicha asimetría, podría llevar a los profesionales a quedar ubicados en un rol de especialistas que tienen las soluciones mágicas que le salvarían la vida al sujeto. En cuanto dichas soluciones mágicas no ocurren, puede generar que el sujeto se vaya, que se sienta mal o frustrado y empiece a transitar por otros espacios asistenciales, pidiendo otro tipo de ayuda o dejando de pedirla al pensar que nadie puede hacer nada para ayudarlo (Sorokin, 2010). Por lo que, los pobres resultados, acompañados en múltiples ocasiones de malos tratos, respaldan la idea errónea de fracaso y de sujetos irrecuperables (Gersberg, 2018).

Manteniendo esta lógica, suele ser frecuente la mala calidad de los tratamientos,

aún cuando puedan participar profesionales de la salud. Ello en parte podría deberse a que, generalmente, ponen el eje en la abstinencia y en tratar el consumo en sí mismo, sin hacer un abordaje específico de la situación propiamente dicha (Peyraube, 2018). Desde esta concepción, dichos tratamientos de asistencia suelen fracasar, ya que hay un gran porcentaje de “recaídas” en el consumo de sustancias. La experiencia indica que este fracaso suele deberse a cómo piensan y abordan esta problemática (Gersberg, 2018). Considero que esto seguirá ocurriendo en tanto se piense que la meta es evitar el consumo en sí, confundiendo consumo de consumo problemático, poniendo el total énfasis en dicha práctica y no en lo que se encuentra más allá de la misma.

Por último, otra de las características con las que se asocia a este tipo de instituciones es la propensión a medicar indiscriminadamente a los usuarios (Garbi, 2016). La autora, a partir de entrevistas con los usuarios, afirma que ellos mismos definen este estado en términos de “*babear constantemente*”, “*estar atontado, dopado*”, “*como si estuviera drogado*”; y presenciar o, en el peor de los casos, participar de situaciones regidas por la violencia. A su vez, describían la internación en dichas instituciones como una “*experiencia degradante e inapropiada*”, “*un depósito de personas*” “*un ambiente propenso a deprimirse*”, entre otros (Garbi, 2016). Este es otro aspecto inadmisibles que a su vez, contradice la Ley Nacional de Salud Mental, ya que la misma, en su artículo N°12, afirma que la prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Al mismo tiempo que la misma sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.

Por todos estos aspectos desarrollados, podemos argumentar que la lógica que tienen dichas instituciones para abordar los consumos problemáticos, en múltiples ocasiones, vulneran los derechos de los usuarios. Por otro lado, resulta dificultoso pensar y ejecutar los tratamientos descuidando las subjetividades que lo habitan y las particularidades de cada caso. En otras palabras, que el tratamiento sea aplicado homogéneamente a todos los usuarios, desdibuja los singulares motivos e historias que cada quien tiene respecto de su vida y su práctica de consumo. Ello se debe a que, el

10

hecho de atravesar una situación de consumo problemático, no habilita a concebir y abordar todos los casos de la misma manera. Considero que dichas etapas sucesivas y rígidas, impuestas de antemano, desdibujan los tiempos singulares de cada sujeto para atravesar un proceso terapéutico. Al mismo tiempo que, los usuarios quedan ubicados en un lugar más pasivo, con poca participación activa a la hora de pensar el tratamiento en conjunto y tomar decisiones al respecto.

Comunidades terapéuticas: ¿instituciones de disciplina y castigo?

La lógica y modalidad que presentan las comunidades terapéuticas nos permite pensarlas como instituciones de encierro, en consonancia con la clásica concepción de “instituciones totales” de Goffman por un lado, y con la de “instituciones disciplinarias” de Foucault por el otro. Ambas perspectivas, nos posibilitan analizar las prácticas y discursos a través de los cuales se normaliza pensar al interior de estas instituciones a los sujetos que atraviesan una situación de consumo problemático (López, 2007).

Con respecto a la concepción de instituciones totales, Goffman (1998) las concibe como un lugar de residencia y en ocasiones, de trabajo, donde un gran número de personas en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Por lo que, habría una relación biunívoca entre modalidades de internación e institución total. En vinculación

a estas ideas, se encuentran los aportes de Foucault (2009) respecto a las instituciones disciplinarias. Las mismas se caracterizan por la disciplina, vigilancia, búsqueda de orden y la utilización del castigo y la recompensa. Tienen el fin de controlar, disciplinar, reeducar, reinsertar, curar, normalizar, rehabilitar y modificar o homogeneizar las conductas, condiciones y rasgos disfuncionales o antisociales. Dicho fin se debe a que, para Foucault, cada sociedad produce su idea de “orden”, sancionando aquello que esté por fuera del mismo o se considere “anormal” (López, 2007).

Para lograr dicho disciplinamiento, se recurre a ciertas medidas. La principal es el encierro institucional como dispositivo de poder disciplinario. El mismo, es considerado una técnica de control sobre los sujetos al interior de un espacio cerrado (Bianchi y Lorenzo, 2011). De esta manera, no sólo se limitan las acciones de los usuarios, sino que, permite alcanzar la función principal que es producir modificaciones en sus conductas y subjetividades. Dicha regulación corporal y subjetiva se logra aplicando un régimen institucional que impone normas, interviniendo y gestionando sus vidas durante un período de tiempo. De esta manera, para Foucault, el encierro apunta a crear, bajo condiciones controladas, un orden social “perfecto”, donde los “anormales” o “desviados”, puedan ser “rehabilitados”. Ello se lograría alejándolos de las influencias nocivas que residen en el mundo exterior, en este caso, las sustancias (Garbi, 2016).

Ambos aportes nos permiten pensar la vinculación de estas instituciones con las comunidades terapéuticas. Ya que, es en relación a estas concepciones, que es posible considerar estos dispositivos asistenciales como instituciones de encierro. Ello se debe a que son establecimientos que, para abordar los consumos problemáticos, operan con las mismas lógicas descritas. Es decir que, con un supuesto fin terapéutico, aíslan en la institución al sujeto, capturando su tiempo, su cuerpo y su vida misma durante un período de tiempo, garantizando una separación con su vida cotidiana (Bianchi y Lorenzo, 2011).

Desde estas lógicas, se considera que determinadas conductas o hábitos disruptivos, que van en contra del orden social, tenderían a la práctica de consumo. Por lo que, la modalidad de comunidades terapéuticas cerradas, tendría por finalidad inculcarles a los usuarios nuevos valores, hábitos y normas sociales. Los mismos, estarían alejados a los asociados a la “personalidad adictiva”. De esta manera, cambiarían patrones de comportamientos negativos y pensamientos o sentimientos que predisponen al consumo de sustancias. Dicha interiorización de pautas y de un nuevo ordenamiento en la vida diaria, les permitiría a los sujetos “volverse a encaminar” y empezar de nuevo, construyendo un proyecto de vida alternativo, acorde a una “vida normalizada y productiva” y alejados de la práctica de consumo (Garbi, 2016). Por lo que,

11

podemos afirmar que dichos objetivos van de la mano con el disciplinamiento de los usuarios para que sus comportamientos sean acordes a lo esperado socialmente (López, 2007).

De modo que, podríamos afirmar que estas instituciones terapéuticas abordan los consumos problemáticos de sustancias a partir de modificar a los sujetos. Ya que, no solo apuntan a que abandonen la práctica de consumo, sino también, que produzcan transformaciones subjetivas. Podemos pensar que, dicha resocialización que se proponen estos dispositivos, se debe a que responden a determinados ideales de qué es lo bueno y lo malo, lo normal y lo patológico (López, 2007). Y justamente, sobre los consumos problemáticos de sustancias recae una connotación negativa y patologizante, tanto para estos establecimientos como para nuestra sociedad.

De esta manera, podríamos considerar que las concepciones desarrolladas, responden a las múltiples representaciones sociales que estigmatizan a los usuarios que atraviesan una situación de consumo problemático. Históricamente, producto de las normativas y de los prejuicios, se ha llegado a considerar a quienes consumen sustancias como sujetos peligrosos y delincuentes. Es por ello que, siguiendo la lógica de Foucault,

las medidas de seguridad que implica el tratamiento, están destinadas a controlar a los sujetos y neutralizar su estado “peligroso”, modificando o revirtiendo sus inclinaciones “delictivas” o comportamiento “desviado” de lo socialmente esperado o correcto (Trimboli, 2017).

A mi parecer, estas perspectivas, al hacer hincapié en la práctica de consumo y en “reeducar al desviado”, no solo demonizan la sustancia, sino que, tienen como consecuencia el borramiento del sujeto de derechos (Goltzman, 2016). Al mismo tiempo, podemos interrogarnos si realmente dichos establecimientos cumplen con la supuesta resocialización que se proponen. Ya que, las críticas más importantes que reciben estos dispositivos, apuntan a las dificultades que presentan los usuarios de volver a vivir en su lugar de residencia, luego de estar internados durante un largo período de tiempo en un ambiente controlado y alejado de su realidad (Pawlowicz et al., 2006).

Otro aspecto que no podemos perder de vista es que, las comunidades terapéuticas, para lograr dichos objetivos de disciplinamiento y reeducación, suelen implementar un sistema de premios y castigos (Trimboli, 2017). Por lo que, las privaciones, exigencias y castigos son consideradas “herramientas terapéuticas” para tratar el consumo problemático (Peyraube, 2018). Dichos mecanismos coercitivos y violentos, se ponen en marcha cuando los usuarios presentan resistencias a la hora de respetar las normativas institucionales o cuando realizan conductas desafiantes e impulsivas, quejas, cuestionamientos, “recaídas” o actitudes que “entorpecen” el proceso de tratamiento (Fantón, 2011). Es decir, que cuentan estas instituciones con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una sanción (Benedetti, 2015).

Dichas sanciones, al igual que los privilegios, constituirían el principal modo por el cual se expresa aprobación y desaprobación de los comportamientos de los usuarios. De esta manera, se refuerza un sistema de control sobre sus conductas, buscando normalizarlas (López, 2007), a través del aprendizaje de qué conductas son apropiadas o inapropiadas para el avance del tratamiento (Garbi, 2016). Es así como, se puede considerar que, las distintas variantes de violencia disciplinaria que despliegan estas instituciones, vulnerarían a los usuarios a una posición de sumisión y obediencia a la autoridad institucional, atentando así contra derechos esenciales como el de la salud y dignidad (Fantón, 2011).

Esta dinámica institucional implica que los incidentes que ocurran en el tratamiento no sólo se torna necesario advertirlos y marcarlos, sino también revertirlos. La sanción aplicada varía según el tipo de acontecimiento y quién lo realizó (si es un usuario con antigüedad en el tratamiento o es nuevo, si viene comprometiéndose con el tratamiento o no, si ha tenido incidentes similares en el corto plazo, etc.). Según la gravedad del caso, habría distintos tipos de castigos, algunos materiales, otros morales, psicológicos o físicos en el peor de los casos (Garbi, 2016). Por lo que, las variadas

12

sanciones que se dan en esta modalidad de tratamiento pueden ser baldear, estar al servicio de la comunidad (lo cual implica hacer lo que se le pida), no fumar cigarrillos, comer separado de la mesa grupal, no recibir visitas, no tener salidas terapéuticas (Garbi, 2016), pérdida de privilegios, correctivos verbales, impedimentos de conversaciones, reclusión en la cabina aislamiento, entre otros (López, 2007).

Para constatar dichas prácticas de castigo, usuarios de la comunidad terapéutica “San Camilo” ubicada en la localidad de Pilar, Buenos Aires, clausurada en 2017 por violación de los derechos humanos, han testimoniado los sucesos allí ocurridos. Relatan tratos y penas crueles, inhumanas y degradantes. Afirman que permanecían largas estadías allí internados, alcanzando algunos usuarios los 5 o 6 años. Ello se debía a que, si bien muchas de las internaciones comenzaban como voluntarias, ante la decisión de no continuar con ellas, los usuarios eran privados de su libertad coercitivamente. A la vez

que, se incomunicaba o censuraba las comunicaciones con el exterior, afectando los vínculos socioafectivos (Faraone y Barcala, 2020).

Relatan que eran internados a la fuerza y engañados y que la violencia era todo el día. Permanecían encerrados en celdas enrejadas durante largos períodos sin hacer nada, sobremedicados y sin higienizarse, siendo vigilados y recibiendo golpizas. Por otro lado, pasaban meses sin poder ver a sus allegados. A su vez, en cada conversación telefónica o visita estaban controlados por algún trabajador de la institución, para que no relataran nada de lo que ocurría allí. Al mismo tiempo que la visita de algún profesional de la salud era de una frecuencia casi nula. Esto desencadenó que muchos usuarios, consecuencia de todo lo que vivían allí adentro, hayan atravesado una gran depresión. La misma ha llevado a muchos a prácticas autolesivas, intentos fallidos de quitarse la vida e inclusive al suicidio en la institución (Galfré, 2017).

Hechos similares, de público conocimiento en los medios, han ocurrido en la comunidad terapéutica “Resiliencia San Fernando” en el año 2022 cuando se produjo un incendio. El mismo, se desató luego de que uno de los usuarios iniciara el fuego, producto de una gran depresión no tratada y a modo de protesta por las pésimas condiciones en las que se encontraban (Güelman, 2022). Este suceso tuvo como consecuencia el fallecimiento de cuatro jóvenes, quienes murieron asfixiados por estar sobremedicados y no poder percibir lo que estaba ocurriendo para escapar. Según testimonian los usuarios, estaban sobremedicados con un cóctel de psicofármacos que se administraba a todos los usuarios indistintamente y de forma sistemática, tres veces al día: mañana, tarde y noche. Según lo relatado, se trataba de una práctica habitual para mantener a los usuarios sedados, como castigo y para “normalizar” la conducta (Álvarez, 2022).

De acuerdo con la información revelada por usuarios, en dicha comunidad terapéutica existían condiciones inhumanas de reclusión extrema. Entre ellas, nula asistencia médica y psicológica, carencia de actividades educativas o recreativas, golpes, torturas, secuestros, violencia, humillaciones y reclusión en habitación de aislamiento. Entre las condiciones de alojamiento degradantes, había sobrepoblación. Los usuarios se encontraban hacinados, durmiendo en el piso, ya que no había cama para todos. A su vez, eran obligados a permanecer 23 horas por día en las habitaciones, exceptuando 1 hora para almorzar y cenar. Al patio podían salir 1 vez por semana, sólo quienes no se habían quejado de las condiciones de hospitalización. No contaban con agua corriente y bebían de baldes. Las visitas no eran frecuentes y sólo eran posibles con un encargado al lado para que el sujeto no cuenta nada, ni pida que lo externen (Galfré, 2022).

Estas son algunas de la larga lista de comunidades terapéuticas que han tenido denuncias en su contra y que ejercen violencia sistemática y lamentable hacia los usuarios. Aún así, damos por sentado que no podemos generalizar y considerar que ello ocurre en todas las instituciones que tienen dicha lógica de internación. Sin embargo, las mismas conservan una lógica disciplinaria de control, de inculcación de hábitos y reinserción social. Al mismo tiempo que, estructuran los tratamientos a partir de etapas sucesivas, normativas abstencionistas y largos listados de tareas y actividades diarias. Todos estos aspectos, llevan a alejarme de dicha lógica, más allá del grado de castigos o

13

los tratos que sean empleados en la misma. Podemos afirmar que hay comunidades terapéuticas en donde no hay castigos pero sí, en la mayoría, opera un ejercicio del poder. El problema es hasta dónde se ejerce el poder y hasta dónde se transforma en poder absoluto, ya que a veces los límites son muy delgados (Galfré, 2017).

Las perspectivas argumentadas nos permiten interrogarnos acerca del fin “terapéutico” que tiene esta modalidad de abordaje. Ya que, resulta llamativo que la naturaleza violenta y cruel de este tipo de procedimientos suele ser justificada como “intervenciones terapéuticas”, que contribuyen, en algún sentido, al proceso de

“recuperación” (Fantón, 2011). ¿Resulta posible utilizar prácticas de castigo con un “fin terapéutico”? ¿acaso las mismas no estarían violando los derechos humanos de los usuarios? Si bien las consecuencias que tienen estos procedimientos son consideradas “medidas educativas y correctivas”, la mayoría de ellas lejos está de dicho objetivo. Lo único que se logra es que el proceso de internación se torne no solo un proceso angustiante para los usuarios, sino a la vez, violento (Garbi, 2016). Esto nos posibilita pensar que, para estas instituciones, parecería más importante controlar y castigar a los usuarios que alojarlos y acompañarlos durante el proceso terapéutico.

Otros interrogantes que se presentan es ¿cómo se llegó a la situación en la que los profesionales de la salud sostengan y aún participen en la implementación de abordajes que vulneran los derechos humanos de los sujetos?, ¿cómo se entiende que sigan ocurriendo este tipo de intervenciones y que no haya regulación sobre lo que es posible y lo que no en el tratamiento en salud mental? (Peyraube, 2018), ¿quién controla que las prácticas que se llevan a cabo dentro de las instituciones van en contra de las normativas legales? La escasa regulación de estas instituciones ha sido objeto de debate en los últimos tiempos, debido a que favorece la exposición de los usuarios a situaciones de maltrato que ningún organismo estatal controla o supervisa (Corda et al., 2014). Por lo tanto, son tratamientos en los que los derechos se ven enormemente vulnerados. De modo que, podríamos afirmar que las comunidades terapéuticas nada tienen que ver con una institución de salud.

Al mismo tiempo, resulta interesante reflexionar por qué en la actualidad se continúa considerando a estas herramientas y establecimientos como pertinentes para abordar una problemática de salud mental. Acaso no resulta contradictorio por un lado, desacreditar la manicomialización y la existencia de instituciones monovalentes en salud mental, pero al mismo tiempo, considerar que situaciones de consumos problemáticos, siendo esta una problemática de salud mental, deban ser abordadas en establecimientos que mantienen dichas lógicas. Quizás, estas últimas se han naturalizado o no son debidamente cuestionadas justamente porque la disciplina, el castigo, el encierro y la normalización han sido históricamente los modos privilegiados para el tratamiento de los consumos problemáticos. Por lo que, dichas estrategias se convirtieron en las herramientas de poder y saber de las comunidades terapéuticas a la hora de intervenir (Garbi, 2016).

Hacia un paradigma de derechos humanos en salud mental

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, marca un nuevo escenario para pensar la salud mental en general y los consumos problemáticos en particular. A partir de la misma, estos últimos pasan a considerarse, desde un paradigma de reducción de riesgos y daños, una problemática que se inscribe en el campo de la salud mental. Esto lo explicita en su artículo N° 4, el cual establece que 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. Es decir que, todos y cada uno de sus artículos son aplicables en los casos de consumos problemáticos, independientemente de la legalidad o ilegalidad de dicha práctica.

Este cambio paradigmático implica concebir a la salud como un derecho y a los usuarios que atraviesan un consumo problemático como sujetos de derechos. El hecho

de ubicar esta temática en estos términos, y no como un asunto de seguridad, implica un gran avance introducido por esta normativa. La misma, logró desplazar dicha problemática del campo penal al campo sanitario, dejando de lado el estereotipo que considera al sujeto que consume como un delincuente que viola la ley (Benedetti, 2015).

Es fundamental abandonar los estigmas que criminalizan el consumo de sustancias, para poder aproximarse así al fenómeno desde políticas de salud pública y no desde las represivas. De esta manera, se pasa de la definición del usuario como peligroso y pasible de encierro institucional a la afirmación jurídica de sus derechos, su dignidad y su libertad (Galende, 2020). A pesar de ello, dichos estigmas continúan con gran vigencia.

Por lo tanto, en la medida en que el consumo de sustancias siga siendo penalizado o juzgado, las poblaciones que atraviesan esa problemática se ven dificultadas a recurrir a información oportuna, a los servicios de salud y a los dispositivos de tratamiento (Amador Muñoz, 2018). Dicha criminalización de los usuarios lleva a que en el sistema de salud, los sujetos no sean reconocidos como deberían, quedando rechazados, ignorados o invisibilizados. Al mismo tiempo que, afirman la idea de que son “enfermos” que deben ser curados, desintoxicados y rehabilitados, aislándolos de su entorno (Faraone y Barcala, 2020).

Es por ello que, como sociedad deberíamos dejar a un lado estos conceptos estigmatizantes y violentos. Para ello, se torna necesario implementar realmente dicho modelo que brinda respuestas integrales, incluyendo medidas de reducción de riesgos y daños y mejorando el acceso a los servicios sociales y sanitarios. De esta manera, se amplían las oportunidades y apoyos, para que los usuarios, hayan o no tomado la decisión de dejar su consumo, tengan mayores posibilidades de cuidar su salud (Corda et al., 2014). No podemos descuidar el hecho de que, los sujetos que atraviesan un consumo problemático, tienen los mismos derechos que los demás (Cymerman, 2010). Que una persona consuma sustancias no puede constituir en sí mismo un motivo para limitar o vulnerar los mismos (Amador Muñoz, 2018). Sin embargo, existen serias deficiencias y contradicciones en cuanto a su garantía y protección, ya que los mismos continúan vulnerándose en estas poblaciones consumidoras.

Es por ello que, en contraste con dicha imagen de sujetos desdibujados y pasivos, la ley afirma que se debe asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos (Art. 3). Se les reconocen los derechos a: la intimidad; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a acceder a su historia clínica, y derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Art. 7) (Pawlowicz, 2015).

Esta normativa es el resultado de un largo proceso de trabajo de distintos actores del campo de la salud mental que sostenían la necesidad de superar ciertos modelos asistenciales e ir en búsqueda de nuevos caminos. “Esto formaría parte de un cambio de paradigma en la atención de la salud mental que busca reemplazar el modelo hospitalocéntrico por el comunitario” (Corda et al., 2014, p.44). Ello se expresa en el artículo N°11 de la ley, el cual promueve la organización de redes de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurnos y nocturnos, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales para satisfacer las

necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que favorezcan la inclusión social (Corda et al., 2014).

En este sentido, la ley promueve una gran diversidad de dispositivos para llevar a cabo los tratamientos en salud mental, normatizando la priorización de los tratamientos ambulatorios sobre aquellos que exigen el encierro institucional de los sujetos (Candil, 2013). Esto lo expresa en su artículo N°9 al declarar que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. El mismo, debe estar basado en los principios de la atención primaria de la salud y orientarse al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Debido a ello, estos lineamientos traen como consecuencia que los dispositivos y estrategias de intervención existentes deban ser revisados. Al mismo tiempo que, nos lleva a repensar nuestras concepciones y prácticas.

Resulta fundamental comprender que la continuidad de los sujetos, con sus vínculos afectivos, en su entorno y cotidianeidad, evitando de este modo la internación, no implicaría una ausencia de terapéuticas (Candil, 2013). No debería concebirse que otros dispositivos asistenciales, que no impliquen un tratamiento en instituciones cerradas, tengan menos eficacia. De igual modo, también resulta cuestionable la eficacia de estos abordajes abstencionistas en instituciones cerradas. Considero que aislarlos no sería la solución, ya que el sujeto no podrá permanecer eternamente encerrado. Por lo que, en algún momento deberá salir y volver a vincularse con su entorno socioafectivo, del cual se lo separó. Por lo tanto, sería significativo que él mismo pueda problematizar su consumo, a través de terapéuticas en las cuales se mantenga en su verdadero entorno social y comunitario, debido a que, tarde o temprano, seguirá inmerso en el mismo.

En consonancia con ello, la ley exige que se destierren algunas prácticas que se supieron implementar, tales como impedir la comunicación del usuario con sus allegados (Pawlowicz, 2015). No podemos perder de vista que, en las internaciones en comunidades terapéuticas, es de suma frecuencia utilizar el aislamiento de los familiares, impidiendo el contacto con ellos durante los primeros meses de tratamiento. Y la realidad es que esa práctica está prohibida expresamente por esta normativa y quizás es desconocida, tanto por los usuarios como sus allegados (Trimboli, 2017). Por lo que, en estas instituciones, los lazos socioafectivos más que reforzarse, podrían verse dificultados, producto del aislamiento.

Debido a las múltiples vulneraciones de derechos, la ley introduce aportes significativos y contundentes respecto a la internación. La misma expresa, en su artículo N°14, que dicha intervención es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo. De modo que, sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Por lo que, no es recomendable hasta no haber comprobado que otras intervenciones posibles, menos invasivas y limitantes de la libertad ambulatoria, no han funcionado. Solo será aplicada en aquellas excepciones que, por razones terapéuticas debidamente fundamentadas, así lo establezca el equipo de salud interviniente. Una de dichas razones es, por ejemplo, comprobar que existe riesgo cierto e inminente para sí mismo o para terceros.

De esta manera, no se desconoce que, en algunos casos, la internación se torna inevitable y necesaria. Aún así, la ley prevé determinados requisitos que la misma debería cumplir. Entre ellos, su duración debe ser lo más breve posible (Art. 15), y debe realizarse en salas de internación de salud mental en hospitales generales (Art. 28). Estos aspectos entran en contradicción con lo que realmente sucede en las comunidades terapéuticas, ya que, las internaciones en las mismas, en ocasiones, suelen durar años (Trimboli, 2017). Ello no debería ocurrir, dado que como consecuencia de una prolongada institucionalización, se suman otras problemáticas o efectos no deseados, tales como la pérdida de autonomía (Faraone y Barcala, 2020). Por otro lado, el artículo N° 14 ordena

que no será admitida la utilización de salas de aislamiento. De modo que aquí

16

hallaríamos otra práctica que dichos establecimientos utilizan con gran frecuencia y que no respetaría la normativa vigente.

A su vez, la ley introduce otros aportes de suma relevancia. Entre ellos, la participación activa de los sujetos en el proceso y la necesidad del consentimiento informado para poder llevar a cabo la internación. También el requerimiento de una evaluación y de un diagnóstico interdisciplinario e integral, junto con motivos que justifican dicha intervención. Los mismos, deben contar con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra (Art. 16). Al mismo tiempo que la persona internada, bajo su consentimiento, podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación (Art. 18), y quienes lo estén involuntariamente también pueden ser externados por decisión de los profesionales.

Estos avances resultaron de gran significación, puesto que antes de la sanción de la ley, por “protección de persona” un tercero podía hacer una denuncia civil solicitando la internación de un sujeto que atravesaba un consumo problemático. Esta era la estrategia a la que más se recurría, al ser poco probable que sean los propios usuarios quienes pidan o presenten su consentimiento para hacer un tratamiento. A su vez, la misma era recurrente por la falta de una política territorial y más “amigable” con esta población (Garbi, 2016). De esta manera, se le exigía al Estado su intervención en esta problemática para vehicular las internaciones cuando los usuarios se resistían a internarse. Es decir, se la utilizaba como una herramienta para que el mismo opere como “garante” de la internación. Sin embargo, los tratamientos quedaban, en general, en manos de instituciones conveniadas con el Estado, pero con un muy escaso y deficiente control y seguimiento por parte de este último (Garbi, 2016).

A partir de la Ley de Salud Mental, esta estrategia se vio modificada justamente por la necesaria evaluación del equipo profesional. Como consecuencia, se han establecido barreras u obstáculos para tramitar rápidamente dicha intervención. De esta manera, se limita la posibilidad de generar internaciones injustificadas o forzadas, que vulneran los derechos de los usuarios (Garbi, 2016). Frente a las mismas, la ley establece que en caso de que la internación, involuntaria o voluntaria, fuera prolongada, que las condiciones de la misma deben ser supervisadas periódicamente por el órgano de revisión (Art. 7).

Aún así, lo llamativo es que, a pesar de dichos avances y de los obstáculos al proceso de internación en instituciones monovalentes, dicha modalidad continúa siendo uno de los modos hegemónicos de tratar los consumos problemáticos. Visto y considerando que sigue siendo una herramienta terapéutica recurrente, sería una necesidad y urgencia adaptar las metodologías de las instituciones, tales como las comunidades terapéuticas, a lo reglamentado por la ley. Tal como lo expresa en su artículo N° 27, no pueden crearse nuevas instituciones monovalentes. Y las ya existentes deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos.

De esta manera, para el año 2020 ya no deberían existir dichos establecimientos. Sin embargo, transitamos el año 2023 y es de público conocimiento que los mismos aún no han cerrado sus puertas, ni se han transformado en dispositivos comunitarios. Ello debería ocurrir, ya que las comunidades terapéuticas son consideradas monovalentes, debido a que son instituciones que exclusivamente se dedican a abordar los consumos problemáticos como única especialidad. Por lo que, urge aún que en estas instituciones se efectúen dichos cambios. Entre ellos, se deben incluir nuevas prácticas, flexibilizar los programas, ajustar los tiempos y objetivos del tratamiento en función de las problemáticas

de cada sujeto, lograr mayor interacción con otros servicios de salud e integración de las estrategias ambulatorias, entre otros (Garbi, 2016). Lo que nos interroga es por qué aún no han efectuado dichas modificaciones. Las mismas, deberían efectuarse, ya que las comunidades terapéuticas no estarían vinculadas al paradigma de derechos, sino al paradigma que criminaliza y vulnera al sujeto, facilitando el despliegue de políticas represivas. Es por ello que, reiteradas denuncias provenientes de diversos organismos

17

ponen en duda el cumplimiento del tratamiento de los consumos problemáticos en el marco de la Ley de Salud Mental (Faraone y Barcala, 2020).

Podemos pensar que uno de los posibles obstáculos a este no cumplimiento pleno sea que aún sigue vigente la Ley de Estupeficientes N° 23.737, del año 1989. La misma no considera a los consumos problemáticos desde un enfoque sanitario, sino penal. Es así como penaliza la tenencia de sustancias para el consumo personal, con una pena de 1 mes a 2 años (Art. 14). Es el juez quien puede dejar en suspenso dicha pena si el sujeto se somete a una medida de seguridad curativa para su desintoxicación y rehabilitación (Art. 17). Si el resultado es satisfactorio, no le será aplicada la pena. Pero si transcurridos 2 años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación, por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad. Es por ello que muchos usuarios acudían y acuden a las comunidades terapéuticas para llevar a cabo los tratamientos, evitando así ir a prisión. Si bien la penalización de la tenencia para consumo personal fue declarada inconstitucional por el “Fallo Arriola”, hasta que no se reforme la ley puede dar lugar a diferentes interpretaciones (Pawlowicz, 2015).

De modo que, podemos sostener que a pesar de los progresos, aún quedan numerosas deudas pendientes. Lo que reglamenta la ley respecto a los tratamientos indudablemente es una conquista. Sin embargo, cuando estos postulados se trasladan a la cotidianidad de los usuarios, pueden quedar en entredicho. Ello se debe a la vigencia de prácticas que impugnan lo que dicho encuadre jurídico postula como deseable en el abordaje a la salud mental de los sujetos (Candil, 2013). De esta manera, nos enfrentamos con una brecha. Por un lado, la ley Nacional de Salud Mental que promulga y declara transformaciones favorables para los tratamientos. Y por otro lado, ciertas resistencias que se observan en algunas prácticas institucionales a la hora de aplicarlas (Pawlowicz, 2015). Si bien no podemos negar que existen prácticas aisladas en concordancia con la normativa, aún falta una mayor incorporación y sistematización de estas (Basílico et al., 2021). Para ello, “Es necesario la participación y el compromiso de todos/as para lograr convertir la letra de estas normas en letra viva” (Pawlowicz, 2015, p.27).

Estas deudas pueden deberse a que la sanción de una ley no alcanza para cambiar por completo el paradigma anterior (Basílico et al., 2021). Es por ello que, pese a las modificaciones y apuestas por un cambio en el abordaje de los consumos problemáticos, las concepciones correspondientes al paradigma prohibicionista abstencionista continúan operando. Por esta razón, el modo dominante de tratar esta problemática ha sido y continúa siendo las políticas terapéuticas centradas en el disciplinamiento social y la normalización de las conductas de los sujetos, en instituciones cerradas (Garbi, 2016). De esta manera, dificultan el desarrollo total de dispositivos de base comunitaria adecuados a la visión de los usuarios de sustancias como sujetos de derechos (Corda et al., 2014).

En estos dispositivos, suele ocurrir que el problema queda reducido a una clasificación o un diagnóstico. A partir del mismo, se concibe que todos los sujetos que atraviesan un consumo problemático padecen lo mismo. Por lo tanto, les es conveniente un mismo tipo de tratamiento, aplicando indistintamente a todos los usuarios de igual manera (Díaz Placencia, 2018). A mi parecer, no resulta pertinente generalizar,

considerando que un mismo dispositivo resultará eficaz para todos por igual. Ello se debe a que, si bien todos están atravesando una situación de consumo problemático, para cada sujeto será diferente. Al mismo tiempo que, una misma modalidad de tratamiento puede no tener la misma eficacia para la totalidad de los usuarios. Sino que, las mismas podrán tener mayor o menor efectividad de acuerdo a cada subjetividad.

Es por ello que, los tratamientos deberían adecuarse a las singularidades de cada caso, variando los objetivos y criterios de sujeto a sujeto. Ello se debe a que, cada caso es único, debido a que cada quien presentará diversas necesidades, intereses, motivaciones y posibilidades de tratamiento, no sólo en un aspecto psíquico, sino también social, familiar, laboral, entre otros (Trimboli, 2017). De esta manera, resulta necesario

18

poder construir estrategias de acuerdo a los particularidades de cada caso, ya que no todos los usuarios necesitarán los mismos recursos profesionales o materiales (Goltzman y Amorín, 2013). De modo que, resulta fundamental que el dispositivo terapéutico le otorgue valor a la palabra y a la historia de cada sujeto (Tapia Ugalde, 2018). Al mismo tiempo que, se respete su capacidad de elección y decisión desde una mirada ética, respetando su autonomía y absteniéndose de obstruir su subjetividad (Trimboli, 2017).

Conclusiones

A modo de cierre, podemos concluir que los consumos problemáticos son una temática que implica múltiples dimensiones y aspectos. Por lo que, resulta necesario y pertinente poder dar cuenta de la complejidad que supone la problemática, sin caer en

reduccionismos. Ello implicaría, analizar el fenómeno más allá de las sustancias o la práctica de consumo en sí. A su vez, que el mismo no quede reducido a conceptualizaciones y abordajes simplistas y rígidos. Considero que, si de verdad se pretende incidir favorablemente en la misma, no debería caerse en respuestas totalizadoras y cerradas. Al mismo tiempo que, sean cuales fueran dichas respuestas, no deberían implicar la posibilidad de una sanción o castigo, ya que eso lejos está de ser terapéutico.

De esta manera, considero que resulta necesario deconstruir y repensar las concepciones y prácticas vigentes. Ello se posibilita gracias a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. La misma, nos obliga a revisar los modelos de intervención y abordaje ya existentes, para que los mismos sean acordes a un respeto de los derechos humanos. Al mismo tiempo que, debemos priorizar la atención terapéutica con un enfoque interdisciplinario, intersectorial, social y comunitario, De modo que, ciertas modalidades de abordaje de los consumos problemáticos, entrarían en contradicción por lo reglamentado en la misma.

A razón de los aportes que nos brinda la ley, nos interrogamos acerca de la naturalización de la internación en instituciones cerradas, tales como las comunidades terapéuticas, como recurso primordial para el abordaje de los consumos problemáticos. El hecho de continuar con dicha práctica, ¿acaso no implicaría seguir reproduciendo un modelo de atención manicomial? Siendo que la OMS y la Ley Nacional de Salud Mental reconocen a la temática como una problemática incluida dentro del campo de la salud, resulta enigmático por qué aún se sigue recurriendo prioritariamente a dicha modalidad. Puesto que, otros padecimientos del ámbito salud no implican esa respuesta coercitiva. ¿Acaso ocurre por los estigmas y prejuicios que recaen sobre los consumos problemáticos? A su vez, si son reconocidos en el campo de la salud, ¿por qué en la mayoría de las comunidades terapéuticas las intervenciones la llevan a cabo un equipo no profesional de “ex-adictos” u operadores?, ¿acaso eso ocurre con cualquier otro diagnóstico de salud mental?

A mi entender, los tratamientos en dichas instituciones no logran los objetivos esperados, puesto que desde el disciplinamiento y el castigo no se pueden esperar efectos deseados. A su vez, porque se aísla al sujeto de su entorno, vulnerando sus derechos. Al mismo tiempo que, suelen ser tratados como “delincuentes” o “desviados”, más que como sujetos que están atravesando un padecimiento subjetivo. Por último, porque son tratamientos prohibicionistas, que ponen el eje en la sustancia, dejando de lado la subjetividad y las particularidades de cada caso. Como consecuencia, esto lleva a interrogarme realmente el fin terapéutico que presentan dichas instituciones, ya que ¿un sujeto realmente aborda su malestar subjetivo a partir de realizar tareas domésticas y recibir castigo?, ¿desde el disciplinamiento e inculcación de conductas y hábitos se resuelve la problemática?, ¿se respeta la subjetividad de cada usuario?, ¿se aborda realmente el padecimiento subjetivo que se encuentra por detrás de la práctica de consumo?

A pesar de ello, no se descarta que dicha modalidad de tratamiento pueda resultar eficaz para algunos sujetos. Aún así, considero que en la actualidad, existen otras opciones que, desde un enfoque de derechos y de reducción de riesgos y daños, no conciben la internación, la abstinencia y la separación del entorno como medidas necesarias para poder abordar la problemática. Asimismo, sostengo que de no ser necesario, dicho aislamiento, alejando al sujeto de su entorno, puede desencadenar un agravamiento del proceso. Es por ello que, resultaría fundamental contemplar previamente otras modalidades de tratamientos menos restrictivas.

múltiples y variadas, de acuerdo a las necesidades de cada sujeto. No podemos perder de vista que, por más que todos estén atravesando una situación de consumo problemático, cada caso será diferente. Debido a esto, no deberían aplicarse modalidades de tratamiento, predeterminadas de antemano, para todos los usuarios por igual. Desde esta perspectiva, suele concebirse que lo problemático es el consumo. De esta manera, al creerse que se sabe la causa de antemano, se considera que el problema se resuelve eliminando dicha práctica, a partir de aplicar medidas prohibicionistas y abstencionistas.

Considero que, el fin no debería ser obligar a los usuarios a una abstinencia desde el inicio, reprimiendo sus ganas o necesidad de consumir o centrando toda su energía en evitar la tentación de hacerlo. Al mismo tiempo que, deben soportar el malestar, tanto psíquico como físico, que desencadena el cese abrupto del consumo. Por lo tanto, estos aspectos, llevan a interrogarnos si ¿realmente resulta eficaz prohibirle algo a un sujeto o tomar decisiones a la fuerza por él? Por algo ocurre que esos tratamientos, desde la lógica que abordan, suelen tener un gran índice de fracaso, ya que los usuarios salen de la internación y vuelven a consumir. Ello se debe a que no se ha dado lugar realmente a lo problemático de dicho consumo.

Resulta sencillo considerar que se ha logrado resolver el problema de consumo si se tiene al sujeto internado en una institución, bajo normativas restrictivas, obligado a cumplirlas para avanzar en su tratamiento y privado de todo contacto con la sustancia y su entorno. ¿Y una vez que sale de la misma?, ¿realmente se “resuelve” el problema o sólo queda en pausa el tiempo que dure su paso por la institución? Es por ello que, considero que desde la prohibición no se logran grandes cambios. A su vez, si el propósito del sujeto es abandonar el consumo, será un proceso. Asimismo, comprender que quizás el objetivo que tenga no sea abandonar dicha práctica, sino hacer que su consumo deje de ser problemático. De esta manera, entendemos que no todo consumo es un consumo problemático.

Desde estas lógicas reduccionistas, se produciría un borramiento del sujeto, imposibilitando escuchar más allá de aquello que esté en relación con la práctica de consumo. Es decir, se descuidarían otros aspectos de la vida del sujeto que son fundamentales para llevar a cabo un trabajo integral en conjunto. Es por esto que, remarco que lo problemático no es la sustancia, sino la historia singular que se encuentra más allá del consumo. Si no se da lugar a la misma, dichos tratamientos podrían tornarse ineficaces para los sujetos.

Por el contrario a esta modalidad de tratamiento, considero que resulta necesario, desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, alojar y acompañar a los usuarios a lo largo del proceso. A su vez, propiciar espacios de escucha y confianza, que den lugar a la palabra de los usuarios. Esto permitirá, a lo largo del proceso, que el discurso del sujeto aparezca y logre así, trabajar en torno a aquello que el consumo oculta o enmascara. De esta manera, habría lugar para que pueda desplegar su historia, reconocimiento o adquiriendo nuevos sentidos en torno a su padecimiento subjetivo. Al mismo tiempo que, podría abrir nuevos interrogantes que quizás, le permitan cambiar las circunstancias en las que se encuentra inmerso o encontrar nuevas respuestas a su sufrimiento.

Por todos estos aspectos, se concluye que, es necesario concebir que hay múltiples modalidades de tratamientos, sin necesidad de recurrir a la internación en instituciones cerradas, tales como las comunidades terapéuticas. Considero que, antes de apelar a dicha modalidad, sería fundamental pensar otros caminos posibles. Estos, deberían implicar tratamientos menos invasivos o en su defecto, que las internaciones sean acordes a lo expresado en la ley. A mi entender, no deberíamos nunca, a la hora de pensar nuestras intervenciones, dejar de enfocarnos en el sujeto. De modo que, resulta pertinente correr de la demanda compulsiva de internación, sin comprender y pasando por alto lo que el sujeto quiere y necesita. Al mismo tiempo que, deberíamos

trabajar con lo que cada uno puede, sin exigirle algo a lo que no pueda responder o que le genere mayor sufrimiento.

Aún así, es preciso dar cuenta de que, por muchos avances que se han producido, las internaciones prolongadas, las prácticas violentas y los castigos en salud mental siguen existiendo. Por ello, concibo que es fundamental reconocerlo y no apartar la mirada hacia otro lado. Por el contrario, deberían continuar abriéndose estos debates y poniendo en tela de juicio las prácticas que violan y vulneran los derechos humanos de los usuarios en salud mental, quienes no deberían nunca perder su condición de sujetos de derechos. Todo abordaje en salud mental debería ser un instrumento de apoyo y acompañamiento, no de castigo, opresión y disciplinamiento. Al mismo tiempo que, las intervenciones deberían ayudar a los sujetos a problematizar o encontrar nuevas respuestas a su padecimiento, no producir un mayor malestar.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, L (2022, 23 de febrero). Denuncian que cuatro personas murieron intoxicadas en una comunidad terapéutica de Pilar. *Titulares*. <https://titulares.ar/denuncian-que-cuatro-personas-murieron-intoxicadas-en-una-comunidad-terapeutica-de-pilar-titulares/>
- Amador Muñoz, G. (2018). El consumo de drogas es Costa Rica: políticas en salud y educación. En L. Gersberg (Ed.), *Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos* (pp. 201-207). Noveduc.
- APRECOD (2017). *Documento orientativo para la prevención y tratamiento de los*

- consumos problemáticos*. Santa Fe.
- Basilico, D., Sapienza, C., Rosa, M. y Jeifetz, V. (2021). Exclusiones y rechazos en el campo de las adicciones: un estudio cualitativo sobre la implementación de la ley argentina de salud mental y adicciones. *Revista Cultura y Droga*, 26(31), 71-94. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/4361>
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Bianchi, E. y Lorenzo, G. (2011). *Instituciones totales, disciplina y encierro. Reflexiones acerca de su vigencia analítica actual*. IX Reunión de Antropología de Mercosur. Candil, A.L. (2013) *Repensar el encierro. Una aproximación a las (des)articulaciones entre las prácticas de la vida y las políticas de estado sobre los usos de drogas*. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social.
- Cymerman, P. (2010). Argumentos para un debate sobre políticas de drogas En G. Touzé y P. Goltzman (Ed.), *Aportes para una nueva política de drogas: V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas* (pp. 217-227). Intercambios Asociación Civil.
- Corda, R., Galante, A., y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. Intercambios Asociación Civil.
- Díaz Placencia, I. (2018). Un dispositivo interdisciplinario con orientación psicoanalítica para un tratamiento posible de consumos problemáticos de sustancias. En L. Gersberg (Ed.), *Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos* (pp. 211-224). Noveduc.
- Fantón, M. (2011). *La violencia explícita y encubierta en la clínica de las adicciones*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores Argentina.
- Galende, E. (2020). Prólogo. En S. Faraone y A. Barcala (Ed.), *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible* (pp. 13-18). Editorial Teseo.
- Galfré, P. (2017). *La comunidad: viaje al abismo de una granja de rehabilitación*. Sudestada.
- Galfré, P. (2022, 23 de abril). Investigación. ¿Quiénes son los responsables por la masacre en la granja Resiliencia San Fernando de Pilar? *La izquierda diario*. <https://www.laizquierdadiario.com/Quienes-son-los-responsables-por-la-masacre-en-la-granja-Resiliencia-San-Fernando-de-Pilar>
- 23
- Galfré, P. (2022, 28 de febrero). Tribuna abierta. Muertes violentas en granjas de rehabilitación: algo tiene que cambiar. *La izquierda diario*. <https://www.laizquierdadiario.com/Muertes-violentas-en-granjas-de-rehabilitacion-algo-tiene-que-cambiar>
- Garbi, S. (2016). *De aislamientos y encierros. Modos “legos” y “expertos” de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Editorial Teseo.
- Garbi, S. (2021). Consumos de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral

- y comunitario. *Revista Argentina de Medicina* 2021; 9(3):174-180. <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/620/526>
- Gersberg, L. (Ed.). (2018). *Clínica de las adicciones: Mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias. Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos*. Noveduc.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Goltzman, P. y Amorín, M.E. (2013). *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Intercambios.
- Goltzman, P. (2016). *Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales*. Intercambios Asociación Civil.
- Güelman, M. (2022, 28 de marzo). Tratamientos para los consumos problemáticos de drogas y vulneración de derechos. Algunas reflexiones a partir de la muerte de cuatro personas en una comunidad terapéutica de Pilar. *Infobae*. <https://www.infobae.com/opinion/2022/03/28/tratamientos-para-los-consumos-problematicos-de-drogas-y-vulneracion-de-derechos/>
- Kameniecki, M. (2018). Sobre el fenómeno de la droga y los frascos en su consumo. En L. Gersberg (Ed.), *Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos* (pp. 45-60). Noveduc.
- Lauriti, S. y Villamayor, C. (2018). De las adicciones a los consumos problemáticos. En L. Gersberg (Ed.), *Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos* (pp. 87-96). Noveduc.
- Lardizabal, M. (2014). *Tóxicos para vivir*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
Ley de Tenencia y Tráfico de Estupeficientes (23737/1989). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138>
Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (26934/2014) <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/adicciones-y-consumos-problematicos>
- 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.
- Pawlowicz, M.P., Rossi, D., Galante, A., Faraone, S., Goltzman, P., Zunino Singh, D., Touze, G., Silberberg, M. y Cymerman, P. (2006). *Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario*. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en Psicología - II Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Pawlowicz, M. P. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Voces en el Fénix*, vol. 42, pp. 20-27. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/ley-de-salud-mental-apuesta-a-un-cambio-de-paradigma-y-oportunidades-para-una-reforma-en-las-politicas-de-drogas/>

- abordajes, proyectos y dispositivos* (pp. 61-85). Noveduc.
- Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Resolución 2177/2013 de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina.
- Rshaid, J.M. (Ed.). (2009). *Comunidad Terapéutica Cerrada para la asistencia de drogadependientes: una elección hacia la libertad*. En el Sur Ediciones. Soronik, P. (2010). Bioética y derechos humanos en dispositivos asistenciales. En G. Touzé y P. Goltzman (Ed.), *Aportes para una nueva política de drogas: V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas* (pp. 217-227). Intercambios Asociación Civil.
- Tapia Ugalde, N. (2018). De la entrevista inicial y el trabajo terapéutico con las madres de los consumidores. En L. Gersberg (Ed.), *Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos* (pp. 225-230). Noveduc.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Intercambios Asociación Civil.
- Touzé, G; Pawlowicz, M.P; Rossi, D; Goltzman, P y Cymerman, P. (2008). *Consumo de drogas en Argentina*. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. Trimboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas: Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*. Noveduc.