

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Pastores, psicólogos y psiquiatras [Priests, psychologists and psychiatrists]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Levin, Luciano Guillermo
Publisher	ISO-CYTE
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-26 10:13:57
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215821



Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005

**Luciano Guillermo
Levin**

Centro de Ciencia,
Tecnología y Sociedad,
Universidad Maimónides,
Argentina.

lucianolevin@gmail.com

Resumen

En la Argentina, existen una infinidad de instituciones que se dedican al tratamiento de adictos a sustancias psicoactivas. Desde el Estado, sin embargo, se siguen básicamente dos estrategias en la actualidad: a) atención primaria en hospitales públicos y en el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y b) a través de la Secretaría de Programación para la Prevención de La Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) donde se ofrecen becas para tratamientos ambulatorios y residenciales en instituciones especializadas. Sin embargo, esas estrategias responden a concepciones diferentes del fenómeno adictivo y no poseen un marco coherente de funcionamiento. En este texto, presentamos una historia interpretativa que aporte elementos para la comprensión de los condicionantes históricos, institucionales y cognitivos que llevaron a esta configuración.

Palabras clave

Adicciones, tratamientos para adictos, SEDRONAR, CENARESO, comunidad terapéutica.

Recibido: Feb. 2013.

Aprobado para
publicación: Jun. 2013.

Priests, psychologists and psychiatrists. Public treatments for addicts in Argentina, 1970-2005

Abstract

In Argentina, there are several institutions dedicated to treat addicts to psychoactive substances. From the State, however, at present there are essentially two strategies: a) primary care in public hospitals and in the National Centre for Social Rehabilitation (CENARESO), and b) through the Secretariat for the Prevention of Drug Addiction and Fight against Drug Traffic (SEDRONAR) with scholarships to afford residential treatments. However, these strategies show different conceptions of the addictive phenomenon and do not show a coherent working framework. In this paper we present an interpretative history to provide elements for understanding the historical, institutional and cognitive factors that led to this configuration.

Keywords

Addictions, drug addiction treatments, SEDRONAR, CENARESO, therapeutic community.

1. Introducción

En la Argentina, existen una infinidad de instituciones que se dedican al tratamiento de adictos a sustancias psicoactivas. Desde el Estado, sin embargo, se siguen básicamente dos estrategias en la actualidad: a) atención primaria en hospitales públicos y en el Centro nacional de Reeducción Social (CENARESO) y b) a través de la Secretaría de Programación para la Prevención de La Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) se ofrecen becas y asesoramiento para tratamientos ambulatorios y residenciales en instituciones especializadas, principalmente comunidades terapéuticas. En este texto, presentamos una historia de estos tratamientos con el objetivo de comprender como llegaron a consolidarse estas estrategias que, aunque son impulsadas por el Estado, responden a abordajes y comprensiones de la salud y de las adicciones completamente diferentes.

Esta investigación es parte de los resultados de una tesis doctoral realizado entre los años 2006 y 2009. Se han consultado extensamente fuentes primarias, se han recorrido las diferentes instituciones rastreando, muchas veces hasta el domicilio de viejos empleados, los documentos relevantes para contar esta historia. Se han utilizado tanto documentos oficiales, como leyes, decretos y convenios de colaboración, se han consultado leyes y se han realizado muchas entrevistas a informantes clave. Todo ello converge en contar una historia que, hasta el momento, no ha sido descrita en su totalidad.

Para comenzar, debemos señalar que, contrariamente a lo que cierto sentido común indica, la atención de adictos en hospitales locales es un fenómeno relativamente reciente (el primer servicio en hospitales surgió en el Borda en 1971 mientras que los servicios de los hospitales Álvarez, Fernández y Ramos Mejía fueron creados a finales de la década de 1980), y son pocos los hospitales que poseen un mecanismo concreto de atención de adictos. La estrategia hospitalaria, sin embargo, ofrece un tipo de tratamiento que busca atender a la población menos comprometida. Se atienden de este modo a las personas que se acercan espontáneamente y presentan características de consumo moderado y que pueden sostener por sí mismas (o mediante cierto apoyo contextual) un tratamiento. Prácticamente, a excepción del Hospital Fernández no hay, en los hospitales públicos, mecanismos de internación que contemplen casos severos de adicción que necesiten desintoxicación aguda. De este modo, los hospitales trabajan con diferentes estrategias, pero que se identifican por poseer tratamientos no residenciales y, principalmente, abordajes psicoanalíticos. Por otro lado, desde 1973 existe el

CENARESO, el único hospital público especializado en adicciones y que como tal, brinda tanto tratamientos ambulatorios como residenciales.

Cuando un caso necesita internación, se activa otro mecanismo, el que implementa la SEDRONAR que ofrece un enorme abanico de instituciones (entre las que también se incluye al CENARESO) que brindan tratamientos residenciales. La mayor parte de estas instituciones se pueden clasificar en la modalidad de comunidad terapéutica.

Sin embargo, estos mecanismos (hospitales públicos, CENARESO, comunidades terapéuticas, otras instituciones de SEDRONAR), presentan estrategias de atención completamente diferentes. No solamente en lo que respecta a la complejidad de los casos. Las comunidades terapéuticas, los hospitales y el CENARESO trabajan bajo diferentes supuestos cognitivos y concepciones sociales de la adicción, sin que haya una unificación de criterios aparente entre ellos y/o por parte del Estado. De este modo, un adicto que, por ejemplo, pasa tres meses internado en una comunidad terapéutica, derivado allí por SEDRONAR y que posteriormente requiere una atención ambulatoria, se ve sometido a dos tipos de tratamientos que, muchas veces, son contradictorios entre sí o, en el mejor de los casos, no se interfieren directamente, pero toman como objeto de tratamiento elementos completamente diferentes (sujeto social, síntoma lacaniano, cerebro adicto, etc.).

A continuación describimos las principales instituciones de atención de la adicción y sus estrategias terapéuticas: el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), el CENARESO, la SEDRONAR y las comunidades terapéuticas.

2. Fondo de Ayuda Toxicológica

En 1964 se creó el Fondo de Ayuda Toxicológica [FAT], hoy una entidad civil y sin fines de lucro. Su creación estuvo asociada a la Cátedra de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires [UBA] dirigida en ese entonces por el Profesor Alberto I. Calabrese. Desde sus comienzos, el FAT fomentó la investigación en prevención y comenzó la tarea de realizar tratamientos. Es la primera noticia que tenemos de una institución de cualquier tipo que realiza tratamientos en forma específica en el país.

Esta institución nace como un servicio asistencial de la Cátedra, la primer Cátedra de Toxicología del mundo (Calabrese, 1970). Desde allí se propuso, del mismo modo que lo que se hacía en otras cátedras de la Facultad de Medicina, brindar dispositivos de asistencia. Así, a comienzos de la década de 1960 era el único servicio especializado en el país. Atendía la totalidad de la demanda de pruebas toxicológicas de los juzgados referentes a toxicología laboral y criminal. Esto le daba cierto poder dentro de la vida política universitaria (Weissmann, 2002) situación que le permitía conseguir recursos y, sobre todo, vínculos con entidades policiales y judiciales que le otorgaba acceso a otros niveles de decisión política, puesto que sus responsables interactuaban permanentemente con comisarios, jueces e incluso políticos que querían mantener buenas relaciones con este servicio (el de toxicología forense) (Calabrese, 2010, entrevista personal).

Entre los colaboradores de Calabrese se encontraba Emilio Astolfi, su principal discípulo. Astolfi logró que Calabrese desdoblara la cátedra en la que él era titular, abriendo una segunda cátedra, que quedó a su cargo. Rápidamente, esta segunda creció en recursos y en ocupación del espacio físico (Weissmann, 2002) y las relaciones entre Calabrese y Astolfi se volvieron tensas.

En lo que respecta a las toxicomanías, Astolfi y Calabrese defendían posiciones encontradas. Mientras que el primero impulsaba una concepción de las toxicomanías eminentemente toxicológica, el segundo tendía a los modelos psicodinámicos que integraban la psiquiatría y la psicología. Entre otros factores que podían influir en esta "desviación" de Calabrese de sus intereses disciplinares concretos, tal como era vista a los ojos de Astolfi, podemos señalar que su esposa era psiquiatra y sus hijos se habían recibido de psicología y sociología respectivamente. Los tres desempeñarían roles importantes en la creación y el desarrollo del FAT.

Hacia mediados de la década de 1960 comenzaron a llegar a la Cátedra las primeras consultas de intoxicaciones por drogas, principalmente por alcohol y morfina. Ocurrían, sobre todo, en personajes de la noche, "tangueros", que buscaban ayuda cuando se sentían muy mal, pero no pretendían liberarse de su adicción (Calabrese, 2010, entrevista personal; Touzé, 2006). También recurrían al servicio médicos que se habían hecho adictos a la morfina, tendencia que se observaba en todo el mundo desde el siglo XVIII (Courtwright, 1983; Davenport-Hines, 2003). Ante esta demanda, la esposa del Dr. Calabrese, Carmen Destilo de Calabrese, médica psiquiatra, junto con la Dra. Azorey crean el primer consultorio psiquiátrico

toxicológico del país dentro de la Cátedra de Toxicología (Damin, 2008, entrevista personal; Weissmann, 2002).

En 1966, se establece un convenio entre la Secretaría de Salud Pública y la Cátedra mediante el cual se crea el CEPRETOX, el Centro de Prevención de las Toxicomanías y el CENIATOX, el Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica, financiados por Salud Pública. El primero de estos centros estaba focalizado en la drogodependencia, mientras que el CENIATOX debía responder a consultas toxicológicas más amplias. Adicionalmente, CENIATOX tenía como objetivo la formación de equipos y centros similares en el interior del país. De este modo, el convenio dio origen a la formación de centros regionales en numerosas ciudades del interior (Damin, 2008; Donnewald, 2008; entrevistas personales), en las que se ofrecieron cursos y ficheros especiales para la ayuda toxicológica de urgencia, tanto en adicciones como en otras problemáticas toxicológicas (Calabrese, 2010, entrevista personal), tomando como modelos aquellos que se habían diseñado desde este ámbito institucional para el hospital de niños (Calabrese, 2010, entrevista personal). El CEPRETOX era un centro en el que se realizaban tratamientos ambulatorios al mismo tiempo que se brindaba información a la población en forma telefónica, mediante charlas a la comunidad y a través de tareas de prevención (Touzé, 2006).

Más tarde, ya en los comienzos de la década de 1970 se crea, en la misma Cátedra, APPUE, la Asociación de Padres para la Prevención del Uso de Estupefacientes. A partir de un convenio establecido con esa Asociación, CEPRETOX expande sus actividades y comienza a brindar apoyo en hospitales públicos y colabora con el Servicio 30 bis (Servicio de Toxicomanías), recientemente creado (1970-71) en el Hospital José T. Borda.

El Servicio de Toxicomanías del Borda ofrecía internaciones. Allí eran depositados los jóvenes que eran apresados por la policía, principalmente consumidores de marihuana, que tenían pequeñas cantidades en su poder. Hasta la apertura del Servicio del Hospital Borda no hubo, en la Argentina, un lugar en donde los usuarios de drogas pudieran ser observados diferencialmente de otras poblaciones. Los académicos, toxicólogos, psiquiatras y otros médicos concurrían al Borda a poner en práctica sus conocimientos teóricos. Se encontraban entonces con una población de "toxicómanos" que ya había sufrido una intensa selección, puesto que habían sido recogidos de la vía pública en función de su apariencia y su comportamiento. Según Aureano, aquí comienza a configurarse la versión local del estereotipo del adicto pues se entrecruzan, retroalimentándose, los discursos médicos y policiales. Los policías recogen de la calle adictos sucios, desprolijos y descuidados, en algunos casos delincuentes —pero no en

todos-, los llevan al Borda donde son observados por profesionales, quienes realizan descripciones y registran oficialmente los detalles en fichas médicas con las que establecen recomendaciones para el poder político (Astolfi, 1970; Aureano, 1998; Gazzano, 1970). Ninguna pregunta se realiza acerca de si existe otro tipo de adictos o del modo específico en el que estos consumidores fueron seleccionados.

Los CEPRETOX fueron cerrados en 1973, bajo la administración del Ministro de Bienestar Social José López Rega. A pesar de que en este período las profesiones progresistas de Salud Mental fueron abiertamente combatidas, el FAT recibía en la Facultad de Medicina a psicólogos y asistentes sociales como pasantes y aprendices, en un momento político en donde adquirir experiencia profesional en el área de toxicomanía era muy difícil (Calabrese, 2010, entrevista personal). La Cátedra ofrecía un espacio relativamente inviolable para las fuerzas de seguridad. Allí se formaron psicólogos y trabajadores sociales importantes en el campo de las adicciones en la actualidad, como Mauricio Tarrab (TyA), Graciela Touzé (Intercambios Asociación Civil) o Alfredo Carballeda.

Durante todo este período, que comienza en 1964 y, hasta la jubilación forzada de Calabrese, en 1980, la Cátedra de Toxicología y las instituciones asociadas: FAT, CENIATOX, CEPRETOX, APPUE, etc., dieron origen a una vasta producción tanto en términos de formación de recursos humanos como de asistencia a la población (Calabrese, 2010, entrevista personal; Touzé, 2006; Weissmann, 2002). Durante este período, también funcionó en esa cátedra la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías, presidida por Armando Maccagno, Miguel Ángel Materazzi como vice-presidente y Jorge Kiss como secretario. Astolfi y Calabrese, eran miembros honorarios. Estos académicos publicaron, en 1979 un libro titulado *Toxicomanías* (Astolfi et al., 1979), que fue una alternativa al *Manual Policial de las Toxicomanías*, publicado el mismo año por la Policía Federal, pero en el que se ven claramente las inclinaciones toxicológicas de los autores (Morillas, 1979).

A fines de la década de 1970 el FAT atendía entre 50 y 60 personas permanentemente. Brindaba servicio médico de urgencia, servicio de asistencia social y psiquiatría. Trabajaba activamente en prevención y había comenzado a vincularse con las primeras organizaciones de la sociedad civil que, por ese entonces, aun no se organizaban.

El FAT se proponía "apoyar al paciente para que encontrara un proyecto que dé sentido a su vida" bajo el supuesto de que el hombre es creador de su propio destino. Para el FAT, el adicto, en la década de 1970, se sentía contestatario, al mismo tiempo que era identificado como marginal (Tarrab, Calabrese y Calabrese, 1978).

El FAT cobró cierta relevancia internacional cuando, en 1975, la UNESCO publicó y recomendó, como estrategias para América Latina, un trabajo realizado por profesionales del mismo (Herrero et al., 1975). El modelo de abordaje propuesto por el FAT en este estudio era el "método circular", que aún se sostiene en la misma institución. Proponían un modelo al que llamaron "modelo ético social", como una propuesta superadora a los modelos propuestos por Helen Nowlis, el mismo año. La idea organizadora de este método no estaba en las sustancias, ni en los usuarios. Del mismo modo que el modelo socio-cultural (Nowlis, 1975), el modelo ético-social hacia eje en un contexto más amplio.

Cuando en 1980, el Dr. Calabrese fue jubilado obligatoriamente, el FAT tuvo que independizarse, puesto que solo funcionaba gracias al apoyo interno que recibía de la Cátedra, convirtiéndose de este modo en una ONG independiente. Desde su independización, el FAT fue dirigido por Alberto Calabrese hijo.

3. CENARESO

En el año 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social [CENARESO], la primera institución del Estado dedicada exclusivamente al tratamiento de los adictos.

Esta creación institucional es el resultado de, por un lado, un movimiento internacional promovido por la Organización de las Naciones Unidas, desde donde se comenzó a contemplar la necesidad de establecer centros asistenciales y de investigación en materia de tratamientos para las adicciones. Por otro, es una respuesta a lo que podríamos llamar la "primera ola" de demandas asistenciales que surgió en ese momento en los hospitales públicos nacionales. Pero, fundamentalmente, la creación del CENARESO es producto de la acción de Carlos Cagliotti. El objetivo de esta sección es comprender las razones que llevaron a esta creación institucional, los motivos que se encuentran detrás de la modalidad específica de atención que adoptó, y entender los cambios que sufrió esta institución a lo largo de casi cuatro décadas de existencia.

3.1. ANTECEDENTES

Hasta la década de 1960, la salud mental en la Argentina estaba dominada prácticamente por los dispositivos establecidos a finales del siglo anterior. En esa época se habían construido los primeros hospitales psiquiátricos, se organizaron las cátedras de psiquiatría y las primeras publicaciones. Los directores de estos hospicios eran los jefes de las cátedras y, hasta la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957, la asistencia a las clases magistrales que se dictaban dentro de los mismos, junto con las residencias, era la única vía para formarse como psiquiatra.

Durante la gestión peronista de Ramón Carrillo, que fue ministro de Salud Pública entre 1946 y 1954, se implementó una política asistencialista que tuvo un fuerte impacto en toda la estructura sanitaria del país. Sin embargo, se dejó a un lado la reorganización de los hospitales psiquiátricos. Carrillo era neurólogo y su concepción de la Salud Mental estaba lejos de los nuevos abordajes que se discutían en el mundo luego de la Segunda Guerra Mundial, siendo bien conocido su rechazo al psicoanálisis (Plotkin, 2003).

Finalizada la Segunda Guerra Mundial se generó un movimiento internacional de reestructuración de la psiquiatría. En 1953, la Organización Mundial de la Salud [OMS] promovió la concepción de "comunidad terapéutica" (CT), luego desarrollada por Maxwell Jones (Jones, 1970), como el dispositivo terapéutico ideal para un hospital psiquiátrico (OMS, 1953). Las mismas llegarían a nuestro país a finales de la década de 1960.

En 1957 se creó, mediante el decreto Nº 12.628 el Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], un organismo autárquico, que reemplazaba a la Dirección de establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental, en el marco de las políticas desarrollistas del gobierno militar posperonista del general Pedro Aramburu.

En la ley de creación del INSM se evidencia esta nueva forma de entender la actividad psiquiátrica, allí se establecían las finalidades del Instituto:

ARTÍCULO 2.- El Instituto Nacional de Salud Mental tendrá como finalidades fundamentales:

- a) Promover la salud mental;
- b) Prevenir las enfermedades mentales;
- c) Apoyar la investigación científica en esta materia;
- d) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales;
- e) Promover la máxima rehabilitación de estos enfermos;

- f) Prestar asesoramiento técnico en la materia a todos los organismos que lo soliciten;
- g) Apoyar, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la salud mental en los organismos nacionales y privados y, en coordinación con las respectivas autoridades, en los provinciales y municipales.

Los conceptos de "promoción", "prevención" e incluso el de "rehabilitación" son ajenos a las concepciones previas de la psiquiatría. Junto con este cambio de concepción, se otorga también un fuerte financiamiento. Una de las primeras acciones concretas promovidas desde el INSM fue la creación de la residencia en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres (actual Hospital Borda), donde se pudieron crear, por primera vez, recursos humanos en psiquiatría por fuera del sistema manicomial tradicional. La residencia estaba dirigida por Jorge García Badaracco, que también era psicoanalista. El programa de formación estaba inserto en los nuevos abordajes psiquiátricos que incluían a la Psiquiatría Dinámica, la Psiquiatría Social y al Psicoanálisis. El monopolio que ostentaban los psiquiatras clásicos sobre la salud mental comenzaba a romperse.

En 1966 se aprueba la ley de Ministerios (Ley 16.956) donde se crea el Ministerio de Bienestar Social. Recordemos que el Ministerio de Salud Pública, creado durante la presidencia de Perón en 1949, había sido disuelto en 1955 con el golpe de Estado, cuando se creó el Ministerio de Asistencia Social. Este Ministerio fue disuelto al poco tiempo por el general Aramburu. En 1958, el presidente Arturo Frondizi crea el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública mediante la ley 14.439, que es disuelto nuevamente, en 1966, mediante la mencionada ley. De esta forma, se subsume la Salud Pública en el Ministerio de Bienestar Social, incluyendo en el mismo una Secretaría de Estado de Salud Pública y una Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la comunidad, entre otras. Se incorporan de este modo, en 1966, a la estructura del Estado los elementos que venían siendo proclamados al nivel del discurso, tanto desde el INSM como desde diversos foros profesionales.

El surgimiento del concepto de "Salud Mental" en oposición a la "Higiene Mental", la creación de la residencia del INSM en el Hospital Borda y la incorporación de las CTs en la Argentina eran cambios que traerían aparejadas modificaciones que el poder psiquiátrico no estaba dispuesto a aceptar fácilmente.

Poco tiempo después de su fundación, el INSM perdió rápidamente sus lineamientos originales. Intentó ser resucitado por el gobierno de facto de Onganía en 1966, pero el poder que tenían los psiquiatras manicomiales en la Argentina era muy grande. Este poder se había manifestado en esa década, cuando se realizó una maniobra política para impedir que Mauricio

Goldenberg accediera a la Cátedra de Psiquiatría de la UBA. Las cátedras universitarias y la dirección de los manicomios estaban en poder del establishment psiquiátrico.

En 1970, la ley 18.610 de Obras Sociales reestructuró el sistema de seguridad social creando un sistema de regulación de precios a nivel nacional. La afiliación a una obra social se volvió obligatoria y la tasa de cobertura médica ascendió hasta el 70% (Carpintero y Vainer, 2005). La psiquiatría, se convirtió en una de las prestaciones más caras de las obras sociales.

Los aires modernizadores que fueron introducidos desde el INSM fueron abortados hacia mediados de 1970 cuando el mismo fue intervenido.

Lo que se estaba librando en el país hacia fines de la década de 1960 y principios de la década de 1970 era una batalla entre dos formas diferentes de entender la salud mental. La antigua psiquiatría, sólidamente asentada en el hospital psiquiátrico y en las cátedras universitarias, que proclamaba como propio el nuevo lugar económico que le brindaba la ley de Obras Sociales, y la nueva psiquiatría, estrechamente ligada a la psicología y al psicoanálisis, que había ganado terreno en los hospitales generales, y en diferentes instituciones psicoanalíticas no médicas que se gestaron en esta época y que tenía una concepción más social y democrática de la atención.

Sin embargo, estos antecedentes políticos e institucionales son relevantes para entender la creación del CENARESO en términos contextuales. La problemática adictiva no era una preocupación para los profesionales de salud mental.

Desde principios de siglo, los médicos señalaban el alcoholismo como un problema importante a ser estudiado y tratado (Rojas, 1956). El mismo Mauricio Goldenberg había realizado su tesis de doctorado sobre patología psiquiátrica del alcoholismo. Sin embargo, estos cambios conceptuales que operaron en la medicina y más específicamente en el ámbito de la psiquiatría, no serían aplicados inmediatamente en los modos en que se concebía a los adictos y a su comportamiento. Las adicciones, aún no eran objeto de tratamiento médico.

En diciembre de 1971 se realizó en Buenos Aires la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata (Cagliotti, 1979). Uno de los objetivos de esta reunión era tratar las modificaciones introducidas en la Convención de Sustancias Psicotrópicas recientemente firmada con vistas a actualizar la reglamentación de la región en materia de fiscalización del tráfico internacional de estupefacientes. En la Convención, como ya señalamos, se fortalecían los mecanismos internacionales de fiscalización de estupefacientes pero también se incluía, por primera vez en el ámbito de la normativa internacional con esa decisión, la necesidad de atención médica de los usuarios de sustancias psicotrópicas.

En la reunión de 1971 se señaló la necesidad de que cada país latinoamericano organizara estructuras institucionales que atendieran los diferentes aspectos de la problemática, en donde se incluyeron los aspectos asistenciales y preventivos (CENARESO, s.f.). Como delegado de la República Argentina asistió a esa reunión el Dr. Carlos Cagliotti, un médico psiquiatra que se desempeñaba, en ese momento, en el INSM.

Finalizada la VII Reunión, según versiones recogidas en forma oral y debido a conflictos internos en el INSM, que muy probablemente tienen que ver con la gestión de Cagliotti como interventor del Hospital Esteves en los años previos¹, se le designa a Cagliotti la tarea de diseñar una institución asistencial para toxicómanos. Este diseño tenía un fin específico: responder a las crecientes demandas internacionales. No hay datos que sugieran la idea de que el CENARESO fue creado para dar respuesta a la incipiente demanda asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse.

Algunas fuentes señalan que la asignación de Cagliotti o bien era un "castigo", quizás debido a la excesiva exposición pública que tuvieron los acontecimientos del Esteves, o bien era un modo de sacar a Cagliotti, durante un tiempo, de la escena pública. Lo concreto es que no está claro que haya habido una verdadera intención política de crear un centro asistencial para toxicómanos de características particulares.

El diseño de este centro representó para Cagliotti un desafío, que se tomó a modo personal. Para ello, Cagliotti comenzó un proceso de investigación, relacionamiento institucional y viajes internacionales con el fin de estudiar el estado del arte de la atención a toxicómanos en el mundo. Cagliotti viajó a diferentes países recogiendo las experiencias locales en este tipo de tratamientos. En Estados Unidos visitó los Centros de rehabilitación del departamento de Estado en las ciudades de Nueva York², Lexington³ y Miami.

¹ Para detalles de este conflicto, remitirse a Carpintero y Vainer (2005).

² En Nueva York Jérôme Jaffe realizaba tratamientos de sustitución con metadona y comenzaba a desarrollar una estrategia heterodoxa para tratar a los adictos. Al mismo tiempo, funcionaba la Comunidad Terapéutica Daytop Village, que fue pionera en el ámbito de la atención a los adictos.

³ La ciudad de Lexington era, desde principios de los años 1950, un centro de investigación básica en adicciones. Poseía un importante hospital público asociado a la prisión estatal en el que el Dr. Winkler, un prestigioso psiquiatra con quien trabajó Jerome Jaffe, realizaba experimentos con prisioneros que consentían en ser utilizados para testear el efecto de opiáceos y alcohol (Jaffe, 1999).

Hacia finales de la década de 1960, en los Estados Unidos la mayor parte de los estados se involucraron en procesos de creación de facilidades para internar a los adictos (Jaffe, 1999).

Las visitas de Cagliotti a Lexington y Nueva York son contemporáneas de estas creaciones institucionales y de las primeras políticas orgánicas en los Estados Unidos que buscaban tratar a los adictos⁴, en línea con lo que se proponía internacionalmente (Davenport-Hines, 2003). Dado que existen datos que confirman ciertos vínculos institucionales entre el CENARESO, el National Institute of Drug Abuse (NIDA) y otros institutos norteamericanos, las actividades oficiales que Cagliotti fue a realizar a Estados Unidos lo debieron poner en contacto con estas experiencias (Calabrese, 2010; González, 2010; entrevistas personales).

En 1972 Cagliotti viajó a Ginebra como delegado Argentino Plenipotenciario a la Conferencia donde se firmó la enmienda de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. También fue asesor de la delegación Argentina en la Conferencia Sudamericana Plenipotenciaria sobre Estupefacientes y Psicotrópicos que se realizó en Buenos Aires y donde se firmó el 27 de abril de 1973 el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP) que sería convalidado luego en nuestro país mediante la ley 21.422, en 1976. A partir de ese momento, Cagliotti sería Secretario Ejecutivo de la Secretaría Permanente del ASEP, instalando sus oficinas en el CENARESO y administrando un presupuesto anual de 100.000 dólares. Fue delegado en el Seminario Latinoamericano sobre Prevención y Educación del Abuso de Drogas realizado en Washington y en el Seminario Latinoamericano sobre Programas Nacionales de Investigación en Farmacodependencias, realizado en México. También fue representante argentino en la comisión binacional Argentino-Estadounidense para la lucha contra los Estupefacientes, en 1972.

No se ha podido averiguar mucho sobre la vida de Carlos Cagliotti previa a estos acontecimientos. Su aparición repentina en el campo de las adicciones a principios de la década no deja de asombrar a algunos investigadores (Weissmann, 2002) –ni al propio autor-, y no son pocos quienes sostienen algún vínculo con lugares de poder en Estados Unidos, como la CIA y el NIDA que, presumiblemente, le habrían dado cierta inserción local en la temática. Los relatos que hemos podido recoger lo recuerdan como un hombre autoritario, buen administrador y que “cuidaba a su gente”.

3.2. CONATON

⁴ Recordamos al lector que en 1972 se creó la SAODAP y en 1974 el NIDA.

Como resultado de las actividades mencionadas anteriormente, Cagliotti promovió la creación de una Comisión que se encargara de estos temas y que funcionara como un modo de dar respuesta a sus intereses profesionales y a los compromisos asumidos internacionalmente. Como resultado de estas gestiones se creó, mediante el decreto 452 de 1972, dentro del Ministerio de Bienestar Social, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON). Esta comisión estaba presidida por el Ministro de Bienestar Social, quien recibía asistencia técnica de un secretario ejecutivo: Carlos Cagliotti.

En el seno de esta Comisión, se constituyeron diferentes subcomisiones, organizadas en seis grupos. La subcomisión de Relaciones Internacionales y las subcomisiones de Legislación, Seguridad, Prevención y Asistencia, Investigaciones e Informes Especiales. Las principales funciones de la CONATON se pueden resumir en:

- Planificar la ejecución de programas de prevención, educación, de asistencia a tratamientos, de rehabilitación familiar y reubicación social.
- Recomendar medidas al Poder Ejecutivo Nacional y promover la participación de otros sectores de la población.
- Actuar como órgano consultivo del gobierno para orientar la actuación en los foros internacionales en pos de velar por el cumplimiento de los compromisos asumidos.

La Comisión estaba constituida por 13 miembros. Tres representantes el Ministerio de Bienestar Social, un representante del Ministerio del Interior, un representante del Ministerio de Cultura y Educación, un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores, un representante del Ministerio de Defensa, un representante del Ministerio de Trabajo, dos representantes de los organismos de seguridad, un representante de la Administración Nacional de Aduanas, un representante del CENARESO (en creación) y un representante de la UBA⁵.

La CONATON era, por tanto, un organismo independiente e interministerial. Cagliotti logró con esta maniobra evadir las disputas que tenía en el ámbito de la salud mental al tiempo que lograba "escalar" políticamente, captando la atención de otras áreas gubernamentales sobre la problemática en la que se había hecho, en muy poco tiempo, experto. Su experticia, por otro lado, no provenía de espacios de formación académica ni asistencial. Provenía por el

⁵ En 1977 se agregaría un representante de la Secretaria de Información Pública.

contrario de relacionamientos institucionales y, sobre todo, viajes al exterior y participación en foros internacionales.

Desde su cargo en la CONATON Cagliotti sugiere la creación de un centro especializado que, como señalamos, ya estaba diseñando desde hace algún tiempo. Así es como la CONATON crea el CENARESO en 1973 mediante la ley 20.332.

3.3. CREACIÓN

El CENARESO es creado como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social. Aquí hay que señalar que el CENARESO no se crea dentro de la Secretaría de Salud Pública existente en ese Ministerio. Esta dependencia institucional marcaría su trayectoria y signaría los conflictos que se desataron en la década de 1980.

A diferencia de la mayor parte de los mecanismos asistenciales que existían en hospitales públicos o de las comunidades terapéuticas donde las estructuras asistenciales se armaban con una impronta fuertemente práctica, impulsadas generalmente por la demanda de atención, lo cual llevaba a la organización de áreas específicas que decantaban, con el tiempo, en departamentos con mayor o menor grado de institucionalización, el CENARESO es una institución que nació en un escritorio. Cagliotti redactó el proyecto (aunque Alberto Calabrese insiste en señalar que el diseño institucional es una copia de un Hospital en Lexington) (Calabrese, 2010, entrevista personal), y llevó a cabo las gestiones para conseguir un inmueble y los fondos necesarios para su acondicionamiento.

Cagliotti fue director del CENARESO entre 1973 y 1987, al mismo tiempo que se desempeñaba, durante la mayor parte de este período, como secretario ejecutivo de la CONATON y secretario ejecutivo del ASEP.

El CENARESO fue creado en las instalaciones del ex Hospital de Tisiología Dr. A. Cetrángolo que fueron modificadas y acondicionadas para cumplir con su nueva función. Con una planta física de 30.000 metros cuadrados, y una planta permanente inicial de cerca de 300 profesionales fue el primer y más importante centro especializado en la rehabilitación de adictos de América Latina.

Desde su creación el Centro ofrece asistencia gratuita a drogadictos. Además se ejecutan tareas de prevención local y a distancia, informando y educando sobre los riesgos de las drogas

y se ofrece formación especializada y capacitación para profesionales, técnicos y estudiantes universitarios. Sus objetivos persiguen, entre otros, aportar respuestas integrales, atendiendo a todos los aspectos del fenómeno adictivo en lo atinente a los segmentos preventivo, asistencial y resocializador.

El CENARESO ha pasado por diferentes modos institucionales de abordar la problemática del adicto. Estos se pueden organizar en tres períodos, atendiendo a los criterios asistenciales que se fueron implementando y que difieren en puntos centrales entre una etapa y la siguiente.

En 1985, poco antes de su intervención, el CENARESO fue transferido a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Esta es la primera vez, desde su creación, que el Centro pasó a la jurisdicción directa de Salud. En la actualidad funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud.

3.4. HISTORIA ASISTENCIAL, PERÍODO CLÁSICO (1973-1986)

El "período clásico" del CENARESO comienza con el diseño del mismo, a principios de la década de 1970 en el seno del INSM pues es este diseño el que le daría la impronta original durante más de diez años.

La principal diferencia respecto del resto de las respuestas asistenciales que surgían por la misma época en la Argentina residía en que el CENARESO era un centro totalmente profesionalizado, cuyos programas terapéuticos habían sido diseñados completamente antes de que empezara su implementación y no se "iban armando" a medida que se planteaban los problemas. Su estructura funcional estaba organizada en cuatro áreas departamentales:

1. Proyección comunitaria: era el área encargada de asegurar que las actividades del centro se extiendan al resto de la comunidad.
2. Reeducación: se ocupaba de los aspectos asistenciales del régimen de internación. Dentro de esta área se desarrollaba uno de los principales programas del CENARESO, el Subprograma Residencial.
3. Servicios Jurídicos: era el área que ejerce el asesoramiento permanente al Centro ante las autoridades judiciales, policiales y administrativas.
4. Enseñanza e Investigación: efectuaba las tareas de investigación y poder presentar resultados que derivasen en acciones de docencia, prevención y asistencia.

La asistencia integral que ofrecía el CENARESO implicaba no sólo al asistido, sino a su grupo familiar y otras relaciones sociales. Debido a que la consulta era una forma de búsqueda de ayuda que ocultaba demandas del adicto difíciles de decodificar, la implementación de la etapa de diagnóstico implicaba una investigación interdisciplinaria que finalizaba con la fusión de diversos diagnósticos parciales (familiar, social, médico clínico, psicológico, psicopedagógico, etc.) en uno totalizador que sintetizaba el cuadro del asistido, indicando las pautas de tratamiento y brindando un pronóstico estimado.

Cada caso recibía entrevistas médicas clínicas, psiquiátricas, psicológicas, sociales, jurídicas y odontológicas, tanto en la institución como en su domicilio. El proceso diagnóstico tenía una duración aproximada de una semana y se realizaba tanto en forma individual como grupal. De este proceso diagnóstico, el asistido podía ser derivado a tratamiento ambulatorio, que consistía en psicoterapia individual, o bien al subprograma psicoterapéutico o de grupos de orientación si la patología familiar era menos severa.

EL SUBPROGRAMA RESIDENCIAL

Cuando se concretaba la internación en el subprograma residencial, el asistido cumplía el primer período en la denominada "residencia I", donde se profundizaba el diagnóstico y se le brindaba una mayor contención psicoterapéutica. En esta etapa el asistido suspendía abruptamente el consumo de sustancias, pues en el CENARESO no se permitía el uso de droga alguna.

La internación era una etapa en el proceso de tratamiento en la institución que tenía por objetivo "la reeducación del individuo para disminuir la desviación de la conducta y permitir su reinserción social con una mayor adecuación". Se establecía que estos objetivos se cumplirían en un proceso que oscilaba entre los nueve meses y el año cuando se alcanzaran las siguientes metas terapéuticas:

- Eliminación del síntoma (uso indebido de drogas).
- Resolver conflictos subyacentes, mitigando la angustia.
- Desarrollar capacidades potenciales.
- Posibilitar una identidad adulta.

Cumplida esta etapa, el asistido pasaba a la residencia II, donde comenzaba el tratamiento propiamente dicho. Este tratamiento comprendía psicoterapia individual, psicoterapia grupal, educación, terapia ocupacional, educación física, deportes, recreación dirigida y otras tareas que demandaba la vida en la institución, como la limpieza de los espacios comunes, reuniones de convivencia, etc.

El tratamiento propiamente dicho tenía una duración aproximada de 5 meses en los cuales el asistido permanecía dentro de la institución. Promediando la etapa de internación, comenzaba la etapa de resocialización orientada por los resultados tanto del diagnóstico, como del tratamiento psicopedagógico y la orientación laboral.

La etapa de resocialización duraba aproximadamente cuatro meses. El esfuerzo se centraba en la construcción de un proyecto de vida extra institucional que difiriera del proyecto anterior al tratamiento. En esta etapa el asistido adquiría progresivamente seguimiento en forma ambulatoria. Al egresar del subprograma residencial, se continuaba el tratamiento en consultorios externos.

La confección de las actividades en cada una de las etapas dependía de las características de cada individuo, pero también del grupo en el que se encontraba dentro de la institución. Cada una de las áreas estaba dirigida por un profesional que coordinaba un grupo de trabajo de profesionales. Las actividades eran: educación física, grupo psicoterapéutico, orientación vocacional, educación, educación sistemática, libre expresión, recreación, talleres de artes y oficios, entrevistas individuales, lectura dirigida, entrevistas nucleares.

No se permitía, salvo en los tiempos libres, que los asistidos organizaran sus actividades y no se tenían ni ex adictos ni operadores socioterapéuticos trabajando para la institución. Otra diferencia característica que después se modificaría, era el tipo de terapia psicoterapéutica que se realizaba. Esta era principalmente grupal.

Hacia finales de la década de 1970, el CENARESO incorporó el centro de día, para jóvenes de ambos sexos que asistían al establecimiento entre las 9 y las 16 horas. Esta modalidad estaba reservada para casos en los que el diagnóstico señalaba que podían desenvolverse confiablemente dentro de la institución, aprovechando así los beneficios del subprograma residencial y retornando a sus casas para pernoctar. También se incorporó la modalidad de internación semanal, reservado a varones de hasta 25 años que permanecían en la institución desde las 10 hrs. del día lunes hasta las 16 hrs. del día viernes. Estas nuevas

modalidades se alternaban con la internación completa en los casos que el tratamiento lo necesitara. Estas modalidades fueron pruebas piloto que no prosperaron durante esta etapa y serían replanteadas en la década de 1990.

Durante este período el CENARESO también funcionaba como un centro de investigación y capacitación. Contaba con una biblioteca atendida por bibliotecarios profesionales y traductores en la cual se recibían suscripciones internacionales a las publicaciones del área. El Centro de Investigación contaba con una unidad gráfica que, desde 1973 y hasta 1985, publicó una serie de *Cuadernos de Trabajo*. Hemos podido constatar la existencia de al menos 54 de estos cuadernos que realizaba el CENARESO con diferentes objetivos. Por un lado se pretendía comunicar diferentes aspectos de la problemática, sobre la cual había muy poca información en el país. En segundo lugar, servían como material de intercambio con otras instituciones, publicaciones y bibliotecas del mundo y, finalmente, funcionaban también como una vía de publicación profesional de sus investigaciones. Hoy la biblioteca no existe.

Los temas tratados en los *Cuadernos de Trabajo* evidencian fuertemente las preocupaciones asistenciales del CENARESO durante este período. La mayor parte de ellos abordan problemáticas directamente relacionadas con la salud de los adictos, mientras que, en segundo lugar, encontramos cuadernos dedicados a los aspectos epidemiológicos, descriptivos de la problemática general, jurídicos y preventivos.

A los fines de esta investigación se han reunido y clasificado la totalidad de estos cuadernos asistenciales. Se pudo observar una fuerte impronta psicosocial en detrimento de aquellos temas clásicamente médicos o fisiológicos y notamos una clara ausencia de abordajes psicobiológicos.

En el Cuaderno Nº 4 (1975), Carlos Cagliotti realiza una caracterización del problema del uso indebido de drogas. Esta caracterización está sustentada en el concepto de la "carrera moral" de la persona adicta que se caracteriza por:

1. Una personalidad vulnerable.
2. Una situación crítica, con especial énfasis en la adolescencia.
3. La posibilidad de estar en contacto con personas que consuman drogas.

Así, para Cagliotti el problema de las adicciones era concebido como un problema de personalidades débiles, relacionado con aquellas concepciones de "contagio" que asociaban la adicción a una enfermedad infectocontagiosa y que afectaba especialmente a los adolescentes,

grupo de riesgo al que hay que vigilar. La "carrera moral" del adicto está directamente relacionada con el escalamiento en el uso de drogas, la promiscuidad, la prostitución y la delincuencia.

Al mismo tiempo, Cagliotti señala que:

Si el llamado problema de la droga se define como un problema social, o sea, si se entiende como algo más que la acumulación de casos y más bien como un síntoma de algún tipo de anomalía dentro de la compleja estructura de nuestras sociedades entonces debe ser atendido como un problema social, que interesa a toda persona que desempeña una función en la sociedad (Cagliotti, 1976).

En la descripción del problema, Cagliotti utiliza conceptos provenientes de la psicología social y el psicoanálisis. No es homogénea la concepción que utiliza para concebir el problema ni la forma de abordarlo. Sus escritos están influenciados tanto de discursos que podrían caracterizarse dentro del modelo ético-jurídico, como de perspectivas que están más de acuerdo con modelos psicosociales e incluso socioculturales.

Hay que resaltar que Carlos Cagliotti, pocos años antes había actuado como opositor a los abordajes psicosociales y psicodinámicos que intentaban implementar por esa época Goldenberg, Grimson y otros médicos psiquiatras. Sin embargo, en el establecimiento de los abordajes terapéuticos del CENARESO, la psiquiatría dinámica, el psicoanálisis puro –practicado incluso por psicoanalistas que no eran médicos–, el trabajo social y otras técnicas terapéuticas no convencionales para la psiquiatría fueron introducidas desde el principio (por ejemplo en el Cuaderno N° 16, donde se incluyen las técnicas corporales).

Durante sus primeros años de existencia, el CENARESO atendió a una población muy numerosa. Aunque la mayor parte de esta población era ambulatoria, los tratamientos residenciales fueron aumentando rápidamente. Cagliotti dirigió el CENARESO hasta su intervención, en 1987.⁶

⁶ En marzo de 1987 se le inicia a Cagliotti un juicio para destituirlo. Los motivos de este juicio son forzados, a tal punto que varios años después gana el juicio y lo reponen en el cargo. Cagliotti retoma el cargo por un día, para luego renunciar. Con el dinero que cobró de ese juicio se instala una Comunidad Terapéutica, llamada *Episteme*. Resulta irónico que, luego de la intervención del Estéves, y de ser un opositor de las Comunidades Terapéuticas, Cagliotti termine dirigiendo una que se beneficiaba del sistema de becas implementado por el Gobierno Nacional

Tabla 1: Población asistida por el CENARESO						
Año	1974	1975	1976	1977	1978	Total
C. externos	422	603	552	609	246	2432
Internación	12	53	117	112	83	377
Reingresos	0	12	54	30	36	132
Totales	434	668	723	751	365	2941

Tabla 1. Elaboración propia. Fuente: CENARESO (n.d., 1978, 1980, 1982)

3.5. HISTORIA ASISTENCIAL, PERÍODO COMUNITARIO (1986-1992)

En 1985, en el Ministerio de Salud se unificaron las secretarías de Salud Pública y Asistencia Social en la nueva Secretaría de Salud y Acción Social. El CENARESO, que dependía de Asistencia Social pasó a depender de Salud Pública y, dentro de su estructura, se pretendía que el mismo formara parte del Área de Salud Mental. Mantener el CENARESO alejado del área de incumbencia de los psiquiatras manicomiales había sido un objetivo manifiesto de Cagliotti desde los orígenes del CENARESO.

A comienzos de 1987 el CENARESO fue intervenido. Durante los primeros años de democracia el gobierno electo creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONAD/CONCONAD), dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, en la Secretaría de Promoción Social. Esta comisión reemplazó a la CONATON y sería la precursora de la SEDRONAR. Desde esta Comisión, se elaboró un informe, conocido como el "informe Calabrese" (por Alberto Calabrese hijo) en el que se evaluó el funcionamiento del CENARESO. El informe fue encargado por el Dr. Malamud Goti, asesor presidencial y vicepresidente ejecutivo de la CONAD (Calabrese, 2010, entrevista personal). Surge allí una fuerte crítica a la gestión de

y que tenía a Grimson como promotor. Cagliotti muere en un asalto en la esquina de la Comunidad Terapéutica que había creado.

Cagliotti sobre la gran cantidad de tiempo que pasaba el director realizando viajes que no se reflejaban en beneficios para la institución. Se decide la intervención del CENARESO designando a Liliana Chamó como interventora.

Liliana Chamó era una psicóloga que había estado en España trabajando en los abordajes de CT en su vertiente del proyecto Hombre, el proyecto italiano del Centro Italiano de Solidaridad [CEIS] (Proyecto Uomo, véase apartado 5) que se había instalado recientemente en España. Fue propuesta en el cargo con la intención de reestructurar asistencialmente el CENARESO de acuerdo con las nuevas estrategias asistenciales que impulsaba el gobierno democrático que implicaban un acercamiento con las perspectivas europeas, a raíz de los vínculos establecidos entre el gobierno del Dr. Alfonsín con la Comunidad Europea (González, 2010, entrevista personal).

La adopción del modelo de CT implicaba modificar la estructura profesionalizada de la institución, una característica diferencial de la misma que era vista por sus integrantes como una ventaja indiscutible frente a otros abordajes (González, 2010; Otero Pizarro de Borgogno, 2008; entrevistas personales).

En poco tiempo se diseñaron estrategias comunitarias en las que los adictos eran partícipes del proceso terapéutico y se les brindó mayor autonomía en la organización de las actividades en el Subprograma Residencial. Estas modificaciones trajeron aparejado, por un lado, conflictos con los profesionales, quienes veían que su actividad perdía relevancia. Esto motivó gran cantidad de renuncias. Muchas otras actividades fueron cerradas y pasaron a estar organizadas por los asistidos.

Liliana Chamó poco conocía acerca de cómo llevar adelante una institución profesionalizada. Muchas áreas dejaron de producir simplemente por la falta de coordinación y se discontinuaron los *Cuadernos de Trabajo* y los cursos de formación.

Una de las tareas encomendadas a Liliana Chamó desde la CONAD era preparar a la institución para ser transferida a Salud Mental, un área de Salud Pública que el gobierno de Alfonsín pretendía revitalizar (González, 2010, entrevista personal). Esto motivó reuniones y discusiones dentro de la institución que lograron hacer que Chamó cambiara de opinión. Abandonó la idea por la que había sido convocada y se opuso a esa medida. Aunque esto le valió el descontento de las autoridades Chamó dirigió el centro hasta 1992.

3.6 HISTORIA ASISTENCIAL, PERÍODO LACANIANO (1992-ACTUALIDAD)

Este período se caracteriza por la ruptura conceptual con la concepción comunitaria y por la inclusión de la psicoterapia individual de forma obligatoria. Este tipo de terapia no había sido obligatoria nunca en la historia del CENARESO siendo la psicoterapia grupal el abordaje psicoanalítico preponderante (González, 2010, entrevista personal). Durante el período clásico, se aplicaba terapia individual ocasionalmente pero se había perdido completamente en el período comunitario. Adicionalmente, el tipo de terapia que se realiza en el CENARESO en la actualidad posee una fuerte orientación lacaniana, asociada con los lineamientos teóricos de la EOL y el grupo TyA.

Otra diferencia fundamental con los períodos anteriores es que la nueva estructura no implica necesariamente un "recorrido" estructurado que tiene que realizar el paciente, tal como hacía en los períodos anteriores. La nueva estructura permite flexibilidad, pudiendo realizar cada paciente un recorrido personal dentro de las diferentes áreas del CENARESO de acuerdo a lo que su evolución particular indique conforme a una mirada clínica.

Todos estos cambios serían impulsados por José Luis González quien se hizo cargo de la dirección asistencial del CENARESO en 1994, puesto al que ingresa por concurso. González es licenciado en trabajo social e ingresó al CENARESO en 1975 como asistente social. Luego se recibió de psicólogo en la UBA en 1984 y estuvo a cargo del sector de docencia e investigación durante 17 años, entre 1977 a 1994. Su trayectoria previa a la psicología fue de corte psiquiátrico. Fue concurrente en el Hospital Borda y luego en el Centro de Salud N° II, que era un desprendimiento de "El Lanús" pues allí trabajaban muchos profesionales de aquella experiencia.

Cuando asumió el cargo, González decidió replantear la estructura asistencial y organizar grupos de trabajo para discutir abiertamente con los profesionales del CENARESO el tipo de institución que querían tener. Así, se decidió que se iba a abandonar el sistema comunitario pero que era necesario actualizar la antigua estructura. Entonces se diseñó la estructura que aún está vigente, aunque se ha presentado al Ministerio de Salud una nueva estructura en el año 2008, que aún no ha sido aprobada.

4. SEDRONAR

En 1983, cuando asumió el gobierno constitucional de Raúl Alfonsín, se desarmó la CONATON y se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD o CONAD), mediante el decreto 1383/85. Esta comisión estaba presidida por el Presidente de la República, tenía un vicepresidente, el primero de los cuáles fue el Dr. Jaime Malamud Goti. Como agregados estaban Silvia Alfonsín y Alberto Calabrese hijo, quien lleva como colaboradores a Alfredo Carballada y Graciela Touzé, antiguos compañeros del FAT.

En febrero de 1982, el presidente de los Estados Unidos Ronald Reagan declaró oficialmente la "guerra contra las drogas" (Davenport-Hines, 2003; Jelsma, 2003). Una estrategia de su gobierno para enfrentar el problema, que consideraba que gran parte del alto consumo de drogas en ese país era consecuencia de factores externos. Hacía responsable públicamente a los países productores originando el estereotipo del narcotraficante extranjero (Del Olmo, 1992). Un tiempo después, su esposa, Nancy Reagan lanzó su campaña "Just say NO". Esta campaña fue lanzada el 24 de abril de 1985 en una conferencia a la que fueron invitadas las Primeras Damas de América a ocuparse personalmente del problema de la drogadicción, presidiendo la lucha contra el problema de las drogas en cada uno de sus países. Como la mujer de Raúl Alfonsín estaba muy enferma, Silvia Alfonsín, su hermana, ocupó ese lugar.

A su regreso de esta reunión, Silvia Alfonsín, junto con Anne Morel de Caputo, la esposa del canciller argentino de aquél entonces, Dante Caputo, constituyeron la Fundación Convivir, que también jugaría un rol importante en la consolidación de las organizaciones de la sociedad civil en el país. A través de esta Fundación, la CONCONAD y el CONICET se realizaron las primeras investigaciones en el área de adicciones (Kornblit, 1989a, 1989b; Touzé, 2006).

La CONCONAD/CONAD brindó apoyo a las organizaciones de la sociedad civil, y mantuvo distancia de las políticas intervencionistas de los Estados Unidos prefiriendo apoyar organizaciones del tercer sector y no caer en políticas que aceptaran sin mediaciones los pactos internacionales en materia de control de estupefacientes. Esto cambiaría con el cambio de gobierno.

En 1989, con el traspaso adelantado del mando presidencial, se produjo un hecho que llamó la atención de aquellos que trabajaban en el área. Durante años, el parlamento nacional

no se puso de acuerdo sobre los contenidos de una ley que regulara todo lo relacionado con las drogas. Los controles y los fallos judiciales de esta época muestran una interpretación más abierta de las leyes existentes respecto de los períodos previos, lo que hacía suponer que una nueva ley seguiría esta dirección. Sin embargo, en septiembre de 1989, a menos de dos meses de asumido el mando presidencial, se sancionó la actual ley 23.737 en la que se penalizaba la tenencia de drogas.

Esta ley estaba conformada sobre un proyecto de ley que había sido presentado por el diputado Lorenzo Cortese en 1985 (Cortese sería secretario de SEDRONAR en el año 2000). El nuevo gobierno disolvió la CONCONAD y creó, mediante el decreto 671/89 la actual Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR, cuyo primer secretario fue Alberto Lestelle.

La SEDRONAR es el organismo del Estado encargado de coordinar las políticas nacionales tanto de lucha contra las drogas (narcotráfico, precursores químicos, comercio legal de estupefacientes) como contra las adicciones (prevención y asistencia). Por primera vez se unificaban en nuestro país las acciones de control, prevención y asistencia, hecho que, según Grimson, dificultó el buen desempeño de todas ellas:

Sin embargo se ha impuesto por ley a la SEDRONAR una misión imposible de ser cumplida: la de ocuparse del lavado de dinero, el narcotráfico, el control del ingreso y producción de drogas, la capacitación educativa, la prevención y el tratamiento de las adicciones. Por un lado debe coordinar las acciones de la Policía, la Aduana y de la Gendarmería, y además establecer políticas bancarias de control del lavado de dinero... Resulta obvio que la sumatoria de los campos no beneficia el desarrollo de las políticas generándose un fenómeno bien conocido en diversos países: el desarrollo de acciones de control del tráfico termina absorbiendo más recursos que la reducción de la demanda, en lo financiero, en lo político y en la dificultad de concentrarse en problemas diferentes (Grimson, 2001).

La asistencia de los consumidores en SEDRONAR se coordina a través de la Subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia que se ocupa de coordinar e implementar planes y programas de carácter nacional teniendo en cuenta los lineamientos previstos en el Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas.

A la hora de brindar tratamientos, SEDRONAR realiza derivaciones. Posee un sistema de admisión, en donde se entrevista al usuario de drogas y se define la necesidad de tratamiento.

En esta entrevista se establece a que institución se lo derivará, de acuerdo, entre otras cosas, a la complejidad del caso.

SEDRONAR posee un registro de instituciones prestadoras, que son aquellas habilitadas para recibir los subsidios de internación que se otorgan a los pacientes. Este registro constaba (al año 2009) de 112 instituciones. De estas, 64 brindan tratamiento de tipo residencial.

Para FONGA, la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas, la mayor parte de las instituciones incluidas en sus registros pertenecen a la modalidad de comunidad terapéutica. FONGA posee en sus registros alrededor de 70 instituciones que brindan algún tipo de tratamiento. De estas, al menos 43, brindan tratamiento residencial y son consideradas en su amplia mayoría comunidades terapéuticas.

Es muy difícil estimar el número de instituciones que, en la actualidad, trabajan con esta modalidad en la Argentina. Esto se debe, fundamentalmente, a la dificultad de definir que es una comunidad terapéutica.

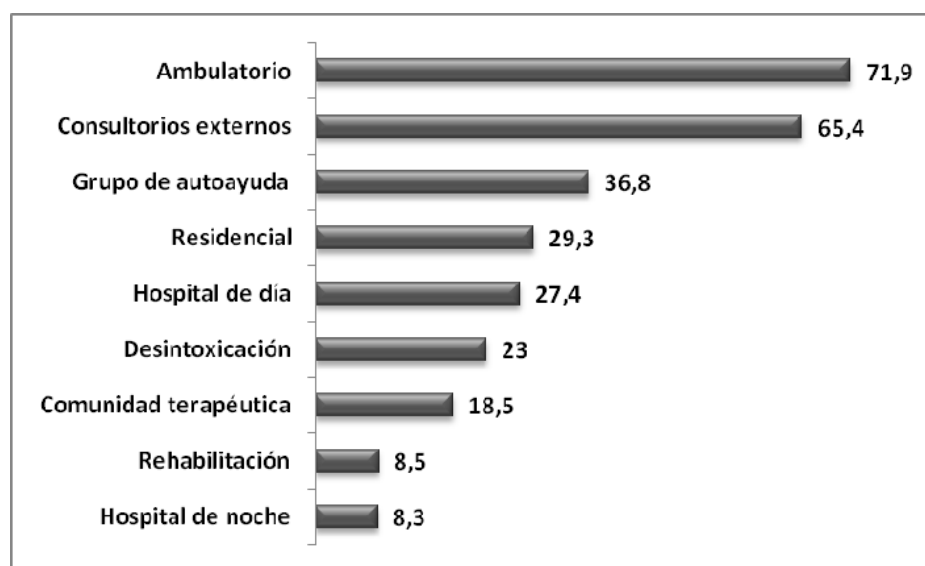
En un estudio realizado por la propia SEDRONAR, donde se intenta caracterizar a todas las instituciones asistenciales de la Argentina, independientemente de que sean prestadoras o no, se presentan las cifras que se pueden ver en el gráfico N°1.

En este gráfico, evidentemente, cada centro responde a más de una categoría (los % no suman 100). Sin embargo, las CT, poseen una categoría propia, a pesar de que podrían subsumirse dentro del tipo de tratamiento llamado residencial. Según los responsables de la elaboración de la encuesta, esto es así debido a la cantidad de instituciones que se autodenominan de este modo y no corresponden exclusivamente a la categoría "residencial" (responsable de la encuesta, comunicación personal, 2009). Es complejo desentrañar, a partir de la metodología utilizada en esta encuesta el número real de CTs.

El total de centros de este estudio es de 592. Por consiguiente 109 centros pertenecen a la categoría CT y 173 prestan servicios residenciales. Por lo tanto, de 173 centros residenciales, la mayoría (63%) son CT. Muchas instituciones habrán resuelto responder en una u otra categoría, puesto que las definiciones son laxas. Esta decisión puede responder a la estigmatización que han recibido las comunidades terapéuticas en ciertos ámbitos (debido a su estructura religiosa o autoritaria) o a la idealización que también han recibido en otros. Dependiendo del contexto, el hecho que una institución sea considerada una CT —o no— puede redundar en beneficios o en perjuicios para la misma. Sin embargo, comparando estos datos

con los de los registros de FONGA y el Registro de Instituciones prestadoras de la propia SEDRONAR, resulta evidente que el número es más cercano a 173 que a 109. De todos modos, con más de 110 centros, la modalidad CT se convierte en la modalidad de tratamiento residencial más numerosa en el país.

Gráfico N° 1: Distribución de los centros de tratamiento según la modalidad de tratamiento que ofrecen (% sobre el total de centros)



Fuente: SEDRONAR (2009)

Por otro lado, cuando se analiza el tipo de financiación que reciben las CT, se señala que las mismas reciben principalmente financiación de tipo privada o mixta -pública y privada-. Lo que no dice el estudio, es que la totalidad de las CT relevadas (108) son las mismas que se benefician con los subsidios otorgados por el Estado. Nada le impide a estas instituciones, además de recibir los pacientes subsidiados por el estado, tener sus propios pacientes (y convertirse así en instituciones "mixtas"), por lo que creemos que las conclusiones de este estudio no reflejan la realidad (FONGA, 2011; SEDRONAR, 2011). Las CT representan los dispositivos específicos para el tratamiento de adicciones más financiados por el Estado en la actualidad, porque no sólo interesa el número que, como mostramos recién, es más que relevante. Los montos involucrados en esta modalidad de tratamiento, al ser residencial, son mucho mayores a los de otras modalidades no residenciales.

Por estos motivos resulta interesante detenerse en las características y la historia de las CT en la Argentina. Las CT para adictos se originan en dos organizaciones pioneras en este tipo de tratamientos. Daytop en Nueva York, y el Proyecto Uomo en Roma. En Argentina, si bien las CT tienen sus orígenes en forma compartida en ambos proyectos, están más emparentadas con la tradición italiana.

5. Comunidades terapéuticas

En el campo específico de la adicción a drogas, la comunidad terapéutica (CT) es:

Un programa de auto-ayuda libre de drogas cuyo objetivo principal es la eliminación de los comportamientos abusivos hacia la sustancia, la cesación del abuso de la sustancia y el fomento del crecimiento personal. El modelo de CT incorpora nueve elementos esenciales que están basados en la teoría del aprendizaje social que utiliza la comunidad para fomentar un cambio comportamental y actitudinal. Estos elementos son: participación activa, terapias de rol, devolución de los participantes, formatos colectivos para guiar el cambio individual, normas y valores compartidos, estructuras y sistemas, comunicación abierta, relaciones individuales y grupales y una terminología consolidada. La CT incluye un staff tanto profesional como para-profesional. Los graduados del programa de CT que hayan completado las clases y el entrenamiento de apoyo a la internación son una parte esencial de la efectividad del programa, como la inclusión de profesionales de los campos de la medicina, la salud mental la educación y la ley. (Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, 2008)

La Comunidad Terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de ciertos perfiles de adictos. Aquí, los internos han sido estrictamente seleccionados bajo determinados parámetros de admisión. Actualmente, hay diversos tipos de comunidades terapéuticas, ajustadas a sus respectivos modelos culturales y sociales. También existen diferentes clasificaciones: Hay comunidades terapéuticas públicas y privadas; Rurales y urbanas: religiosas y no religiosas; la democrática y la jerárquica. Hay comunidades terapéuticas para niños de la calle, para adolescentes, para menores infractores, para habitantes de la calle y para personas de cualquier sexo y edad, hombres y mujeres, con problemas de adicción a las drogas. Respecto a su operación, el modelo mixto, aquel que conjuga la experiencia irremplazable del ex adicto, con la participación de

profesionales de diversas especialidades es el más extendido. (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, 2008).

Una Comunidad Terapéutica es una estructura que guarda una cohesión interna, cuyo objetivo esencial lo constituye el logro de una situación que pueda ser en su totalidad coherentemente terapéutica y que considera los siguientes aspectos: a) Una definición más lógica y racional de los roles establecidos; b) Una tendencia a que todos los objetos y acontecimientos cotidianos estén armónicamente dirigidos, en sus posibilidades, hacia un fin realmente terapéutico; c) Una utilización de la estructura social como instrumento de cambio y como facilitación del fin terapéutico. (López Corvo, 1994).

Recordemos la definición que brinda la Resolución conjunta establecida en el año 1997 entre el Ministerio de Salud y la SEDRONAR, que es aquella que regula la financiación pública de los tratamientos en Argentina:

Una Comunidad Terapéutica es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales (MSAS & SEDRONAR, 1997).

Esta definición difiere en aspectos centrales respecto de aquellas señaladas por el propio movimiento de CT. Por ejemplo, nada dice respecto de la posibilidad de utilizar drogas o de la necesidad de un tratamiento residencial. Estas especificidades son importantes puesto que permiten que una institución sea considerada una CT o no y su inclusión en los mecanismos oficiales de financiación.

Las CT comenzaron siendo poco más que unidades de supervivencia en donde casi el único criterio compartido era la motivación (a veces demasiado autoritaria) orientada hacia la abstinencia. Sin embargo las instituciones que brindan este tipo de tratamiento han incorporado, en la actualidad, modalidades no residenciales como el hospital de día y los tratamientos ambulatorios. Hoy, casi la totalidad de las CT están conformadas por un staff mixto de profesionales y no profesionales (estos últimos generalmente poseen una gran experiencia en los tratamientos de adictos y el manejo de este tipo de grupos y son, muchas

veces, adictos recuperados). Aunque originalmente se fueron conformando en base a la experiencia, hoy en día sus tratamientos reciben los aportes de muchas disciplinas.

El concepto de comunidad terapéutica es previo al surgimiento de las CT para la rehabilitación de adictos. Éstas, están emparentadas con las comunidades terapéuticas psiquiátricas originadas hacia mediados del siglo XX en el movimiento de revisión de la medicina psiquiátrica que surge después de la segunda guerra mundial y que se conoce habitualmente con el nombre genérico de "nueva psiquiatría". La CT psiquiátrica discute la estructura y los programas de los hospitales mentales anteriores a la primera mitad del siglo XX, aquellos que Goffman denominara *Institución total*, donde el rol del psiquiatra se construye de acuerdo a un vínculo autoritario que permea todas las capas de la institución.

Sin relación aparente con esta respuesta a la psiquiatría convencional surge en 1935, en Estados Unidos, Alcohólicos Anónimos como un lugar de encuentro de personas con problemas de alcoholismo que descubrieron que compartir sus experiencias les ayudaba a sostener la abstinencia.

En 1958, Charles Dederich, un autorecuperado del alcoholismo y partícipe activo de Alcohólicos Anónimos (AA), funda Synanon, una comunidad de rehabilitación de las drogas (Deitch & Zweben, 1981; Yablonsky, 1965). Dederich se reunía en el garaje de su casa con alcohólicos, grupo al que luego se fueron sumando heroinómanos. La organización de Alcohólicos Anónimos no aceptó entre sus filas a los adictos a la heroína, motivo por el que Dederich decidió crear este programa independiente. Inicialmente, Dederich tomó el modelo de AA, pero rápidamente se dio cuenta que no daba resultado entre los heroinómanos. Introdujo el aislamiento o modalidad residencial y eliminó los elementos religiosos de AA.

En 1963, el Padre O'Brien fundó Daytop Ledge (más tarde Daytop Village) en el estado de Nueva York mediante un subsidio del NIH, inspirado en una visita a Synanon. Daytop copió gran parte del modelo de Synanon (antes de que su postura se endureciera hasta los extremos señalados), pero incluyó profesionales entre sus operadores. Aquí es quizás en donde los modelos psiquiátrico y de adictos tienen su primer encuentro, puesto que ni en AA ni en Synanon encontramos la presencia de profesionales.

Hacia fines de la década de 1960, la guerra de Vietnam trajo aparejado un incremento en el consumo de heroína y el abuso de drogas recreativas se incrementó en la juventud como resultado del movimiento hippie (Jaffe, 1999). Había por lo tanto cada vez más necesidad de programas de rehabilitación. Daytop se expandió a otras residencias, y se incrementó el número de pacientes externos en el área de Nueva York. Casi una década después de las

iniciativas norteamericanas, el Centro Italiano de Solidaridad (CEIS) se planteó el modo de encontrar formas más eficaces de trabajo comunitario con toxicodependientes en Roma.

El CEIS es una asociación de voluntariado que se formó espontáneamente a fines de la década de 1960 y se formalizó como asociación sin fines de lucro en 1971. Originalmente inspirado en los logros obtenidos en Daytop, en el año 1969 el CEIS decidió implementar en Roma un Programa de Rehabilitación y Reinserción, denominado Proyecto Uomo. Este proyecto evalúa e incorpora los elementos más importantes de la modalidad de trabajo en Daytop pero los adapta a la realidad cultural europea y latina, incorporándole otros valores familiares y espirituales (Goti, 1990). La filosofía del Proyecto Uomo se inspira en la promoción de la persona en su totalidad, de la valorización de su dignidad y autonomía y de la recuperación de la esperanza.

Desde la década de 1980, el CEIS comenzó a colaborar con Naciones Unidas y, desde 1985, año en que obtuvo la categoría II como organismo consultivo del ECOSOC, ha ejecutado numerosos proyectos para esta institución, particularmente para el PNUFID, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Abuso de Drogas. En Agosto de 1984, el Proyecto Hombre se instaló en Madrid y el 30 de Mayo de 1986 se constituyó como Confederación.

De estos dos movimientos, Daytop en Estados Unidos y Proyecto Uomo en Italia, es principalmente desde donde las CT se han extendido a todo el mundo.

5.1. LOS TRATAMIENTOS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Es un tratamiento que consta de 3 etapas: una etapa de admisión, una etapa residencial y una etapa de reinserción. Todo el tratamiento de una CT se basa en el Modelo de Aprendizaje Social que utiliza a la comunidad como vehículo terapéutico primario para promover el cambio comportamental (Brereton, 2009; Cancrini, 1991; Deitch, 1988). En las CT, las necesidades de sustentación del individuo son responsabilidad de él mismo, a diferencia de lo que ocurre en otro tipo de tratamientos residenciales, donde la comida, la limpieza etc. son provistas por terceros. Así, las tareas asignadas a cada individuo, dependen de sus capacidades y dificultades y, como miembros de una comunidad, hay tareas que corresponden a miembros de mayor estatus dentro de la misma. Este estatus se obtiene ganando el respeto de los otros miembros de la comunidad, al mismo tiempo que se trabaja a lo largo de distintos niveles de competencias. De este modo, el estatus funciona tanto como un motivador, y como un reflejo

del cambio del individuo. Así, los individuos con mayor estatus se encuentran en etapas más avanzadas del tratamiento. Estos privilegios pueden ser tan simples como atender el teléfono, o manejar la recepción de la institución.

Generalmente hay cuatro niveles de tratamiento en una CT. Cada nivel posee tareas a cumplir y privilegios que reflejan el nivel y la capacidad de asumir responsabilidades del (Deitch, 1988; Deitch & Zweben, 1984; Grimson, 1999; Hablemos, 2005; López Corvo, 1994; Marchant, 2005; Rodrigué, 1965; Yaría, 1998).

5.2. LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN ARGENTINA

En 1965, Emilio Rodrigué publicó en la editorial EUDEBA *Biografía de una Comunidad Terapéutica* donde relata su experiencia en Austen Riggs (Rodrigué, 1965), un pequeño Hospital Psiquiátrico, establecido en 1919, que brindaba tratamiento intensivo desde un abordaje psicoterapéutico dinámico en una comunidad terapéutica abierta, voluntaria y no coercitiva. Esta obra estuvo, además, prologada por Mauricio Goldemberg. A su vez, Goldemberg había recibido en su servicio de El Lanús a Maxwell Jones, quien visitó la Argentina en dos ocasiones durante la década de 1960 (Carpintero y Vainer, 2005).

Por otro lado, Ángel Fiasché, un discípulo de Enrique Pichón Riviére, trabajó en 1966 en el diseño del programa de psiquiatría comunitaria que se implementaría en Estados Unidos, con la Ley Kennedy de asistencia a la pobreza. De modo que el movimiento de comunidades terapéuticas psiquiátricas tiene sus antecedentes bien enraizados en la renovación de la tradición psiquiátrica argentina ocurrida en la década de 1960.

Durante el gobierno militar de Onganía, establecido en 1966, se intervino el INSM, designando al Coronel Médico Estévez, un neurólogo, como interventor. Estévez puso en cargos importantes a tres figuras que serían centrales en la historia de las comunidades terapéuticas en Argentina. Mauricio Goldemberg que además fue nombrado Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y seguía ligado al Instituto a través del Concejo Nacional de Salud Mental, Wilbur Ricardo Grimson fue nombrado Jefe de la División de Psicopatología (Carpintero y Vainer, 2005) y Carlos Cagliotti que ingresó en la misma época al INSM. Grimson jugaría un papel central en la historia de las comunidades terapéuticas para adictos y Cagliotti dirigió, como ya desarrollamos, el CENARESO y las secretarías ejecutivas de la CONATON y del ASEP.

Goldemberg, que estaba a cargo del servicio de psicopatología de El Lanús, había dirigido el INSM en 1958. Desde su lugar en la Ciudad de Buenos Aires, lideró una Comisión convocada para una revisión general del sistema de Salud Mental de la Ciudad. Desde estos dos lugares, Goldemberg difundió una concepción de la psiquiatría que enfatizaba la importancia de los factores sociales en la Salud Mental de la población (Plotkin, 2003). Así, los lineamientos generales de la Salud Mental, en oposición a la Higiene Mental, fueron incorporados a los planes oficiales, tanto del INSM, como de la ciudad de Buenos Aires.

En este contexto, el INSM elaboró un plan nacional de salud mental en donde se proponía el establecimiento de comunidades terapéuticas como unidades piloto. Se establecieron CT en Entre Ríos y en el Hospital Estévez, en Lomas de Zamora. Además, durante la gestión de Estévez, se abrieron otras siete Colonias que funcionaban bajo esta modalidad (Carpintero y Vainer, 2005).

En 1968, el INSM convoca a una reunión de directores de hospitales psiquiátricos donde se dictó un seminario sobre comunidades terapéuticas. Participaron de esta reunión entre otros: Wilbur Ricardo Grimson que llevaba adelante la experiencia en el Hospital Estévez, Luís César Guedes Arroyo del Hospital Neuropsiquiátrico Robillos de Paraná, Julio Herrera del Hospital El Sauce, de Mendoza y Raúl Camino, de la Colonia Federal, en Entre Ríos (INSM, 1969). En las actas de la reunión se afirma que "en todas las instituciones del INSM se están llevando a cabo estas experiencias (refiriéndose a las CT)", algo que no ha podido ser constatado. Sin embargo, se señala habitualmente que las CT eran una "experiencia piloto", que se implementaba sólo en unos pocos lugares (INSM, 1969). La reestructuración del Sistema Nacional de Salud Mental no se distanció, en la práctica, de las estrategias de la psiquiatría tradicional, aunque los nombres de las instituciones se modificaran.

La experiencia de la CT del Hospital José A. Estévez ilustra claramente lo sucedido con los intentos de modernizar la asistencia en Salud Mental en la Argentina y que tendrían importantes consecuencias para los tratamientos en adictos. Esta experiencia duró 18 meses, estaba coordinada por Wilbur Ricardo Grimson, un psiquiatra y psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Argentina que se había formado, a su vez, en el grupo de Goldemberg en El Lanús, con quien trabajaba, además, en el INSM.

El Hospital Estévez funcionaba, en 1956, como un hospicio de mujeres en el que se las mantenía internadas con poca o ninguna asistencia terapéutica. Las más mínimas condiciones de atención estaban seriamente alteradas. La limpieza personal de las internas era muy mala y sus tratamientos, obsoletos y con muy escasa supervisión. (Carpintero & Vainer, 2005; Cutuli &

Arazi, 2005). Grimson estableció un Centro Piloto en el que se propuso modificar completamente la estructura asistencial. Se acondicionó un pabellón especial, se decidió incorporar hombres y se proyectó una CT dentro del hospital que mantuviese, al mismo tiempo, cierta independencia del resto de su estructura. El eje del tratamiento era la asamblea de la CT donde se deliberaba, en pie de igualdad, sobre todos y cada uno de los aspectos de la vida en la comunidad. Según Grimson, en un país donde no se votaba, el único lugar donde se ejercía la democracia era en una CT (Plotkin, 2003).

Claramente, lo que se realizaba en este centro reivindicaba los abordajes más radicales de la psiquiatría dinámica, rompía fuertemente con el hospicio y por tanto con la psiquiatría clínica clásica. Pero las oposiciones entre estas dos formas de entender la salud mental no pasaron desapercibidas. En poco tiempo se desató un conflicto que involucró a personas y a ideas que serían centrales en los próximos 30 años del desarrollo de las políticas de tratamientos de drogas en la Argentina.

Los problemas comenzaron en el interior del hospital debido, originalmente, a la redistribución de tareas y poderes a la que hacíamos mención y se extendieron rápidamente hacia el exterior. Denuncias de orgías sexuales, vinculadas a la inclusión de varones y signos de comunismo y subversión aparecían en la prensa (Prensa Confidencial, 1970) y eran denunciadas desde el Obispado de Lomas de Zamora. El INSM, recientemente intervenido, formó una comisión especial para que llevara a cabo una investigación. Esta comisión estaba integrada por Rodríguez Lonardi, Carlos Cagliotti, Alberto Chan y Raúl Camino. El informe que presentó la Comisión era elogioso (Carpintero y Vainer, 2005). Sin embargo, el 29 de septiembre de 1970, el Hospital Estévez fue intervenido. Carlos Cagliotti y Juan Ramón Rodríguez Lonardi se hicieron cargo y unas horas más tarde disolvieron el Centro Piloto en distintas áreas del hospital. Destituyeron a Miguel Vayo, y reemplazaron a Grimson por Cagliotti.

El personal del Centro Piloto no aceptó las modificaciones y se realizaron asambleas para tomar las decisiones pertinentes. El personal del Centro y los pacientes decidieron resistir. Se declaró un conflicto que tuvo uno de sus puntos más álgidos el 21 de diciembre de 1970 cuando Cagliotti fue abofeteado por un psicólogo del ex Centro Piloto cuando instó a los integrantes del Centro Piloto a "arreglar las cosas afuera, si no estaban de acuerdo" (Carpintero y Vainer, 2005). En enero, fuerzas policiales intervinieron, impidiendo el acceso de los trabajadores y establecieron una orden de captura contra Grimson si lo encontraban en el hospital, y Grimson escapó por una pared trasera (Grimson, 2010, entrevista personal).

En enero de 1971 el Ministro de Bienestar Social dio la orden: saquen a esos comunistas de allí (Carpintero y Vainer, 2005). En febrero de 1971 se autorizó nuevamente el uso de chalecos de fuerza. Así concluyó, en este período, la experiencia de comunidades terapéuticas psiquiátricas en la Argentina.

De este modo, las CT tuvieron una vida fugaz. La que más perduró, quizás por estar aislada y lejos de los centros de poder de la psiquiatría tradicional, fue la experiencia que llevó adelante Raúl Camino en la Colonia Federal (Entre Ríos). Este fue cerrado en 1976 (Cutuli, 2005).

5.3. LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA ADICTOS

En 1973, Carlos Novelli se convirtió en pionero en el intento de desarrollo de sistemas de tratamiento para adictos basados en la comunidad terapéutica en la Argentina. Este año se fundó el Programa Andrés, en la localidad de Villa Adelina. Por esa época, el Programa Andrés no era más que la reunión de personas con un objetivo común: abandonar el consumo de drogas. Era lo que se conocía con el nombre de "granjas comunitarias", al que Novelli le dio una fuerte impronta religiosa.

Carlos Novelli nació en 1953, a los 18 años era un joven adicto de viaje por Estados Unidos. Allí conoció a una persona que lo introdujo en una iglesia donde logró recuperarse de su adicción (González, 2009; Robusto, 2010; entrevistas personales). Con la fuerza de esta experiencia retornó a Buenos Aires y comenzó con la tarea de recuperar a sus antiguos amigos y conocidos de sus respectivas adicciones. Les contó su experiencia en reuniones esporádicas, reuniendo un pequeño grupo de colaboradores, adictos, evangelistas, con los que formó lo que Grimson prefiere llamar "unidades de supervivencia" (Grimson, 1999). Allí daban techo a los que querían recuperarse de la adicción, recibían ayuda de las familias y de organizaciones religiosas, producían objetos vendibles y trataban de subsistir de este modo errático y poco organizado. Los tratamientos, si es que se le puede dar ese nombre a lo que allí se hacía, consistían fundamentalmente en sostener la abstinencia sometiéndose voluntariamente a las reglas de la comunidad. Horarios, roles y jerarquías preestablecidas no podían ser modificadas ni cuestionadas. Drogas, sexo y agresión estaban terminantemente prohibidos bajo pena de expulsión de la comunidad. El incumplimiento de alguna de estas normas era visto como una

traición, y la expulsión privaba al adicto de la posibilidad de reincorporación. En el año 1986, Carlos Novelli funda FONGA, que recibe la personería jurídica en 1991.

Con la renovación política que implicó el regreso de la democracia en la Argentina, muchas instituciones comenzaron a modificarse. Wilbur Grimson solicita a su cargo una comisión especial, que tuvo el nombre de "Comisión de prevención" en la que comienza con la tarea de incluir a diferentes organizaciones de la sociedad civil: el Programa Andrés, la Asociación de Padres para la Prevención del Uso de Estupefacientes (APPUE), el FAT y la CT Viaje de Vuelta, entre otras (Calabrese, 2010, entrevista personal; CONATON, 1983).

La CONATON que funcionaba en CENARESO fue disuelta y en su lugar se creó la CONCONAD-CONAD, como fue alternativamente llamada. De Vedia, el tercer subsecretario ejecutivo de la CONCONAD (luego de Malamud Goti y Bertoncetto), defendió la participación de la sociedad civil en el tema de adicciones. De Vedia había sido Subsecretario de Desarrollo Humano, una Secretaría creada en 1983 en el Ministerio de Salud. De él dependía el Consejo del Menor y brinda su apoyo a Grimson en la implementación de la Comisión de Prevención (Calabrese, 2010; Grimson, 2010; entrevistas personales). Estas organizaciones de la sociedad civil recibieron los primeros subsidios que otorgó el Estado para trabajar en algún aspecto relacionado con la prevención y/o tratamiento de las adicciones (Calabrese, 2010, entrevista personal).

De Vedia era amigo personal de Giulio Andreotti, quien había sido Primer Ministro de Italia y ocuparía la presidencia del Consejo de Ministros entre 1989 y 1991. Andreotti era un representante importante de la Democracia Cristiana italiana que, durante la década de 1980, fue muy activa en el área de adicciones en Naciones Unidas a raíz de la epidemia de heroína que había en ese país. En Naciones Unidas Italia estaba representada por el CEIS que fue ganando espacio hasta convertirse en 1985 en organismo consultor oficial:

De Vedia lo va a ver a Alfonsín y le dice, tengo una manera, con el tema de drogas que a usted le interesa tanto, soy amigo de Andreotti, como usted sabe, y me dijo que me puede conseguir un convenio, y ellos lo van a financiar desde las Naciones Unidas (Calabrese, 2010, entrevista personal).

Andreotti y De Vedia, por intermedio de la Cancillería Italiana, propusieron realizar un convenio entre Argentina, Naciones Unidas e Italia, para realizar un curso de capacitación sobre adicciones.

El gobierno Italiano, por intermedio del CEIS y con fondos provenientes de importantes firmas como FIAT, Olivetti, La Banca Nazionale del Lavoro y el Vaticano, destinaba mucho dinero a la Cancillería Italiana quien lo derivaba hacia el organismo correspondiente en Naciones Unidas. A su vez, la Cancillería Italiana realiza un convenio con la Argentina (ONU, 1987; Picchi, 1987) para financiar un curso de formación que dictaban especialistas del Proyecto Uomo. Finalmente, gran parte del dinero volvía al origen desde donde había partido. Es decir, las empresas italianas financiaban al CEIS quien aportaba el dinero indirectamente a Naciones Unidas. Este organismo financiaba, finalmente, las actividades del CEIS en Argentina.

En 1987 Novelli viajó, como presidente de FONGA, junto con Grimson y Silvia Alfonsín a la reunión anual de la JIFE, la Junta Internacional de Estupefacientes de las Naciones Unidas, que se puso en contacto con el Proyecto Uomo (Calabrese, 2010; Grimson, 2010; Robusto, 2010, entrevistas personales).

A partir de allí comenzó una importante vinculación. Ese mismo año, se firmó el proyecto AD/ARG/87/525 entre el Gobierno Argentino y el FNUFID. Este proyecto tenía como objetivo manifiesto la creación de un centro que respondiera a la demanda local de formación profesional en el área de tratamiento en adicciones (ONU, 1987).

En ese momento, el organismo nacional encargado de la prevención y tratamiento de las adicciones era la CONAD quien con fondos provenientes de FNUFID, ofreció 30 becas (se utilizaron 27) para enviar a operadores socioterapéuticos argentinos a Italia, a las instalaciones del CEIS, donde los operadores cumplirían un período de formación de 2 meses allí en las comunidades terapéuticas, y retornarían al país bajo la idea de formar el mencionado centro (González, 2009; Grimson, 2010; Robusto, 2010, entrevistas personales; ONU, 1987). La idea central del curso de formación de operadores consistía en que los mismos deberían pasar por la experiencia de la convivencia en una CT para poder adquirir las capacidades necesarias para su posterior implementación.

Los integrantes del grupo argentino que viajó a Italia eran, principalmente, ex adictos en etapas avanzadas de su tratamiento y unos pocos profesionales (psicólogos y sociólogos). El CENARESO envió tres personas. Entre ellas, la licenciada en psicología Adriana Agrelo que a su regreso renunció a su cargo y pasó a formar parte de los primeros profesionales que trabajarían en una CT, incorporándose al Centro Juvenil Esperanza (Agrelo, 2010, entrevista personal). Este grupo conformó lo que hoy llaman "la primera generación de Operadores Terapéuticos". Luego, entre 1988 y 1990, profesionales italianos del CEIS, junto con los operadores formados en esta experiencia, dictaron un curso anual en Buenos Aires.

El objetivo fundamental del curso es ofrecer una formación específica, en el modelo socio-terapéutico, que permita a los estudiantes una vez finalizada dicha formación, desarrollar en grupos o instituciones, una tarea de tratamiento y reinserción social de jóvenes cuya característica de toxicodependientes, tenga como base una personalidad delincuencial de abandonos concretos y tempranos. La propuesta del curso, es ampliar las perspectivas en lo referente a las técnicas específicas, prestando particular interés a la ética del tratamiento, hasta el punto de incluirla como variable terapéutica (Proyecto AD/AR/87/525, 1988).

Este curso seguía, básicamente los mismos lineamientos del curso italiano. Había módulos teóricos seguidos de módulos residenciales en comunidades terapéuticas argentinas. De estas experiencias surgen los líderes de las principales CT que existen hoy en día.

El curso comprendía numerosas clases teóricas dictadas por profesionales del Proyecto Uomo. Hemos podido acceder a la carpeta de estudios de uno de los participantes de este curso. Una revisión de la bibliografía utilizada y brindada a los alumnos para su formación, nos muestra el tipo de formación que se les otorgaba: era una mezcla de psicología social, psicología de grupos e historia de las comunidades terapéuticas en el mundo, junto con algunas herramientas teóricas provenientes de la nueva psiquiatría. El curso teórico tenía una duración de tres semanas.

En este período, las comunidades seguían siendo manejadas principalmente por ex adictos y líderes religiosos. La formación en el CEIS de Italia y posteriormente en Argentina fue la primera aproximación a un staff profesionalizado. Ni médicos, ni psicólogos (salvo excepciones) y mucho menos psiquiatras, participaban de los programas terapéuticos diseñados en estas instituciones.

En el año 1987, el programa Andrés tenía cerca de 120 residentes (González, 2009). También por esta época se ampliaron las propuestas. Apareció junto al Programa Andrés, el Programa Viaje de Vuelta, dirigida por Jorge Castro, y el Centro Juvenil Esperanza, fundado por Carlos Sánchez, un pastor evangelista. Este centro pasó luego a estar dirigido por Rubén González, quien había pasado por el programa Andrés y había viajado a Italia para formarse. Rubén González se desempeñaba como docente en el curso que se dictaba en Buenos Aires.

El curso dictado por el CEIS poco a poco fue reemplazando sus docentes por los operadores formados localmente. Se realizó durante tres años y formó 189 operadores. Con el cambio de gobierno, en 1990 se discontinuó.

La siguiente etapa importante de formación en este mismo área se organizó también gracias a una iniciativa de Wilbur Ricardo Grimson. En 1994, murió el "pastor" Carlos Novelli y Grimson se hizo cargo de la dirección de FONGA. Desde allí, comenzó a impulsar la profesionalización de los operadores y el reclutamiento para FONGA de más instituciones de la sociedad civil que se ocupen del tratamiento de los adictos:

Durante la gestión de Novelli en FONGA ocupé el rol de Secretario de organización reclutando a los nuevos miembros, promoviendo la capacitación en prevención y tratamiento y organizando anualmente seminarios participativos de las instituciones miembro y de invitados especiales entre ellos: Pedro Cahn, el Dr. Cattani, Eduardo Amadeo, el Padre Gabriel Mejía de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Andrés Thomson (Fundación Kellogg), María Marta Herz (Foro del Sector Social). El punto culminante se dio cuando en 1994 el Rector de la UNQ, el Ingeniero Julio Villar, nos invitó a dirigir el Área de Prevención de las Adicciones. Pero esa es otra historia (Grimson, 2010).

6. Formación de Operadores Socioterapéuticos en la Universidad Nacional de Quilmes

Entre 1997 y 2004 se dictó, en la Universidad Nacional de Quilmes [UNQ], bajo la dirección del Wilbur Ricardo Grimson, un curso de "Operador Socio Terapéutico". El 20 de noviembre de 1997 la Universidad Nacional de Quilmes resolvió crear el Área de Drogadependencia mediante la resolución 839/97 en la que señala que:

Visto la resolución conjunta 361/97 y 153/97 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y de la SE.DRO.NAR. y considerando que dicha resolución incluye por primera vez la mención específica de las Comunidades Terapéuticas como efectoras del sistema de salud admitiendo, además la integración de los equipos terapéuticos con la incorporación de los operadores socio terapéuticos, derivados de una tradición de desarrollo de los programas terapéuticos como unidades de auto-ayuda (UNQ, 1997).

De este modo la UNQ se convertía en la primera Universidad Nacional en retomar lo planteado por las resoluciones ministeriales que venían conformándose desde principios de la década de 1990 cuando se comenzaron a regular los tratamientos para adictos en la ley 23.737, largo proceso que no se plasmaría hasta el segundo tercio de la década con la implementación de las mencionadas resoluciones conjuntas (MSAS & SEDRONAR, 1995, 1997).

El Área de Drogadependencia pertenecía al Área de Extensión Universitaria. Para implementar el curso, la universidad firmó un convenio con FONGA (UNQ, 1998), que en ese momento estaba dirigida por Grimson. Mediante ese convenio, la Universidad se comprometía a abonar a FONGA la suma de 55.000 pesos anuales en nueve cuotas mensuales, además de proveer las aulas y la folletería.

Por otra parte, se estableció un convenio entre la UNQ, FONGA y la Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires dirigida en ese momento por el Dr. Juan Yaría. En esta resolución, la Secretaría Provincial se compromete a brindar un apoyo económico a la UNQ, pero no se fija monto alguno (UNQ, 1998; 1999). Estos convenios eran anuales y se renovaban periódicamente. En el año 2000 el convenio con FONGA es reemplazado por un convenio con la Fundación Proyecto de Vida, dirigida también por Grimson (UNQ, 2000). En agosto de 2001, SEDRONAR y UNQ firman un convenio mediante el cual la Secretaría financia parcialmente el curso, mediante una suma de 27.000 pesos, el 50% del costo del mismo. SEDRONAR estaba dirigida ese año por el Dr. Lorenzo Cortese (SEDRONAR, 2001; UNQ, 2002).

El año siguiente, Grimson se haría cargo de la Secretaría de Estado, y el convenio se renovarían, por una suma de 15.000 pesos y a finales de 2004, ya bajo la dirección del Dr. José Ramón Granero, SEDRONAR elevó la suma a 30.000 pesos anuales, mediante un nuevo convenio (UNQ, 2004). Los cursos tenían una duración de dos años con un total de 144 clases, 496 horas teóricas, correspondientes a ocho asignaturas y 64 horas correspondientes a ocho talleres con un adicional de 254 horas por pasantías.

Con la reforma política ocurrida en la UNQ en 2004, se realizó una evaluación externa de todos los cursos que se dictaban en el Área de Extensión de la Universidad (Coutada, 2009, entrevista personal). La evaluación correspondiente al curso de Operadores Socioterapéuticos fue sumamente positiva, recomendando su continuidad. No obstante, el curso se discontinuó. Según Grimson, solicitó en repetidas ocasiones reuniones con las autoridades de la universidad para que le expliquen los motivos de la discontinuación del curso, pero nunca fue atendido. Más allá de las estrategias políticas de Grimson para utilizar fondos de uno u otro organismo en la

implementación del curso, el mismo era en los términos más objetivos en que puede ser evaluado, un curso de buen nivel y a la UNQ no le significaba prácticamente ningún gasto. Todo lo contrario, los más de 200 operadores que se formaron allí, junto con los formados mediante el convenio con el Proyecto Uomo son los mejores reconocidos en el área.

De esta descripción, resulta claro el papel que jugó Wilbur Ricardo Grimson en la promoción de, por un lado el movimiento general de comunidades terapéuticas en la Argentina, tanto desde ámbitos oficiales como desde su participación en organizaciones del tercer sector. Por otra parte, fue un firme impulsor de la profesionalización de las CT, hecho que se manifiesta claramente en su compromiso con la formación de operadores, tanto en su rol jugado en la consolidación del convenio Argentina/Italia, como en la implementación del curso en la UNQ.

Como señalara Wilbur Grimson cuando asumió la dirección de la SEDRONAR en una entrevista periodística:

P: -El sistema de salud, ¿está en condiciones de recuperar a un adicto?

WRG: -El público, no; el privado, sí. La mezcla entre los dos nos da una posibilidad de realizar acciones a través de las comunidades terapéuticas. Hace diez años teníamos 10 instituciones, ahora tenemos 60. Aunque han sentido en carne propia la reducción de la partida presupuestaria, que era de 450 mil pesos a 200 mil y hay algunas en serio compromiso (Amorrortu, 2002).

Como lo venía haciendo desde la experiencia en el Hospital Esteves, luego en FONGA y en UNQ, Grimson seguiría apoyando el movimiento de CT desde SEDRONAR.

Luego de la experiencia en la UNQ, los cursos de operadores socioterapéuticos se diversificaron, las CT proliferaron y se volvió una salida laboral sobre todo para los adictos recuperados (ya lo era desde antes, pero en ésta época, comienzos de 2000, se multiplicó): FONGA comenzó a dar su propio curso de operadores; en 2006, la Asociación Civil Centro Psicosocial Argentino lanzó su propio curso, dirigido por Daniel González; la Red Asistencial de Buenos Aires posee una carrera de operador socioterapéutico en drogadicción, al igual que la Universidad del Salvador donde existe un centro de prevención de las adicciones dirigido por Juan Alberto Yaría.

7. Conclusiones

En este trabajo, hemos podido realizar un aporte a la no muy desarrollada historia de la problemática de las adicciones en la Argentina. En particular, la historia del CENARESO y su interpretación, junto con la historia de las comunidades terapéuticas para adictos, son un aporte original que, creemos, serán de algún valor para estudios futuros en este campo, en el campo de la salud mental en general y por qué no, en la historia sanitaria de la Argentina.

Durante mucho tiempo, antes de 1912 y los controles internacionales en materia de estupefacientes, los médicos han tratado a los adictos. La mayor parte de los tratamientos que se ofrecían estaban estructurados alrededor del uso de drogas como método de mantenimiento o como estrategia de desintoxicación. Con el proceso histórico de prohibición de las sustancias, los médicos no sólo se quedaron sin estrategias para tratar la adicción sino que fueron perseguidos por utilizar o recetar drogas en los tratamientos. Esto provocó que el propio modelo médico rechazara tanto el consumo como los tratamientos, provocando un vacío terapéutico que fue llenado por otras estrategias.

En este sentido, este vacío provocado por la no intervención del modelo médico permitió el ingreso a los tratamientos de líderes carismáticos, religiosos o no, que se dieron a la tarea de ayudar y luego tratar a los adictos. Estos tratamientos no médicos se comenzaron a difundir primero desde Estados Unidos hacia Europa y más tarde al resto del mundo.

En la actualidad, y promocionada desde el nivel internacional, la interpretación de la conducta adictiva como un problema de salud pública ha ganado fuerza. Desde muchos ámbitos se señala esto como un avance respecto de otro tipo de interpretaciones. Las organizaciones de la sociedad civil lo ven como un logro de su lucha particular en la inclusión de la perspectiva de los usuarios en un proceso que, se argumenta, va en dirección de la incorporación de los Derechos Humanos en las políticas de drogas, con la consiguiente despenalización de cierto tipo de usuarios. No obstante, este proceso puede ser interpretado como una parte del proceso más general de medicalización de la sociedad. Despenalizar a los consumidores y a la tenencia de ciertas sustancias e incluir definitivamente la adicción en los planes de Salud Pública, permitiría

eludir las disputas conceptuales (enfermo/criminal) y jurisdiccionales (cárcel/sistema médico) que hoy se hallan en el centro de las dificultades de la implementación de tratamientos.

En la Argentina mostramos que existe una baja estructuración de los tratamientos para adictos manifestada en una diversidad de modalidades terapéuticas sin mayor coherencia. En nuestro país el origen de las comunidades terapéuticas también está relacionado con la falta de una oferta de tratamientos. No obstante, su difusión no es explicable por las mismas causas que en el nivel internacional puesto que, por un lado, son contemporáneas al surgimiento de otras estrategias de atención como el FAT y el CENARESO y, por otro, no hubo en el nivel local una estrategia de persecución de los médicos que explique su alejamiento. Esa situación ya estaba naturalizada aquí y se asumió como parte del proceso más general de difusión de la medicina. ¿Qué es lo que explica, entonces, el éxito relativo de las CT respecto de otras estrategias de atención de la salud en adicciones?

Por un lado, creemos que el prohibicionismo que se aplicó en la Argentina en política de drogas tuvo el doble efecto de estigmatizar a los usuarios de drogas y, al mismo tiempo, establecer una barrera social entre ellos y las estrategias público-estatales de atención de la salud. Puesto que es el mismo Estado el que a su vez prohíbe, estigmatiza y luego quiere "tratar" la adicción, la existencia de discursos contradictorios y la persecución de los usuarios aún dentro del sistema de salud, los alejó de los tratamientos oficiales, volcándose a otras modalidades. Al mismo tiempo, la estigmatización del adicto posibilitó que en ámbitos sociales de mejor poder adquisitivo se empezara a utilizar a las CT como modo de tratar a los adictos en forma invisible al resto de la sociedad.

El cruce de estas problemáticas le otorgó a las CT un impulso inicial que pudieron aprovechar gracias al involucramiento progresivo de ciertos profesionales de la salud mental, afines a la nueva psiquiatría, que veían en ellas una forma más humanitaria, democrática y efectiva de lidiar con las enfermedades mentales y con la adicción en particular. Al mismo tiempo, las estrategias estatales de atención de la salud seguían sin brindar respuestas adecuadas, promocionando aún más este movimiento.

Forjando vínculos internacionales que le habilitaron recursos enormes para la época y la problemática (pensemos que las CT se manejaban mediante donaciones y venta de productos caseros), Carlos Cagliotti, logró imponer una estrategia asistencial que, aunque vaciada de un abordaje teórico consistente, estructuró el campo en nuestro país y lo posicionó como un referente latinoamericano en el área.

Desde un lugar opositor, y mediante una estrategia completamente diferente que incluyó un compromiso teórico pero también el manejo de cierta cantidad de fondos y dirigencia político-institucional, Wilbur Grimson y Carlos Novelli establecieron alianzas que posibilitaron la estructuración del campo en torno a las comunidades terapéuticas.

Bibliografía

- Agrelo, A. (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Psicóloga, ex CENARESO, Centro Juvenil Esperanza.
- Astolfi, E. (1970). Toxicomanía por marihuana. *La Semana Médica*, 136 (20), 725–727.
- Astolfi, E., Gotelli, C., Kiss, J., Bolado, J. L., Maccagno, A., & Poggi, V. H. (1979). *Toxicomanías*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Aureano, G. (1998). *La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté à basse intensité*. Facultad de Ciencias Políticas. Montreal: Universidad de Montreal.
- Brereton, P. (2009). Review: Bennett, B.; Furstenau, M. & MacKenzie, A. (eds). (2008) *Cinema and Technology: Cultures, Theories, Practices*. Basingstoke: Palgrave MacMillan..
- Cagliotti, C. N. (1976). *La Investigación Psicosocial en el campo de educación y la rehabilitación en el uso indebido de drogas*. Buenos Aires: CE.NA.RE.SO. Ed.
- Cagliotti, C. N. (1979). *Memoria de las actividades relevantes del Centro nacional de Reeduación Social durante el año 1978*. Buenos Aires: CE.NA.RE.SO.
- Calabrese, A. (1970). Clínica de la intoxicación por marihuana. *La Semana Médica*, 136(20), pp 734–736.
- Calabrese, A. (2010). Entrevista personal. Buenos Aires.
- Cancrini, L. (1991). *Los Temerarios en sus máquinas Voladoras*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las Huellas de la Memoria II*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- CENARESO. (s.f.). *Asistencia a la Juventud en el Problema de la Adicción a las Drogas*. Buenos Aires: CENARESO.

- CENARESO. (1978). *Caracterización de la demanda espontánea que concurrió al CENARESO Un análisis descriptivo*. Buenos Aires: CENARESO.
- CENARESO. (1980). *Tendencias del uso indebido de drogas detectado por el Centro Nacional de Reeduación Social* (1º semestre de 1980). Buenos Aires: CENARESO.
- CENARESO. (1982). *Actualización de las tendencias del uso indebido de drogas detectado por el CENARESO* (2do. semestre de 1980-1981). Buenos Aires: CENARESO, D. de Investigación Social y Capacitación.
- CONATON. (1983). *Programas y acciones de los Estados Provinciales en relación con el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas*. Buenos Aires: CENARESO.
- Courtwright, D. T. (1983). The Hidden Epidemic: Opiate Addiction and cocaine Use in the South, 1860-1920. *The Journal of Southern History*, 49 (1), 57-72.
- Coutada, G. M. (2009). Entrevista personal. Bernal.
- Cutuli, A. & Arazi, A. C. (2005). Comunidad de Locos. Argentina.
- Damin. (2008). Entrevista personal.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Deitch, D. (1988). *The Therapeutic Community Model*.
- Deitch, D. & Zweben, J. E. (1981). Synanon: A pioneering response in drug abuse treatment and a signal for caution. In Lowinson, J. & Ruiz, P. (Eds.), *Substance Abuse. Clinical Problems and Perspectives*. Baltimore: Williams & Willkins.
- Del Olmo, R. (1992). *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.
- Donnewald, H. N. (2008). Entrevista personal.
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. (n.d.). Obtenido de <http://www.flact.org/lasct.htm>
- Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. (n.d.). Obtenido de http://www.wftc.org/therapeutic_community.html
- FONGA. (2011). Instituciones Asociadas. FONGA. Obtenido de http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=18

- Gazzano, A. (1970). Tratamiento del adicto. *La Semana Médica*, 136 (20), 753–755.
- González, J. L. (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Director asistencial CENARESO.
- González, R. (2009). Entrevista personal. Buenos Aires: Director de FONGA.
- Grimson, W. R. (1999). Adicción a drogas. *Postdata, Revista de Psicoanálisis*, (4), 9–28.
- Grimson, W. R. (2001). Informe dell frente de batalla. *La Nación*. Buenos Aires.
- Grimson, W. R. (2010). Comunicación personal. Buenos Aires.
- Herrero, T., Casati, N., Dana, C., Mariones, A., Calabrese, A., Pawloski, S., Calabrese, S. (1975). El Modelo Ético social. *Publicaciones Técnicas Del Fondo de Ayuda Toxicológica*, (7).
- Instituto Nacional de Salud Mental [INSM]. (1969). Sin título. *Cuadernos Argentinos de Psiquiatría*, 1.
- Jaffe, J. (1999). Conversation with Jerome H. Jaffe. *Addiction*, 94 (1), 13–30.
- Jelsma, M. (2003). Drugs in the UN system: the unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs. *International Journal of Drug Policy*, 14 (2).
- Jones, M. (1970). *La Psiquiatría Social en la práctica*. Buenos Aires: América Lee.
- Kornblit, A. L. (1989a). El mapa cognitivo de la población acerca de las drogas. En *Estudios sobre drogadicción en la Argentina* (pp. 59-106). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kornblit, A. L. (1989b). *Estudios sobre drogadicción en la Argentina*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- López Corvo, R. E. (1994). *La rehabilitación del adicto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Morillas, R. F. (1979). *Manual Policial de la Toxicomanía* (Vol. 236). Buenos Aires: Editorial Policial.
- MSAS & SEDRONAR. (1995). Resolución Conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico de Establecimientos Asistenciales 160/95 y 3/95.
- MSAS, & SEDRONAR. (1997). Resolución Conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico de Establecimientos Asistenciales 361/97 y 153/97. *361/97 Y 153/97*.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. Paris: UNESCO.

- OMS. (1953). 3rd Report. Expert Committee on Mental Health. Geneva: OMS.
- ONU. (1987). Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indevido de drogas, Escuela de formación. Proyecto AD/ARG/87/525. Buenos Aires: FNUFID.
- Otero Pizarro de Borgogno, E. (2008). Entrevista Personal.
- Picchi, M. (1987). El Padre mario Picchi y el Proyecto Uomo. *Convivir*, 2(1), 11–15.
- Plotkin, M. Ben. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Prensa Confidencial. (1970). Orgías en Salud Pública. *Prensa Confidencial*. Buenos Aires.
- Proyecto AD/AR/87/525. (1988). Toxicodependencia y abandono: formación para el abordaje socioterapéutico. (CO.N.CO.NA.D., Ed.). Buenos Aires.
- Robusto, L. (2010). Entrevista personal. Buenos Aires: Director Centro Juvenil Esperanza.
- Rodrigué, E. (1965). *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rojas, N. (1956). Régimen legal sobre asistencia a alienados, toxicómanos y alcoholistas. *Boletín de La Academia 1955-1956*, 34, 173–195.
- SEDRONAR. (2001). Convenio N° 637. Buenos Aires.
- SEDRONAR. (2009). Censo Nacional de Centros de Tratamiento Argentina 2008. (Á. de I. Observatorio Argentino de Drogas, Ed.). Buenos Aires.
- SEDRONAR. (2011). Registro de Instituciones Prestadoras. Buenos Aires: SEDRONAR. Obtenido de http://www.sedronar.gov.ar/images/archivos/registro_prestadoras.xls
- Tarrab, M., Calabrese, A., & Calabrese, S. (1978). Modelo ético social: su aplicación en tratamiento y rehabilitación. *Publicaciones Técnicas Del Fondo de Ayuda Toxicológica*, (1).
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: federación Internacional de Universidades Católicas.
- Universidad Nacional de Quilmes [UNQ]. (1997). Resolución R. N° 839/97.
- Universidad Nacional de Quilmes [UNQ]. (1998). Resolución R. N° 188/98. Bernal.
- Universidad Nacional de Quilmes [UNQ]. (1999). Resolución R. N° 131/99. Bernal.
- Universidad Nacional de Quilmes [UNQ]. (2000). Resolución R. N° 217/00. Bernal.
- Universidad Nacional de Quilmes [UNQ]. (2002). Resolución R. N° 178/02. Bernal.

Universidad Nacional de Quilmes [UNQ]. (2004). Resolución R. N° 971/04. Bernal.

Weissmann, P. (2002). *Toxicomanías. Historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Yablonsky, I. (1965). *Synanon: The Tunnel Back*. Baltimore: Penguin.