Patricia Weissmann

TOXICOMANÍAS

Historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Constituye éste un texto abocado a tópicos muy complejos – psicopatológicos, sociológicos, históricos –; es accesible a cualquier lector culto, por su claridad expositiva y un tipo de secuencia de redacción que lo transforma en una trama con desenlace, algo propio de la ficción literaria, aunque no sea éste su rubro. La verosimilitud e idoneidad de sus fuentes científicas le confieren el poco común "estilo de relato" sobre bases verificables.

Al margen de estos dones "atrapa-puntos de lector", el libro elude todo dogmatismo; carece de digresiones que interrumpen lo narrado; las citas y referencias sólo surgen por necesidad de probar, no por "abundar"; las fuentes son a menudo llamativamente originales. Por otra parte, los ejemplos concretos allanan la intelección de lo abstracto y son frecuentes, entre los atributos que quien lea estas líneas advertirá en su momento.

Alberto Vilnow,
verano de 2002

Patricia Weissmann

TOXICOMANÍAS

Historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

TOXICOMANÍAS
Historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina

Patricia Weissmann

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

I.S.B.N. 987-544-073-6
Hecho el depósito Ley 11.723

Arte:
Area Diseño e Imagen Institucional
Universidad Nacional de Mar del Plata

Impreso en:
Departamento de Servicios Gráficos
Universidad Nacional de Mar del Plata

Segunda edición
Mar del Plata, Junio de 2005.

A mis hermanos
por una adolescencia compartida

In memoriam
Alberto Vilanova

PROLEGÓMENOS[1]

El primer caso grave

A principios de 1923 el diputado Leopoldo Bard solicitó al jefe de policía de la capital, Jacinto Fernández, los antecedentes que hubiera sobre problemas legales relacionados al uso de drogas, con el fin de utilizarlos en la elaboración de un proyecto de ley para la represión de su abuso. El 29 de mayo del mismo año Fernández respondió al pedido remitiendo un memorándum sobre el primer caso grave sucedido en nuestro país, transcripto del auto de prisión preventiva de J.J., dictado por el juez de instrucción Arturo L. Domínguez. He elegido abordar este caso porque, a mi entender, es una rara muestra de eso que Edoardo Grendi (1972) denominó «lo excepcional normal» y que Giovanni Levi (1994) conceptualiza como el hecho mínimo e individual que revela, sin embargo, fenómenos más generales. Mi intención es mostrar, a través de este ejemplo, un atisbo de la larga pugna entre dos saberes disciplinarios -psicopatología

[1] Una versión anterior de este capítulo y el siguiente han sido publicados con el título de "Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina", en: *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina.* Tomo 12. Otoño 2001. Buenos Aires. Polemos.
El capítulo 1, con el título "Morfinomanía y defensa social", apareció originalmente en: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).* Año XXI. Abril-Junio 2001. p.113-126.

y criminología- por la apropiación de un campo entonces naciente, el de las toxicomanías. Sin desconocer el peso del contexto político en la construcción estatal de las instituciones y de las prácticas de la medicina mental, limitaré mi abordaje casi exclusivamente a la perspectiva de una historia de las ideas. Presentaré primero el informe de los peritos médicos y luego el del juez.

J.J. nació en Pergamino, provincia de Buenos Aires, el 29 de febrero de 1875, en una familia de holgada situación. Fue el tercero de cinco hermanos. El informe presenta una descripción detallada de sus antecedentes familiares, entre los que se menciona algún caso de alcoholismo, neuropatía, alienación y hemorragia cerebral. Apoyados en estos datos los peritos clasifican a todos los miembros de la familia materna de J.J. como «degenerados», varios de ellos diagnosticados como «degenerados superiores» por presentar una combinación de conductas «anómalas» como la «prodigalidad» con «intelectualidades superiores y brillantes» (Fernández, H., Jones, A., Brandam, J. y Klapenbach, E. 1918:556). Es necesario detenernos aquí un instante, para explicar algunas teorías psicopatológicas en boga cuyo desconocimiento nos impediría seguir el buen hilo del relato.

En su *Traité des dégénérescences* de 1857, Benedict Morel proponía que el «tipo primitivo» de la raza humana era un hombre que aceptaba por su propia voluntad la ley moral, un hombre en el que el intelecto y la voluntad dominaban sobre las pasiones. En la medida en que se alejaba de este tipo primitivo perfecto, la raza se degeneraba. El mal se heredaba de generación en generación, aumentando en forma progresiva, produciendo un creciente deterioro físico y moral conducente a la locura, a la imbecilidad y finalmente a la "eliminación natural" por imposibilidad reproductiva. Casi treinta años después de la publicación del *Traité*, Magnan (1897) retomó los desarrollos de Morel, pero reemplazando sus matices religiosos por otros neurofisiológicos. Inspirándose en los trabajos de Voisin, consideró la degeneración como una desorganización del eje cerebro-espinal, destrucción o inhibición de ciertos centros cerebrales que quedarían de este modo fuera del control y la voluntad consciente del sujeto. Dividió a los degenerados en cuatro tipos: idiotas, imbéciles, débiles mentales y degenerados superiores. Caracterizó a estos últimos como sujetos aparentemente normales, incluso con una inteligencia muy por encima de la media, pero que se desequilibrarían ante una emoción, una enfermedad, un debilitamiento físico o una simple modificación fisiológica (Magnan, V. 1897:93). A diferencia de Morel, Magnan no postuló un «tipo ideal» en el origen sino como la meta hacia la que la humanidad se dirige, homologando de este modo las ideas de evolución y progreso (Ver Vezzetti, H. 1985:156).

Retornemos pues a J.J. Muy inteligente y de temperamento nervioso, en el colegio se destacó entre los mejores promedios. Su sexualidad fue normal. A pesar de que en su adolescencia fue muy fogoso, no llegó a masturbarse sino «discretamente», porque «sus medios le permitieron bien pronto integrales satisfacciones» (Fernández, H. et al. 1918:557). Este hecho le valió el contraer blenorragia en varias ocasiones. Se recibió de médico en la Universidad de Buenos Aires en el año 1899 e ingresó como jefe de clínica del doctor Escalier en el Hospital Rivadavia, permaneciendo en ese puesto hasta 1909, año en que conoció a su futura esposa. Se casaron el 15 de julio de 1910 y se embarcaron para Europa el 28 del mismo mes, retornando a Buenos Aires un año más tarde. En mayo de 1916 se instalaron en el pueblo de Weelwright y J.J. intentó ejercer su profesión. En abril de 1918 retornaron a la capital, donde la esposa murió a los pocos días. J.J. ingresó en el Hospicio de las Mercedes, para someterse a un tratamiento de desintoxicación. El otrora brillante y alegre joven llegó deprimido, confuso, indiferente, apático. Durante varios días permaneció en ese estado, demandando morfina en tono plañidero. Hacia el 29 de abril comenzó a normalizar sus funciones vitales. Ante el requerimiento médico, declaró que comenzó a inyectarse morfina en 1912 a raiz de una fractura en la rodilla izquierda, sufrida en un accidente automovilístico.

Veamos los resultados del examen psicológico. No presentó alteraciones en el lenguaje articulado ni gráfico, pero en sus respuestas pudo apreciarse el deterioro de su actividad intelectual. Aunque conservaba la capacidad de fijar la atención, se distraía fácilmente. Mostró problemas de memoria para evocar recuerdos recientes, sobre todo los relacionados con la última época de Weelwright. La percepción se conservaba clara y rápida. Llamaba la atención su «indiferentismo sentimental» (Fernández, H. et al.1918:562) y su exagerado egoísmo, amén de una "marcada decadencia del sentido moral". Acá se hace necesario otro paréntesis para introducir una breve referencia a las teorías subyacentes a las descripciones documentadas. Dicen nuestros peritos: «Vemos afectarse primeramente el sentido moral, tanto más vulnerable cuanto que ha aparecido más tardíamente en la evolución funcional del cerebro, y luego, en mayor o menor intensidad, en el conjunto de los procesos psíquicos superiores.» (Fernández, H. et al. 1918:564). Es esta la tesis jacksoniana, que proponía que las funciones nerviosas superiores se fueron adquiriendo en forma jerarquizada, de las más simples a las más complejas, de las más automáticas a las más voluntarias. Siempre serían las últimas las encargadas de controlar a las precedentes, y, en forma inversa, la disolución seguiría el camino opuesto. El trastorno implicaría un elemento negativo (supresión de la función o nivel

alcanzado) y un elemento positivo (liberación e hiperfunción de los elementos contiguos a aquellos que fueron suprimidos o suspendidos) (Jackson, J.H.,1862). El aserto fue retomado por la escuela de Ribot y arribado por esta vía a las tierras del Plata, cuya mirada psicopatológica se dirigía en esos años casi exclusivamente a los maestros franceses.

Prosigamos con la explicación etiológica. A la funesta sombra de la degeneración hereditaria, continúa el informe, se suman los efectos de la intoxicación crónica y la herencia neuropática. En esta familia el cerebro se presenta como constante *locus minoris resistentiae*. J.J. pertenece a ese tipo de degenerados inteligentes a los que Magnan denominó *degenerados superiores*, en los cuales, conjuntamente con facultades descollantes, coexisten lagunas o deficiencias en las demás esferas psíquicas: «extravagancias, debilidad de la voluntad y en general incapacidad para adaptarse a las condiciones normales para la lucha por la existencia.» (Fernández, H. et al. 1918:565). Sigue una única y escueta referencia a la esposa, de quien se afirma que no pudo ayudarlo a controlar el vicio porque, al igual que él, era degenerada de constitución, débil de voluntad y presa también del «sutil veneno». De esa forma, aseveran los peritos, marido y mujer -como suele suceder entre los toxicómanos- se enviciaron mutuamente en su búsqueda por alcanzar los «paraísos artificiales» que «no existen sino en la mente de

los poetas» (El comentario alude al libro de Charles Baudelaire, *Les Paradis Artificiels*, publicado en Francia en 1860, en el que el autor describe sus experiencias con opio y morfina).

Sumando una más a las ya múltiples categorías psicopatológicas en que se ha encuadrado al acusado a lo largo del informe, los autores agregan que el complejo sintomático que presenta corresponde a la neurosis que Janet denominó «psicastenia» y otros han denominado neurastenia -el término «neurastenia» fue acuñado por el psiquiatra inglés Beard en 1879 para describir un cuadro caracterizado por cansancio cerebral, ideas obsesivas, borrascas de mal humor o cólera, fatiga permanente-, y su «apetencia tóxica» se encuadra dentro de las obsesiones características del cuadro. Dado el «terreno degenerativo constitucional,» los expertos consideran que «sin ser un alienado (demente en el concepto jurídico), el imputado presenta, actualmente, anomalías que atenúan su responsabilidad con relación a las prescripciones de la ley penal», puesto que hay causas determinantes «más que suficientes» para haber alterado su conducta habitual. Este informe fue presentado al juez el 8 de agosto de 1918.

Incursionemos ahora en el auto judicial. Nos enteramos, en primer lugar, que durante el largo viaje de bodas -usual en esos años entre las clases adineradas- los esposos llevaron una vida «misteriosa», siem-

pre encerrados, actitud que contrastaba fuertemente con el modo alegre y expansivo que había caracterizado a la joven desposada hasta entonces. Según queda probado por las declaraciones de todos los testigos, nos dice el juez, antes de contraer enlace la víctima era «una persona completamente sana, de una educación esmerada, de un epíritu cultivado, de un carácter bondadoso, que cautivaba con su belleza física y moral, que revelaba una inocencia poco común y que no sólo no sufría de enfermedad alguna en su organismo físico, sino que no tenía vicios ni costumbres que hicieran sospechar siquiera que tuviera inclinación al uso del alcohol, de la morfina o de otros tóxicos» (cit. en: Bard, L. 1923c:18). Ella volvió del viaje totalmente cambiada, hasta el punto que «sólo aparentaba una débil silueta de aquella bellísima niña, sana, alegre de cuerpo y alma, que pocos meses antes abandonara inocente su hogar, llena de ensueños, en busca de su ideal» (Bard, L. 1923c:19). Al llegar aquí, el juez, como lo hicieran los peritos, alude a los famosos «paraísos artificiales» de Baudelaire, que en su opinión siempre concluyen sometiendo a quien los anhela a «su influencia venenosa».

Continúa relatando que al cambio físico correspondió la transformación mental. La joven se tornó nerviosa, malhumorada, irascible, aislándose cada vez más de sus amistades y su familia, repudiando incluso a su propia madre. Sólo la presencia de su esposo la

calmaba y éste, se nos informa, no se le separaba ni un instante. Pasaban cada vez más tiempo encerrados, descuidando sus "obligaciones más elementales". Luego el relato se torna oscuro. Se habla de una misteriosa enfermedad que casi acabó con la vida de la infeliz esposa y de la que sólo se logró restablecerla «por todos los recursos de la ciencia y del cariño maternal» (Bard, L. 1923c:20). El médico que la atendiera, amparándose en el secreto profesional, se negó a declarar las causas que la llevaron a la grave crisis. ¿Se trató tal vez de una blenorragia? Como se mencionara en el informe pericial, el marido padeció este mal más de una vez. ¿O sería un dolor psíquico el que la puso al borde de la tumba? En todo caso, es seguro que se trató de algo «vergonzante», puesto que el facultativo no quiso aclarar el diagnóstico. Revisando el informe con más atención, el nombre de este profesional nos resulta conocido. Descubrimos entonces que se trata del doctor Escalier, el mismo en cuyo servicio del Hospital Rivadavia J.J. trabajara durante diez años en épocas más felices, al comienzo de su carrera profesional.

Luego de este episodio la caída fue vertiginosa. Según las declaraciones de los vecinos de Weelwright, en los últimos tiempos la pareja ya no salía de la casa, comían lo que ellos les llevaban y vivían solicitando préstamos por sumas insignificantes de dinero. Finalmente la salud de la desdichada esposa terminó de

quebrantarse y el matrimonio viajó a Buenos Aires, donde ella falleció a los pocos días. Triste final para esta historia de dos seres atormentados y de un extraño amor que se había prolongado a lo largo de ocho años. Según declaró el doctor Viñas, testigo de la muerte, la «infinidad de lesiones anatómicas de la piel y la gran postración general» no dejaban lugar a dudas de que llegó a ese estado «por el uso y abuso en forma desmedida de tóxicos por medio de inyecciones» (Bard, L. 1923c:21). A esto agrega el juez que resulta evidente que las inyecciones se las aplicaba su marido «ocultamente y con plena conciencia del daño que ocasionaba» y que la negativa de éste a efectuar una declaración confirma su culpabilidad. Destaca además que, como queda probado por la exposición de los hechos, es evidente que el acusado no comenzó a drogarse en 1912, como él afirma, sino mucho antes y que contagió a su mujer el vicio ya durante el viaje de bodas.

La defensa social

«El fin de la defensa social», afirma el Dr. Domínguez, juez de instrucción, «no es el castigo del culpable como una satisfacción por castigar, sino la necesidad de separar de su seno los elementos que la dañan» (Bard, L. 1923c:26). Si se aceptara la irresponsabilidad legal de los viciosos, continúa, porque no tienen voluntad para dominar su pasión, se crearía una excepción de inmunidad legal con grave peligro para la sociedad, que no podría apartar de su seno a estos «elementos disolventes». Haremos ahora un último paréntesis, en referencia esta vez a las teorías penales. Sin pretender desarrollos que nos desviarían de nuestro interés principal, resulta necesario al menos aclarar la concepción del derecho que aquí se ponía en juego. Así como en psicopatología predominaban las ideas provenientes de Francia, en criminología la mirada se volcaba hacia Italia. Siguiendo puntualmente los asertos de Enrico Ferri, ya en los primeros años del siglo XX Ingenieros destacaba que la criminología moderna, en contraposición a la escuela clásica de Beccaria, no presupone el libre albedrío (y por tanto la imputabilidad) del delincuente, sino que busca las causas de su acción en la constitución psíquica, en la herencia y en las condiciones del ambiente en que éste se desenvuelve. No centra su interés en establecer la responsabilidad del criminal sino su grado de peligrosidad y su objetivo no es el castigo de un sujeto al que se supone libre de elegir, sino la defensa del organismo social por medio de la segregación de los elementos que hacen peligrar su integridad (Ingenieros, J. 1902:355). Para la época de nuestro informe, como puede apreciarse en el auto judicial, estas ideas continuaban teniendo vigencia. Se

consideraba como obligación del Estado defender a los ciudadanos apartando de su seno a los criminales: «el orden y la seguridad de las sociedades dependen de esta función represiva que le está encomendada» (Drago, L.M. 1921:76). Sin embargo, en la práctica, la justicia afrontaba una paradoja en el caso de los toxicómanos: ¿cómo enviarlos a prisión si no son responsables de sus actos? ¿cómo recluirlos y obligarlos a curarse si su conducta «viciosa» atañe al mundo privado de las personas, en el cual un estado liberal no puede inmiscuirse? Estas contradicciones se ven reflejadas en los argumentos del juez. Puesto que la ley no prohibe el consumo de alcaloides, su postura intenta centrarse en demostrar que la conducta toxicómana, en este caso, ofende al orden y la moral pública y perjudica a un tercero, con lo cual quedaría legitimada su intervención.

Así, en total desacuerdo con el informe pericial, el doctor Domínguez pasa a enumerar sus razones: en primer lugar señala que el impulso irresistible, la falta de voluntad para sustraerse al tóxico, se comprende con respecto al propio sujeto, pero no cuando se trata de calmar la apetencia de otro. Para continuar, afirma que la represión debe ser más enérgica cuanto más elevada sea la posición social de quien cae en el vicio, ya que la responsabilidad legal es mayor a mayor educación. En este caso la responsabilidad es aún más alta por tratarse de un médico, que

no sólo está habilitado para salvar a sus semejantes sino que tiene la obligación de hacerlo. Tercero y principal, dice, legitimar como resolución judicial los fundamentos del estudio médico sería autorizar legalmente la impunidad del vicio, «declarándose la justicia desarmada e impotente en su misión». Aceptar estas teorías implicaría permitir a todos los anormales y desequilibrados que cometieran delitos y «como esas perturbaciones mentales ceden fácilmente a un tratamiento médico», los viciosos verían asegurada su irresponsabilidad legal sin perder su capacidad civil ni su libertad (Bard, L. 1923c:27). Finalmente, expresa, es necesario recordar las palabras de Gilbert Ballot (se refiere a Gilbert Ballet, quien fue alumno de Charcot y le sucedió en el cargo en La Salpêtrière luego de Ball y Joffroy. En 1904 dirigió la publicación del *Traité de pathologie mentale*, en el que colaboraron Cotard, Arnaud, Ball, Chaslin y Séglas entre otros), quien dice que «cuando un tribunal tiene en cuenta la responsabilidad atenuada para rebajar la pena, hace mala justicia y mala protección social». Por todas estas razones, el doctor Domínguez declara a J.J. responsable del delito de homicidio y ordena la prisión preventiva y el embargo de sus bienes por la suma de 50.000$ (Bard, L. 1023c:28). Pero nos enteramos por el informe pericial que el 3 de mayo de 1918 nuestro sujeto no fue enviado a prisión, sino trasladado dentro del mismo Hospicio de las Mercedes, en calidad de detenido, al

pabellón Lucio Meléndez, a cargo del doctor Helvio Fernández. La familia presentó una apelación y finalmente fue absuelto, no por su incapacidad de comprender las consecuencias de sus propios actos- como se alegara en primera instancia- sino porque la muerte de la mujer se debió a la enfermedad intercurrente y porque el delito del que se lo acusaba no estaba contemplado en el Código Penal (Carratalá, R. 1939:112).

El debate entre jueces y peritos por el tema de la toxicomanía se prolongó durante un largo período. Y no se limitó a discrepancias en el discurso médico y el legal. Como todos sabemos, aún hoy es tema principal de discusiones ideológicas, políticas y económicas. Quiero finalizar mencionando tan sólo la primera –cronológicamente, en mi registro documental- de estas disputas, porque en ella ya puede apreciarse el germen del debate actual. En 1919 una ordenanza del Departamento Nacional de Higiene prohibió la venta libre de medicamentos que contuvieran opiáceos o cocaína. Un año más tarde el diputado Capurro presentó un proyecto de ley en el que proponía una reglamentación estricta de la importación, exportación, venta, prescripción y posesión de alcaloides. Esto suscitó una acalorada reacción en las Cámaras. Una ley que interfiera con los «vicios privados» de las personas, se argumentó, es contraria al artículo 19 de la Constitución Nacional y se contrapone al proyecto liberal y laico de la Argentina moderna, que no es

compatible con la imposición de valores morales a los ciudadanos.

LA CONSTITUCIÓN DE UNA ENTIDAD PSICOPATOLÓGICA.

El déficit de la voluntad

Quisiera retomar la idea, esbozada en el capítulo anterior, de la enfermedad mental asociada a un déficit de la voluntad. Detrás de esta noción de automatismo, de involuntariedad, surge con fuerza otra: la del funcionamiento inconsciente del cerebro. En 1840 Thomas Laycock postuló que el cerebro es una prolongación de la médula y por lo tanto ambos deben estar gobernados por las mismas leyes (Gauchet, M. 1992:45). Estas ideas fueron compartidas, entre otros, por Griesinger. En su Tratado de 1845, muchas veces reeditado, afirmó que la vida mental está sometida al mismo principio que los actos reflejos, desde los más simples y automáticos hasta los acciones voluntarias de las que tenemos conciencia. La relación entre sensación y movimiento que se observa a nivel medular es equivalente a la relación entre «representaciones» y «esfuerzos» a nivel de la actividad cerebral. La enfermedad mental es producto de una perturbación del equilibrio entre impresiones sensoriales y respuestas motrices. Los desarrollos de Griesinger fueron retomados por Krafft- Ebbing y luego por Kraepelin, y, a través de éste último, por varias generaciones de psiquiatras en Europa y Amé-

rica. En Estados Unidos, William James y Adolf Meyer sostuvieron enfáticamente que no existe tal cosa como una mente independiente del cerebro. La vida es reacción, propuso Meyer, ya sea a estímulos externos o internos. La mayor parte del funcionamiento cerebral es inconciente; lo que llamamos conciencia tiene que ver con «aquellas reacciones que implican un cambio en las relaciones entre el individuo total y el mundo externo». Los trastornos psíquicos, lo mismo que cualquier lesión orgánica, comprometen el funcionamiento de las células y los procesos fisiológicos (Meyer, A. 1897:43-47). Este modelo de explicación del funcionamiento mental predominó durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. Luego de la 1° Guerra Mundial, con la expansión del psicoanálisis, la idea de inconciente se alejó cada vez más de ese inconciente cerebral de los procesos automáticos, aunque se conservó la noción de involuntariedad, de incapacidad del sujeto para controlar los afectos ocultos que determinan su conciente accionar. Este cambio se aprecia notoriamente en los desarrollos posteriores del mismo Meyer y otros representantes de lo que se comenzó a denominar *psiquiatría dinámica.*

En Francia Baillarger defendió tempranamente la unidad de lo orgánico y lo mental, sobre la que basó su «principio de automatismo» y la noción de «monomanía instintiva», entendiendo por tal una pa-

tología mental (manía) que no afectaría la totalidad de las funciones superiores o «facultades mentales», sino sólo a la voluntad. Por distintos caminos, entonces, hacia fines del siglo XIX la existencia de enfermedades psíquicas caracterizadas por la incapacidad del sujeto para dominar sus impulsos involuntarios, se había consolidado firmemente como parte del saber psicopatológico. Concomitantemente, quedó establecida la necesidad de que el psiquiatra sustituyera la voluntad ausente del enfermo por la suya propia. Como lo expuso Hegel, en relación al «tratamiento moral» de Pinel, «en tanto el alienado no pueda ejercer esta acción de lucha contra su estado subjetivo, deben ser otros los que la ejerzan por él» (La cita aparece en Swain, G.1997:113).

La noción de toxicomanía

Veamos, pues, como surgió, dentro del marco de esta categoría de la enfermedad mental como déficit de la voluntad, la noción de toxicomanía. Desde 1840 Moreau de Tours había empleado el cáñamo para uso psiquiátrico en el hospital de Bicètre, destacando la posibilidad de provocar por medio de esa sustancia una «psicosis de laboratorio» que permitiría avanzar en el estudio de la patología mental (Ver, entre otros, Escohotado, A. 1995(1):96). El descubri-

miento de la morfina -1806- y la invención de la jeringa -1854-, sumados a su empleo masivo en las guerras y los fenómenos de acostumbramiento derivados del uso continuado, plantearon un problema inédito. ¿Qué hacer con este nuevo flagelo? ¿Cómo contrarrestar los terribles sufrimientos de la abstinencia? En 1874 Levi Levinstein propuso un nombre para esta práctica que devenía independiente de la voluntad del hombre y de su razón: la llamó «morfinomanía». Médico prusiano y titular de la cátedra de Farmacología en Berlín, hacia 1880 cambió su nombre por el de Louis Lewin. En 1879 describió 110 casos de la nueva enfermedad en ex-combatientes. Entre 1883 y 1885 mantuvo una controversia con Freud por el tema de la cocaína, que éste último recomendaba para el tratamiento de la toxicomanía morfínica. Lewin criticó violentamente a Freud, denunciando la pretendida inocuidad de la cocaína. Realizó varios viajes a Estados Unidos y Canadá, y su laboratorio de Berlín fue visitado por personalidades científicas de la época, como Albert Einstein, J-J Abel y George Schweinfurth. En 1924 publicó su *Phantastica*, obra en la que vertió la suma de sus conocimientos acerca de los «venenos del espíritu». (Lewin, L. 1924. Prefacio por J. Thullier en la reedición de 1996).

En 1856 se abrió en Estados Unidos la primera fábrica de agujas hipodérmicas y la morfina comenzó a reemplazar al opio en las prescripciones mé-

dicas. Se empleaba, entre otros usos, para curar el alcoholismo y la opiomanía; pero pronto se cayó en la cuenta de que la nueva droga resultaba aún más adictiva que la que intentaba suplantar. Otro tanto sucedió con la cocaína, descubierta en 1860 y con la heroína, en 1883. Recuerda Escohotado que ésta última se introdujo en el mercado luego de un período experimental de sólo dos meses, publicitándola como cura segura para la morfinomanía y libre de propiedades adictivas (Escohotado, A. 1995(2):54-55). En cuanto a la cocaína, su consumo aumentó en forma exponencial en la última década del siglo XIX, al introducirse la práctica de inhalarla en forma de polvo, como se hiciera durante mucho tiempo con el rapé.

Hacia fines del siglo XIX, la morfinomanía o «morfinismo» había legitimado ya su carta de ciudadanía entre las patologías de la mente. Krafft-Ebbing le dedicó todo un capítulo de su Tratado de Psiquiatría, incluyéndola en la sección de «Patología y terapéutica especiales de la locura» (Krafft Ebbing, R. von 1879:643-649). Una cita al pie agregada en la edición de 1884 enumeraba los trabajos sobre el tema aparecidos hasta entonces: Levinstein (1874, 1880), Fiedler (1874), Erlenmeyer (2°ed.1880), Burkart (1880), Obersteiner (1883). El «consumo por placer» de la morfina, afirmaba Krafft-Ebbing en este texto, es usual sobre todo en las «constituciones neuropáticas».

Pero esta sustancia, cuyo empleo en medicina resultaba precioso por sus propiedades tanto narcóticas e hipnóticas como también estimulantes, no era un agente inofensivo cuando se la utilizaba en forma continua. Al igual que el alcohol, «envenena los centros nerviosos» y puede llevar a la muerte, ya sea por sobredosis o por la brusca abstinencia. Por esta razón, proponía la supresión gradual y sucesiva como el tratamiento más apropiado.

Recepción en la Argentina de las conceptualizaciones sobre toxicomanía

En la estadística sobre los alienados de Buenos Aires que realizó Samuel Gache en 1878, incluyó entre las «locuras tóxicas» cinco categorías: alcoholismo, morfinismo, saturnismo, nicotismo y hachicismo. Las mismas patologías aparecían en la clasificación de las enfermedades mentales propuesta por Meléndez y Coni en 1887. Lucio Meléndez, director del Hospicio de las Mercedes y profesor titular de la cátedra de Patología Mental de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, utilizaba -como la mayor parte de los especialistas de la época- inyecciones de clorhidrato de morfina para tranquilizar a los

pacientes en estado de excitación y como tratamiento regular en el período melancólico. Aún en la década de 1920 los efectos benéficos de la morfina y la cocaína eran proclamados por los médicos muy por encima de sus peligros. Como ejemplo pueden mencionarse las respuestas de algunos profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires a una encuesta que les enviara Leopold Bard, en vistas a la elaboración de su ya mencionado proyecto de fiscalización de sustancias estupefacientes. José Arce (clínica quirúrgica), contestó: «No creo posible prohibir la importación y fabricación de la morfina y sus sucedáneos por cuanto las ventajas de semejante disposición no compensarían sus graves inconvenientes». También Carlos Bonorino Udaondo (semiología), estuvo en contra de la prohibición: «No creo posible prohibir la importación, fabricación y venta de la morfina y cocaína, dado que sus aplicaciones terapéuticas las hacen insustituibles en muchas afecciones que no es del caso detallar (...) No es posible hacer que los pacientes a quienes sus beneficios procuran un alivio en sus síntomas subjetivos sufran las consecuencias de una ley dictada en contra de viciosos o degenerados». Mariano R. Castex (clínica médica), se inclinó en el mismo sentido: «No me parece posible prohibir la importación, fabricación y venta de la cocaína, morfina y cannabis, pues son medicamentos de empleo diario e indispensable» (Bard, L.

1923b:742-745).

La descripción de las locuras tóxicas que proponía Meléndez seguía la de Moreau de Tours, señalando los riesgos de dependencia y las lesiones del sistema nervioso que podían resultar del abuso crónico. Como Moreau de Tours, separaba las locuras tóxicas de las orgánicas -lesión, infección, etc.- y de las neuropáticas, cuya etiología se vinculaba con la herencia. Pero esta diferenciación, como se pudo apreciar en el caso presentado en el capítulo anterior, pronto comenzaría a perder nitidez. Ya se ha dicho que nuestra clínica psiquiátrica se nutrió en sus inicios fundamentalmente en la psiquiatría francesa. Lucio Meléndez y Domingo Cabred, por nombrar dos alienistas representativos de la primera hora, se formaron en París. Y de Francia -pero también de Italia, de la mano de Lombroso- provino la noción de predisposición asociada a la toxicomanía. En un trabajo presentado en el Congreso de Medicina de Lille en 1899, que se conserva en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Paul Sollier, miembro honorario de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, propone reemplazar la clasificación clásica de intoxicaciones de origen terapéutico o de origen pasional por la de formas «organopática» y «psicopática», porque, afirma, los intoxicados de origen terapéutico pueden muy pronto caer en la categoría de pasionales, ya sea por debi-

litamiento moral o predisposición. En la forma organopática sólo los órganos son afectados, sin participación mental, y en la psicopática los problemas psíquicos juegan un rol principal. Este tipo puede a su vez dividirse en dos grupos, según que el intoxicado se haya vuelto psicópata por causa de la intoxicación (actuando sobre un terreno predispuesto) o que la intoxicación sea el resultado del estado psicopático. Es este último grupo el que Sollier denomina «toxicómanos» (Sollier, P. 1899:576-577). A diferencia de las otras formas, propone, no tienen un tóxico de preferencia y el acostumbramiento es en ellos a la vez muy rápido y poco tenaz, pudiendo desaparecer rápidamente cuando se les impide el acceso a los tóxicos. Pero en cuanto se les deja en libertad reinciden a la primera ocasión, no por hábito sino «por un impulso irresistible», sin que hagan ni el más mínimo esfuerzo para evitar la recaída. Esta forma compulsiva de intoxicarse los aproxima a todas las otras formas de obsesiones y compulsiones. Otra característica que los distingue, dice Sollier, es la tendencia a abusar inmediatamente del tóxico empleado, así como la preferencia por sustancias lo más tóxicas posible. El pronóstico es muy desfavorable. A menos de colocar al sujeto en condiciones de vigilancia constante y muy severa, no hay posibilidad alguna de cura. Finaliza afirmando que de todos modos las chances de recuperación definitiva son casi nulas, puesto que el estado

psíquico tiene en estos enfermos una incidencia mucho mayor que la intoxicación física.

Otro trabajo destacable de la época, publicado en los Anales del Círculo Médico Argentino, clasifica a los enfermos por morfina en «morfinizados» y «morfinómanos», basándose en la observación de cien pacientes. Los morfinómanos se subdividen en histéricos y psicasténicos. Los morfinizados (reumáticos, asmáticos, tabéticos, etc.) usan el tóxico para contrarrestar el dolor. Coincidirían en cierto modo con la forma organopática de Sollier. En ellos el pronóstico es positivo. Los morfinómanos entrarían en la forma psicopática de Sollier. Dentro de este grupo, los histéricos son los más numerosos. Casi siempre comienzan a utilizar el tóxico por prescripción médica, pero luego continúan por sí mismos, aumentando la dosis y al mismo tiempo las manifestaciones neuróticas, que les llevan muy pronto a desarrollar una «idea fija». No es difícil desintoxicarlos, pero si no se trata la histeria, afirman los autores -por medio de mecanoterapia, hidro o electroterapia y aislamiento-, recaerán muy pronto. Los morfinómanos psicasténicos «forman parte de este grupo de enfermos fóbicos, obcecados, impulsivos, abúlicos y ansiosos, que Falret llama predispuestos hereditarios, Morel y Magnan denominan degenerados y que Raymond y Janet llaman psicasténicos» (Omar, G. y Buvat, J.B. 1904:359). Este grupo es el de pronóstico más reservado y tratamiento

más complicado. Reinciden con mucha facilidad, pasando de un tóxico a otro o incluso consumiendo varios al mismo tiempo. El tratamiento es largo y con muy pocas probabilidades de éxito; consiste en separarlos (definitivamente, en lo posible) del medio en que viven y hacerlos trabajar, preferentemente en tareas rústicas. Chaslin, el maestro de Cabred, puntualiza que la parte más larga y azarosa del tratamiento es el trabajo de «reeducación de la voluntad» (Chaslin, Ph. 1912:328).

Como hemos tenido oportunidad de constatar en el capítulo anterior, la toxicomanía, desde el comienzo, fue compartida como objeto de estudio por la psiquiatría y la criminología. Con la reforma universitaria de 1874 se creó en la U.B.A. una cátedra de Medicina Legal y Toxicología, que luego se separó en dos cátedras autónomas en 1891. Los estudios de Medicina Legal se inclinaron principalmente hacia la psicopatología forense y la criminología, siguiendo los desarrollos italianos y belgas (Rojas, N. 1936:19). Vemos así que el capítulo dedicado a la «clasificación de delincuentes» del manual de Nerio Rojas incluye tres tipologías: la de Ferri -italiano-, la de Vervaeck -belga- y la de José Ingenieros.

En 1907 Vervaeck abrió un laboratorio de antropología criminal en la prisión de Minimes. En la Argentina, Francisco de Veyga, formado en París con Charcot, Brourdel y Magnan, y embebido de las ideas

de Lombroso y de Ferri, creó un Depósito de Obsevación de Alienados en dependencias de la Policía, «con el fin laudable de establecer sobre bases prácticas la enseñanza de la medicina legal, por cuya razón se elige el mencionado depósito para que los alumnos puedan estudiar las condiciones mentales de los contraventores» (Citado en: Loudet, O. y Loudet, O.E. 1971:129), siguiendo las concepciones de la escuela italiana y la belga. Me interesa destacar los desarrollos de estas escuelas en relación a las toxicomanías, tal como fueron recibidos y publicados en los medios científicos de nuestro país en la época -y más tarde citados por nuestros profesionales. Vitiglio Tirelli, director del Manicomio y docente de Medicina Legal en la Real Universidad de Turín, afirma que siempre se observa la intoxicación «en tipos previamente tarados», o sea, en personalidades constitucionalmente degeneradas, en las que «el hábito vicioso es toda una demostración de las tendencias originales». El elemento que sirve de «sólido cemento» entre la degeneración y el vicio es el factor sexual. En cuanto a la criminalidad, es consecuencia de «la inmoralidad constitucional biológica preexistente». Tirelli hace una distinción entre «morfinistas y cocainistas» por un lado y «morfinómanos y cocainómanos» por otro. Todos son degenerados, pero los primeros son enfermos y los segundos anormales o viciosos. Los primeros son inmorales y pasionales, los segundos amorales y delin-

cuentes. El inmoral «puede ser inteligente y sensible y lo es a menudo»; el amoral, en cambio, «es, casi siempre, un deficiente intelectual a más de serlo moral». Entre los morfinistas predomina el tipo afeminado, entre los morfinómanos el tipo viril. En cuanto a la terapéutica, «la esperanza de una curación completa es vana», debido al carácter biológico y patogénico del mal (Tirelli, V. 1921:30-49).

Vervaeck, influyente, como se verá, en el contexto rioplatense, considera que la toxicomanía constituye una grave amenaza para la raza, «tarando, tal vez definitivamente, numerosas energías juveniles y multiplicando las degeneraciones» (Vervaeck, S. 1922:408). Divide a los toxicómanos en dos tipos: constitucionales y ocasionales. Los primeros son neurópatas y anormales hereditarios, incorregibles y peligrosos. Los segundos son pasivos y sugestionables y pueden ser curados si se ataca el mal a tiempo, o sea, antes de que el cuerpo se habitúe. Para Vervaeck lo que poduce efectos más fecundos para proteger a la sociedad contra la degeneración física y moral, es la creación de Ligas de Higiene Mental. Es necesario, además, renunciar al «espíritu peligroso de humanitarismo» y «establecer enérgicas medidas de *eliminación social* contra los delincuentes incorregibles, sean anormales o sanos de mente» (Vervaeck, S. 1922:415-425). Poco a poco va cristalizando la idea de que es deber del Estado el proteger a los ciudada-

nos de sus propias debilidades, puesto que los hombres no actúan siguiendo los dictados de la razón sino de las pasiones. Un autor de la época lo expresa de este modo: «Poderoso Estado, el que sabe imponerse sobre los falsos liberalismos, tutelando las debilidades y claudicaciones de los ciudadanos». (Delfino, V.,1913:586). Tanto las ideas de Vervaeck como las de Tirelli nutrieron el libro *Toxicomanías*, publicado por Gregorio Bermann en 1926. Por otra parte, todas estas concepciones se verían reflejadas en los proyectos de fiscalización de alcaloides y lucha contra las toxicomanías -ya citados en la introducción- desarrollados en la Argentina durante el siguiente medio siglo.

Otra influencia que comenzaba a traslucirse en las teorizaciones acerca de las toxicomanías en nuestro medio, a partir de la década de 1920, era la del psicoanálisis. Así, por ejemplo, Gregorio Berman, profesor de la Facultad de Medicina de Córdoba, afirmaba que, al igual que el alcohol, los tóxicos «permiten el paso a la esfera conciente de fantasías y pensamientos (...) que la 'censura' detiene en estado de vigilia». Las drogas, decía, «liberan lo preconciente» (Berman, G. 1926:18), la cocaína «deja en libertad los componentes de la libido llamados por Freud poliformoperversos» (1926:34). Pero las ideas de este autor, por la resonancia que tuvieron -los trabajos de Bermann fueron conocidos en toda la comunidad

hispanohablante y mencionados incluso por autores tan eminentes como Mira y López-, merecen ser desarrolladas en párrafo aparte.

Gregorio Bermann

A diferencia de *Los peligros de la Toxicomanía*, de Bard (1923c), *Toxicomanías* (1926) es un libro ordenado, casi un manual. Bermann cita rigurosamente sus fuentes y hace un recorrido exhaustivo de autores y teorías, intentando, como expresa en el prólogo, encontrar respuestas a un fenómeno que prevé se agravará con el tiempo:

> *Los alcaloides, que proporcionan según sus adeptos goces sin cuento, han quedado incorporados a las cosas estúpidas y terribles que aflijen a nuestra especie. No cabe duda, por desgracia, que subsistirán y se arraigarán. He tratado de saber por qué y por ello lo he considerado como síntoma de una época y en este sentido las toxicomanías serán para el sociólogo índice de una civilización de la decadencia. (1926:8)*

Las tesis que defiende Bermann son dos: que los que se drogan no persiguen el efecto narcótico

sino estimulante de las sustancias -aún de las llamadas estupefacientes- y que al menos la mitad de las toxicomanías obedecen a condicionantes de orden social y no a factores endógenos (herencia, predisposición). Veamos cada una de estas afirmaciones por separado.

Bermann comienza diciendo que hay ciertamente, como señalara Tolstoi, quienes buscan en las drogas olvidar las penas, vencer la timidez o reprimir los reclamos de la conciencia. A ellos les cuadra la denominación de «narcómanos». Pero mucho más numerosos son aquellos que las emplean para aumentar sus energías, excitarse física, mental o sexualmente, sentirse poderosos o alcanzar bienestar, alegría y placer. El término mismo de «dopado», con que se designa en el habla corriente al ebrio por drogas, proviene de la palabra inglesa *doping*, que hace referencia al procedimiento ilegal de aumentar el rendimiento de los caballos de carrera mediante ciertas sustancias (1926:14-17). No obstante, considera que en la apetencia tóxica hay un componente perverso -en el sentido de perversión de instintos vitales que sostiene Krafft-Ebbing. Esta perversión, normal en los niños, es todavía visible en la juventud, en la que siguen primando los «centros emocionales»; sólo al alcanzar la madurez se va educando «el control, la auto-crítica, la atención voluntaria que gobiernan a aquellos centros primitivos y los inhiben cuando corresponde»

(1926:124).

En lo referente a su segunda tesis -acerca de la importancia de los factores sociales en la producción de toxicomanías- señala que resulta tan excesivo hablar del «narcómano nato» como del «delincuente nato» o del «homosexual congénito». Como lo hiciera notar Bleuler, dice Bermann, el término «degeneración» tiene al menos cuatro significados: el que le diera Morel de herencia mental mórbida que se va agravando en el curso de las generaciones; el referente a las familias con casos frecuentes de enfermedad mental, el de una constitución que sale de lo normal pero no puede ser incluida dentro de ninguna afección determinada, y, por último, el que alude a ciertas psicosis que se desarrollan progresivamente a partir de una constitución anormal (Bermann, G.1926:196-197). El empleo que él mismo propone del término engloba todas estas acepciones, pero intenta superar esa ambigüedad mediante las dos condiciones establecidas por Freud (1905:352): no hablará de degeneración cuando no aparezcan varias anormalidades graves juntas ni haya daño grave de la capacidad de existencia y desenvolvimiento.

En este sentido, si bien asevera que debe reconocerse a Leopold Bard el mérito de ser el primero en encarar las toxicomanías con afán profiláctico, no coincide con la idea que éste tiene de los toxicómanos como seres en el último grado de la miseria física

y moral. Bard examinaba a las prostitutas recogidas por la Asistencia Pública de Buenos Aires. La mayor parte de los pacientes que Bermann trató distaba mucho de alcanzar tales estados. Por el contrario, presentaban en general una relativa conservación de la inteligencia, la memoria y la atención. Los sentimientos estaban debilitados y los mayores estragos se notaban en el área de la voluntad. El 65% presentaba antecedentes familiares de alcoholismo como «tara hereditaria», pero el porcentaje de «alienación propiamente dicha» era poco frecuente. El «factor constitucional» se traducía por «una neuro o psicopatía», pero no existía en ellos tal cosa como una predisposición especial hacia los tóxicos. Era en este punto donde se hacía evidente la influencia de las condiciones sociales, ya se tratara, en algunos casos, de pobreza, falta de educación e injusticia social, o, en otros, de la necesidad de responder a exigencias excesivas y a una competencia desmedida, o al afán de «figurar».

En base a esta concepción policausal, Bermann postuló cuatro categorías psicológicas o «tipos clínico-sociales» principales de toxicómanos: sensuales e impulsivos, perversos, lábiles y snobs. Esta clasificación, con los respectivos grados de peligrosidad que veremos más adelante, fue adoptada por el Gabinete de Toxicomanías de la Policía Federal y definió, en muchos casos, la privación o no de la libertad de una persona. Intentaré caracterizar en forma sintética cada

uno de los tipos, sin pretender hacer justicia a la riqueza de la descripción de Bermann, que ocupa todo un capítulo del libro (1926:237-258).

Los «sensuales e impulsivos», dice el autor, pecan por «exceso de un sólo instinto o de un grupo de ellos». Las necesidades se tornan para ellos imperiosas. No reflexionan ni pueden esperar. Suelen ser imprevisibles, pródigos, insensibles al interés ajeno, audaces, pasionales, buscan deliberadamente lo prohibido, quieren distinguirse de los demás, no les bastan los placeres comunes, les atrae lo exótico y misterioso. Bajo la influencia de la droga se vuelven excitables, agresivos y violentos.

Los «perversos» son, en general, mentirosos, cínicos, lóbregos. Todo adquiere en ellos un valor peculiar, diferente al normal. Ponen su «fecunda inteligencia» al servicio de «apetitos viciosos», de los que se sienten orgullosos, aunque los esconden porque saben que la sociedad los reprueba. Son a menudo amorales, egoístas, fríos, calculadores; no sólo son insensibles a los sufrimientos de los otros sino que incluso intentan provocarlos: son «constitucionalmente malignos». Se dividen en dos subgrupos: impulsivos y apáticos. Los primeros son perezosos, indisciplinados, turbulentos; pero los segundos son los más temibles, ya que «intoxican a los que caen en sus garras y los explotan y envilecen sin piedad hasta la muerte» (1926:248).

Los «lábiles» son víctimas de su temperamento, nerviosos, de equilibrio inestable. Les preocupan demasiado las consecuencias de sus acciones, se exaltan o deprimen fácilmente. Muy sensibles al dolor, de poca voluntad y reacciones desmedidas, a menudo presentan ideas fijas, fobias, hipocondría o angustia. Son sensibles, poco calculadores, espontáneos. Sienten remordimientos por el daño que causan a los demás. Solitarios, inteligentes, precoces, frágiles, suelen inclinarse por la vida bohemia.

Los «snobs», por último, carecen de personalidad, viven prisioneros de la moda, son espiritualmente vacíos, sólo les importan las apariencias, toman ideas y hábitos del ambiente en forma pasiva y creen que les son propios. Son hipersugestionables y mentalmente infantiles, amorfos, sin un objetivo de vida. Indolentes, educados para evitar todo esfuerzo, su única finalidad es parecerse a aquellos a quienes admiran. Forman el grupo menos resistente.

Estos cuatro tipos clínico-sociales pueden a su vez agruparse en dos categorías criminológicas: los impulsivos y sensuales, junto con los perversos, corresponden a lo que Tirelli -como hemos visto- denominaba «amorales», los lábiles y snobs a los «inmorales» (1926:276). En cuanto a los grados de peligrosidad, Bermann los clasifica en tres grupos, en base a cinco criterios propuestos por Jiménez de Asúa: la personalidad, la vida anterior al acto delictuoso o peligroso, la conducta posterior al mismo, los motivos que lo impulsaron y el tipo de acto o delito cometido (1926:278). De acuerdo a estos elementos el grupo más peligroso estaría conformado por los perversos y los impulsivos patológicos, el intermedio por los sensuales y el menos peligroso por los lábiles y snobs (1926:279).

He intentado mostrar en este capítulo los caminos por los que, muy lentamente, las toxicomanías comenzaron a ser entendidas como una enfermedad social. Pero el proceso recién se iniciaba. Tendrían que pasar casi dos décadas y una terrible matanza -fundamentada en concepciones innatistas- para que el peso de las ideas psicopatológicas se inclinara, luego de la 2° Guerra Mundial, en la dirección de «lo adquirido».

LA FORMACIÓN DE UN NÚCLEO DE ESPECIALISTAS

Rogelio E. Carratalá

Rogelio E. Carratalá fue uno de los dos autores más productivos en el campo de las toxicomanías en las décadas de 1930 y 1940. Comenzó su carrera académica en 1932 como docente libre de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1937 ya era profesor adjunto de Toxicología y jefe del Laboratorio de Toxicología Experimental, en el que llevó a cabo diversos experimentos con perros para estudiar los efectos fisiológicos de la morfina, cocaína y heroína y ensayar la eficacia de un tratamiento de deshabituación de su invención (Carratalá, R. 1937). En 1939 accedió al cargo de profesor titular de Toxicología en la Universidad de La Plata. Desde 1947 fue nombrado profesor extraordinario -más de 10 años al frente de la Cátedra- en la U.B.A. y mantuvo su cargo en La Plata. En 1950 fue designado como miembro, en representación de la Argentina, del Comité de Expertos en medicamentos que engendran toxicomanías, de la Organización Mundial de la Salud. En 1938 presentó un trabajo, «Toxicomanía y Delincuencia» (Carratalá, R. 1939) en el 1° Congreso Latinoamericano de Criminología, llevado a cabo en la ciudad de Buenos Aires bajo la

presidencia de Osvaldo Loudet. Dicho trabajo sería considerado como punto de referencia por los especialistas durante largo tiempo -fue citado, entre otros, por P.O.Wolff (1941,1943), J.A. Diaz Padrón (1946), B. Gómez Toro (1946), A. de J. Suárez Castells (1946), J. Ortiz Velásquez (1948). Para poder obtener un mayor provecho de su análisis se hace necesario detenernos un momento en algunas características del contexto socio-institucional que sirvió de suelo a las ideas y propuestas de Carratalá.

En 1929 se creó en Buenos Aires la Liga Argentina de Higiene Mental, como resultado de un movimiento que venía desarrollándose desde los primeros años de la década sobre el modelo de la medicina social norteamericana. Se implementaron nuevas formas de asistencia (dispensarios y consultorios externos), sostenidas en la noción de «grados intermedios» de la enfermedad mental (Klappenbach, H. 1999:14), que no requerirían de la internación como modo de tratamiento; se fundó el servicio social y una nueva profesión, la de visitadora social, encargada de detectar casos y grupos de riesgo, informar acerca del «medio» y el modo de vida de los enfermos y vigilar a los «sospechosos» (Klappenbach, H. 1999:17); se desarrolló el interés por el estudio de la delincuencia y la criminalidad como problemas psicológicos; se buscó prevenir los trastornos mentales a través de la higiene mental en todos los ámbitos, públicos y privados, desde la familia y la escuela hasta el trabajo o el flamante servicio militar obligatorio. La fundamentación teórica era la idea -presente ya en el libro de Bermann- de un medio «patogénico», que se sumaría a la degeneración hereditaria en la causación de la enfermedad mental. La enumeración de las secciones con que contaba la Liga al inaugurarse nos puede dar una idea acerca de los problemas considerados prioritarios en la época (Bosch, G. 1930:14):

1. *Asistencia de psicópatas. (Su organización y vigilancia).*
2. *Inmigración. (Vigilancia y orientación al respecto).*
3. *Patología Regional. (Afecciones regionales y su profilaxia).*
4. *Higiene industrial y profesional. (Patogenia y profilaxia).*
5. *Enfermedades generales. (Su relación con las enfermedades psíquicas).*
6. *Sífilis, alcoholismo y toxicomanía. (Higiene y legislación).*
7. *Auxología. (Profilaxia del crecimiento y desarrollo físico y psíquico, en sus relaciones con las enfermedades mentales, desde el punto de vista del hogar y de la acción médica).*
8. *Sociología. (Legislación del trabajo, Medicina Legal, Estadística).*

9. Organización científica del trabajo y psicotécnica.
10. Antisociales: vagabundaje y delincuencia.
11. Higiene naval.
12. Higiene militar.
13. Higiene social e individual de la infancia. (Educación en sus vinculaciones con la escuela y el hogar).
14. Propaganda. (Divulgación e instrucción psiquiátrica popular).
15. Higiene sexual. (Educación sexual, profilaxia, relaciones con las enfermedades mentales).
16. Patronatos.

En una disertación sobre los propósitos que animaban a la Liga, su flamante presidente, Gonzalo Bosch, caracterizó a las toxicomanías, junto con el alcoholismo y la sífilis como «tres entidades poderosas resueltas a destruir las normales constituciones humanas, a enriquecer las crónicas del delito, a llenar los manicomios y las cárceles y a algo más monstruoso: a matar, como Herodes, a los niños, a idiotizarlos (...)» (Bosch, G. 1930:15).

Repasemos, entonces, sobre este telón de fondo, el famoso artículo de Carratalá. En primer lugar declara que la toxicomanía es una entidad psicopatológica, «un hecho de la patología mental» y no, como se solía creer, una consecuencia iatrogénica del empleo de alcaloides para usos terapéuticos. No

cualquiera se vuelve toxicómano, sostiene; para ello es necesario que se den en el sujeto características constitucionales previas, tales como trastornos psíquicos, dolores nerviosos, debilidad de la voluntad, excentricidad, degeneración, debilidad mental, taras, atavismos, inestabilidad emocional, constitución psicopática, depresión, ansiedad, disminución de la resistencia del sistema nervioso y predisposición psíquica (Carratalá, R. 1939:104). Pero la toxicomanía es también una enfermedad social, en cuya producción los factores de origen endógeno y exógeno se condicionan mutuamente. Entre los últimos ocupa un lugar destacado la sobreproducción de estupefacientes, que unida a las deficiencias de la legislación penal, favorece el tráfico ilícito y la «acción enroladora de adeptos» de los traficantes (Carratalá, R. 1939:106). Otros factores que menciona son las exigencias de la «vida moderna», el «surmenage de los intelectuales», el «fastidio de vivir» y el «contagio mental», causado por las malas compañías, los espectáculos perniciosos y las lecturas equívocas.

Debido a la base psicopática de las toxicomanías y a la tendencia a reincidir tan propia de los toxicómanos, dice Carratalá, resulta más fácil y efectivo impedir que caigan en el vicio que curarlos luego de contraído. Como medida fundamental de prevención propone el acuerdo internacional para limitar la producción y el control del contrabando y del comercio

ilícito, medida en la que los norteamericanos venían insistiendo desde hacía años. A nivel internacional los acuerdos ya existían, pero el funcionamiento del sistema se apoyaba en la fiscalización interna de cada Estado dentro de su territorio, para lo cual los Estados miembros debían ratificar los convenios. En 1912 se firmó en La Haya la Convención Internacional del Opio, que estableció la cooperación internacional en la fiscalización de estupefacientes. La Argentina dio su voto para este acuerdo por intermedio de su delegado, Francisco de Veyga, pero en 1939 aún no había ratificado ni ese ni los subsiguientes tratados, a pesar de las presiones de Estados Unidos en este sentido, especialmente a través de la opinión de sus «expertos». Otra medida imprescindible, a juicio de Carratalá, consistía en declarar a los toxicómanos «preventivamente» en «estado peligroso sin delito» y segregarlos de la población para evitar el «contagio», ya que era deber del Estado proteger la salud pública. Puesto que las toxicomanías dan lugar a toda clase de vicios, perversiones, aberraciones y delincuencia y el toxicómano causa problemas a su familia y a la sociedad, -sobre todo porque «a menudo estos sujetos pierden sus empleos y son ineptos para el trabajo y socialmente inadaptados»- la intervención estatal revestía carácter de urgencia (Carratalá, R. 1939:113).

En relación a la cura proponía que no bastaba la desintoxicación física, siendo precisa una interna-

ción prolongada para reeducar el psiquismo enfermo por medio del trabajo y el ejercicio físico en granjas separadas para hombres y mujeres, como las que funcionaban en Estados Unidos. Una legislación sobre toxicómanos debería incluir además un registro obligatorio de estos sujetos y establecer un servicio de vigilancia médico-social, que mantuviera un control periódico de los internados y de su medio ambiental luego de finalizado el tratamiento. Todas estas medidas, acordes, como se ha visto, con las tendencias más innovadoras de la época, no llegaron sin embargo a concretarse, tal vez porque, a diferencia del alcoholismo, las toxicomanías no representaban un peligro social inminente en la Argentina de ese tiempo.

Casi diez años después del Congreso de Criminología, en una presentación ante la Sociedad Argentina de Criminología en su sesión del 4 de octubre de 1948, Carratalá continuaba reclamando, aún sin éxito, la creación de granjas especializadas para la cura obligatoria de los toxicómanos, la implementación de la ley de peligrosidad y la ratificación de los acuerdos internacionales de fiscalización, en los mismos términos -literalmente- en que lo hiciera en aquel ya lejano evento científico. Descubrimos, con algo de sorpresa, que la moderna técnica de «copiar y pegar», tan en boga en la actualidad, era bien conocida y empleada antes de la era de la computación. Párrafos enteros de este escrito de 1948 repro-

ducen los del célebre trabajo publicado en 1939. Pero hay también algunas diferencias: no aparecen términos como «degenerado superior» y «psicópata degenerado», ni se menciona la asociación entre cocainomanías y homosexualidad, aunque se sigue hablando de «atavismos» y «constitución psicopática». Mientras que a fines de la década de 1930 la lucha contra la toxicomanía era considerada como un deber del Estado, en 1948 se pregona la cooperación entre organismos oficiales y privados (Carratalá, R. 1948:347-259). Se suman algunos problemas nuevos, como el representado por el consumo excesivo de barbitúricos y el aumento de tentativas de suicidio por esta vía, la falta de laboratorios de análisis toxicológicos (los únicos existentes eran los que funcionaban en las facultades), la función preventiva del médico por sobre la diagnóstica -con el objetivo explícito de aumentar la productividad: «La medicina preventiva constituye el principio cardinal para reducir la incidencia de incapacidad en la industria. La conservación de la salud pública aumenta la eficiencia» (Carratalá, R. 1948:354)- y la necesidad de formar médicos especializados en la lucha contra las toxicomanías. Carratalá también retoma en su exposición un aspecto que fue prioritario en el primer higienismo argentino, el tema de la sanidad industrial y la sanidad habitacional obrera, presente ya en la obra de médicos como Samuel Gache.

Pedro Osvaldo Wolff

El otro autor argentino más prolífico en el tema de las toxicomanías durante las décadas de 1930 y 1940 fue Pablo Osvaldo Wolff, médico legista, miembro de la Sociedad Argentina de Criminología y de la Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de La Plata. Poseedor de una vasta cultura, hablaba con igual autoridad tanto acerca de documentos de la Sociedad de las Naciones y de la Oficina Internacional del Trabajo, como de las más recientes investigaciones alemanas sobre las así llamadas «aminas despertadoras» o de las guerras del opio en el Extremo Oriente. En la extensa bibliografía que figura al final de cada uno de sus trabajos los autores norteamericanos se disputan la primacía con los franceses, pero también hay múltiples referencias a colegas latinoamericanos; Cuba, México, Colombia, Brasil, ocupan lugares destacados, sobre todo en lo atinente al problema de la marihuana, cada vez más presente en las discusiones académicas y profesionales. Aunque ya en 1923 fue incluida en la lista de sustancias fiscalizadas por las convenciones internacionales, recién en 1935 se creó el Subcomité de Cannabis del Comité Consultivo del Opio de la Liga de las Naciones. A partir de ese año se ampliaron y multiplicaron los estudios sobre las causas y efectos del abuso de la marihuana, desatándose una acalorada polémica en torno a si era o no tóxica

y si creaba o no hábito físico, es decir, si podía producir una «toxicomanía auténtica» (Wolff, P.O. 1948:48).

Parafraseando el título de «Toxicomanía y Delincuencia» de Carratalá, en 1941 Wolff pronunció una conferencia en la Sociedad Argentina de Criminología, que llevaba por nombre «Narcomanías y Criminalidad» (Wolff, P.O. 1941). El año anterior había dictado un curso titulado «Los Venenos Sociales» (publicado en 1943), -tal vez no casualmente homónimo de la obra de teatro de Gonzalo Bosch, estrenada en 1920- en el Colegio Libre de Estudios Sociales. Las ideas de Wolff en referencia a las toxicomanías son similares a las de Carratalá, a quien citaba con cierta profusidad. Pero aportó algunas consideraciones etiológicas que resultan de interés por permitirnos vislumbrar las nuevas conceptualizaciones que se iban afianzando. Así, en relación a la criminalidad, Wolff postulaba que es necesario tener en cuenta su «aspecto dinámico», entendiendo por ello la relación entre los estímulos psicológicos y la «peculiar reacción morbosa» (1941:433). Vemos aquí reflejarse la influencia de la psiquiatría dinámica norteamericana, surgida de la confluencia entre la psiquiatría biológica, el psicoanálisis -de corte adleriano- y la psicología experimental de Pavlov. Volveremos sobre este tema en el próximo capítulo.

A partir de lo que considera como «defensa desadaptativa del yo», Wolff marca una distinción

entre morfinomanía y opiomanía por un lado y cocainismo y abuso de marihuana por otro. Mientras las primeras son, a su juicio, enfermedades mentales, las últimas son exclusivamente vicios, «puesto que la cocaína y la marihuana no tienen ninguna aplicación terapéutica» (Wolff, P.O. 1941:445). Comienza así a vislumbrarse un cierto viraje de la peligrosidad del toxicómano a la peligrosidad de la sustancia en sí. La cocaína, declara Wolff, «es considerada con razón como una de las más eficaces generadoras de criminalidad, y ello debe imputarse al hecho de que atrofia en los habituados el sentido moral». Sin embargo, un discurso no reemplaza al otro sino que se superponen, adjudicándose en algunos casos la falta de sentido moral a la acción de la droga y en otros a la constitución psicopática previa, y aún a ambas razones a la vez. A la descripción de los efectos criminógenos del opio, la morfina, la heroína y la cocaína, Wolff agrega los de las hojas de coca y los del hashish, dedicando también varias páginas a la marihuana, cuyo empleo se había expandido con tanta rapidez en Estados Unidos y México en pocos años, que considera su futura extensión hacia América del Sur como una certeza.

Wolff no sigue la clasificación de Bermann, prefiriendo apoyarse sobre un modelo anglosajón de uso bastante generalizado en esos años, que divide a los «narcómanos» en cuatro clases: estabilizados, accidentales, naturales y criminales (Adams, E.W. 1937). Los

primeros no aumentan la dosis ni sobrepasan cierta cantidad moderada, y son personas socialmente útiles; los segundos han adquirido el hábito a consecuencia de un tratamiento médico y lo abandonan generalmente si son sometidos a la cura de desintoxicación; el tercer grupo está conformado por individuos mentalmente inestables, con predisposición a hacerse adeptos y que no suelen abandonar por propia voluntad el hábito; los últimos, narcómanos criminales, son verdaderamente viciosos y utilizan la droga para fortalecerse en su criminalidad (Wolff, P.O. 1941:437).

Para el tratamiento Wolff propone, al igual que Carratalá -y como cada uno de los proyectos presentados al Congreso desde comienzos de la década de 1920 (por ejemplo Bard, L.1923; Obarrio, J.M. 1924, Sussini, M., Rojas, N. 1936)- la cura obligatoria en establecimientos especializados, según el modelo norteamericano. Y agrega la propuesta de otra práctica proveniente de Estados Unidos como forma alternativa a la condena para los toxicómanos que hubieran cometido algún delito: la *probation* o libertad vigilada, acompañada siempre del tratamiento obligatorio. La cárcel, afirma, según lo prueban las estadísticas efectuadas en Estados Unidos y en la India Británica, tiene efectos indeseables, ya que es un lugar donde circulan los estupefacientes y hay más probabilidades de contagio que de abandonar el vicio. La otra ins-

tancia que en su opinión resultaría de gran utilidad, sería la constitución de un Gabinete Nacional de Toxicomanías como el que ya estaba funcionando en la Policía de la Capital Federal, que se ocupara del registro obligatorio de los narcómanos. Como última medida preventiva propone la obligatoriedad del uso del recetario-cheque especial para los médicos de todo el territorio de la República (Wolff, P.O. 1941:444-453).

Un capítulo completo del curso de Wolff sobre los «venenos sociales» está dedicado a la marihuana. Otras drogas que le preocupan por su creciente difusión son los barbitúricos -a los que también dedica un capítulo del curso- y las «aminas despertadoras» (anfetaminas), del peligro de cuyo uso irrestricto hace una denuncia enfática en una conferencia pronunciada en 1943 ante la Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de La Plata. En esta ocasión sugiere la posibilidad de que el uso creciente de estas drogas obedezca a las características de la época, «tan dinámica, superficial y mecanizada y más impresionable por los brillantes *records* que por el trabajo sensato y concienzudo» (Wolff, P.O. 1943b:410).

Retornemos al artículo de 1941, publicado, como dije, al año siguiente del curso. Es éste uno de los primeros trabajos científicos en nuestro medio que trata, entre las toxicomanías, el problema de la marihuana. En lo tocante a la morfina y a la cocaína, Wolff recurre en su exposición a estudios estadísticos, com-

parativos y empíricos para sustentar cada una de las afirmaciones que presenta, haciendo frecuentes referencias a especialistas nacionales e internacionales, a investigaciones realizadas en diversos países, a numerosos eventos científicos y a informes oficiales. Frente a tamaño despliegue de erudición y cientificidad, resulta sorprendente la contraposición con el empleo de un lenguaje cargado de connotaciones valorativas, sobre todo respecto de la marihuana. Si bien utiliza términos que, en principio, cabrían dentro de un discurso científico, parecería que los emplea aquí con el sentido que tienen en el habla lega. Aunque mantiene la misma estructura de planteamiento que el resto del trabajo, fundamentando su proposición en pruebas empíricas aportadas por autoridades en el tema, el carácter de la «evidencia» que presenta en este caso, proporcionada por «un miembro destacado de la *Liga Cubana contra el Narcomanismo*» (1941:449), tiene el tono del relato popular:

> *Es muy corriente el caso de los que se imaginan ser cotorritas y escalan cualquier árbol, desde el cual lanzan gritos como si en realidad lo fueran; la policía, conocedora de este tipo de alucinaciones marihuaneras, los detiene con facilidad porque los llama como a cotorritas, y, en efecto, bajan mansamente.* (Wolff, 1941:450)

Unos años más tarde, en un evento científico latinoamericano realizado en Cuba, nos encontramos con otras dos versiones de esta misma historia, que permiten ver las transformaciones que sufre un relato al pasar de boca en boca. Estamos acostumbrados a que esto suceda en la vida cotidiana. Pero me interesa destacar que se trata aquí de investigaciones presentadas por especialistas en eventos e instituciones científicas. Varios autores citan -en su mayoría para rebatirlo- un polémico trabajo, titulado «El mito de la marihuana», expuesto en 1938 por el doctor Salazar Viniegra ante la *Academia Nacional de Medicina*, de México. En referencia a «las pintorescas leyendas tejidas en torno al cuadro tóxico del cannabismo», Salazar Viniegra refiere primero lo relatado por Ekstrand, Comisionado de la *Sección de Opio y Asuntos Sociales* de la *Liga de las Naciones*, que a su vez escuchó la historia por boca de «médicos habaneros». Éstos le contaron que un sujeto, sintiéndose pájaro bajo los efectos de la marihuana, se había arrojado desde un árbol en el Parque Central, muriendo en la caída. Salazar Viniegra afirma que es esa una vieja historia, a cuyo origen habría asistido, unos veinte años antes, el doctor Izaguirre, que se la relató a él de este modo: «un periodista muy conocido y entonces ágil y fuerte, quiso 'vacilar' a sus amigos y fingiéndose marihuano se subió a un árbol de la Alameda y se negaba a bajar, adoptando los movimientos de un pájaro, y cuando

alguien le mostró alpiste dio un salto como si volara» (Salazar Viniegra, 1938. Citado en Diáz Padrón,1946:188). A mi juicio, esta versión no es más fundamentada que la de Ekstrand o la de Wolff. Pero resulta interesante ver cómo ellas se van sumando y dando lugar al nacimiento de creencias que más tarde no se cuestionan porque se han "naturalizado". Así, si bien los especialistas reunidos en La Habana no consideraban seriamente la posibilidad de que los «marihuanos» se creyeran pájaros, no faltaban aquellos dispuestos a afirmar en forma genérica que «la evidencia empírica» demostraba que el cannabis produce delirios y alucinaciones. Pero revisemos brevemente la forma que adquirieron aquellas aseveraciones.

El 1º Congreso Panamericano de Medicina Legal, Odontología Legal y Criminología

Lo primero que llama la atención de este evento, realizado en La Habana en 1946, con el auspicio del gobierno cubano, es el nombre. ¿Por qué odontología? ¿Por qué odontología «legal» junto a criminología y medicina legal? Una respuesta plausible es que en la práctica odontológica se utilizaba derivados opiáceos con fines anestésicos y analgésicos. Que

la suposición no va mal encaminada lo corrobora la temática de la mayor parte de las ponencias, relacionada con el problema de las toxicomanías. Dentro de este campo continuaban siendo centrales las drogas heroicas, pero la marihuana ocupaba también un lugar de preminencia. Los trabajos precursores de los argentinos Leopold Bard y Gregorio Bermann y los más contemporáneos de Rogelio Carratalá y Pablo Wolff eran citados por los especialistas cubanos, mexicanos y colombianos, especialistas a los que, a su vez, Wolff haría referencia años después. De este modo -como suele suceder en las comunidades científicas- se fue conformando un núcleo de profesionales que representaban las opiniones más autorizadas acerca de un saber que ellos mismos contribuyeron a crear. Las *Actas* de este congreso se conservan en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Es probable que quien se interesara en el campo de las toxicomanías en esos años fundamentara sus desarrollos teóricos y su práctica clínica en esta bibliografía científica, convalidada y actualizada, cimentando cada vez más un constructo así objetivado.

Veamos algunos de los comentarios en torno a la marihuana, esa amenaza creciente calificada por el médico legista cubano José Diaz Padrón de «verdadera plaga social» (Diaz Padrón, 1946:180-204), acusada por Wolff de romper «los lazos sociales

inhibitorios que hacen posible la convivencia del hombre en sociedad» (Wolff, 1948:48) y elevada por el Subjefe de la División de Asuntos del Lejano Oriente de los Estados Unidos a la categoría de «lacra mundial» (Fuller, 1939:112-117). Una característica particular de esta droga es que se la suele consumir en compañía. Difícilmente la marihuana se fume a solas. Por el contrario, se comparte un mismo cigarrillo entre varios y cuando éste se acaba recién se enciende otro. Este ritual se sigue en forma similar en todos los países donde existe su consumo, tanto en Oriente como en Occidente.

En cuanto a los efectos, algunos autores refieren la presencia de distintos períodos más o menos delimitables en el proceso de intoxicación: un primer momento en el que predomina un estado de euforia, locuacidad, hilaridad; un segundo momento de pérdida de coordinación de las ideas y de alteraciones sensoriales; un tercer momento de calma o éxtasis y un cuarto de sueño. Sin embargo, las opiniones y las descripciones son contradictorias y las observaciones muy variadas. Muchas veces no se menciona el período de calma o éxtasis, hablándose en cambio de un estado de depresión y tristeza, o aún de «furores guerreros» o de «rabia homicida» (Diaz Padrón, J. 1946:191). Hay quienes afirman que la marihuana exagera o despierta los rasgos latentes, pero no introduce nada que no exista ya en la personalidad del sujeto.

La explicación que se propone acerca de cómo sucede esto nos es bien conocida desde el siglo XIX (por ejemplo, Jackson, Ribot, Grasset) retomada aquí como «la genial concepción del profesor Abaúnza»: la personalidad está formada por varias capas, siendo la más interna el núcleo instintivo, luego el temperamento y finalmente el carácter; «como en todos los órdenes de la vida, cuando una capa de revestimiento se desintegra o desaparece por cualquier causa, en el acto se pone de manifiesto la inmediata inferior» (Diaz Padrón, J. 1946:191). En este caso, la causa es la droga, que actúa como «desinhibidor» o «anestesia moral», permitiendo el derrumbe de las barreras culturales.

Otros - entre ellos los informes de la Comisión La Guardia de Nueva York y del Dr. Salazar Viniegra de México-, niegan que la marihuana provoque más efecto psíquico que el de aumentar la sugestibilidad, en base a fenómenos físicos tales como la vasoconstricción, taquicardia, palpitaciones y parestesia de los miembros (Diaz Padrón, J. 1946:195). No hay acostumbramiento orgánico -ni por lo tanto sindrome de abstinencia- pero sí lo que algunos denominan «hábito psíquico» y otros, simplemente, deseo de seguir consumiendo.

Varios de los ponentes coinciden con la posición del Jefe del Departamento de Drogas Estupefacientes de Cuba, quien considera que el peligro más

grave que presenta la marihuana es el hecho de que por su bajo precio resulta accesible a los jóvenes, «principal tesoro de toda Nación» (Gómez Toro, 1946:208). Las cifras que se manejan en el congreso de Cuba parecen confirmar que en México, Cuba y Colombia el consumo de marihuana está a la cabeza en el orden de las toxicomanías hacia 1946, y en Brasil se está muy cerca de alcanzar esta situación (Suárez Castells, 1946:336). Lo especialmente preocupante, destacan los especialistas, es que, bajo el efecto de esta droga, los jóvenes se rebelan, rechazando los valores inculcados por sus mayores. Este hecho acarrea «gravísimas consecuencias sociales», entre las que se menciona el ocio, el vagabundeo, el rechazo de los propios parientes cercanos, la falta de freno y de control y la búsqueda egoísta del propio placer y de la total libertad. El «mariguanómano», afirma Armando de J. Suarez Castells, representante de la Policía Secreta cubana ante el Congreso, es un individuo altamente peligroso desde el punto de vista social:

> *Portador infectante de su vicio, casi fatal e inconscientemente lo transmite a los demás por las vías de la imitación y el ejemplo. Sin quererlo ni proponérselo, el vicioso acaba por contaminar a todos aquellos que tienen la desgracia de ponerse en contacto con él, y que, careciendo de una voluntad fuerte y resistente, son incapaces de resistir la agradable sugestión que*

> *siempre ejercen las ensoñaciones y paraísos encantados con que se pretende envolver la práctica de este vicio.* (Suárez Castells, 1946:344).

A juzgar por ésta y las otras descripciones -muchas de ellas continúan aludiendo a los «paraísos artificiales» de Baudelaire-, de lo que se trata aquí no es de una falta de voluntad para dominar impulsos que el propio sujeto rechaza, sino de una voluntad que quiere para sí aquello que no está permitido querer. La locura del «mariguano» no radica en su incapacidad para dominar sus pasiones, sino en su tajante y voluntaria negativa de hacerlo.

Marihuana, peligro social

Dos años después del congreso Wolff publica un libro que lleva por título *La marihuana en la América Latina.* En él afirma que psiquiatras de la India, Turquía, Egipto y Grecia -a quienes cita-, países con larga experiencia en el uso de esta droga, coinciden en atribuirle la responsabilidad etiológica de modificaciones graves del carácter y aún en la producción de cuadros psicóticos. Otro peligro que recalca es el de su empleo con fines bélicos, poniendo como ejemplo el caso del caudillo mexicano Pancho Villa, que incitaba a sus seguidores a fumar marihuana para ha-

cerles perder el temor a la muerte. Vemos aquí nuevamente esa extraña combinación de una intención científica, aparentemente desbordada por consideraciones de orden axiológico e ideológico que llevan a considerar como evidencias disquisiciones que no pasan de lo anecdótico. Aunque en la Argentina este vicio no constituye todavía un verdadero peligro para la salud pública, dice Wolff, es sin embargo una amenaza latente. Es este el motivo de su preocupación y la razón de su libro. La marihuana ya circula -aunque discretamente, aclara- en «dancings» y «cafetines» de Leandro N.Alem y 25 de Mayo, donde la policía ha llevado a cabo varias redadas, e incluso la gente común y aún los colegiales están enterados de su existencia. Entre los rasgos de personalidad propios del «marihuanero», que lo diferencian de la persona normal, incluye la inhibición emocional, escasa adaptación social y «falta de deseos para una ocupación socialmente útil» (Wolff, 1948:22). El cannabismo, como ya se ha dicho -repite autorizando a sus colegas, en quienes a su vez se autoriza- no produce toxicomanía, pero torna a sus adeptos «inútiles para la vida social y económica ordenada» (p.47). En este hecho, insiste, reside su principal peligro.

No considero que Wolff sea un autor poco documentado. Creo que sus proposiciones se sustentan sobre la confianza en el método científico como fuente de todo conocimiento válido, la convicción de

que la ciencia puede -y debe- solucionar los problemas del individuo y de la sociedad y la idea de que es posible modificar los estados mentales introduciendo ciertas sustancias en el organismo. Es a partir de este mismo supuesto que los desarrollos de la química llevaron, poco más tarde, al descubrimiento de la clorpromazina, que dio comienzo a la era de los psicofármacos. Sin embargo, la misma seriedad científica del autor de *La Marihuana en la América Latina* y de sus colegas de los países vecinos, permite resaltar -una vez más- con prístina claridad que no existe tal cosa como un observador objetivo o una ciencia al margen de los valores de quienes la producen.

LA DÉCADA DE 1950

El pensamiento psicopatológico

Dos importantes líneas de ideas cobraron peso en el pensamiento psicopatológico vernáculo de la década de 1950: la psiquiatría dinámica, ya mencionada y los modelos fenomenológico- existenciales, de la mano de Mincowski y Binswanger. La psiquiatría dinámica norteamericana, desarrollada a principios del siglo XX por un grupo de profesionales entre los que se destacó Adolf Meyer, tuvo su mayor auge en la llamada Escuela de Psicoanálisis de Chicago, de la que Franz Alexander fue el representante más citado en nuestro medio. Aunque los procesos mentales son funciones del cerebro, afirmaba Alexander, y tienen por tanto un sustrato fisiológico, pueden ser explicados a partir de motivaciones psicológicas. El yo cumple una función de «homeostasis», modificando las pautas adquiridas en la infancia para adaptarse a los cambios externos y lograr la satisfacción de las necesidades subjetivas «de una manera armónica y adaptada a la realidad». Cuando fracasa en esta tarea aparece la enfermedad mental. Alexander llamaba «inercia» a la «tendencia a conservar las antiguas pautas de conducta y a resistirse al aprendizaje de otras nuevas», y designaba con el nombre de «fijación» la inclinación a retener y repetir las pautas de conducta que

anteriormente dieron buen resultado (Alexander, F. 1945:24).

En cuanto a la psiquiatría existencial, Binswanger (1954) afirmaba que las diversas neurosis y psicosis eran *desviaciones* de la estructura existencial normal del hombre -su modo de «ser-en-el-mundo». Esta estructura existencial abarcaría tanto el mundo interior del individuo como sus relaciones con su entorno físico y social. Mincowski, por su parte, como Kretchmer, consideraba a la locura como una exageración del carácter habitual. Los rasgos esenciales de las psicosis correspondían a anomalías análogas del temperamento. A esto lo llamó «constitución mórbida». El principal signo distintivo de las diferentes entidades psicopatológicas (y también de los distintos caracteres normales), sería la actitud del enfermo respecto del ambiente. Siguiendo a Bleuler, dividió los caracteres normales en «esquizoides» y «sintónicos» (esquizotímicos y ciclotímicos de Kretschmer; cuando los rasgos se exacerban estos caracteres corresponden a la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva). El esquizoide se mueve entre la hiperestesia y la anestesia afectivas. No es que sienta demasiado, o demasiado poco, sino que es «al mismo tiempo» demasiado sensible y demasiado frío. Es casi siempre insociable, "se repliega sobre sí mismo, prefiriendo su mundo interior, su ensueño, a una actividad exterior... Tiene una predisposición para lo trágico ... y

una necesidad perpetua de autoanálisis" (Mincowski, E. 1927:28) Lo que caracteriza tanto a la locura maníaco-depresiva como a los temperamentos o caracteres correspondientes (sintónicos), no es esencialmente el factor intermitente (euforia y depresión), sino la circunstancia de que en todos estos estados se mantiene el contacto con la realidad. A estos dos tipos de caracteres Mincowski agregó un tercero, propuesto por su mujer, F. Mincowska: la *constitución epileptoide.* Lo distintivo de este carácter es "una afectividad concentrada, condensada, recogida, viscosa, que se adhiere a los objetos del ambiente» (Mincowski, E. 1927:171). Los distintos caracteres no se excluyen mutuamente y rara vez se encuentran en forma pura.

Todos estos desarrollos produjeron un viraje en la dirección de la cura psiquiátrica bien perceptible en nuestro medio. La psicología, como remarcara E. Kretschmer, se tornó un elemento indispensable del bagaje intelectual del psiquiatra. La atención se concentró en el problema psíquico, buscando desentrañar aquel «síntoma fundamental» generador del trastorno mental. Mientras que las ideas de Alexander llevaron al desarrollo de psicoterapias que podrían denominarse «pedagógicas», las conceptualizaciones de la escuela de Bleuler -en especial las de los Mincowski- despertaron el interés por las «terapéuticas de la personalidad». Los trabajos de Binswanger y los posteriores aportes de la psiquiatría existencial, por su par-

te, se centraron en la búsqueda de la autenticidad y la construcción de un proyecto que diera sentido a la propia vida. Como veremos más adelante, todas estas ideas, retomadas por los profesionales argentinos, fueron complejizando la construcción de la noción de drogadicto como entidad teórica y enriqueciendo, en consecuencia, el campo del tratamiento de las toxicomanías.

Los médicos toxicómanos

En los años 30 y 40 las drogas de venta controlada sobrepasaban en gran medida a las clandestinas en el orden de consumo y, como efecto de la prohibición de venta libre de alcaloides y la clausura de los prostíbulos, los principales usuarios pasaron a ser -como en los comienzos- médicos o gente que frecuentaba la esfera de acción de éstos (esposas, amantes, padres, hermanos, pacientes). Una investigación realizada en la provincia de Córdoba por Armando Bustos (1953), profesor titular de Medicina Legal y Toxicología y responsable, desde 1945, de la Sección de Medicina Legal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, parecería indicar que este estado de cosas no había sufrido grandes modificaciones al comenzar la segunda mitad del siglo XX. De un total de 45 médicos implicados, entre 1937 y 1953,

en la prescripción abusiva de drogas de venta controlada, 21 resultaron ser «toxicómanos comprobados», dos fueron calificados de «sospechosos» y 18 facilitaron y mantuvieron las toxicomanías de otros cercanos a ellos afectivamente, excepto en tres casos en que se trataba de pacientes. (Bustos, A. 1953:211)

El toxicómano, afirmaba el autor de la investigación, es incapaz de dominar su vicio. Como ejemplo refería el caso de un médico que, al salir de un sanatorio donde se había internado para desintoxicarse, solicitó al Director de Salud Pública que diera orden a las farmacias de no despachar sus recetas si éstas incluían alcaloides estupefacientes. Antes de que transcurriera una semana falsificaba la firma del hermano, también médico, para obtener su «tónico» (Bustos, A. 1953:222). No todos los autores compartían el punto de vista de Bustos acerca de la proclividad de los médicos a las toxicomanías. Luis Esteves Balado, médico psiquiatra del Hospital de Alienadas y del Instituto Frenopático durante muchos años, expresaba una opinión contraria: «desde el año 1910 ando en ambientes psiquiátricos. He visto muchos toxicómanos y puedo asegurar que, en proporción, los médicos son raros» (Esteves Balado, L. 1960:97). ¿Defensa del propio gremio? ¿Diferencias entre la provincia de Córdoba y la de Buenos Aires? No es fácil saberlo, ya que hay opiniones en apoyo de ambas versiones, todas documentadas y

sostenidas por profesionales respetados. Para citar sólo un ejemplo de taxatividad, en un artículo titulado «Las toxicomanías en nuestro país», los autores, miembros del equipo de la Cátedra de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires, señalaban que la morfina y sus sintéticos eran utilizados en forma abusiva especialmente por médicos y otras personas «relacionadas con el arte de curar» (Lemberg, A. Cavarretta, R. y Gotleib, L., 1962:428).

La era de los psicofármacos

En 1952 Henri Laborit, médico cirujano e investigador del comportamiento humano, descubrió que aplicando una cierta droga a sus pacientes antes de operarlos lograba disminuir considerablemente su nivel de ansiedad. Esto le permitía utilizar menos anestesia y aceleraba la recuperación posterior a la intervención quirúrgica. Los efectos de la clorpromazina -sintetizada en los laboratorios Rhône Poulenc por Paul Charpentier y estudiada farmacológicamente por Simone Courvoisier- sobre el estado mental de quienes la recibían eran tan notables que Laborit decidió comunicarlos a colegas del servicio de psiquiatría, ubicado muy cerca del laboratorio central de fisiología de Val-de-Grâce, donde él trabajaba. Su moción marcó el inicio de una nueva era en la terapéutica

psiquiátrica. Ese mismo año Hamon, Paraire y Veluz dieron a conocer el primer trabajo sobre su empleo en psiquiatría, seguido por otros seis publicados en el lapso de tres meses por Delay y Deniker (Entiendo que la obra de Bazot, M. 1994:2-5, es confiable en las referencias a la cronología de la aparición de los trabajos). En 1955 se llevó a cabo en París el 1° Coloquio Internacional sobre la clorpromazina y los medicamentos neurolépticos, con la presencia de más de cuatrocientos psiquiatras de veintiún países. En nuestros días de globalización y consumo estas cifras resultan, tal vez, pobres, pero para aquellos años se trataba de un número significativo de participantes. Desde entonces los psicofármacos se incorporaron al tratamiento de los trastornos mentales.

Profesionales, investigadores y laboratorios -aunque probablemente por distintas razones- se hallaban entusiasmados con los nuevos descubrimientos en el campo de la farmacología. En esa dirección, entre 1955 y 1966 -cuando se prohibió la venta de LSD- se llevaron a cabo en nuestro país numerosas investigaciones, entre las que se contaron experiencias sobre usos terapéuticos de los alucinógenos, especialmente la dietilamida del ácido lisérgico (LSD). Un grupo minoritario pero consistente de psicoterapeutas empleó esta droga en sus consultorios y sus clínicas y publicó los resultados obtenidos en la prensa especializada (ver, por ejemplo, Saurí, J. y

Onorato, A. 1955; Berenstein, I. 1958; Talaferro, A. et al. 1959; Álvarez de Toledo, L. 1958,1959; Rey, 1960; Rojas Bermúdez, 1960; Fontana, A. y Álvarez de Toledo, L. 1960; Fontana, A. 1961; David y David, 1961; Massoni y Lebensohn, 1964; Pérez Morales, 1963a, 1963b, 1963c).

La idea, sin embargo, no era novedosa. Ya en 1845 Moreau de Tours había empleado haschish en el tratamiento de estados melancólicos y estuporosos, considerando que la droga permitía explorar aquellas zonas ocultas del psiquismo donde reside la causa de la enfermedad. Muchos fueron los investigadores que siguieron sus pasos. Desde 1924 y por lo menos durante 10 años, Constance Pascal y Andrea Deschamps utilizaron éter, cocaina, peyote y haschish en el tratamiento de la demencia precoz, denominando su técnica «psicoanálisis farmacodinámico». En nuestro país Pichon Rivière y Brumana emplearon esta técnica desde 1937, con el nombre de «narcoanálisis» o «narcodiagnóstico», usando al principio éter y luego evipán sódico. Según el primero, el método «hacía accesibles a la investigación planos de la personalidad casi imposibles de conocer de otra manera» y no sólo servía al diagnóstico y la investigación del psiquismo, sino que también tenía valor terapéutico (Pichon Rivière, E. 1947:387).

LA DÉCADA DE 1960

Los nuevos consumidores

Creo que el incremento repentino y desmesurado del consumo de drogas -permitidas y prohibidas- que tuvo lugar desde mediados de la década de 1960 (Waisman, E. 1971:207; Maccagno, A. 1974:153; Kiss, J. 1975:19; Macías Quintana, M.C. 1975:36) fue correlativo del desarrollo de los psicofármacos. La idea de que es posible transformar el psiquismo por medio de la ingestión de alguna sustancia se instaló como verdad indiscutible. Unos buscaban en las drogas placer, otros olvido, otros «abrir las puertas de la percepción» o alcanzar estados de conciencia desusados; los jóvenes las consideraban un elemento importante en su intento de cambiar el mundo que habían recibido de los adultos. Todos querían rabiosamente ser libres y desconocían los determinantes epocales que pesaban sobre sus elecciones.

Otro eje de sostén de las prácticas de automedicación fue la convicción cada vez más profunda de que salud no es sólo ausencia de enfermedad sino bienestar físico y psíquico -un lema muy utilizado en esos años-, un derecho inalienable de los seres humanos. En el relato oficial del VI Congreso Cubano de Psiquiatría y Neurología (La Habana, 1960), afirmaba Gregorio Bermann que las cuestiones de la

salud competen a todos y no solamente a los médicos: «En las grandes transformaciones sociales como la que se está produciendo en Cuba, el máximo higienista mental es el pueblo que, juntamente con sus líderes, comprende que la salud mental y moral son una misma cosa con la dignidad del hombre y el bienestar material y espiritual» (Bermann, G. 1961:225). Sentirse mejor, aumentar el propio rendimiento, adelgazar, dormir, superar la depresión o calmar la ansiedad, eran consideradas razones válidas para justificar el uso de sustancias, y la gente comenzaba a sentirse capaz de decidir por sí misma qué necesitaba sin recurrir al consejo del facultativo. Los profesionales, por el contrario, se afirmaban cada vez más en la necesidad de un saber específico e instituciones concretas donde aplicarlo.

Las primeras instituciones especializadas

En relación al tema que nos ocupa, el eje del debate pasaba por la capacidad -o incapacidad- del toxicómano para controlar su propio consumo. Como hemos visto, muchos consideraban que no podía hacerlo. Para otros, en cambio, lo único capaz de superar definitivamente la toxicomanía era «la voluntad del sujeto» (Esteves Balado, L., 1960:98). Sobre esta discusión se apoyaba otra, familiar al lector desde larga data. Me refiero al problema de la internación compulsiva:

> *¿Cómo se puede internar un toxicómano, que puede no haber llegado a la alienación? Los establecimientos psiquiátricos no pueden admitir enfermos sin certificado de alienación mental (...) Si el toxicómano se interna por su voluntad, sale también cuando quiere, pues si se les niega el alta acusan al sanatorio de privación indebida de libertad. En esas condiciones es muy difícil tratarlo.* (Esteves Balado, L. 1960:103)

Sin embargo, muchos sostenían que si la internación no era voluntaria, se tornaba imposible la cura -que de todos modos nunca era segura. Como salida a esta encrucijada, hubo quien sugirió la creación de asociaciones privadas, subsidiadas por el Estado, donde personal especializado convenciera a los toxicómanos sobre las ventajas y beneficios de la internación. Pero si este método fracasaba, la Asociación debía presentar la denuncia al juez, para que ordenara la internación compulsiva como último recurso (Herrera, J., 1962:122-123).

En 1964, el Comité de Expertos en Drogas de la OMS recomendó substituir los términos de «toxicomanía» y «hábito» por el de «dependencia», que puede ser física (adicción) y consiste en «un estado

de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos (síndrome de abstinencia) cuando se suspende bruscamente la droga»; o psíquica (habituación) que se refiere al «uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física» (OMS,1964). .Ese mismo año se fundó en nuestro país el Fondo de Ayuda Toxicológica (F.A.T.), primer centro especializado en el tratamiento y prevención de las «farmacodependencias», siguiendo la nueva denominación. Pero no en todos los ámbitos fue adoptada con tanta premura. En 1971 el pequeño Gabinete de Toxicomanías de la Policía Federal, que funcionaba desde principios de siglo, se transformó en la «Sección de Toxicomanías» y cuatro años más tarde adquirió la categoría de «División». Según testimonio del comisario Manassero, jefe de la sección, y de Alberto Calabrese, director del F.A.T. y profesor titular de Toxicología de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, el archivo de Toxicomanías «cabía en una caja de zapatos» (F.A.T. 1999:1). La población de adictos era pequeña y estaba integrada mayormente por adultos que consumían anfetaminas, norfina, barbitúricos, cocaína, y en proporción mucho menor heroína. Los testimonios de quienes trabajaban esta problemática en la época (entre otros Waisman, E. 1971:207; Kiss, J. 1975:19; Macías Quintana, M.C. 1975:36) coinciden, como dije, en situar el año 1968 como el momento de comienzo del

consumo «epidémico» de marihuana: «La droga se inserta entonces en una recién nacida subcultura, como elemento de unión, como factor de culto, como ritual, como mágico ingrediente (...)» (Maccagno, A. 1974:153).

Ahora bien, si el problema eclosionó en 1968, ¿cómo se explica que el F.A.T. se fundara en 1964 y para 1966 ya tuviera personería jurídica? Las instituciones no surgen *ex nihilo*, ni de algún capricho personal sino como respuesta a la demanda social. En este sentido, es posible mencionar distintas instancias que denotan esta demanda. En primer lugar, el F.A.T. no se ocupaba sólo de la drogadicción sino también -y especialmente- del alcoholismo, que a diferencia de la adicción a drogas representaba un problema de singular gravedad desde hacía larguísimo tiempo. En segundo lugar, es razonable pensar que el número de personas que se acercaba al Servicio de Emergencias del Hospital de Niños y a la Cátedra de Toxicología para consultas relacionadas al consumo abusivo excedía por un amplio margen el archivo de «la caja de zapatos» de la policía. Por ejemplo, hay registros de varios casos de niños de entre 8 y 11 años de edad habituados a la inhalación de hidrocarburos (trapos embebidos en nafta), a quienes la supresión del hábito les produjo síntomas orgánicos y conductas agresivas y descontroladas, por lo que los profesionales que los atendieron consideraron que se trataba de

«una verdadera toxicomanía» (Parral, J., Vallejo, N. y Giménez, E., 1966:135).

En tercer lugar, en 1961 se adoptó a nivel internacional la Convención Única sobre Estupefacientes (Naciones Unidas, 1977), que reemplazó a todos los tratados concertados desde 1909. Por efecto de este convenio el Comité Central Permanente del Opio y el Órgano de Fiscalización de Estupefacientes se fusionaron en un solo organismo: la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Se establecieron monopolios nacionales y administraciones especiales para el cultivo de opio, coca y cannabis; se prohibió fumar o comer opio, masticar hoja de coca y fumar haschich, prácticas que en algunos países eran tradicionales y muy antiguas. También se establecieron medidas obligatorias para el tratamiento y rehabilitación de los usuarios de estupefacientes. Poco después la Comisión Internacional de Drogas Narcóticas advertía sobre «los peligros del abuso de la marihuana» y afirmaba que esta era la droga de empleo más extendido en el mundo (Fischer, 1972:39). La Argentina ratificó la Convención Única en 1963, con una reserva, el no reconocimiento de la jurisdicción compulsiva de la Corte de Justicia Internacional (Reserva al art. 48, párrafo 2). En cumplimiento de los compromisos contraídos por la firma de estos tratados, en 1968 se dictó la Ley de Estupefacientes N°17.818, que regulaba la fabricación, comercialización

y uso de drogas, preparados y especialidades farmacéuticas consideradas estupefacientes y psicotrópicos, y el Decreto N° 7.250/68, reglamentario de esta ley. Para entonces ya hacía dos años que funcionaba, abierto por el F.A.T. y atendido por las doctoras Azoray y Destilo de Calabrese, el primer consultorio psiquiátrico-toxicológico de nuestro país. En 1968 se fundó también, por iniciativa conjunta del Ministerio de Salud Pública y la Cátedra de Toxicología, el Centro de Investigación y Asistencia Toxicológica (CEN.I.A.TOX), con la misión de formar equipos y centros similares en todo el territorio del país, y el Centro de Prevención de Toxicomanías (CE.PRE.TOX), que ofrecía consultas telefónicas y orientación personal. Mientras que el CEN.I.A.TOX debía responder a todo tipo de consultas toxicológicas, el CE.PRE.TOX se centraría en la drogadependencia. En 1970 se abrió una sala para drogadependientes en el Hospital Borda. Desde 1969 funcionaron los programas de educación sobre drogas de la Cátedra de Toxicología de la UBA, dirigidos a estudiantes secundarios y universitarios, enfermeras y enfermeros, legisladores, magistrados judiciales y docentes.

El debate legal

Los manuales más empleados como textos para el estudio de la medicina legal en la época que ahora nos interesa eran el de Nerio Rojas (1936) y el de Emilio Bonnet (1967). Ambos se utilizaron durante años y tuvieron diversas reediciones. Representan dos polos de un debate que se prolongó largamente. Durante el período que abarca este estudio la Argentina atravesó varias dictaduras, amén de la implantación de fuerzas parapoliciales para el control de la subversión en gobiernos supuestamente democráticos. Las leyes antidroga, como denunciaba la prensa de la juventud en Estados Unidos a principios de los 70, suelen emplearse a menudo en contra de los disidentes políticos. Lo que se discutía, básicamente, era si el toxicómano que cometía un delito era o no imputable. En caso afirmativo debía cumplir condena; en caso negativo, es decir, si se lo declaraba inimputable, era considerado peligroso para sí o para terceros, con lo cual se lo internaba. De ambas formas se le obligaba a realizar un tratamiento. Pero, mientras que en el primer caso éste no podía prolongarse más allá de lo que durara la condena, en el segundo no había un límite claro.

Rojas considera que el toxicómano que comete un delito empujado por el apremio físico del tóxico debe ser encuadrado dentro del «estado de necesidad» (previsto en el inc.3° del art.34 del Código Penal como causa de inimputabilidad). Bonnet, en cambio, diferencia el «hambre tóxica» del hambre por falta de alimentos y afirma que en el primer caso no está en peligro la vida, por lo que la necesidad del tóxico no debe ser un eximente. Avancemos por un momento en el tiempo para detectar en germen las distintas consecuencias derivadas en cada una de estas posiciones. A fines de los 70, Víctor Poggi (1979), profesor adjunto de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina U.B.A. y médico forense de la Justicia Nacional, proponía que aunque el «estado de necesidad» no es aplicable jurídicamente en el caso del toxicómano que comete un delito, el médico forense debe informar que su examinado actuó compulsivamente, no pudiendo, en el momento de los hechos, dirigir sus acciones. De este modo quedaba incluido en el inc.1° del art.34:

> *El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteración morbosa de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones* (Código Penal. Art.34. Inc.1°).

La pervivencia del debate puede comprobarse a lo largo del período que abarca esta investigación.

En 1977 García Blanco, profesor adjunto de la Escuela de Psicología de la Universidad de Belgrano y médico legista, afirmaba que el artículo 34 *no* contempla la drogadicción, ya que aunque el toxicómano actúe en estado de inconciencia su intoxicación es *voluntaria* . Al igual que Bonnet, consideraba que «el trastorno mental transitorio conciente es una imposibilidad médico-legal y psiquiátrico-forense» (García Blanco, J. 1977:70). El artículo 34, decía García Blanco, sólo incluye a la alienación mental persistente y a los estados de inconciencia. El toxicómano, por tanto, no puede ampararse en el mismo, sino que cae bajo el art.9° de la Ley 20.771:

> *Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación adecuado y los cuidados terapéuticos que requiera su rehabilitación. Se aplicará por tiempo indeterminado, que no podrá exceder el término de la pena, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen. La medida de seguridad curativa se aplicará en establecimientos adecuados que el juez determine y se ejecutará previamente, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena.*

La diferencia básica entre la Ley 20.771 y el artículo 34 del Código Penal, como puede advertirse, es que en la primera la internación se aplica a los *condenados* y no puede extenderse más allá del tiempo de duración de la condena. En el segundo, en cambio, la internación se aplica a los *no punibles*, no se requiere dependencia (basta con la «peligrosidad») y rige por tiempo indeterminado (hasta la desaparición de la peligrosidad). Es esto lo que permite la segregación de personas no gratas a las autoridades del momento. Sin embargo, también la ley 20.771, sancionada en 1974, podía servir a este fin. Esta ley, al igual que la 17.818, dictada en tiempos de Onganía, penalizaba no sólo el tráfico sino también la tenencia, aún en cantidades mínimas destinadas al consumo personal. Volveremos sobre el tema más adelante.

Por otra parte, sería injusto pretender que el único objetivo del artículo 34 es el de servir como instrumento de represión social. Muchos profesionales, por el contrario, lo enarbolan en defensa del adicto, porque consideran que éste «no está en condiciones de comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones», por lo que castigarlo no sería «hacer justicia» sino contribuir a su marginación y desesperanza sin acercarnos un ápice a solucionar el problema: «la aplicación de una pena al adicto es una verdadera contradicción en sus términos (...) toda vez que el adicto es un verdadero enfermo que debe ser so-

metido a medidas curativas y no a una pena privativa de la libertad» (Calabrese, A.E.S. 1982:11). En síntesis, tanto la ley 20.771 como el artículo 34 podían ser invocados para poner fuera de circulación sujetos considerados «peligrosos», desde el punto de vista médico (capaces de poner en peligro su vida o la de otros) o «moral» («contagio» psíquico, ideas «subversivas», etc.).

LA CÁTEDRA DE TOXICOLOGÍA

Las fracturas internas

A comienzos de la década de 1960 la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA no era de las más importantes, a pesar de que sus miembros, toxicólogos, legistas y psiquiatras forenses, formaban parte de ese grupo poderoso y acomodado de la política que son los asesores de la Justicia. Los cargos dentro de la cátedra - con algunas excepciones, v.g. Alberto Calabrese, que accedió por concurso a la titularidad en 1964- eran en general por designación, situación que se prolongó hasta bien entrados los 80. En estas circunstancias, la súbita expansión del consumo de drogas entre los sectores jóvenes de la población impulsó en gran medida la posición de centralidad y protagonismo que llegó a alcanzar la Cátedra, a pesar de ciertas fracturas internas de las que me ocuparé sumariamente.

Calabrese, testimonian quienes lo conocieron, fue un hombre bondadoso y muy querido por su equipo. Uno de sus adjuntos y tal vez su discípulo más dilecto por aquellos años era Emilio Astolfi, joven destacado -se graduó con medalla de oro- y ambicioso, según lo describen sus colegas de entonces. Como sea que fuere, Astolfi convenció a su maestro de la necesidad de desdoblar la cátedra, quedando él, des-

de luego, como titular de la segunda, que en un principio se conformó con un tercio del espacio físico, el presupuesto y los integrantes de la primera. Pero Astolfi, que se deslizaba con agilidad en los medios políticos, consiguió en pocos meses recursos que superaban los de la Cátedra I. Sin embargo, no fue éste el motivo de sus primeros "roces", sino, probablemente, diferencias teóricas profundas en cuanto a la manera de concebir las toxicomanías. Astolfi tendía hacia modelos «toxicologistas»; el grupo de Calabrese hacia modelos «psicodinámicos», aunque él mismo era un apasionado toxicólogo. Para Astolfi los nuevos profesionales (psicólogos, sociólogos, terapistas ocupacionales) eran «meros» auxiliares. Calabrese, en cambio, tenía dos hijos psicólogos, ambos jóvenes, llenos de ideales y que acaso no vieran con buenos ojos las «maniobras» del discípulo.

Pero la ruptura final se produjo unos años después. En 1974 Santiago y Alberto Calabrese (hijo), junto con Carlos Dana, decidieron cerrar el CEPRETOX y poner nuevamente en funcionamiento el FAT dentro de la Cátedra, utilizando el espacio que durante un tiempo había ocupado un grupo bajo la dirección de Astolfi, que trabajaba en un proyecto de protección ambiental conjunto con la Shell, ya finalizado. Los Calabrese cambiaron la cerradura, sacaron todas las cosas de Astolfi y le cerraron las puertas del FAT. Al acercarse la edad de jubilación de

Calabrese, y vista la situación imperante, Astolfi entendió que ya no le convenía que hubiese dos cátedras. Conseguido su propósito de reunificación, quiso la mala suerte que en el año 1976 se suspendiera la normativa del estatuto universitario que establecía la caducidad automática de los profesores a los 65 años. Astolfi realizó varios intentos dentro del Ministerio de Educación para lograr la supresión del decreto. No tuvo éxito, pero Calabrese se enteró y esto arruinó la relación entre ambos. Astolfi hubo de esperar hasta 1980 para lograr que Calabrese se jubilara y acceder finalmente a la titularidad, por medio de una estrategia instrumentada entre los adjuntos de varias cátedras -en una Universidad intervenida por la dictadura militar- que obligó a los titulares a retirarse casi sin aviso previo. De todos modos hacía tiempo que ocupaba su propia cátedra de «Ecotoxicología» en la Universidad del Salvador, además de un puesto jerárquico en la Shell y el sitial de la toxicología en la Academia Nacional de Medicina, sitial que Calabrese no llegó a alcanzar, según algunos testimonios por ser divorciado.

Una vasta producción

Más allá de estos problemas internos, o impulsada, quizá, por la competencia entre facciones, la

Cátedra de Toxicología tuvo, en esos años, una producción vastísima en el tema de las drogadependencias. Además del FAT, el consultorio psiquiátrico-toxicológico, el CEPRETOX, la Sala de drogadependientes del Borda, el CENIATOX y los programas de educación para docentes y estudiantes, ya mencionados, funcionaba la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías, presidida por Armando Maccagno, con Miguel Ángel Materazzi como vice-presidente y Jorge Kiss como secretario. Astolfi, Calabrese, Edmundo Fischer y Horacio San Martín eran presidentes honorarios. Esta sociedad tuvo una publicación, *Las Toxicomanías*, de la cual aparecieron dos números en 1974. También el CENIATOX, creado por acuerdo de la Cátedra y la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social, publicó una colección denominada «Toxicomanías» y promovió la creación de otros centros similares en Bariloche, Comodoro Rivadavia, Chilecito, Mar del Plata, Neuquén, Río Gallegos, Santa Fe y Viedma. Funcionaba además en la Cátedra, dirigido por Fischer, el Instituto de Investigaciones Toxicológicas, cuyos antecedentes se remontaban al año 1892, en que Juan Señorans fundó el Laboratorio de Toxicología Experimental -primero en el mundo en la materia. Un trabajo sobre «Delincuencia Juvenil y Toxicomanías», de Astolfi, Maccagno y Kiss, mereció el premio anual, correspondiente al año 1973, de

la Academia Nacional de Medicina. Se realizaron numerosas investigaciones (por ejemplo, Maccagno, A., Bab Quintela, H. Capelli, J. y San Martín de Asnaldo, A.I. 1974; San Martín de Asnaldo, A.I. 1974; Bab Quintela, H. 1974) y se presentaron ponencias en eventos científicos nacionales e internacionales.

La misteriosa asignación de Cagliotti

En estas circunstancias, resulta sorprendente que al crearse, en 1972, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON), se pusiera a Carlos Cagliotti, que no tenía hasta el momento publicaciones ni trabajos sobre el tema -trabajaba como psiquiatra en el Esteves-, al frente del organismo con el cargo de secretario ejecutivo. Astolfi decía que era «el hombre de la CIA». Tal vez no estaba muy errado: el mismo año de la creación de la CONATON se formó la Comisión Binacional Argentino-Estadounidense para la lucha contra los Estupefacientes, de la que Cagliotti participó como representante local. El Departamento de Estado de los Estados Unidos lo invitó a visitar Centros de Rehabilitación en Nueva York, Washington, Lexington y Miami. Fue delegado argentino ante la Conferencia de Plenipotenciarios para examinar las enmiendas a la Convención Unica de 1961 y al Seminario Latinoamericano sobre Pre-

vención y Educación del Abuso de Drogas, realizado en Washington (CENARESO, 1974:28). La CONATON era un organismo asesor, sin estructura ni presupuesto propio, por lo que sus actividades (principalmente de representación ante organismos internacionales, aunque también se dictaron cursos en distintas provincias), eran financiadas por el Ministerio de Bienestar Social. Según reconoció el propio Cagliotti, entre 1971 y 1978 estas actividades demandaron al Estado Argentino 8 millones de dólares (Cagliotti, C. 1979:12). Otras actividades del organismo incluyeron la redacción de legislación relativa a estupefacientes, como la mentada ley 20.771, «aptísimo y oportuno instrumento para aterrorizar, intimidar, sojuzgar y eliminar a figuras opositoras o inteligencias inquietas», en opinión de Mariano Castex, profesor titular de Psicología Forense en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires desde 1985 (1992:649).

Según otra versión, Cagliotti solicitó a San Martín entrar como concurrente al Servicio de Toxicomanías del Borda, donde «robó» el proyecto del equipo -que había sido confeccionado por Materazzi, a pedido de San Martín. Presentó este proyecto al entonces ministro de Bienestar Social, Manrique, consiguiendo por ese medio acceder a la CONATON y luego al CENARESO. Sea cual fuere la verdadera historia, lo único seguro es que su producción escrita en

el tema de las toxicomanías es escasa. Murió baleado, años más tarde, aparentemente por ladrones que intentaban asaltarlo. Entre los que trabajaron con él hay quienes aún lo recuerdan con respeto y proclaman su capacidad de mando y de organización. Durante el período en que dirigió el CENARESO (1974-1983) se publicaron más de cincuenta «Cuadernos de Trabajo» y se llevaron a cabo importantes investigaciones y tareas de asistencia y prevención. El otro argumento que se alega en su defensa es que «cuidaba a su gente»: en la dictadura nunca «le tocaron» a un internado ni a un miembro de su equipo.

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DROGA ENTRE LOS JÓVENES

En octubre de 1973 la UNESCO organizó un seminario en la ciudad de Sèvres, Francia, sobre «los jóvenes y el uso de drogas en los países industrializados». Como resultado se pusieron en marcha algunas investigaciones. He tomado dos de los documentos producidos en este marco, uno en Europa y uno en Estados Unidos. El objeto es indagar la representación social de la droga entre los jóvenes en esa época en el contexto mundial, y contrastarlo con nuestro propio clima cultural.

La droga vista por la prensa de la juventud en Europa

El documento que tomo como referencia es un estudio sobre la manera en que la prensa juvenil de la República Federal Alemana, Francia, Italia e Inglaterra percibía el consumo de drogas entre 1973 y 1975. A principios de los años 70, aseguran los autores, la mayor parte de la población de Europa occidental consideraba a la droga «una calamidad que amenzaba con diezmar a la juventud como una epidemia de peste en la Edad Media» (Graine, Ph., Lentin, J.P. y Mandel, J., 1977:4). Tanto la prensa juvenil convencional como la de la contracultura señalaban el peli-

gro, pero de modo y por medios distintos. En 1973 sus posiciones parecían inconciliables, aunque al cabo de tres años tendían a aproximarse cada vez más. La prensa convencional apuntaba al principio a atemorizar a los lectores. Hablaba de «la» droga, englobando en este término todas las drogas ilícitas y sugiriendo que las «menos peligrosas» eran un penitente camino de ingreso a «las otras», además de alejar al usuario de los problemas reales, sin ayudar en medida alguna a solucionarlos. Así se expresaba, por ejemplo, un psicólogo italiano: «Afirmar que la droga ayuda a ver claro es de risa. No me he drogado en mi vida y me parece que veo la realidad de manera muy clara. Ningún gran sabio, filósofo o político se ha drogado (...) El que se droga se aísla en un mundo cerrado y corta los puentes de la comunicación» (*Ciao 2001. 24/08/72.* Cit. en Graine et al, 1977:5).. La marihuana, se afirmaba, provocaba graves trastornos afectivos, que oscilaban entre la "perversión sexual" y la "impotencia", alcanzando estados terminales de "total inconciencia" (*Ciao 2001. 19/05/71.* Cit. en Graine et al, 1977:6).

Los periódicos de la contracultura marcaban una diferencia entre drogas lícitas e ilícitas, peligrosas e inocuas, adictivas o no adictivas. No estaban en contra de las «suaves» -marihuana y LSD- aunque fueran ilícitas. En cambio señalaban el peligro de las «duras», mencionando como tales «los opiáceos, las anfe-

taminas, el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, los somníferos y los antidepresivos» (*Re Nudo.* N°31.dic.1973. Cit. en Graine et al, 1977:7). Respecto a las consecuencias sociales, no consideraban que la droga marginaba al adicto sino que, por el contrario, lo integraba al sistema: «la droga es la mercancía por excelencia» (*Star Screwer.* N°5. 1973. Cit. en Graine et al, 1977:7). Era éste, desde la óptica de la contracultura, el principal peligro, la más grave consecuencia.

Hacia 1975 la prensa convencional pareció sufrir una transformación. Ya no acusaba a la marihuana de arma destructiva. En cambio, alababa su capacidad de facilitar las relaciones sociales, disminuyendo inhibiciones y tensiones y consideraba que resultaba menos tóxica que el alcohol (*Ciao 2001.* 10/08/75. Cit. en Graine et al, 1977:7). También la prensa de la contracultura se fue modificando con el tiempo, en dirección contraria. El tono de los artículos se fue asemejando progresivamente al de los clásicos manifiestos militantes: «Nuestro deber consiste en defender el movimiento y al proletariado, y para eso debemos combatir con tesón las drogas que embrutecen el espíritu y la conciencia» (*Re Nudo.* N°27. 1974. Cit. en Graine et al, 1977:8). Pero, al igual que en la prensa convencional, la marihuana no era incluida entre estas drogas. Su consumo era incluso considerado como parte de la lucha contra «el sistema»:

¡Cultivo masivo de marihuana en toda Italia! A partir de febrero podrán acodarse los plantines (estamos preparando una nueva edición de nuestro manual para el cultivador. En cada ejemplar intentaremos introducir una bolsita con semillas). El camarada que sea un poco espabilado puede plantar por lo menos 40 o 50 plantines en un sitio apartado y recoger entre 15 y 20 kilos de excelente marihuana. Mil camaradas pueden producir 15 toneladas, y si somos diez mil llegaremos a 150 toneladas, es decir el doble del consumo anual de toda Italia. Lanzando oportunamente esta producción en el mercado, cortaremos de raíz la maniobra de la mafia que intenta bloquear el mercado de la hierba con el fin de inundarnos de heroína.

Stampa Alternativa. 15/09/75 Cit. en Graine et al, 1977:9

Sin embargo, progresivamente, la prensa de la contracultura comenzó a contemplar la posibilidad de que el uso exagerado de *cannabis* pudiera implicar riesgos para la salud. La influencia cada vez mayor que empezaban a ejercer las advertencias ecológicas contra el uso irresponsable del planeta había colaborado a producir este efecto; es importante recordar que la prensa *underground* fue la primera en alzar, por aquellos años, la bandera de la ecología y predicar contra la

contaminación. Si bien la marihuana era una droga natural, contenía principios activos. Consumida en grandes cantidades, por lo tanto, sería capaz de alterar el equilibrio del organismo, en los individuos y en los grupos.

En comparación con la marihuana y la heroína, el LSD quedaba en segundo plano, ya que no era una droga de consumo masivo y regular. En general, quienes lo empleaban lo hacían muy esporádicamente, e incluso dejaban definitivamente de utilizarlo después de algunos «viajes». En sus referencias a esta sustancia, la prensa convencional hacía hincapié en los riesgos -pérdida de contacto con la realidad, delirios, alucinaciones, comportamientos peligrosos para sí mismo u otros- ; la prensa de la contracultura, por su parte, destacaba los «efectos benéficos» sobre la personalidad del usuario.

Con respecto a la cocaína y los tranquilizantes la prensa juvenil demostraba poca inquietud. Si bien estas drogas eran consideradas tan peligrosas como la heroína y las anfetaminas, su consumo, se creía, atraía más a los adultos que a los jóvenes. A partir de 1975 comezaron a aparecer frecuentes advertencias contra el uso de dos sustancias lícitas: el tabaco y el alcohol.

En lo referente a tipos de tratamiento de deshabituación y rehabilitación, tanto la prensa juvenil de gran circulación como la de la contracultura se

oponían a la internación en instituciones psiquiátricas generales. Pero mientras la primera aprobaba los centros especializados -estatales o privados-, la segunda consideraba este tipo de ayuda social como «una forma solapada de fascismo» (Graine et al., 1977:22). En general, como he comentado anteriormente, la prensa *underground* mantuvo durante el período estudiado una actitud de denuncia respecto al uso abusivo de la legislación antidroga para la represión política y el abuso de autoridad y corrupción entre los funcionarios de la policía. Finalmente, en relación a la responsabilidad por el problema, el conjunto de la prensa juvenil convenía en que ésta correspondía a los adultos. La droga, se afirmaba, era «un producto fabricado y difundido por los adultos para entrampar a los jóvenes» (Graine et al., 1977:23).

La prensa de la juventud en Estados Unidos

En un estudio realizado por Jerry Mandel (Graine et al.,1977), al igual que en el anterior, se comparan las opiniones de diversas publicaciones -tradicionales y *underground*- de jóvenes en distintas ciudades, principalmente Boston, Los Angeles y Nueva York, durante el período 1973-1975. Para ese entonces, dice el autor, el movimiento contracultural de mediados de los 60 estaba declinando y la mayor parte de su prensa había desaparecido, aunque se sostenían algunos periódicos en los grandes centros urbanos. El interés por el tema de la droga había decaído, en general, en la prensa de la juventud, aunque se seguía manteniendo un importante debate en torno a la legalización de la marihuana. En apoyo de la opinión generalizada entre los jóvenes, los periódicos liberales – en el sentido estadounidense- (*The Nation, The New Republic, Commentary, Commonwealth, The Reporter, The Saturday Review of Literature*) consideraban que la única opción razonable era la legalización. Incluso un periódico tan tradicional como el *Times* comentaba a principios de 1973 que «la millonésima comisión de estudio, formada por 38 ciudadanos eminentes de Washington D.C. (...) llegó a la conclusión de que la marihuana sola no es peligrosa ni perjudicial» (*Times*, 19 de marzo de 1973. Cit. en:Graine et al.,1977:31).

Como en Europa, los periódicos de la contracultura denunciaban el uso ilegítimo de la legislación sobre narcóticos como forma de represión política y de control social. Mantener archivos de las personas, afirmaban, aunque fuera con fines terapéuticos, atentaba contra la libertad individual; los registros de toxicómanos y las pruebas de nivel de droga en sangre sólo servían para discriminar a las personas y «echarlas de la escuela y del trabajo» (Graine et al., 1977:34). La prensa convencional (*Time, Newsweek,*

Reader's Digest, Seventeen) seguía alertando cada tanto sobre los peligros de las drogas y presentaba noticias positivas sobre los programas de tratamiento. La prensa de la contracultura (*Barb, Boston Phoenix, Los Angeles Free Press, Great Speckled Bird, Village Voice, Rolling Stone*), en cambio, criticaba la principal modalidad de estos tratamientos, consistente en reemplazar la droga ilícita por metadona, y se oponía vehementemente a las políticas gubernamentales de internación compulsiva. Por otra parte, denunciaba a los miembros de las profesiones psiquiátrica y psicológica, destacando que constituían una grave amenaza a «la libertad esencial de los ciudadanos» (Graine et al., 1977:58) Es importante destacar que en este tiempo no sólo los tratamientos de recuperación de drogadictos sufrían fuertes críticas. La misma suerte corrían la quimioterapia, la terapia de choque (electroshock), las técnicas de modificación del comportamiento y las instituciones psiquiátricas. Estaba naciendo un poderoso movimiento que luego fue conocido como «antipsiquiatría» y los jóvenes se hacían eco de sus postulados. «En vísperas de 1984, el poderoso doctor te vigila», se titulaba un artículo del *Phoenix* publicado en 1974 -aludiendo al «Big Brother» (Hermano Mayor) de la famosa novela de Orwell. En 1975 el *Village Voice*, de Nueva York, exigía que se prestara atención al problema de «los profesionales sin escrúpulos que utilizan las clínicas privadas para sacar dinero de la

miseria íntima de sus clientes».

A mediados de la década de 1970 la droga había pasado a ser en Estados Unidos una preocupación secundaria de la prensa. La principal razón de la disminución del interés residía, en opinión del autor de este estudio, en que «el uso de drogas, especialmente marihuana, llegó a ser muy extenso y 'normal' entre los jóvenes», por lo que el tema dejó de ser noticia.

Las publicaciones vernáculas

Lamentablemente, no contamos en nuestro medio con estudios similares a los presentados más arriba. He revisado, para el mismo período (1973-1975) números que se conservan en la Biblioteca Nacional de revistas que se leían en esos años (*Panorama, Primera Plana, Siete Días, Gente, Para Tí*). Ninguna de ellas se enmarca dentro de lo que podría considerarse «contracultura». No encontré nada sobre *droga* en 1973, y muy poco en 1974 y 1975. Revisé entonces el año 1968, que los especialistas sitúan como momento de inicio del consumo a gran escala de marihuana entre los jóvenes. No localicé ningún artículo sobre droga -sí sobre «hippies», pelos largos y conciertos de rock-, pero me llamó la atención el empleo de la palabra droga u otras relacionadas en el lenguaje colo-

quial. Por ejemplo, en un reportaje a María Estela Etchegoin, ganadora del Concurso «Odol pregunta por un millón de pesos», la entrevistada confesó que García Lorca era para ella «como una droga» (*Gente*, 28 de junio 1968:51). En un comentario de cine sobre una película llamada «Los estimulantes», Leo Sala la subtituló «heroína y yerba mate», para indicar que la consideraba «lo más desparejo que se ha hecho en la historia del cine» (*Gente*, 21 de junio 1968:18).

En el año 1972 dos números de la revista *Transformanciones. Enciclopedia de los grandes fenómenos de nuestro tiempo*, fueron dedicados al tema de las drogas y los drogadictos. En un artículo titulado «Los hippies norteamericanos» (Samoilovich, D. 1972), este periodista relata que a partir de las experiencias de Timothy Leary, en 1961, con alumnos del Centro de Investigaciones Psicológicas de Harvard a los que aplicaba ácido lisérgico, el empleo de esta droga se extendió rápidamente entre los estudiantes y luego entre los intelectuales de California. En 1965 Ken Kesey organizó los «acid-tests» en San Francisco, mezcla de conferencia, concierto de rock, efectos de luces y distribución de dosis de LSD. Así describía el novelista Norman Mailer la sociabilidad en este tipo de encuentros:

> *Una unidad tribal atravesó la juventud de los Estados Unidos y de la mitad de las naciones del mundo, una exaltada visión de fiestas orgiásticas, desprovis-*

> *tas de violencia (...) flores, incienso perfumado, pezones, mejillas, guitarras eléctricas, luces psicodélicas (...) en el Camino de la Liberación y el Descubrimiento, los niños drogados vieron el Walhala y el Taj Mahal.*
>
> Citado por Daniel Samoilovich (1972:273)

Entre las nuevas modalidades de relación de los jóvenes, el artículo de V. Barenblit e I. Lubchansky (1972), «Drogas y Drogadictos», señalaba la vida en comunidades, el consumo de marihuana y alucinógenos en forma compartida y lugares públicos, el baile grupal, la música rock, la desnudez, la utilización de ropas, adornos y filosofías orientales. El «problema» que representaba la droga en esta época, al menos en el imaginario social, pasaba más por la rebeldía y la búsqueda del cambio social que por la psicopatología. En lo específicamente referente a la Argentina sólo se mencionaron dos situaciones de adicción: la intoxicación por anfetaminas, «frecuente entre los estudiantes, que las ingieren inicialmente para mejorar su actividad física e intelectual», y «el peligro de los reductores del apetito», también relacionado a las anfetaminas. La cultura de las drogas era considerada por los autores como «un problema de las clases medias y altas» (Barenblit, V. y Lubchanski, I. 1972:226-234).

El 8 de abril de 1974 la revista *Para Tí* publicó un informe especial, titulado «La marihuana, antesala del infierno» (*Para Tí*, 1974, 52(2700):8-11), realizado con el asesoramiento de la División de Toxicomanía de la Policía Federal y con la colaboración de «psicólogos, psiquiatras, drogadictos y familiares de los mismos». Entre los entrevistados figuran el Comisario General Ángel Ligarotti, Superintendente de Investigaciones Criminales de la Policía Federal, el Comisario Humberto Cabarreta, Jefe de la División de Toxicomanía y médico docente auxiliar de la Cátedra de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad del Salvador, el entonces Subcomisario Jorge Miguel Manassero, 2° Jefe de la División de Toxicomanía y Arturo Villar, secretario tutelar del Juzgado en lo Penal de Instrucción N°16. Todos ellos coincidieron en afirmar que, si bien la marihuana no era una droga peligrosa en sí misma, representaba «el primer escalón hacia la drogadicción sin retorno» (p.8). La droga, dicen estos expertos, citando la autoridad del Papa Paulo VI, es una «enfermedad mortalmente contagiosa», que ha atacado ya casi todos los colegios secundarios, universidades, institutos y academias. La principal causa de esta rápida expansión es el ocio en que pasan sus días los adolescentes (p.10).

En 1975 la revista *Gente* presenta dos «crudos y dolorosos testimonios». El primero, «Habla la novia de un drogadicto», es del 13 de febrero; el segundo,

«Yo fui drogadicto», del 27 de ese mes. Ambas notas fueron realizadas por el mismo reportero, Néstor Barreiro, y desataron un enfervecido correo de lectores, que se prolongó unas pocas semanas. Para la novia «el drogadicto es un suicida que no se atreve a dispararse un tiro» (p.97). El ex-adicto, por su parte, relata las peripecias de su caída y el difícil camino de la recuperación: «Si me preguntan como se cura un drogadicto», finaliza diciendo, «la respuesta es simple. Primero, tiene que querer curarse, después, ponerse en tratamiento, y finalmente, seguir hasta el fin con las indicaciones» (p.93). A diferencia de lo que sucedía en Europa y Estados Unidos por la misma época, aquí nadie parecía cuestionarse acerca del aspecto represivo de los tratamientos.

El 13 de marzo una nueva nota, «Un problema que preocupa, un tema espinoso: Droga, ¿qué pasa en la Argentina?» (p.64-67), presenta dos entrevistas, una al juez Nocetti Fasolino y otra a Jorge Manassero, para entonces ascendido a Jefe de la División de Toxicomanía de la Policía Federal. Poco tiempo antes, Nocetti Fasolino había sostenido en un fallo la jurisdicción federal, apoyado sobre la tesis de que «algunos guerrilleros actúan drogados» (p.66). Los procesos por toxicomanía, anteriormente considerados delitos comunes y que competían a la justicia ordinaria, habían sido federalizados pocos meses antes por la ley 20.771. Frente al comentario del periodista de

que había quienes estaban en desacuerdo con esta medida, el juez respondió con convicción:

> *En este momento en que el país está en una verdadera guerra contra la subversión, es evidente (y esto yo lo he podido ver en mi Juzgado Federal) que para la subversión la droga es moneda. De modo que yo pienso que ya salimos de aquella etapa en que el delito de toxicomanía era un delito correccional (ni siquiera un delito de instrucción) para la penalidad. Hoy en día la droga es ya un problema nacional (p.64).*

Nocetti continuó afirmando que él no había tenido procesados «obreros ni gente humilde»; todos eran «gente inteligente, estudiantes, artistas». El delito de la toxicomanía, «lacra social» (recuerdo al amable lector las palabras del Subjefe de la División de Asuntos del Lejano Oriente de los Estados Unidos en 1939), afectaba, en su opinión, a «la seguridad de la Nación» y era por esto que debía ser penalizado con máxima rigurosidad (p.65). Manassero, en coincidencia con el juez, consideró a su vez que la Justicia Federal «es la más idónea para tratar este problema» (p.67).

¿Era esta la representación social prevalente acerca de la droga entre los jóvenes? Probablemente no, pero en un país asolado por el miedo, donde la

disidencia -en cualquier orden- se pagaba con golpes o encierro, y donde la prensa ya no era libre, difícilmente podrían haberse escuchado otras opiniones.

LOS AÑOS 70

Discursos oficiales y discursos de la contracultura

No sólo en la prensa de la juventud, sino también en el mundo de los intelectuales las voces provenientes de la «contracultura» y del movimiento «antipsiquiátrico» se elevaban en estos años en contra del «sistema» y del conocimiento «puramente intelectual». El uso de drogas alucinógenas para «experimentar directamente la realidad» era considerado válido por estos grupos: «Los estados alterados de conciencia, elegidos concientemente, me parecen ser las puertas a formas de usar la mente que son mejores que las que la mayoría de nosotros seguimos en general» (Weil, A. 1972:49). La música «pop», recordaría años después Claude Olievenstein (1977:162), contribuía a mantener esos estados. Incluso los nombres y las letras de las canciones aludían con frecuencia a la experiencia alucinatoria. Los Beatles cantaban *Lucy in the Sky with Diamonds* (LSD) y los jóvenes provenientes de los horizontes más diversos establecían códigos comunes e intentaban vivir al margen de una cultura que rechazaban.

El término «adicto», decía Thomas Szasz en 1974, se refería en el siglo XIX a personas que tenían ciertos hábitos, en el sentido de «inclinación fuerte hacia algún tipo de conducta» (no necesariamente

negativa; v.g. a la lectura o a la música clásica). Pero durante la primera mitad del siglo XX se transformó en un rótulo peyorizante, como el de «psicótico» o el de «esquizofrénico». La adicción ya no hacía referencia al hábito sino a la persona que lo padecía. Quienes empleaban drogas las consideraban valiosas y a los que trataban de privarlos de ellas como enemigos. Por el contrario, los políticos, ex adictos y psiquiatras creían que las drogas prohibidas eran el enemigo y quienes las usaban enfermos, y calificaban como «tratamiento» a su propia intervención coercitiva (Szasz, Th. 1974:38-47). Estas voces, valoradas entre los representantes de cierta juventud intelectual de clase media, fueron, sin embargo, minoritarias. El grueso de la población recibía otro tipo de información a través de las primeras «campañas de prevención».

Al respecto resulta ilustrativo un folleto titulado «La muerte en vida. La verdad sobre las toxicomanías», editado por el Centro Regional de Ayuda Técnica, que se difundió en México y en la Argentina en abril de 1972. El Centro era una «Agencia para el Desarrollo Internacional», perteneciente al Departamento de Estado del Gobierno de los Estados Unidos, y el folleto una traducción del que fuera editado originalmente en 1965 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de ese país. Las drogas, se informaba en este impreso de divulgación pública, son uno de los peores peligros que han amenazado a

la humanidad en todos los tiempos: «Jamás permita que alguien lo convenza de que fume siquiera una vez un cigarrillo de marihuana, porque es peor que el peor de los venenos», o también, «evite a los drogadictos como si tuvieran la peste, porque la calamidad que transmiten es tan peligrosa como aquella» (Centro Regional de Ayuda Técnica, 1972).

En octubre de 1972 se llevó a cabo en Bogotá una Reunión de Trabajo de Expertos en Drogadependencias. El delegado argentino fue Alberto Calabrese. Las conclusiones y recomendaciones sobre «Adolescencia y Drogas» elaboradas en esta reunión fueron aprobadas por el Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina en junio de 1973. El documento destaca que el problema de la farmacodependencia, devenido epidémico en la franja etárea entre 15 y 25 años, se veía agudizado en los países latinoamericanos, con un porcentaje muy alto de población joven. Por esta razón, se consideraba necesario implementar programas de educación para la prevención del uso indebido de drogas. En la Argentina se contaba para este fin con materiales facilitados por la Embajada de Estados Unidos a través de la Comisión Argentino Estadounidense para la lucha contra el Tráfico Ilícito y el Uso Indebido de Drogas, amén de un audiovisual preparado por la INTERPOL (UNESCO,1975:21). También se proponía la creación de servicios perma-

nentes para la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de los afectados y formación de expertos. Como hemos visto en capítulos anteriores, en nuestro país ya estaban en funcionamiento el Fondo de Ayuda Toxicológica y el Servicio 30 de Toxicomanías del Hospital Borda, que fue desmantelado al decidirse la creación del Centro Nacional de Re-educación Social.

Investigaciones y datos estadísticos

Armando Maccagno, Hugo Bab Quintela, Julián Capelli y Ana Isabel San Martín de Asnaldo (1974) recabaron datos estadísticos acerca de los internados en el mencionado Servicio del Borda, que brindan una idea general del estado de la cuestión en nuestro medio a comienzos de la década de 1970. Sobre un total de 150 adolescentes internados, sólo un 11% se había iniciado en la droga antes de 1970 y el 89% restante entre este año y 1973. El 41% se inició con anfetaminas, el 21% con marihuana, el 15% con opiáceos, el 9% con Artane, otro 9% con depresores, un 2% con cocaínicos, un 2% con diuréticos y un 2% con inhalantes. (Maccagno, A. et al 1974:2053). El tipo de droga más consumida entre los internados, por un amplísimo margen (80%), fueron «preparados farmacéuticos» de uso medicamentoso y de venta no prohibida, como Pervitín, Metedrine, Obesin, Instilasa, Mandrax, Romilar, y otros (San Martín de Asnaldo, A.I. 1974:58).

Otra investigación, llevada a cabo en 1970 por el equipo de Mauricio Knobel, profesor adjunto de Clínica Psiquiátrica, entre estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires, permitió comprobar que un 17% de los encuestados hacía uso de estimulantes por vía oral en época de exámenes y un 7% fuera de esos períodos. Pero la ingesta general de psicofármacos ascendía a un 26% (Knobel, M. 1974:13). La venta de anfetaminas dejó de ser libre a partir de octubre de 1971, debiendo ser prescripta en adelante, como los estupefacientes, en recetarios oficiales (Rodríguez Castells, H. 1973:5). Siguiendo el orden de prevalencia de consumo de las distintas drogas en la población, el libro con que se inició la Colección Toxicomanías del CEPRETOX fue *Las Anfetaminas* (1973); el segundo versó sobre la marihuana. Entre los usuarios habituales de estimulantes, además de los estudiantes, se mencionan en este libro amas de casa, deportistas, pilotos de aviación, camioneros, fuerzas de seguridad, médicos, enfermeras, mozos y otros trabajadores de horario nocturno (Kiss, J. 1973:19). Armando Maccagno consideraba que la angustia, la insatisfacción, los problemas económicos, la falta de objetivos, la enorme presión de la sociedad de consumo, eran factores que podían llevar a indivi-

duos normales a contraer insensiblemente el hábito, sin que fuera necesaria una base mórbida previa (Maccagno, A. 1973:29).

Una investigación llevada a cabo en la Clínica Regional del Sud, de la ciudad de Córdoba, sobre consumo de anoréxicos, mostró que de una población de 500 pacientes que hicieron una primera consulta psiquiátrica por distintos motivos, 65, es decir el 13%, había consumido anoréxicos al menos 30 días seguidos hacía menos de un año. El 20% de estos 65 pacientes tenía entre 15 y 20 años y el 90% eran mujeres que recurrieron a la droga para bajar de peso. El resto buscaba un estimulante o un recurso para combatir el sueño y se trataba, o bien de estudiantes, o bien de taxistas, mozos, camioneros y otros, muchos de los cuales accedieron por primera vez al producto por indicación médica (Dichiara, J.B., Castillo, S. y Palumbo, R. (1974:5). El Centro de Intoxicaciones del Hospital de Niños de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires atendió en 1974 17.000 consultas personales. Aproximadamente la mitad fue por intoxicaciones medicamentosas, y de éstas el 50% se debió a ingestión de psicofármacos (UNESCO, 1975:11).

De los factores endógenos a los exógenos

En abril de 1974 Raúl Matera dictó una conferencia en el Instituto de Cultura Italiana, donde afirmaba que el problema de la drogadicción dependía de factores políticos, económicos y sociales que trascendían ampliamente el campo de la medicina. Expresó en forma decidida que las instancias de poder -tanto legítimas como ilegítimas-, representadas por los adultos y los viejos que no querían ser desplazados por los jóvenes, alimentaban la nueva industria de la droga para mantener la idiotización y la dependencia de estos últimos, evitando que se transformaran en agentes del cambio social (Matera, R. 1974:280-282). Al margen de esto, Matera consideraba que ciertos tipos de grupos familiares son proclives a producir un hijo drogadicto: el grupo «inductor», en el que ya desde los primeros tiempos de la crianza se da al niño medicamentos ante la mínima queja (por incapacidad de tolerar su angustia y contenerlo con afecto); el grupo «drogadictógeno», en el que los padres consumen medicamentos para adelgazar, para dormir, para tener mayor lucidez en el trabajo o para no deprimirse; el grupo «autocrático», que vive los intentos de independencia del hijo como una amenaza a su integridad; y su reverso, el grupo «desintegrado», en el que reina la anarquía y no se ofrece al que crece ningún marco valorativo (Matera, R. 1974:279).

La idea de una generación que se niega a aceptar «la ley de la vida» (los hijos suceden a los padres), fue desarrollada por Arnaldo y Matilde Rascovsky en un libro que causó gran impacto, *El filicidio* (1973). La historia de Edipo, proponían los autores, no empieza con el parricidio sino con el filicidio: Layo mandó matar a Edipo porque el oráculo había vaticinado que éste lo desplazaría un día. En base a estas ideas, Eduardo Kalina desarrollaba el concepto de «pacto criminoso» entre el adicto y su familia, afirmando que su sacrificio ritual y finalmente su muerte eran inducidas por el grupo familiar, y, en última instancia, por la sociedad misma que «hace la vista gorda» (Kalina, E. 1985, sin numeración de páginas).

El hincapié sobre la importancia de los factores familiares y sociales en la producción de patología psíquica -con su correlato de relativa disminución del peso de lo «endógeno»- era una constante en la mayor parte de los autores. En consonancia con estas ideas, las investigaciones intentaban estudiar y clasificar la incidencia de los distintos factores externos. Bab Quintela y Asnaldó de San Martín, por ejemplo, implementaron un grupo abierto de madres de adolescentes drogadictos internados y ex-internados del Servicio de Toxicomanías del Borda, «como una manera de pesquisar factores etiológicos familiares» (Bab Quintela, H. 1974:71). También el equipo del CENARESO realizó un estudio de las familias de pa-

cientes internados, describiendo ciertas características que aparecían como recurrentes. En general, decían los autores del estudio, son familias en las que la madre ejerce el poder, el padre queda excluido de la relación con los hijos, hay «secretos familiares» (abortos, suicidios, ocultamiento de adopciones, hogares paralelos) y alta tasa de separaciones o amenazas de separación. Todas estas características, afirmaban, son «excesivamente comunes en nuestra época y en nuestro medio» y no necesariamente llevan a los hijos a la adicción. Sin embargo, hay dos modalidades que sí consideraban patognomónicas del uso indebido de drogas: la «modalidad adicta» (padres alcohólicos o que consumen medicamentos psicotrópicos como parte de su vida cotidiana, o «adictos» al trabajo o a cualquier otra actividad realizada en forma compulsiva) y las «tendencias autodestructivas» (intentos y/o suicidios en los padres o los pacientes, mensajes de muerte y destrucción, al estilo de «te vas a matar», «prefiero verte muerto», etc.) (Equipo Interdisciplinario del CENARESO, 1977:15-16).

En cuanto a los factores sociales, se señala la marginación, la opresión, la injusticia social; y se habla del «hombre nuevo», la "cultura nueva», la "sociedad nueva» como capaces de revertir este estado de cosas. Los oprimidos, propone Materazzi, jefe de la Sección de Rehabilitación del Servicio de Toxicómanos del Borda, «deben luchar como hombres que son y

no comportarse como *cosas*» (Materazzi, M.A. 1974:50,52). Knobel, por su parte, declara que «en nuestra parte del mundo los imperialismos y los regímenes antipopulares están al servicio de quienes buscan el sometimiento de nuestros pueblos (...) ese sometimiento que buscan los poderosos para hacer más débiles a los débiles» (Knobel, M. 1975:809). Y María del Carmen Macías Quintana, médica a cargo de la Sección de Psiquiatría Infantil de los Consultorios Externos del Hospital Nacional Braulio A. Moyano, proponía que la conducta adictiva en los adolescentes, en tanto emergente de «la dialéctica psiquismo-sociedad», indica que esta última está enferma (Macías Quintana, M. 1976:32).

En 1973 se llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires un Congreso Internacional de Psicopatología y Psiquiatría del Adolescente. Los resultados de este encuentro fueron publicados en forma de libro (Feinstein, S., Kalina, E., Knobel, M. y Slaff, B. ,1973). En su resumen de lo trabajado en la mesa de «Abuso de drogas en la adolescencia», Adolfo Loketek afirma:

> *En nuestro país, las drogas más usadas son: el alcohol, las anfetaminas, los barbitúricos, los tranquilizantes y los sedantes; no se considera como problema actual la marihuana, la morfina o la heroína* (Rivelis, L., Maccagno, A. y Loketek, A. 1973:128).

Continúa diciendo que no se alcanzó un acuerdo en relación a la posible nocividad de la marihuana. Los participantes norteamericanos postularon su inocuidad. Los argentinos, por su parte, mencionaron la presencia de trastornos cardiovasculares y genéticos, argumento que fue muy cuestionado. Todos reconocieron el uso de marihuana y LSD como un modo de protesta acrítico e ineficaz de los valores vigentes: «mediante el manejo omnipotente de la fantasía se aborta toda posibilidad de modificación de la realidad, inutilizando el pensamiento y la acción que podrían iniciar una revisión clara de las situaciones sociales que se cuestionan» (Rivelis, L., Maccagno, A. y Loketek, A. 1973:128).

La década de 1970 puede caracterizarse, entonces, en base a los datos presentados hasta aquí, por la expansión del consumo de marihuana entre los jóvenes, pero, más aún, por el uso masivo de estimulantes en un sector cada vez más amplio de la población. En relación a las causas de esta problemática, se postula la importancia de los factores políticos, económicos, sociales y familiares como determinantes. En consonancia con esta idea, la cura se asocia a una transformación profunda de la sociedad. Esto no significa que se descarte la participación de factores «intrapsíquicos», como tendremos oportunidad de constatar en el próximo capítulo.

LAS IDEAS PSICOPATOLÓGICAS EN NUESTRO CONTEXTO

Sandor Rado y la educación del «control hedónico»

El autor más citado tanto en los 60 como en los 70 es Sandor Rado (por ejemplo, Liberman, D. 1959; Torres, J. 1965; Kiss, J. 1976; Rosenfeld, D. 1972; Pascale, H. 1973, 1974), y en segundo lugar, para la década de 1970, Eric Erikson (por ejemplo, Ruggero, P.A. 1974; Esnaola, A.M. y Malio, H.G. 1974; San Martín, H. 1975; Kiss, J. 1976; Calabrese, A. 1982). En relación a las teorizaciones vernáculas, son numerosas las referencias a José Bleger (entre otros, Stingo, N. y Fudin, M. 1973, 1978; Materazzi M.A. 1974; Pascale, H. 1974; Kalina, E. y Kovadloff, S. 1981; Rivelis, L. et al 1973). Intentaré desarrollar brevemente las ideas de estos autores que aparecen reflejadas en el campo de la dependencia de drogas..

Lo que produce la toxicomanía, dice Rado, no es el tóxico, sino el «impulso a utilizarlo» (1956:74). La causa determinante es siempre un motivo psíquico. Por eso considera todas las toxicomanías como variantes de una sola enfermedad, a la que denomina «farmacotimia», que significa «deseo de drogas». Los drogadictos comparten una característica general, la «depresión tensa», que consiste en una gran tensión penosa combinada con un alto grado de intolerancia

al dolor. El efecto placentero de la droga les produce sentimientos de exaltación y aumenta su autoestima, pero al desaparecer éste se exacerba el estado depresivo. A la depresión se suman entonces autorreproches y sentimientos de culpa y aumenta la ansiedad. El yo se debilita y sueña con reproducir el bienestar perdido. Su libertad se restringe progresivamente. El placer genital es abandonado en busca del placer «farmacogénico», se produce una organización sexual artificial modelada sobre el esquema de la masturbación infantil y la actividad de la fantasía retorna regresivamente a los apegos de la infancia. Se reactiva la creencia narcisista en la propia invulnerabilidad. El desmoronamiento llega cuando ya no se consigue alcanzar el estado de exaltación por más que se aumente la dosis. Entonces, dice Rado, hay tres salidas posibles: someterse a una cura de desintoxicación, el suicidio o la psicosis. La primera opción no es movida por un deseo real de dejar la droga, sino por la esperanza de poder recuperar el placer cuando el organismo se deshabitúe. En los rarísimos casos en que el individuo realmente desea dejar la droga lo hace por sí mismo, sin someterse a tratamientos (Rado, S. 1956:80-82). El suicidio no proviene, en general, de una necesidad masoquista de castigo sino del sentimiento ya mencionado de invulnerabilidad, que incluso puede llevar al yo a creer en su inmortalidad. La sobredosis es un intento de eternizar el placer.

La psicosis es el resultado de la oposición del yo al deseo masoquista de obtener placer de la estimulación penosa. Las fantasías masoquistas inconcientes se transforman en fantasías terroríficas del yo, que proyecta el peligro en el exterior y se ve perseguido desde afuera. Otro camino para el masoquismo es transformarse en homosexualidad, en el intento de combatir el peligro de la castración: ésta no existe, pues no hay personas castradas; «hasta el compañero sexual tiene un pene» (Rado, S. 1956:86).

En base a una concepción del funcionamiento psíquico similar a la vieja -y aún vigente- propuesta de Hughlings Jackson, que mencionáramos en capítulos anteriores, Rado considera que el psiquismo está ordenado jerárquicamente en distintos niveles, que reflejan el curso de la historia evolutiva del ser humano. El nivel inferior es el de la auto-regulación hedónica: el organismo busca alejarse de la fuente de dolor y es atraído hacia la fuente de placer. Luego está el nivel de las «emociones puras», que expresan el dolor o su expectativa (miedo, odio, autorreproche), y el placer o su expectativa (amor, alegría, autoestima). El «pensamiento emotivo» -tercer nivel- se deriva del anterior. No es objetivo y tiende a justificar la emoción de la que surge y que lo controla. El cuarto nivel, de más reciente aparición en la historia evolutiva de la humanidad, y, por lo tanto, el primero en deteriorarse en la patología mental, es el del «pensamiento no emoti-

vo», objetivo, basado en la razón y el sentido común, que permite la acción inteligente y la auto-restricción. La unidad suprema de este «aparato integrador psicodinámico», que comanda al organismo en su totalidad, es el «yo acción», autoconciente y fuente del accionar voluntario, basado en el pensamiento no emotivo. El objetivo de la terapia psicoanalítica, a su juicio, es la educación del «control hedónico» (Rado, S. 1956:356-362).

Rado divide los trastornos del comportamiento en tres formas clínicas: neuróticas, extractivas (también llamadas psicopáticas) y psicóticas. El neurótico, dice, se daña a sí mismo; el psicópata daña a los demás y el psicótico se daña a sí mismo y a los demás. Ubica al adicto a drogas en el segundo tipo, «comunmente llamado psicópata antisocial» y lo describe como impaciente, intolerante ante la frustración, que busca beneficios tangibles, no se conforma con fantasear y corre tras el placer inmediato, usando para alcanzarlo cualquier medio, desde el parasitismo y la seducción hasta la violencia física. Olvida las lecciones del pasado, repite una y otra vez las mismas transgresiones, no se preocupa por su futuro ni por las consecuencias de sus acciones. Tiene un insaciable anhelo de afecto pero es incapaz de formar vínculos afectivos profundos. Es inútil tratar de curarlo, porque es «inherentemente incapaz de hacer una adaptación normal y duradera» (Rado, S. 1956:342-346).

Este ideario y otros de él derivados o afines, tuvieron gran impacto en los especialistas locales y ello es detectable, como observáramos, en las referencias de sus escritos.

La influencia de Eric Erikson

Los conceptos de Erikson más empleados en el intento de comprender a los jóvenes usuarios de drogas son el de «crisis vital» y el de «identidad negativa». Este autor enumera ciertas características básicas que considera se encuentran presentes en todos los casos de psicopatología en la adolescencia: la negación del flujo del tiempo, el intento de oponerse en forma retrospectiva a los hechos, la necesidad de comprobar todas las premisas relacionadas con los padres antes de poder confiar en el futuro, el repudio del propio yo y la inhibición para el trabajo o para toda actividad, por miedo de «quedar atado al rol». Los jóvenes necesitan ser fieles, ya sea a sí mismos («a sus propios confusos ideales»), o hacia un grupo, a sus insignias y sus códigos (Erikson, E. 1962:54).

Así como el individuo busca ser reconocido, ha sostenido este autor, también la sociedad necesita ser reconocida por sus miembros y no perdona a los que la rechazan. Los adolescentes atraviesan una etapa en que se espera de ellos que elijan un compañero

o compañera sexual, una ocupación para el futuro, unos determinados valores y una forma de vida. En muchos casos se rebelan contra los roles que se les presentan como «apropiados y deseables» desde su grupo familiar o su comunidad, eligiendo -tal vez en venganza por verse obligados a elegir- lo que Erikson denomina una «identidad negativa». Ésta se constituye a partir de aquellas identificaciones y roles que en la infancia fueron presentados al niño como más indeseables y peligrosos. La identidad negativa responde a la necesidad de defender la intimidad contra los ideales excesivos de los padres, que esperan del joven que realice todo aquello que ellos hubieran querido lograr. En otros casos responde a un mandato negativo, tal como «prefiero verte muerta que prostituida» -como hemos visto, este tipo de mandato parece ser recurrente, al menos en lo que respecta a las descripciones clínicas. Muchos jóvenes, dijo Erikson, no soportan la sensación ambigua de difusión de la identidad. Prefieren ser «malos», o morir, antes que ser «más o menos alguien» (Erikson, E. 1963:300-302). Como es sabido, la influencia de este autor en nuestro medio fue durante muchos años casi monopólica en tópicos de adolescencia y cultura y continúa ocupando un lugar destacado en la actualidad.

Escuelas y teorías

En 1980 los desarrollos conceptuales acerca de la drogadicción en nuestro medio mostraban la impronta lacaniana. Los padres del drogadicto, dice Sonia Abadi, le dan un doble mandato de muerte: para la madre el hijo es aquel que la completa, pero también aquel cuyo crecimiento puede destruirla. Para el padre, el hijo, en tanto completa a la madre, lo ubica en situación femenina (como castrado). Por otra parte, espera que sea lo que él hubiera querido ser. De esta forma, ninguno de los dos le permite nacer a su propio deseo. La droga, para este hijo, es una defensa contra impulsos que no le pertenecen. Someterse al narcisismo de los padres es no nacer (o morir), tener existencia propia es destruirlos (Abadi, S. 1980). Veamos un ejemplo más. Se trata de otro paciente y otro analista. Pero el discurso es muy similar. Detrás de la adicción -como del autismo, de la anorexia y, en forma general, de la estructura psicótica- hay siempre un hijo que queda atrapado en el deseo materno, alguien «que viene a señalar la castración de su padre, está llamado a denunciar un lugar de ficción y de impotencia» (Bulacio, B. y Cevasco, N. 1982:38). La «estructura», desde esta óptica, es fija e inamovible: «Los avatares del deseo de la madre marcan los rumbos posibles de acceso, renegación o forclusión de la diferencia. Tres estilos posibles en que

el deseo instala un sujeto y por lo mismo la ley le es constitutiva» (Szeinman, S. y Bulacio, B. 1983:41). Neurosis, perversión y psicosis determinan así la totalidad de posibilidades de ser de un sujeto, tal como en otro tiempo lo marcara el estigma de la degeneración hereditaria o de una constitución psicopática.

No obstante, existía todavía en estos años -aunque cada vez menos- una disposición a incorporar en los propios desarrollos ideas provenientes de diversas fuentes. Por ejemplo, apoyándose en la teoría de las etapas vitales de Erikson, Alberto E.S. Calabrese afirmaba que los padres del drogadicto sienten angustia frente al crecimiento de sus hijos y frente a la forma que adopta la tan ansiada identidad adulta de éstos, que a menudo difiere del futuro que ellos les habían imaginado. Por otra parte, el crecimiento de los hijos los acerca a la vejez y la muerte. Pero Calabrese sumaba a esta idea la de «portavoz». Fiel a Pichon Rivière y a Bleger, afirmaba que la adicción es un intento por parte del joven de constituirse en «núcleo aglutinante» del grupo familiar. Al no poder asumir el vínculo enfermo, se despersonaliza para tratar de preservar a los padres. Esta despersonalización se repite en todo nuevo vínculo que intenta establecer con el mundo exterior (Calabrese, A. 1982:7). No es raro encontrar un similar despliegue en otros artículos de la época. Escritos a dos, tres o más voces por los miembros de los tan mentados «equipos

interdisciplinarios», reflejan a veces muy distintos marcos teóricos, o incluso diferentes posicionamientos frente a la clínica. Sin embargo, el eclecticismo de estos años era también eco de cierta singular apertura intelectual, que había desaparecido luego de los años negros de la última dictadura militar. Con el retorno de la democracia se estableció una lucha feroz entre escuelas y teorías, cada una convencida de ser la única portadora de la «Verdad». Paralelamente se perdieron muchos emprendimientos anteriores a 1976.

Las ideas de José Bleger y su incidencia en nuestros tópicos

Creo que José Bleger, más citado, como Pichon Rivière, a principios que a fines de los 70, es un autor emblemático de esa apertura a la que aludía más arriba. La conducta, para Bleger, no es sólo lo observable y medible, como pretendía Watson. Siguiendo a Pichon, propone que puede desarrollarse en tres áreas: mente, cuerpo y mundo externo. Por ejemplo, la fantasía sería un comportamiento en el área mental. En toda conducta están implicadas las tres áreas, pero siempre hay una que predomina. Apoyado en las ideas de Georges Politzer, que me desviaría excesivamente del meollo del relato explayar aquí, Bleger intenta combinar en su teoría conductismo, Gestalt y psicoanálisis: «la conducta, de esta manera, es siempre una res-

puesta al estímulo configurado por la situación total, así como una defensa, en el sentido de que protege al organismo de la desorganización» (Bleger, J. 1965:81). Llama «grados de libertad» a la suma de las formas en que un ser humano puede actuar y llama «estructura de la conducta» a estas formas específicas de interacción. En su descripción de las diferentes estructuras se apoya en los estudios de Pichon Rivière sobre la conducta y el síntoma como vínculos, así como en las «posiciones» kleinianas, sobre un marco de fondo marxiano y, como mencioné, politzeriano.

El ser humano, dice, parte de un estado de indiferenciación primitiva y a lo largo de su desarrollo se va diferenciando poco a poco, organizando una identidad y un sentido de la realidad. El «núcleo aglutinado» es el remanente de esta indiferenciación primitiva, caracterizada por fenómenos de simbiosis y ambigüedad; forma parte de la personalidad de todo individuo y se manifiesta en períodos de crisis dentro del desarrollo normal, como también en la patología. Las primeras relaciones, indiferenciadas, sincréticas, son fundamentalmente corporales. El fenómeno mental, que, como hemos visto, es para él una modalidad o área de la conducta, aparece con posterioridad a estas relaciones corporales. El grupo familiar que denomina simbiótico se caracteriza porque los roles de los miembros se complementan para alimentar el «narcisismo grupal» y permanecer en la endogamia. Si se

rompe el interjuego simbiótico de roles el grupo se transforma en esquizoide, es decir, disgregado (Bleger, J. 1967:10-19).

¿Qué es entonces la «simbiosis»? En su libro *Simbiosis y Ambigüedad*, Bleger la define así:

> *(...) un vínculo o relación con un objeto que por sus características denomino objeto aglutinado o glischroide. Este último término, que fue introducido por F. Mincowska en el estudio de la epilepsia, procede etimológicamente del griego y significa viscoso (...) incluye la estructura psicológica más primitiva, en la que hay fusión de lo interno y externo y su permanencia constituye el núcleo psicótico de la personalidad* (Bleger, J. 1967:41).

Más adelante continúa diciendo que si se rompe bruscamente la simbiosis existe el peligro de una disolución psicótica. En base a estas ideas muchos autores (v.g. Knobel, Liberman, Pascale) postulan que la drogadicción puede ser justamente un modo de evitar la referida desintegración. Mauricio Knobel, por ejemplo, sugiere que la afición a drogas corresponde siempre a eso que Bleger denominó núcleo psicótico de la personalidad. Ambigüedad, sincretismo, relación simbiótica con el objeto, caracterizan al adicto (Knobel, M. 1974:17-18). Pero la psicosis, desde este punto de vista, es un estado del

que se puede entrar y salir. Del mismo modo, los «grados de libertad» son pasibles de aumentar o disminuir.

El impacto de los desarrollos teóricos de Bleger se prolongó mucho más allá de los 70, denotando los modos predominantes de abordar el tópico de la drogadependencia en el contexto nacional. En 1990 escribía Eduardo Kalina -haciendo referencia explícita a *Simbiosis y Ambigüedad*: «La drogadicción (...) como una forma de expresar la parte psicótica de la personalidad, constituye una postulación central en nuestra obra a lo largo de estos veinte años de trabajo clínico con pacientes drogadictos y sus familias» (Kalina, E. 1990:26).

Enrique Pichon Rivière: su perspectiva

Si bien este autor no es muy citado -en forma explícita- en relación al tema de las toxicomanías, hay ciertos conceptos de su elaboración que han sido incorporados al quehacer clínico de la época. Así como no se cita a Freud para hablar de complejo de Edipo, o a Klein al mencionar la posición esquizoparanoide, tampoco se hace referencia a Pichon al utilizar sus nociones de «Esquema Conceptual Referencial Operativo», «grupo operativo», «portavoz», o «enfermedad única». No obstante, el empleo de estos conceptos es muy frecuente dentro del campo que investigamos. Veamos, pues, mínimamente, cómo los explica. Los dos primeros tienen que ver con la práctica clínica. La primera tarea que se plantea a todo grupo, dice Pichon, es la elaboración de un esquema referencial común -a partir de los diferentes esquemas que cada uno trae- que permita establecer una comunicación grupal (es decir, que resulte operativo). El grupo operativo es «un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal» (Pichon Rivière, E. 1965:287). El emergente o portavoz es el miembro del grupo en el que se han depositado las ansiedades, los miedos, las tensiones. Suele suceder que cuando empieza a mejorar otro enferma en su lugar, o puede transformarse en el líder del cambio grupal. La noción de «enfermedad única», por último, no es privativa de Pichon.

Ya a fines del siglo XVIII Philippe Pinel hablaba de la alienación mental como enfermedad única que se presenta bajo distintas formas. En Alemania fue Griesinger quien introdujo las ideas de Pinel y de la escuela francesa, que combinó con la psicología herbartiana, creando su propia y novedosa concepción. La enfermedad mental era para él un proceso que atraviesa distintas fases: un primer momento en el que ideas hasta entonces inconcientes invaden al

yo, provocándole desconcierto, angustia, dolor y sumiéndolo en un estado depresivo; un segundo momento en que las nuevas representaciones luchan con el antiguo yo y éste intenta defenderse y, finalmente, un tercer momento en que el nuevo yo ha invadido completamente al antiguo, que se pierde en el olvido. Pichon Rivière reconoce inspirarse en la concepción de Griesinger en la elaboración de su propia teoría de la enfermedad. También en la noción de «grados de libertad» de Bleger vemos un reflejo de las ideas de Griesinger, para quien existen distintas medidas de libertad, que dependen de la capacidad de cada ser humano para reflexionar acerca de los conflictos que se presentan a su conciencia y actuar en consecuencia.

Para Pichon la enfermedad única que se encuentra en la base de todas las otras es la depresión, siendo las demás estructuras patológicas tentativas fallidas de curación. Postula la existencia de cinco tipos de situaciones depresivas. La primera y prototípica es la depresión que sobreviene al abandonar el útero, la segunda es la depresión del destete -que corresponde a la posición depresiva del desarrollo-, la tercera es la que se produce por una frustración o pérdida y que desencadena la enfermedad mental, la cuarta es la que se produce por regresión a la etapa depresiva infantil, la quinta coincide con la «tarea correctora» del tratamiento, que busca integrar las partes del yo

del paciente dispersas y escindidas (Pichon Rivière, E. 1965:281-282). Tanto la idea de la depresión como base explicativa de la necesidad de consumir drogas, como la afirmación de la función fortalecedora del yo del tratamiento se encuentran presentes en los desarrollos teóricos sobre las toxicomanías en la época.

La drogadicción en Jorge Saurí

Este autor es considerado como uno de los principales exponentes de la psiquiatría existencial en nuestro medio. Sin embargo, en su teorización acerca de la drogadicción, al menos al despuntar la década de 1970, emplea una combinación muy particular -de su propia elaboración- de conceptos de Jacques Lacan y de Donald Winnicott. Saurí propone así que la drogadicción no es una categoría psicopatológica sino un «tipo de conducta» que se estructura en dos momentos, a los que denomina, respectivamente, «la burla de la Ley del Padre» y «la retención del sujeto por el objeto». El primero es resultado de la descalificación materna de la palabra paterna - que prohibe la «expansión irrestricta»- y consiste en la utilización del objeto para otros fines que los fijados culturalmente. En este sentido, cualquier objeto cultural puede ser usado con fines adictivos, instalando la «infracción» (expansión irrestricta) en lo imaginario. La droga, dice

Saurí, funciona restituyendo la «ilusión» una y otra vez, pero no cumple funciones «transicionales». Como una madre terrorífica, «portadora con su depresión de la muerte», la droga como objeto retiene y seduce, impidiendo asumir la desilusión y romper con la simbiosis mortífera. Una madre retentiva, depresiva y descalificadora del padre es mediadora de vida imaginaria, pero vehículo de muerte social. El Abuso, entonces, declara, no tiene que ver con la cantidad, sino con esa «ignorancia primaria» de la separación (Saurí, J. 1974:47-53).

Para finalizar este capítulo, quiero destacar nuevamente que en primera instancia no colecté mis fuentes en la Asociación Psicoanalítica Argentina o en la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires -aunque recorrí también estas instituciones-, sino en las bibliotecas y hemerotecas más nutridas (Nacional, del Congreso, de la Facultad de Medicina) y en las instituciones especializadas (CONATON, CENARESO, FAT, FONGA) sobre la problemática. El hecho de que el psicoanálisis, en sus distintas vertientes, ocupara un lugar tan preponderante en el campo de las ideas psicopatológicas, no se debe, por tanto, a un sesgo de la investigación. Se pone así de relieve una vez más la posición hegemónica que mantuvo -y mantiene- en nuestro medio. Paradójicamente, no sucedió lo mismo en el campo de los tratamientos, al menos en lo referente a la temática que nos atañe y en esos años. Dentro de la modalidad de «comunidad terapéutica», que fue -y es- mayoritaria, se cruzaron diversas líneas de influencia.

LOS TRATAMIENTOS

La comunidad terapéutica

La comunidad terapéutica como modalidad de tratamiento de pacientes psicóticos apareció en la Argentina en la década de 1960 y su surgimiento pareció en principio subvertir los fundamentos mismos de la institución manicomial. La propuesta de «puertas abiertas» y el postular el trabajo conjunto como curativo no resultaba algo nuevo; ya estaba presente en tiempos de Cabred. Pero lo novedoso era la idea de una forma de organización democrática e igualitaria, una participación grupal en la toma de decisiones, el considerar todo lo que el paciente hacía a lo largo del día como parte del tratamiento, la sociabilidad como constitutiva (y restitutiva) del equilibrio psíquico individual y la afirmación expresa de que las conductas y decisiones de todos los miembros de la comunidad debían ser públicas y, por lo tanto, estar expuestas al cuestionamiento público. En la práctica estas ideas no siempre se convirtieron en hechos, pero, en principio, eran proclamadas y aceptadas por consenso de la comunidad científica como valores deseables, aspiraciones hacia las cuales tender.

Se suele considerar a Maxwell Jones como el pionero en aprovechar las formas de sociabilidad propias de la vida comunitaria en el tratamiento terapéu-

tico del paciente psiquiátrico. Él relataba así su experiencia:

> *(...) Al final de la guerra me pusieron a cargo de una unidad de rehabilitación con trescientas camas, donde recibimos buena parte del personal más perturbado de las fuerzas armadas británicas, que volvía de los campos de prisioneros. (...) En el intento de resocializar a estos pacientes usamos de la buena voluntad de la población civil local, que se sentía bien dispuesta y motivada por la culpa. Los hombres se sentían desplazados, indeseados y no familiarizados con el medio. Ser aceptados en el trabajo cotidiano por gente común les ayudaba a sentir que pertenecían al grupo.*
>
> Maxwell Jones, 1956:17

Jones afirmaba que como resultado de esta experiencia descubrió el papel central que juega el paciente como actor de su propia cura cuando participa activamente de la vida social de un grupo en el que se siente incluido y no marginado. Desde esta perspectiva propuso que la terapia no podía limitarse a una entrevista individual semanal, ni siquiera diaria. El tratamiento debía abarcar todo lo que el paciente hacía a lo largo del día durante el tiempo de internación.

Es importante recordar que el retorno a la naturaleza, al trabajo manual y a las formas de vida comunitaria como modos de recobrar el «auténtico ser», aplastado y ahogado por la cultura, eran ideas generalizadas en los años de la posguerra, cuando comenzaba a ponerse en duda que el «progreso», el «conocimiento científico» y los «avances tecnológicos» fueran el camino de la felicidad de los hombres. En este sentido, detrás de la idea de comunidad terapéutica se presenta un fuerte basamento ideológico-social sobre las condiciones de integración de la sociedad, sobre las representaciones del vínculo social y sobre la acción terapéutica que supone la restauración de este vínculo. Pero, a diferencia de las comunidades «hippies» y las naturalista-religiosas (al estilo, por ejemplo, de la de Lanza del Vasto), la comunidad terapéutica psiquiátrica no se propuso originalmente como enfrentada al «sistema». Por el contrario, el objetivo, para Jones, era la re-adaptación, «el ajuste del individuo a las condiciones externas sociales y de trabajo» (Jones, M., 1956:19) y la cura se basaba fuertemente en la presión social: para ser aceptado había que ser lo que se esperaba que uno fuera, ser como los demás. Compartir intereses, planificar conjuntamente actividades de trabajo y de recreación, discutir y resolver los problemas en grupo, era esto lo que llevaba a la restauración del vínculo social, e implícitamente, a la adaptación.

Las ideas de Jones tuvieron una amplia difusión a nivel mundial y en la Argentina se vieron reforzadas por dos visitas suyas al Policlínico de Lanús durante el período en que Mauricio Golgenberg era Director del Servicio de Psiquiatría. Pero hubo diversas líneas de influencia que confluyeron en la formación de quienes pondrían en marcha las primeras comunidades terapéuticas en nuestro país: los escritos de Bion, Foulkes, Clark y Laing en Inglaterra, Anzieu y la psicoterapia institucional en Francia, Bateson y el grupo del Mental Research Institute de Palo Alto en Estados Unidos, Pichon Rivière, Bleger, Verón, Liberman, Massotta y Sluzki en la Argentina, entre otros (Consultar Grimson, W.R. 1997:14).

Diversos factores intervinieron en el surgimiento y adopción de la comunidad terapéutica como medio privilegiado de tratamiento para pacientes internados. Por un lado, eran años en que cambiar el mundo era la consigna generalizada, se valoraba la política, se impulsaba la participación activa y la «asamblea» como lugar de legitimación de planes y propuestas de acción en todos los ámbitos. Por otra parte, el rápido desarrollo de los nuevos medicamentos antipsicóticos brindó la posibilidad de reinserción social de pacientes considerados hasta entonces irrecuperables. Por último, es indudable que la conveniencia económica (posibilidad de atender una gran población con escasos recursos) jugó un papel principal a

la hora de poner en práctica la nueva propuesta.

Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de pacientes psiquiátricos se implementaron al principio en «colonias» abiertas para tal fin o en el seno de los hospitales psiquiátricos, y estuvieron en general a cargo de equipos interdisciplinarios. La primera fue puesta en funcionamiento por Jorge García Badaracco en la Sala 3 del Hospital Borda y funcionaba como «comunidad terapéutica psicoanalítica». En agosto de1967 Luis César Guedes Arroyo realizó una experiencia como interventor del Neuropsiquiátrico Roballos, de Paraná, Entre Ríos. En 1968 Raúl Camino implementó una comunidad terapéutica de «puertas abiertas» en la Colonia Federal, de Entre Ríos y García Badaracco abrió, junto a Alfredo Canevaro y Norberto Proverbio una clínica privada especializada en el tratamiento de grupos familiares con algún miembro psicótico o gravemente perturbado, en la que trabajaron también con esta modalidad (Canevaro, 1977:139). En 1969 se abrió el Centro Piloto del Esteves, bajo la dirección de Wilbur Grimson, y se implementaron comunidades terapéuticas en el Hospital Colonia Obarrio -director José Toledo-, en el pabellón Riglos del Hospital Moyano -Arnoldo Vainer y Juan Carlos Busso- y en el Hospital «El Sauce», de Mendoza -Julio Herrera (INSM, 1969). La nueva modalidad de tratamiento se aplicó también, pero por otros caminos, en las comunidades para adictos. És-

tas surgieron en los años 70 en la forma de organizaciones no gubernamentales y grupos de autoayuda dirigidos por ex-adictos y cerrados, en un principio, a la participación de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales abocados a la problemática de la salud mental.

La Comunidad Terapéutica y el tratamiento de las adicciones

Según refiere María Elena Goti, en la década de 1930 un hombre llamado Chio Wilson se acercó al Grupo Oxford, dedicado al «renacimiento espiritual» de la humanidad, para solucionar su problema de alcoholismo. Desarrollando lo aprendido en esta organización, fundó un grupo de autoayuda al que denominó Alcohólicos Anónimos, basando la cura sobre cuatro pilares: la confesión pública de los propios errores, el apoyo mutuo, el trabajo compartido y la reparación del daño hecho a otros o a sí mismo. Charles Dederich, egresado de ALANON, creó en 1958 SYNANON, primera comunidad terapéutica en el campo de las adicciones. En 1963 un grupo de egresados de SYNANON fundó Daytop. Poco tiempo después surgió en Italia el proyecto UOMO, que tomó algunos elementos de Daytop y agregó otros que se adaptaban mejor al contexto cultural y familiar latino. Desde entonces las comunidades terapéuticas

para el tratamiento de adictos se fueron multiplicando a lo largo y a lo ancho del planeta. (Goti, M.E. 1990:12-36).

La primera en nuestro medio, fundada en 1974, fue el Programa Andrés y no resultó un desprendimiento de Daytop ni de UOMO. Su fundador, Carlos Novelli, había sido adicto. Según su relato, empezó a drogarse sin saber cómo ni por qué, un poco para demostrar que "era un tipo piola que no le tenía miedo a nada" (Novelli. C. 1988:29). En ese entonces era rebelde y "camorrero", pero siempre sentía una sensación de vacío, de que le faltaba "algo más". Viajó, conoció gente, probó muchas drogas, pero "nunca llegaba a satisfacer ese extraño deseo que tenía". Un día se metió en el sótano de una iglesia, en Estados Unidos, "por seguir a una chica":

> *No me metí allí para encontrar a Cristo, ni para pasearme con una Biblia bajo el brazo. Pero lo hermoso fue que cuando comencé a ir, ví que todos tenían algo que yo buscaba desde hacía rato y que nunca había podido poseer. Era una hermosa relación de amor y de amistad que yo no entendía, y me empezó a llenar de una maravillosa sensación de paz y seguridad.* (C. Novelli, 1988: 30)

Refiere que regresó a la Argentina y comenzó a hacer reuniones en su casa, con sus antiguos amigos y otros nuevos que iba conociendo en los bares y cafés, tratando de que comprendieran que podían cambiar, como él había cambiado. Al finalizar los años 70 ya tenían cuatro casas, en las que vivían cerca de treinta personas, incluyendo varios matrimonios con hijos. Para Novelli la comunidad representaba una protesta contra las injusticias del «sistema», al que consideraba responsable de la existencia de drogadictos. Su metodología de trabajo consistía básicamente en brindar a los internados «un hogar disciplinado», donde aprendieran el placer de trabajar (Novelli, C. 1988:20-21). ¿Qué entendía Novelli por un hogar disciplinado? Según los testimonios de ex-residentes y familiares, en aquellos primeros años el acento se ponía más en lograr que los residentes se sintieran seguros, estimados, queridos, valorados, que en las amenazas y castigos.

En el Servicio de Toxicomanías del Borda, ya mencionado, también se trabajó con la modalidad de comunidad terapéutica. Según el relato de algunos miembros del equipo de San Martín, las normas se establecieron junto con los pacientes y se evitaron las conductas «autocráticas» o «pseudopaternalistas» por parte de los profesionales, brindando a los internados «un marco absolutamente anverso a una situación totalitaria» (Esnaola, A.M. y Malio, H. G. 1974:43).

Con toda probabilidad esta forma de trabajar influyó en el rápido desmantelamiento de un servicio que, según todos los testimonios de los que disponemos, funcionaba muy bien. Miguel Ángel Materazzi, entonces jefe de la sección de rehabilitación, concebía al grupo de adolescentes (entre 15 y 22 años) como grupo de tarea u «operativo», según el esquema de Pichon Rivière, de quien tomó también la noción de «movilidad de las estructuras». En base a esto, consideraba que la tarea/objetivo era la «adaptación activa», entendida, como lo proponía Eric Fromm, como la producción de cambios en el ambiente en lugar de someterse pasivamente a las influencias externas. Siguiendo el pensamiento de García Badaracco, marcaba una clara diferencia entre «laborterapia» -para el beneficio de la institución- y «terapia ocupacional» -que debía servir al paciente como «objeto intermediario que le permite externalizar la dramática relacional interna» (Materazzi, M.A. 1974:48-51).

Otras modalidades de tratamiento

Alfredo Gazzano, docente de la Cátedra de Toxicología de la Universidad del Salvador, era partidario del tratamiento grupal psicoanalítico. Afirmaba que esta modalidad daba mejores resultados que los tratamientos individuales, ya que para el adolescente,

al estar involucrados sus pares, «la figura del terapeuta como imagen representativa de los padres adquiere un mayor y mejor significado corrector» (Gazzano, A. 1970:755). Como se puede advertir en la cita, la versión psicoanalítica de Gazzano se acerca más a líneas norteamericanas que a europeas.

Desde un modelo kleiniano y blegeriano, Mauricio Knobel no acordaba con la idea de un terapeuta «corrector». Para él, la clave residía en que el psicoanalista se ofrececiera como depositario de identificaciones proyectivas, como objeto simbiótico en sustitución de la droga, pero, al mismo tiempo, como objeto discriminativo y discriminado (Knobel, M. 1975:808). A diferencia de otros autores, que veían en el toxicómano a un «neurótico» o a un «psicópata», él consideraba que la afición a drogas correspondía siempre a eso que Bleger denominara «núcleo psicótico de la personalidad». Por eso la labor terapéutica debía apuntar a fortalecer los aspectos «neuróticos» de la personalidad antes de desestructurar una personalidad «psicótica» que, en todo caso, podría ser lo que impedía la total desintegración del sujeto (Knobel, M. 1974:18). También Bleger hablaba de un análisis en dos niveles. En referencia al trabajo sobre la «parte psicótica», decía que el analista debía crear las posibilidades, cuidar y acompañar al paciente, pero la cura corría por cuenta de este último. Y agregaba que en este nivel no se debía interpretar sen-

timientos o pensamientos, porque los afectos y la actividad simbólica surgen de la discriminación; los afectos expresados corporalmente, por el contrario, debían ser señalados primero como «sucesos corporales» (Bleger, J. 1967:157).

Otra vertiente importante, como hemos podido apreciar al desarrollar las ideas psicopatológicas del período, era la psiquiatría existencial. En este sentido, Héctor Pascale, miembro del equipo de San Martín en el Borda, proponía como base del tratamiento ayudar al paciente a comprender que el hecho de haber sido abandonado, no deseado o de vivir en un mundo injusto, hostil, aburrido y enfermo no justifica la autodestrucción. Su idea del tratamiento consistía en ayudar al adicto a construir un proyecto de vida y una mentalidad para el cambio y el trabajo revolucionario y hacerle comprender que negar la realidad no contribuye de ningún modo a modificarla (Pascale, H. 1973:1254). Al igual que Knobel, él consideraba que la droga podía ser tanto el camino hacia la psicosis como la barrera contra la desintegración psicótica (Pascale, H. 1974:33). Pero más allá de las diferencias teóricas, la mayor parte de los que trabajaban con adictos coincidían en que no bastaba la terapia individual.

Hacia 1975 el abordaje sistémico, como modo de investigar los vínculos familiares -pero también como modo de intervención-, comenzó a generali-

zarse, incluso entre terapeutas con formación psicoanalítica. Este tipo de terapia exige la participación activa del terapeuta como miembro del sistema en el que se incorpora al tratar de intervenir para producir cambios. En este sentido puede percibirse la influencia de autores como Carlos Sluzki, Jay Haley y Salvador Minuchin, aunque no aparecen citados en relación al tema específico del tratamiento de las adicciones. Asimismo, cobraron un lugar de relevancia, para todos aquellos que trabajaban en el tratamiento de grupos familiares, la teoría de la comunicación humana, de Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson (1971), la teoría del «doble vínculo», de Gregory Bateson (1956) y los primeros desarrollos sobre la problemática familiar de Isidoro Berenstein (*Familia y enfermedad mental* (1969) y *Psicoterapia de pareja y grupo familiar (1970)).*

LA «SEGURIDAD NACIONAL»[2]

El peligro «abstracto»

En 1966 se esgrimieron por primera vez los siguientes argumentos para condenar a un acusado por posesión de drogas ilícitas:

> *1) La posesión de drogas es un delito de peligro «abstracto» y no «de resultado». Esto significa que no es necesario probar que el acusado haya causado daño a terceros, o siquiera que haya tenido intención de hacerlo. El sólo hecho de haber creado un riesgo es suficiente para sancionarlo.*
> *2) La posesión de drogas tiene un valor sintomático: es indicio de una personalidad peligrosa.*
> *3) Es justo presumir que quien tiene drogas en su posesión es un traficante, ya sea en grande o pequeña escala* (Aureano, G. 1998:90).

Pero fue López Rega, en combinación con el entonces embajador de Estados Unidos, quienes primero propusieron considerar la prevención de las toxi-

[2] Una versión bastante diferente de este capítulo fue presentada en el Primer Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis (Mar del Plata, 2 y 3 de octubre de 1999) y publicado con el título de "Confrontación documental en torno del "problema droga" en la Argentina (1966-1976)", en: Ríos, Ruiz, Stagnaro y Weissmann (comps) (2000) *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y Memoria.* Buenos Aires. Polemos.

comanías como una faceta de la lucha contra la subversión. Al renovar el acuerdo de cooperación bi-nacional de 1972, en mayo de 1974, afirmó el representante del Norte que, en la Argentina, «los guerrilleros son los principales consumidores de drogas, por eso la campaña antidrogas será automáticamente una campaña antisubversiva» (Citado en Aureano, G. 1998:108). Como hemos podido constatar por los comentarios del juez Nocetti Fasolino publicados en la revista *Gente*, este tipo de discurso se convirtió muy pronto en «caballito de batalla» de quienes defendían la «mano dura» en pro de la «seguridad nacional».

El Manual de la Toxicomanía

Durante la dictadura de 1976-1983 las fuerzas militares dirigían los servicios de policía, usurpando a ésta algunas de sus funciones. El *Manual de la Toxicomanía de la Policía Federal* intentó de alguna manera delimitar el rol de los organismos de seguridad, reclamando que se respetara la división de funciones. Las Fuerzas Armadas, decían los autores, debían defender al país de los enemigos externos y las instituciones policiales de los peligros internos, entre ellos el de las toxicomanías (*Manual Policial de la Toxicomanía*, 1979:276). Puesto que los padres habían dejado de

ser un modelo para sus hijos, las familias se disgregaban y los adolescentes eran dejados a la deriva en una etapa crítica de su vida, correspondía a la policía vigilarlos en forma preventiva, ayudarlos y encauzarlos cuando los encontraba perdidos o vagando en la vía pública, controlar los lugares que frecuentaban y mantenerse en contacto con las familias y las instituciones educativas. La toxicomanía era un peligro social; el toxicómano, como el subversivo, se proponía «destruir la sociedad y reemplazarla por otra más o menos utópica» (*Manual Policial*, 1979:29).

Ahora bien, no todos los que se drogaban eran considerados peligrosos. La policía no debía interferir con los médicos toxicómanos, por ejemplo, aunque éstos fueran un «caso muy frecuente». Pero eran gente decente, que sabía cumplir con sus obligaciones familiares y laborales y no se dedicaba a traficar. Tampoco contagiaban a otros (*Manual Policial*, 1979:234). Eran los jóvenes, sobre todo los que vagaban por la calle con pelos largos y ropas extrañas, o gustaban de reunirse en grupos y escuchar música rock, los blancos preferidos del celo policial. Los años negros no comenzaron recién en 1976. La lucha contra la drogadicción, como se ha dicho, puede ser en ocasiones excuse de desmanes y atropellos y servir a otros fines que aquellos alegados. Siendo que esto es así, no quisiera dar la impresión de que la psiquiatría y la psicología clínica fueron súbitamente reemplazadas por la

policía, ni de que estas disciplinas sólo sirvieron para el control de los ciudadanos. Dentro de los límites de sus posibilidades, nuestros profesionales continuaron con su labor. Para poder hacerlo debieron, en muchos casos, disfrazar sus discursos y disimular sus prácticas -lo cual ha causado más de una confusión *a posteriori*. Tendremos oportunidad de retomar este punto.

El Centro Nacional de Re-educación Social (CE.NA.RE.SO)

El 1° de abril de 1968, durante el gobierno *de facto* de Juan Carlos Onganía, se promulgó la ley 19.567, que reprimía las conductas ilícitas vinculadas con estupefacientes. Esta ley fue derogada en 1973, durante el gobierno constitucional de Hector Cámpora. Menos de un año después, el 3 de octubre de 1974, se promulgó la ley 20.771, tan a menudo nombrada a lo largo de esta historia, que en su artículo 6° proclama: «Será reprimido, con prisión de uno a seis años y multa de cien a cinco mil pesos, el que tuviere en su posesión estupefacientes, aunque estuvieren destinados al uso personal» (citado en: Calabrese, A., Echeverría, H y Gigliotti B., 1982:9). Este artículo se contrapone al art.19 de la Constitución Argentina:

Las acciones privadas de los hombres, que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley ni privado de lo que ella no prohibe.

¿Cómo se dio este viraje? Al respecto resulta interesante comparar el Primer Informe del CE.NA.RE.SO (CENARESO, 1973a), publicado a principios de 1973, al aprobarse la creación de la institución por recomendación de la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CO.NA.TON), y el Segundo Informe, de fines del mismo año (CENARESO, 1973b). Solicito la atención del lector respecto de las fechas.

El primer informe presenta un «Plan de Desarrollo 1973/75», donde se describe «la realidad actual en la Argentina», «algunas características de estos pacientes», el «desarrollo de esta sociopatía», y los principios, fundamentos, funciones, objetivos y organización del programa. Con respecto al estado de cosas en la Argentina, el informe afirma que «el fenómeno socio-cultural de la adicción no constituye en nuestro país un problema de la magnitud y los alcances dañosos con que se presenta en otros países americanos y europeos». Los datos en los que se apoya, suministra-

dos por la Policía Federal, demuestran que en esa época la drogadicción no aparecía como un problema prioritario ni extendido entre los jóvenes. En 1968 hubo 39 menores detenidos en prevención, ninguno de los cuales fue procesado por tenencia o tráfico ilegal, en relación con 203 mayores detenidos y 46 procesados. Para 1971, las cifras, aunque sufrieron un incremento «alarmante», seguían siendo insignificantes: 1290 menores y 1713 mayores detenidos en prevención, 135 menores y 280 mayores procesados (CENARESO, 1973a:12). Por otra parte, el hecho de que un número tan bajo de los detenidos resultara finalmente procesado suscita algunos interrogantes respecto de los verdaderos motivos de estas detenciones.

El objetivo del CENARESO, según se explicitaba en el primer informe -redactado, recordemos, bajo un estado de derecho-, era proveer una «cultura terapéutica» que permitiera al adicto encontrar «un nuevo proyecto vital» (Punto5.3). Los fundamentos psicológicos de esta concepción se encuentran, por una parte, en la teoría de la personalidad de Abraham Maslow (1967) - para que puedan desarrollarse las necesidades «superiores» de autoestima, independencia, etc. es necesario que estén satisfechas las necesidades «inferiores» de alimento, seguridad y pertenencia. Por otra parte, jugaba un papel importante un contexto socio-histórico en el que las utopías y proyectos para «un futuro mejor» todavía eran

moneda corriente. La hipótesis de trabajo del centro era que la drogadicción es una tentativa de enfrentar los problemas de la vida. El adicto no quiere destruirse sino solucionar sus problemas, pero lo hace de manera equivocada.

Además del servicio de asistencia y reeducación, se declaraba que la institución debía cumplir funciones de enseñanza e investigación, poniendo especial énfasis en los estudios epidemiológicos. El sistema de gobierno se basaría en el «liderazgo compartido», «grupos de trabajo», «decisiones por consenso responsable» y «otros principios sociales» (CENARESO, 1973a: punto 9), que nos remiten nuevamente a un momento histórico en el que se intentaba romper con los ordenamientos verticales.

El sistema de internación voluntario se presentaba como «alternativa terapéutica distinta de los métodos convencionales». Pero, para los casos de individuos que se internaban en forma voluntaria y abandonaban reiteradamente el tratamiento, se recomendaba aplicar el artículo 482 del Código Civil, que convierte la internación voluntaria en compulsiva. Los asesores legales que se asignan a un toxicómano pueden «arbitrar los medios para la iniciación y trámite del juicio de internación», independientemente de que el interesado quiera internarse o no. El toxicómano, como el disminuido mental y el alcoholista crónico, tiene status de «inhabilitado» para la justicia ci-

vil, y basta, a los efectos de internarlo, que sea considerado peligroso para sí mismo o para terceros, o que «el tratamiento médico aconseje la internación como medio de necesaria y eficaz terapéutica» (CENARESO, 1973b:2). La vigencia de este tipo de normativas pone en evidencia que el hecho de que circulen discursos reformistas no conlleva necesariamente prácticas de «libertad, igualdad y fraternidad», ni desde el gobierno, ni desde la oposición, ni desde los particulares.

El segundo informe del CE.NA.RE.SO, que es posterior a la caída de Cámpora y en pleno período de López Rega y de la Triple A -organización represiva parapolicial- se aboca a la necesidad de una reforma legislativa en lo referente a drogas y adicciones, conducente a «yugular el mal desde su comienzo» (CENARESO, 1973b:1). Propone, en primer lugar, modificar el inciso 3° del artículo 204 del Código Penal, que penaliza la tenencia de drogas «en cantidades que excedan las que correspondan a un uso personal». En cambio, dice el informe, se debería «reprimir escuetamente (sic) a quien tuviere en su poder cualquier droga legalmente incriminada», ya que «tras el embozo de un uso personal puede ocultarse, y así sucede con frecuencia, un traficante» (1973b:5-6). En segundo lugar, sugiere penalizar al que «en sitio público o abierto o expuesto al público, consumiere, con manifiesta exterioridad, sustancias estupefacientes», ya que «la conducta descripta, por vía de mal ejemplo

o de persuasión imitativa o emulatoria, suele ser de probada eficacia para la iniciación de los débiles o inmaduros» (1973b:7). En tercer lugar, propone penalizar la instigación, privada o pública, al consumo. En cuarto lugar, propicia la federalización de los delitos relacionados con las toxicomanías, que constituyen «un factor pernicioso para la sociedad, para la seguridad del Estado y de los ciudadanos y para la salud física y moral del pueblo». Por último, sugiere que sea el médico quien decida el egreso de los toxicómanos internados, sin que tenga que intervenir necesariamente el juez (1973b:10-17). Como ya hemos visto, todas estas propuestas dieron frutos, llevando finalmente a la promulgación de la ley 20.771.

Aún en tiempos de guerra la gente sigue trabajando, viviendo, produciendo. Sería poco justo, incluso deshonesto, desconocer la labor de los muchos que no murieron ni emigraron, sin convertirse por eso en «cómplices» del terror. Durante los últimos años de la década de 1970, tiempo aciago en el recuerdo de los argentinos, el CENARESO continuó funcionando. Voy a mencionar dos de los emprendimientos llevados a cabo por los profesionales de la institución, que a mi juicio se destacan, respectivamente, como modelo de trabajo y modelo de investigación de la época, además de resultar ilustrativos de problemas que trascienden ampliamente el ámbito de lo psicopatológico. El primero fue lleva-

do a cabo por el licenciado Bruno Bulacio y el profesor Miguel Beláustegui y publicado con el nombre de «El Grupo 12» (*Cuaderno de Trabajo N°48*). El otro es el informe de una investigación sobre las tendencias del uso indebido de drogas detectadas entre los internados en el CENARESO durante el primer semestre de 1980, realizada por las licenciadas E. Otero Pizarro y J. I. Moli (*Cuaderno de Trabajo N°49*).

El «Grupo N°12», compuesto por seis jóvenes que contaban con distintos diagnósticos y características sociales, educacionales y familiares, presentó, sin embargo, una continuidad en el tiempo y un crecimiento e integración que le permitió superar muchas dificultades -tales como cambios en el equipo de terapeutas, necesidad de integrar dos nuevos pacientes al grupo original y ausencias temporarias de algunos de los miembros. Fue la primera vez que se trabajó en el CENARESO con la inclusión de técnicas psicodramáticas, con resultados positivos para la evolución grupal e individual de los asistidos. Se produjeron tres momentos de crisis: uno al inicio del tratamiento, el segundo al comenzar las salidas programadas y el último con la externación. En esta etapa, en que lo más importante para los asistidos era la reinserción, la opción laboral no les permitía, en muchos casos, respetar la consigna de no trabajar en los horarios en que el grupo realizaba actividades. Se quejaban también por verse obligados a emplear mu-

chas horas en trabajos poco gratificantes, para cobrar sueldos mensuales inferiores a los que anteriormente -traficando- lograban en uno o dos días. Pero la dificultad principal, en todos los casos, fue la de entablar nuevas relaciones fuera del antiguo círculo de amigos. En este sentido, el grupo les sirvió de sostén, permitiéndoles compartir esas dudas y esos dolores de los que no podían hablar en ningún otro lado, por vergüenza o temor a ser rechazados. Los autores del trabajo van presentando a lo largo del mismo, junto con la descripción de la evolución del grupo, los particulares problemas con los que ellos mismos se fueron enfrentando, en su situación de abrir un campo de prácticas hasta entonces inédito. El equipo tratante y los asistidos se encontraban, en este sentido, por igual «desamparados» y necesitados de implementar estrategias novedosas y modificar pautas que no dieran resultado, dependiendo unos de otros, apoyándose mutuamente, construyendo juntos un nuevo saber. Me ha interesado extenderme en la descripción de esta experiencia, no sólo por su indudable interés, sino porque ilustra un modo de producir conocimiento que era compartido por gran parte de los profesionales que trabajaron en esta área durante la década de 1970; se fundaba, como recalcaran Bulacio y Belaustegui, «en la *praxis* de nuestro quehacer cotidiano» (Bulacio, B. y Belaustegui, M. 1980:18).

Pasemos al otro trabajo. Se trata de una inves-

tigación sobre las tendencias del uso indebido de drogas presentadas por 173 jóvenes usuarios -el total de la demanda que concurrió al CENARESO durante el primer semestre de 1980. Los resultados fueron presentados en el «Seminario Internacional sobre uso seguro de sustancias psicotrópicas», realizado en noviembre del mismo año en la ciudad de Buenos Aires, con el co-patrocinio de la CONATON y la OMS. La media etárea de los encuestados fue de 21 años, el tiempo de consumo alrededor de 5 años, la edad de comienzo 16 años, el patrón de consumo grupal por vía oral (Otero Pizarro, E. y Moli, J.I. 1980:1). Más de la mitad empleaba simultáneamente diferentes tipos de drogas (estupefacientes, depresores, alucinógenos, estimulantes). El 58% consumió ocasionalmente marihuana y el 6% LSD. En cuanto al consumo habitual, las drogas más utilizadas eran Mandrax (19%), Keramic (16%), Artane (16%), Romilar (12%), Valium (10%), Codril (10%) y Codeína (10%). La conclusión alcanzada en este estudio fue que, a lo largo de la década transcurrida desde la aparición de la drogadependencia en nuestro país hasta el momento de la investigación, se operó un «fenómeno de reemplazo»:

> *(...) mientras los mecanismos de control persiguen y reprimen las drogas del tráfico ilícito (marihuana, heroína, cocaína, opio), los usuarios se vuelcan al consumo masivo y combinado de drogas farmacéuticas de menor visibilidad y mayor impunidad* (Otero Pizarro, E. y Moli, J.I. 1980:20).

Según el lector ha podido constatar en capítulos anteriores, desde el comienzo las drogas más utilizadas fueron las de empleo médico, por lo que es plausible que el cambio aludido sea otro más de los componentes del «mito fundacional» de los 60, que postulaba a la marihuana como la droga de mayor consumo entre los jóvenes hacia 1968.

El Fondo de Ayuda Toxicológica (F.A.T.).

En 1975 la UNESCO publicó y recomendó para América Latina un trabajo realizado por los profesionales del FAT, por iniciativa de Alberto Calabrese, como «contribución al estudio nacional sobre la educación relativa a las drogas» (Herrero, T., Dana, C., Calabrese (h.), A., Arambarri, A., Casati, N., Mariones, A., Pawlosky, S. y Calabrese, A. 1975). El modelo de abordaje propuesto por el equipo del FAT en ese estudio era el «método circular», que consistía en «eliminar el mensaje directo que cae en el vacío o genera contradicción». En cambio, la idea era apoyar al paciente para que encontrara «un proyecto que dé sentido a su vida» (FAT, 1983:3), partiendo de una idea del hombre como creador de su propio destino: «cree-

mos que quienes son protagonistas no son adictos». La mejor forma de prevención consistía en «escuchar, tener en cuenta al otro, romper con el miedo». Se consideraba que tanto los discursos legitimados como los marginales forman parte de un sentido socialmente impuesto. En contraposición a éste, el Modelo Ético-Social del FAT apuntaba «a permitir el nacimiento de un proyecto de felicidad común». Se afirmaba que la única medida profiláctico-terapéutica efectiva en el problema de la drogadicción era el diálogo. Lo que podía llevar a la felicidad era la transformación del tiempo libre de «pasatiempo» a «tiempo creador». En este sentido, el FAT se propuso abocarse a la preparación de educadores y padres para que descubrieran y acompañaran el desarrollo de la capacidad transformadora de los adolescentes (FAT, 1983:4). Resulta interesante e ilustrativo de la concepción en juego pasar revista a la bibliografía empleada en la elaboración de este trabajo, en la que se incluyen autores como Albert Camus, Martin Heidegger y Jean-Paul Sartre para la fundamentación ético-filosófica, y Donald Winnicott en los aspectos específicamente psicológicos. Este último autor considera que la sociedad es responsable de la delincuencia y las conductas antisociales, por haber privado a sus miembros, en la infancia, de los cuidados básicos a que todo niño tiene derecho y que necesita para poder convertirse en un adulto sano. En años poste-

riores esta idea resultaría «subversiva» y se haría necesario el uso de largos rodeos y un lenguaje críptico para poder expresarla, lo mismo que a muchas otras de un orden similar. Este hecho, unido a ciertos prejuicios que debo reconocer ahora, me indujeron a una interpretación apresurada que hoy lamento. Pero veamos de qué se trata.

La Serie de Publicaciones Técnicas del FAT comenzó a editarse en 1978, dos años después del golpe militar. El «Modelo Ético-Social» se publicó como N°7 de la serie en 1983, luego del retorno del país a la democracia. En cambio, la Publicación Técnica N°1, titulada «Modelo Ético-Social: su aplicación en tratamiento y rehabilitación», nos provee de una reinterpretación del Modelo, en la que ya no se habla de «felicidad», «proyectos compartidos» y «creación», sino de «disolución», «muerte» y «melancolía». Se describe la estructura social como formada por tres clases: una clase dirigente «cuya función es preservar la totalidad orgánica de la sociedad mediante la disociación de la muerte», una clase productiva que debe ser «aislada o defendida de la presión proveniente de lo marginal», y un sector marginal o de masa, «caracterizado universalmente por su violencia», que es expresión de «la muerte interiorizada de la sociedad» (FAT, 1978:3).

Dentro de la clase dirigente hay una subclase de «control de consumo», cuya función es «ideológi-

co-cultural» y consiste en «regular el consumo social en cada individuo miembro», por medio de «estereotipos de conducta que permiten la regulación individual de la relación social». Se incluye en esta subclase la Iglesia, partidos políticos, psicoterapeutas y rehabilitadores sociales (1978:4).

También dentro de la clase productiva existe una subclase de control -ejército y policía-, cuya finalidad es «defender de la violencia al organismo social en el interior de la sociedad; se limita al cuidado de las relaciones entre las diferentes clases, fundamentalmente eliminando la violencia en la clase productiva» (1978:5).

El sector improductivo marginal, caracterizado por fenómenos de marginación tales como «psicosis, alcoholismo, drogadicción y delincuencia», amenaza a la clase productiva, «lo cual genera la reacción social como defensa». Esta reacción consiste en «el enfrentamiento con elementos de dicho sector que invaden el ámbito social» y la utilización de la violencia «para rechazar la violencia marginal». La marginación es enfrentada «del mismo modo que un ejército defiende la comunidad de un invasor extranjero, limitando o marcando una frontera al avance del sector asocial». La drogadicción es considerada como «un modo del fenómeno marginal, que la sociedad sufre y tiende a transformar». La subclase «control de consumo» se especializa en la «rehabilitación» del drogadicto como

«enfermo mental» , y la subclase «productiva de control» se ocupa de la «represión» del drogadicto como delincuente, es decir, de aquellos aspectos de la droga relacionados con el «vicio» (1978:6).

En esta versión del Modelo Ético-Social, el objetivo del tratamiento es transformar la «melancolía social» en «compromiso social» , entendiendo por tal «la comprensión de la muerte como fenómeno básico de integración de la sociedad». La actitud «madura» consiste en comprender «el fenómeno de masa como estado previo a lo social, que debe alcanzar el compromiso con la sociedad que le facilita medios para integrarse». Para impedir que el fenómeno marginal se propague socialmente, es necesario utilizar medios «más sutiles que la simple violencia o exteriorización masiva de la muerte» (1978:9).

A partir de estos comentarios, pero, sobre todo, encasillada dentro de la creencia -implícita, inconciente y, por tanto, incuestionada- de que todo lo que se produce bajo un gobierno inconstitucional tiene que ser necesariamente antidemocrático y nefasto, afirmé en otro lugar que en este modelo ético la violencia y la muerte se justificaban como «defensa social». Convencida de que Calabrese no hubiera sido capaz de escribir (ni de pensar), semejante despropósito, encontré una explicación que me pareció lógica. En 1974 Astolfi había escrito:

Carece de toda validez el argumento de la libertad personal frente a la imposición coercitiva del Estado. En muchos aspectos de la vida social es deber indeclinable el velar por la salud y bienestar humanos, sin la limitación de supuestas libertades individuales, cuando éstas implican un atentado contra el propio individuo que las defiende (...) La lucha contra esta terrible amenaza de disgregación y anarquía social, incumbe encabezarla sin ninguna dilación a los responsables de la conducción colectiva y especialmente a los médicos y educadores (Astolfi, E. 1974:33-34).

Apoyada sobre este texto, decidí que tenía que ser él el responsable de la versión «modificada» del modelo ético-social. Con esta hipótesis bajo el brazo y en el intento de corroborarla, entrevisté a Alberto Calabrese (hijo). Cuando afirmó en forma categórica y sin ningún reparo que no fue Astolfi sino él mismo, junto con el resto del equipo del FAT, quienes escribieron el artículo, decidí volver a leerlo. Para mi sorpresa, los autores no defendían sino criticaban el modelo presentado más arriba, afirmando que produce una imagen disociada del drogadicto como «vicioso y enfermo mental» y genera incomprensión y rechazo (FAT, 1978:8). La función preventiva debería, por el contrario, apuntar a «una superación del prejuicio», lo cual impediría que los elementos más

débiles de la sociedad «caigan irreversiblemente en la marginación» (FAT, 1978:10).

En un artículo publicado cuatro años más tarde -cuando el peso de la censura había disminuido-, Calabrese, Echavarría y Gigliotti retomaron, con mayor claridad, lo dicho en 1978:

Proponíamos, en esa oportunidad, que prevención y represión forman una unidad, con un mensaje social reunido en su esencia, que comprende a ambas posibilidades, porque comprenderlas reunidas es entender que la capacidad destructiva, desde lo social, no puede ser disociada y puesta en un sector o individuo expiatorio. Esto es la comprensión de la muerte.
El camino propuesto es el de la comunicación social, que equilibra los mensajes posibilitando la superación del prejuicio y superando la antinomia del desvío, poniendo la responsabilidad en el todo social y no en una de sus partes, las que en tensión generan violencia (Calabrese, A., Echavarría, H. y Gigliotti, B. 1982:9).

Estos vaivenes y ambigüedades discursivas obligan, a mi juicio, a considerar dos factores relacionados en alguna medida: por un lado, la imposibilidad de las superestructuras políticas – de facto y autoritarias en este caso- por lograr una inmersión plena en los circuitos de las profesiones liberales, ni aún

con amenazas o coerciones; por otro, la flexibilidad propia de las clases medias de las que esos profesionales provienen con su particular cúmulo de saberes y de creencias, muy relativamente sustituibles.

Esta historia no termina aquí. El problema de la adicción a drogas ha aumentado en forma exponencial en los últimos veinte años y el debate en torno al derecho del Estado a interferir con las prácticas privadas de los ciudadanos sigue abierto. Otro tanto sucede con el estatuto de enfermedad mental del consumo de drogas. Y aún no se ha encontrado un tratamiento efectivo a largo plazo ni un modo de evitar la reincidencia. Hoy no se habla de cura sino de «enfermedad crónica» y del «menor daño posible». Pero en este punto se detiene la presente investigación, porque considero que el retorno del país a la democracia y la enorme expansión del narcotráfico a partir de los años 80 marcan el comienzo de una nueva etapa, cuya indagación queda pendiente para un próximo trabajo.

ESTIMACIONES FINALES

El propósito central de este libro ha sido el de indagar cómo se inserta el problema de las toxicomanías en la historia de la psicopatología en la Argentina. Quién es toxicómano, qué se entiende por drogadicción, cuál es la etiología, cuáles las condiciones de remisión, fueron las preguntas que guiaron mi búsqueda. La forma en que se fueron modificando las respuestas a estos interrogantes me permitió delimitar dos grandes períodos, que a su vez pueden subdividirse en distintos momentos, siguiendo aproximadamente el orden de las décadas. Si bien la historia de las toxicomanías en la Argentina se remonta a principios del siglo XX, a fines de la década de 1960 un cambio significativo en el *tipo de usuarios* y en las *formas de consumo*, además de un repentino y masivo *aumento de la demanda*, marcaron el inicio de un nuevo ciclo. El mito del nacimiento de la drogadicción en estos años se apoya sobre tales diferencias, aunque considero que no hubo un momento o un hecho específico que permitan delimitar un «antes» y un «después» (algunos autores ubican el festival de Woodstock, de 1966, como hito fundacional). En cambio, otra creencia generalizada, la idea de que el uso de drogas comenzó a asociarse a la psicopatología en ese mismo período, es claramente errónea. Como se ha visto, el estatuto de enfermedad mental del con-

sumo de drogas fue tema de debate desde los inicios mismos de la psiquiatría en nuestro país.

En forma sintética, es posible afirmar que las primeras décadas del siglo XX se caracterizaron por una marcada influencia de las ideas de la psiquiatría europea, especialmente la escuela francesa, en las conceptualizaciones vernáculas. En esta primera etapa la etiología de la enfermedad mental se situó básicamente en la predisposición constitucional proveniente de taras congénitas. El toxicómano solía ser médico, farmacéutico u otras personas que tuvieran fácil acceso a la morfina y cocaína. Se consideraba que una gran parte de los toxicómanos adquirían el hábito a partir del empleo de alcaloides con fines terapéuticos y por prescripción médica. Pero, si no podían luego prescindir de la droga, era señal de la existencia en ellos de una «degeneración hereditaria». Otra categoría de consumidores, en este período, era la de los artistas, que buscaban los «paraísos artificiales» de los que hablara Baudelaire. Un tercer grupo estaba conformado por los habitantes de la noche, «habitués de los tugurios y cafetines de la calle 25 de Mayo», porteros de cabaret y marineros de paso. A la morfina se sumaba la cocaína en la lista de preferencias de los «viciosos». Se culpaba a artistas y bohemios de difundir el mal entre las señoras de clases adineradas y entre las mujeres de "vida liviana». A su vez las prostitutas, tradicionales transmisoras de todos los males,

eran consideradas responsables del contagio de señoritos y señores. La creación de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1927 se fundamentó en la idea de que el medio en el que una persona se desenvolvía podía contribuir al desarrollo de patologías mentales. La lucha contra las toxicomanías tuvo un espacio propio entre los propósitos de la Liga, una de cuyas secciones se dedicó específicamente a la higiene y legislación referente a «sífilis, alcoholismo y toxicomanía».

En los años de la posguerra las ideas psicopatológicas vernáculas se inclinaron hacia el modelo propuesto por la medicina social norteamericana, que se sumó a la influencia -hasta entonces hegemónica- de la psiquiatría y psicología clínica francesa. A las conceptualizaciones de la psiquiatría dinámica proveniente de Estados Unidos, que consideraban la enfermedad mental como fracaso del yo en su tarea de adaptación al medio, se superpusieron, en los desarrollos teóricos vernáculos, las de la psiquiatría existencial, que concebía la psicopatología como desviación de la propia «estructura existencial». Ello dio lugar a diversas concepciones terapéuticas, que se presentaron a menudo en forma combinada. Así, los tratamientos podían adquirir tintes pedagógicos, centrarse en la estructura de la personalidad, o en la búsqueda de la autenticidad y la construcción de un proyecto de vida. Aparecieron también nuevos usuarios; poco a poco, el uso de drogas «legales», como

las anfetaminas y los barbitúricos, comenzó a extenderse. Amas de casa que querían adelgazar, estudiantes que preparaban exámenes, trabajadores nocturnos, fueron algunos de los nuevos consumidores, además de los médicos y su entorno, que, según algunas opiniones, siguieron encabezando la lista de los usuarios de drogas.

En relación a la concepción de la etiología de las toxicomanías en este período, los «conflictos adaptativos» provocados por las exigencias de la sociedad moderna ocuparon un lugar importante. Sin embargo, los factores endógenos, bajo la forma imprecisa de una «predisposición», continuaron teniendo plena vigencia. La «personalidad psicopática» fue el diagnóstico preferido en relación, sobre todo, a los jóvenes rebeldes, o que simplemente se negaban a estudiar o trabajar.

En la década de 1960 la balanza de las ideas psicopatológicas en los medios científicos argentinos se inclinó nuevamente hacia Europa. El modelo psicoanalítico kleiniano, en particular, coloreó la trama narrativa de la enfermedad mental, primero desde los consultorios privados y luego también en hospitales y centros de salud mental. Pero en el tema de la drogadicción hubo dos autores de referencia obligada, de raigambre neofreudiana. Uno fue Eric Erikson (1956, 1962, 1968), con su teoría de las etapas vitales y especialmente en relación a la crisis de la adolescencia y las

«identificaciones negativas». El otro fue Sandor Rado, con dos artículos: «Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos» (Rado, S. 1956) y «Psicoanálisis de la farmacotimia o afición a las drogas» (Rado, S. 1956). Ambos autores eran de origen europeo, pero en esta época trabajaban en universidades e institutos norteamericanos. En el ambiente vernáculo, además de ellos, resultaban insoslayables los aportes de Enrique Pichon Rivière y de José Bleger. Este último, sobre todo, era citado asiduamente. Un dato que resulta interesante es que su libro más mencionado, *Psicología de la Conducta* (1965), tiene un nombre muy parecido al libro de Rado, *Psicoanálisis de la Conducta* (1956), en el que figuran los artículos arriba mencionados. Al decir del propio Bleger, la «revuelta watsoniana» no fue sin consecuencias, aún en un medio muy inclinado hacia las vertientes derivadas de las teorías freudianas, como era el nuestro en este período. Sin embargo, el grueso de la disputa parece haberse situado entre distintas corrientes psicoanalíticas.

Para Rado el «deseo de drogas» respondía a una defensa contra la depresión y el tratamiento pasaba por la educación del «control hedónico», es decir, la vieja idea del predominio del intelecto y la voluntad por sobre las pasiones. El adicto, en esos años, era considerado psicópata, pero no «constitucional».

Las «estructuras de personalidad», cada vez más, se entendían como el resultado de las primeras interacciones infantiles. La enfermedad ya no se concebía como algo de los individuos sino de los vínculos. Las ideas de Pichon Rivière jugaron un importante papel, a nivel local, en este viraje. El toxicómano era ahora entendido como «emergente» o «portavoz» de la perturbación del grupo familiar (Pichon Rivière, E. 1970 (2):284). Desde distintos modelos teóricos -sistémico, lacaniano, psicología social, incluso antipsiquiatría- comenzó a subrayarse la importancia de la familia en la producción de patología mental. Correlativamente, se generalizó la inclusión de la misma en el tratamiento de uno de sus miembros y se pusieron en práctica diversos tipos de psicoterapias grupales y familiares.

Por los 60 se diplomaron las primeras cohortes de psicólogos y cobró un gran impulso, como forma de trabajo dentro de las instituciones, el «equipo interdisciplinario», en el que participaban psicólogos, terapistas ocupacionales y asistentes sociales (siempre bajo la dirección del médico psiquiatra). Los adolescentes y la juventud eran considerados el principal grupo de riesgo; las drogas de mayor uso eran las anfetaminas y la marihuana, y en menor medida el haschish, el ácido lisérgico, los barbitúricos. Cambió la denominación de «toxicómano» por la de «drogadependiente» y más tarde «drogadicto». La droga adquirió un significado revolucionario, formando parte de la rebelión de la juventud contra «el sistema» y transformándose, como tal, en peligro social. En parte por su difusión entre los jóvenes, pero principalmente a consecuencia de la propaganda implementada desde distintos organismos nacionales e internacionales, la marihuana se convirtió en el fantasma de padres, educadores, y profesionales de la salud mental. Se fundaron las primeras instituciones de prevención, asistencia e investigación de la drogadependencia -FAT, CEPRETOX, CENIATOX.

En la primera mitad de los 70 la enfermedad mental -incluyendo la drogadicción- era considerada como enfermedad social, efecto de la injusticia, la marginación, la opresión. El camino de la salud, en consecuencia, pasaba por la lucha social, la construcción de un «hombre nuevo» y una «cultura nueva» - como es sabido, pocos años después muchos pagaron con su vida por sostener semejante ideario. En 1973 se creó la Comisión Nacional de Toxicología (CONATON). Ese mismo año se fundó el Centro Nacional de Re-educación Social (CENARESO), primera institución estatal que se ocupó específicamente del tratamiento de la drogadicción como enfermedad mental. Un año más tarde se puso en funcionamiento el Programa Andrés, comunidad terapéutica para drogadictos, creada y dirigida por un ex usuario. Con el retorno de la democracia esta modalidad de

tratamiento se institucionalizó y dejó de estar sólo en manos de legos, adoptándose en general un sistema que combina la participación de profesionales, ex usuarios y familiares. Se creó la Federación de Organizaciones No Gubernamentales para la Asistencia de las Adicciones (FONGA), y se establecieron programas de cooperación entre diversos organismos privados y el Estado.

¿Cómo y por qué el uso de drogas se convirtió en objeto de la psicopatología? El hecho de que la fiscalización del consumo esconda, a menudo, otros tipos de control social y revele intenciones distintas que la de alcanzar el bien común, no resulta, a mi juicio, suficiente para responder a esta cuestión. Efectivamente, hubo desde el principio algunas personas que entendían haber elegido libremente una práctica particular que, sin embargo, diferentes agentes externos -familia, escuela, iglesia, médicos, jueces- creían su deber obligarlos a dejar. Pero hubo también muchos otros que demandaron ayuda médica, gente que se sintió prisionera de un hábito que no podía evitar, ni deseaba sostener.

En un sistema democrático, sólo existen tres razones consideradas válidas para inmiscuirse en «las acciones privadas de los hombres». Éstas son, que el propio sujeto lo demande, que se encuentre en peligro su vida o que, de algún modo, su comportamiento atente contra la de otros. He intentado mostrar cómo los dos últimos argumentos se pusieron en juego a lo largo de esta historia, determinando la necesidad de construir saberes que los validaran, saberes que crecieron junto -y entremezclados- con aquellos otros que surgían en respuesta al pedido de los propios afectados.

Por último, me gustaría hacer notar el carácter tanto arbitrario como cambiante de lo que hoy denominamos *psicopatología*, zona de cruce de la psiquiatría, la psicología, las neurociencias, la antropología sociocultural. Si el uso de drogas fue y es su objeto, casi toda otra práctica también lo ha sido o puede llegar a serlo, en tanto no existe mente humana o sociedad de hombres «libre de conflictos».

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

AAVV (1975) *Los tóxicos extáticos.* Buenos Aires. Johnson & Johnson.

Abadi, S. (1980) "La pulsión de muerte en el drogadicto. ¿Deseo propio o mandato familiar?". *Cuadernos de Trabajo del CE.NA.RE:SO.* Año 6. N°43.

Alva Correa, J.J. (1975) «La juventud y las drogas». *Quirón.* 1975,6(1):133-136.

Álvarez de Toledo, L. (1959). «Síntesis informativa sobre LSD y psicoterapia». *Revista de Psicoanálisis.* Buenos Aires. 1959,16(3):258-262.

Álvarez De Toledo,L., Fontana,A. y Pérez Morales, F. (1958) «Psicoanálisis y dietilamida del ácido lisérgico». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1958,4(3): 262-268.

Anselmi, J. (1942) «La Toxicomanía. Un grave problema social». *Revista de Policía y Criminalística.* 1942,6(26/27):87-94.

Astolfi, E. (1973) «Interpretación del fenómeno de las anfetaminas». *Las Anfetaminas.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°1. 1973:49-52.

Astolfi, E. (1974) «La marihuana y el artículo 204 del Código Penal». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974:33-36.

Astolfi, E. (1975a) «Efectos biológicos». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y

Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1975:15-18.

Astolfi, E. (1975b) «Paulo VI y la Toxicología». *La Semana Médica.* 1975,146(27):801-802.

Astolfi, E., Cordero Funes, J. y Maccagno,A. (1973) «Experiencia pedagógica sobre enseñanza y aprendizaje en toxicomanías». *La Semana Médica.* 1973,142(28):1018-1021.

Bab Quintela, H.F. (1974) «La madre del drogadicto». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.70-74.

Bard, L. (1923a) «Una encuesta internacional a propósito de la toxicomanía». *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 1923. (sin numerar).

Bard, L. (1923b) «Respuesta a la encuesta sobre el problema de la toxicomanía. *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 1923. (sin numerar).

Bard, L. (1923c) *Los peligros de la Toxicomanía. Proyecto de Ley para la represión del abuso de los alcaloides.* Buenos Aires. Talleres Gráficos Argentinos de J.J.Rosso y Cía.

Bard, L. (1941) «Algunas observaciones clínicas sobre la intoxicación crónica por marihuana». *Prensa Médica.* 1941,7:635-639.

Bard, L. (1943) «¿Qué valor tiene la personalidad para que una persona se convierta o no en adepta a los alcaloides?». *Gazeta Clínica.* Julho 1943. Año XLI. N°7. p.209-211.

Bardeci, C. y García Badaracco, J. (1958). «Anteproyecto del plan mínimo de higiene para la etapa educacional del niño y del adolescente». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1958,4(3):278-280.

Beltrán, J.R. (1932) «La responsabilidad de los toxicómanos». *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal.* Año XIX. p.192-195.

Berenstein,I. y Otero,T. (1958) «Algunos efectos de la LSD 25 en el perro». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1958,4,143-149.

Beretta, M.M., David, A. y David, J.M. (1960) «El papel del psicólogo en el tratamiento con drogas alucinógenas». *Actas de la IV Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica.* Buenos Aires. 1960.

Bermann, G. (1926) *Toxicomanías.* Buenos Aires. El Ateneo.

Bosch, G. (1930) «Los propósitos de la Liga Argentina de Higiene Mental». *Revista de la Liga Argentina de Higiene Mental.* Año I. N°1. p.7-21.

Bulacio, B.J. (1978) «Algunas observaciones a propósito de la experiencia de autoagresión en jóvenes usuarios de drogas». *Revista Argentina de Psicología (R.A.P.)* 1978,9(24):97-104.

Bulacio, B. y Belaustegui, M. (1980) «El Grupo 12. Un modelo de trabajo aplicado en la asistencia y reeducación del joven usuario de drogas». CE.NA.RE.SO. Cuadernos de Trabajos. Año 6. N°48.

Bulacio, B. y Cevasco, N. B. (1982) «*Acting-Out* y Estructura Familiar. El caso Marcos». En: AAVV (1983) *De la drogadic-*

ción. Aportes al tratamiento y psicopatología. Buenos Aires-Barcelona. Paidós. p.33-40.

Bustos, A. (1953) «Aspectos actuales de las toxicomanías en Córdoba. Su solución». *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.* 1953,11(1/2):179-224.

Cabildo, H. (1968). «Programa para un servicio de salud mental en un centro de salud». *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.* 1968,14(2):159-162.

Cagliotti, N. (1978) «¿A quién y por qué tratamos?» *Cuaderno de Trabajo Nº30.* Año 4. CENARESO. 1978.

Cagliotti, C.N. (1979) «Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CO.NA.TON). Sus acciones en el marco de las políticas del Ministerio de Bienestar Social de la Nación». *Cuadernos de Trabajo del CE.NA.RE.SO.* Año V. Nº36. 1979.

Calabrese, A. (1970) «Esterilización eugénica y toxicomanías. *La Semana Médica.* 1970,136(20):751-752.

Calabrese, A. (1975) «Situaciones médico-legales y criminológicas». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). Nº2. 1975:37-39.

Calabrese, A.E.S., Echevarría, H. y Gigliotti, B. (1982) «Aspectos legales y criminológicos de la farmacodependencia y el alcoholismo». *Publicación Técnica del F.A.T. Nº5.* Bs.As. 1997.

Calabrese, S. (1976) «Drogadicción: la muerte como síntesis». *La Semana Médica.* 1976, 26 de noviembre:691-693.

Calderón Narváez,G. (1971) «La dependencia a las drogas y el médico». *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1971,17: 396-400.

Calderón Narvaez, G. (1972). «Rehabilitación del joven con problemas de dependencia de drogas». *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.* 1972,18(2):188-191.

Carratalá, R. (1937) «Tratamiento experimental de las toxicomanías por autosueroterapia con suero de vejigatorio». *Revista de Psiquiatría y Criminología.* T.II. 1937. p.725-732.

Carratalá, R. (1939) "Toxicomanía y delincuencia". *Revista de Psiquiatría y Criminología.* Tomo IV. p.103-114.

Carratalá, R. (1948) «Elementos prácticos de investigación y tratamiento ante el accidente, suicidio o crimen por tóxicos». *Rev. de Psiquiatría y Criminología.* T.XIII. 1948. p.347-359.

Carratalá, R. (1950) «El delito en la fabricación y la venta de drogas que producen toxicomanías». *Rev. de Psiquiatría y Criminología.* T.XV. 1950. p.321-329.

Cavallini, L. (1971) "Toxicomanía. Consideraciones generales alrededor de la descripción clínica de una pareja". *Medicina del Atlántico.* 1971,145:5010-5015.

CENARESO (1973a) «Dependencia de las drogas». *Informe Nº1.* Buenos Aires.

CENARESO (1973b) *Informe Nº2.* Buenos Aires.

CENARESO (1974) *Informe Nº3.* Buenos Aires.

Centro Regional de Ayuda Técnica (1972) «La muerte en vida. La verdad sobre las toxicomanías». México-Buenos Aires.

David,J. Y David,A. (1961) «Mecanismos terapéuticos en la acción del LSD 25». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1961,7: 140-142.

De Veyga, F. (1915) «Informe del Delegado Argentino a la III Conferencia Internacional del Opio». *Anales del Depto. Nacional de Higiene.* Vol.XXII. N°1. 1915. p.53-59.

Delfino, V. (1913) «La lucha contra el opio». *Archivos de psiquiatría, criminología y ciencias afines.* Año XII. 1913. p.581-586.

Di Carlo, M., Karwala, T. Passini, S. y Pescio, A. (1979) «Abordaje psicopedagógico en un programa interdisciplinario para adolescentes que hacen uso indebido de drogas». *Cuaderno de Trabajo N°41.* Año 5. CENARESO.

Diaz Padrón, J. (1946) «Las toxicomanías en Medicina Legal». Ponencia oficial auspiciada por el gobierno de Cuba. *Actas del 1° Congreso Panamericano de Medicina Legal, Odontología Legal y Criminología.* La Habana. p.180-204.

Dichiara, J.B., Castillo, S. y Palumbo, R. (1974) «Psicopatología clínica del consumo de anoréxicos». *Anales de la Clínica Regional del Sud.* 1974,8(1/2):3-11.

Dörr Zegers, O. (1980). «Adicción y temporalidad». *Revista de Psicología Médica.* 1980,3/4:381-397.

Drago, L.M. (1921) *Los hombres de presa.* Buenos Aires. La Cultura Argentina.

Equipo Interdisciplinario del CE.NA.RE.SO. (1977) «Familia y Drogas». *Jornada Médica.* 1977,7(427):13-16.

Equipo Interdisciplinario de CENARESO. (1980) «Servicios de Tratamiento, Investigación Social y Capacitación y forma de acceder a ellos». *Cuaderno de Trabajo N°42.* Año 6.

Esnaola, A.M. (1975) «Modalidades comunicacionales del drogadicto». En: *Los tóxicos extáticos.* Buenos Aires. Johnson & Johnson. p.75-97.

Esnaola, A.M. y Malio, G. (1974) "Peculiaridades del proceso terapéutico con adolescentes adictos a drogas en tratamiento con internación". *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974:37-46.

Esteves Balado, L. (1960) «El peligro social de las toxicomanías». *Psiquiatría.* 1960,3(3/4):91-106.

Etchepare, B. (1912) «Desequilibrio Mental, Morfinomanía e Histeria». *Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines.* Año XI. 1912. p.717-723.

Farini Duggan,J. Y Aust,M. (1976) «Psicosis por marihuana». *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1976,22, 63-70.

FAT (1978) «Modelo Ético-Social. Su aplicación al tratamiento». *Publicación Técnica N°1.*

FAT (1983) «Modelo Ético-Social». *Publicación Técnica N°7*

FAT (1997) «Nuestros Fundamentos». *Dossier FAT.*

FAT (1999) *Antecedentes históricos.*

Feinstein, S., Kalina, E., Knobel, M. y Slaff, B. (1973) *Psicopatología y Psiquiatría del adolescente.* Buenos Aires. Paidós.

Fernández, H., Jones, A., Brandam, J. , Pacheco, D. y Klapenbach, E. (1918) «La morfinomanía ante la ley penal». *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal.* Año V. 1918. p.555-568.

Fernández Labriola, R. y otros (1974) «Aminas biógenas y marihuana». *Actas del 1º Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica.* Buenos Aires, 1974.

Fernández Labriola, R. y Yaryura Tobías (1977) «Relaciones entre la biolgía de la esquizofrenia y la adicción a la marihuana». *Anales de Psiquiatría Biológica.* Nº17. 1977.

Ferrero, R. (1960) «Toxicomanías por drogas psicoestimulantes». *La Semana Médica.* 14 de noviembre de1960.

Fischer, E. (1960) «Drogas alucinógenas: su importancia en la investigación patógena de la esquizofrenia». *La Semana Médica.* 1960,117(29):1115-1119.

Fischer, E. (1972) "Marihuana". *Investigación Psicosomática.* 1972,1(2):38-40.

Fischer, E. Heller, B. y Spatz, H. (1974) «Aminas alucinógenas en el cerebro de la rata». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. Nº1. Enero-Abril 1974:31-32..

Fontana, A. (1961) «El uso clínico de las drogas alucinógenas». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1961,7: 94-98.

Fontana.A. y Alvarez de Toledo.L. (1960) «Psicoterapia de grupo y dietilamida del ácido lisérgico». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1960,6: 68-71.

Fuller, S.J. (1939) «La Toxicomanía, Lacra Mundial». *Boletín del Museo Social Argentino.* Año XXVII. Entregas 201-202. p.112-117.

García Badaracco, J. (1974) «Reflexiones sobre los drogadictos y su tratamiento». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. Nº1. Enero-Abril 1974:17-22..

García Blanco, J. (1977) «Toxicomanías e Inimputabilidad». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1977,8(1-108):65-78.

Gazano, A. (1970) «Tratamiento del adicto». *La Semana Médica.* 1970,36(20):753-755.

Gil Carballo, A. (1946) «La marihuana, factor de crimen». *Actas del 1º Congreso Panamericano de Medicina Legal, Odontología y Criminología.* La Habana, 1946. p.346-348.

Gobbi, P., Marenco Guido, E. y González Rossi, C. (1971) «La detección de presuntos adictos a la marihuana por aplicación de la cromatografía en capa delgada a la investigación de principios activos del cannabis o de sus catabolitos en la orina. Contribución experimental». *Revista Farmacéutica.* 1971,113(11/12):268-269.

Gómez Toro, B. (1946) «La narcomanía en Cuba». *Actas del 1º Congreso Panamericano de Medicina Legal, Odontología Legal y Criminología.* La Habana. p.208-213.

González, J.L. y Furia, G.C. (1978) «Aspectos sociales y familiares de la problemática del uso indebido de drogas en la República Argentina». *Jornada Médica.* 1978,8(433):6-10.

Gotelli, C. (1975) «Aspectos botánicos y bioquímicos». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1975:9-14.

Handlarz,M. et al. (1976) «Aporte al estudio y tratamiento del adicto y su grupo familiar». *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1976,22, 289-294.

Herrera,J.J. (1962) «Aspectos médico-legales y sociales del alcoholismo y otras toxicomanías». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1962,8,118-123.

Herrero, T., Dana, C., Calabrese (h.), A., Arambarri, A., Casati, N., Mariones, A., Pawlosky, S. y Calabrese, S. (1975) «Modelo Ético-Social». *Publicación Técnica N°7.* 1°ed.1983. Buenos Aires. FAT. 1995.

Kalina, E. y Kovadloff, S. (1981) *Ceremonias de la destrucción.* Buenos Aires. De la Flor.

Kiss,J. (1973) «Anfetaminas y conducta. Enfoque individual, familiar, grupal y social». *Las Anfetaminas.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°1. 1973:19-23.

Kiss, J. (1975) «Efectos neuropsiquiátricos». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1976:19-26.

Kiss, J. (1976) «Aspectos psiquiátricos del consumo de marihuana». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1976,7(1-96):77-83.

Kiss, J. (1977) «Farmacodependencias: el rol de la educación para la salud». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1977,8(1-116):105-107.

Knobel, M. (1974) «Farmacodependencia, acción y efecto anfetamínicos». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.5-22.

Knobel, M. (1975) «Aspectos psiquiátricos y sociológicos de la drogadicción». *La Semana Médica.* 1975,146(27):808-810.

L.S.M.(1972) «Editorial». *La Semana Médica.* 11 de Diciembre de 1972.

L.S.M. (1973) «Panorama Médico». *La Semana Médica.* 1973,143(32):986-987.

La Marihuana. Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX.). N°2. 1975.

Lambert, A. (1911) «Supresión del deseo de narcóticos». *La Semana Médica.* Vol.XVIII. 2° semestre 1911. p.172-177.

Las Anfetaminas. Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°1. 1973.

Las Toxicomanías. Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974.

Las Toxicomanías. Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974.

Lebaupin y Benninges. (1908) «Sobre el Combratum Sudaicum». *Boletín de Sanidad Militar.* T.VII. N°1. 1908. p.207-209.

Lemberg, A., Cavarretta, R. y Gottlieb, L. (1962) «Las toxicomanías en nuestro país». *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 1962,76(9):428-433.

Liberman,D. (1959) «Psicoanálisis del alcoholismo y de la adicción a las drogas». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1959,5, 161-171.

Maccagno, A. (1970) «Aspectos médicolegales del problema de la marihuana». *La Semana Médica.* 1970,136(20):743-755.

Maccagno, A. (1973) «Anfetaminas como drogadicción». En: *Las Anfetaminas.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°1. 1973:29-32.

Maccagno, A. (1974) «Uso, abuso y dependencia de drogas». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1974,5(2):153-156.

Maccagno, A. (1975) «Historia». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1975:7-8.

Maccagno, A., Bab Quintela, H., Capelli, J. y San Martín de Asnaldo, A.I. (1974) «Adicción a las drogas en la edad juvenil. Enfoque toxicológico. Aproximación estadística». *La Semana Médica.* 7 de noviembre 1974.

Macías Quintana, M. (1975a) «Toxicomanías. Drogas alucinógenas». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1975,6(1):37-39.

Macías Quintana, M. (1975b) «Toxicomanías: Drogas Estimulantes». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1975,6(2-3):117-127.

Macías Quintana, M. (1976) «Psicopatología de la drogadicción. Enfoques psicoanalítico y psicosociológico». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1976,7(1):30-33.

Manual Policial de la Toxicomanía (1979) Buenos Aires. Editorial Policial. Vol.266.

Marconi, J., Muñoz, L. (1966). «Efectos del LSD 25 en relación con la dosis y con diversas condiciones de aislamiento». *Acta psiquiat.psicol.Am Lat.* 1966,12(2):144-152.

Mariani, F. (1974) «Influencias de las distintas drogas sobre la acción del alcohol». En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.23-28.

Mariani, F. (1975a) «Intoxicación crónica por marihuana». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1975,6(4):2203-215.

Mariani, F. (1975b) «Intoxicación crónica». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1975:27-36.

Mariátegui,J., de León,O. y Chávez, H. (1972). «Anfetamina: dependencia y psicosis». *Acta psiquiat.psicol.Am.Lat.* 1972,18(2):168-176.

Massoni,R. y Lebensohn,F. (1964) «Las drogas alucinógenas: su importancia en psicoterapia asistencial». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1964,10, 128-132.

Matera, R. (1974) «Las drogas en el mundo moderno». *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba.* 1974,32 (3/4):277-282.

Materazzi, M.A. (1974) «Enfoque comunitario en el tratamiento de la drogadicción». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974:47-53.

Materazzi, M.A. (1975) «Psicocine, nuevo aporte a la terapia grupal en la psicosis». En: Foix, J.C., Fijman, J., Artl, M. y Materazzi, M.A. (1975) *Creación y Locura.* Buenos Aires. Johnson & Johnson. p.69-99.

Materazzi, M.A. y Esnaola, A.M. (1974) "Psicopatología de la expresión en la drogadicción". En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.37-46.

Muñoz, L. y Marconi, J. (1966). «Efectos del LSD 25 en relación con las dosis y con diversas condiciones de aislamiento». *Acta psiquiat.psicol.Am.Lat.* 1966,12(2):144-152.

Neuropsiquiatría. Publicación oficial del Instituto Nacional de Salud Mental. 1974,5:77-82.

Obarrio, J.M. (1924) «Proyecto de legislación sobre alienados, toxicómanos y pródigos». *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal.* Año XI. p.139-171.

Omar, G. y Buvat, J.B. (1904) «Los toxicómanos. A propósito de un caso de heroinomanía». *Anales del Círculo Médico Argentino.* T.XXVII. 1904. p.357-362.

Ortiz Velásquez. (1948) «Pericia Médico-Legal». *Rev. de Psiquiatría y Criminología.* T.XIII. 1948. p.127-136.

Otero Pizarro, E. y Moli, J.I. (1980) «Tendencias del uso indebido de drogas detectado por el Centro Nacional de Reeducación Social (1° semestre 1980)». CE.NA.RE.SO. Cuadernos de Trabajo. Año 6. N°49.

Parral, J., Vallejo, N. y Giménez, E. (1966) «Toxicomanía infantil: Inhalación de hidrocarburos. Comentario sobre el primer foco detectado en nuestro medio». *Archivos Argentinos de Pediatría.* 1966,64(5/8):132-136.

Pascale, H. (1973) «La neurosis del adicto». *La Semana Médica.* 1973,142(35):1250-1254.

Pascale, H. (1974) «Introducción al tema de las toxicomanías». En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.29-36.

Paz,J.G. (1973) «Para un programa de prevención de la dependencia de drogas». *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1973, 9, 312-315.

Pérez Morales, F. (1963a) «El LSD 25 en psicoterapia. su fundamentación histórica y metodológica». *Acta psiquiát psicol Argentina.* 1963,9,33-38.

Pérez Morales, F. (1963b). «El LSD en psicoterapia. Terapia individual». *Acta psiquiat.psicol.Argentina* 1963,9(2):136-142.

Pérez Morales, F. (1963c). «Psicoterapia y LSD. (III). *Acta psiquiat.psicol.Argentina.* 1963,9(3):226-231.

Poggi, V.L. (1979) «El 'estado de necesidad' y las drogas». *Neuropsiquiatría (Arg.).* 1979,10(1-96):51-53.

Regnault, F. (1928) «Los toxicómanos ante la justicia». *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal.* Año XV. 1928. p.803-806.

Rey, J.C. (1959). «Desestructuración del esquema corporal y ácido lisérgico». *Revista Uruguaya de Psicoanálisis.* 1959-1960,7(4):365-375.

Reyes Terra, J.M. (1968). «Intoxicación crónica por anfetaminas (toxicomanía anfetamínica)». *Rev. de Psiquiatría del Uruguay.* T.33. p.196-199.

Rivelis, L., Maccagno, A. y Loketek, A. (1973) «Abuso de drogas en la adolescencia». En: Feinstein, S., Kalina, E., Knobel, M. y Slaff, B. (1973) *Psicopatología y Psiquiatría del adolescente.* Buenos Aires. Paidós.

Rodríguez Castells, H. (1973) «Prólogo». *Las Anfetaminas.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°1.

Rojas Bermúdez, J. (1960) «Tratamiento combinado de psicoanálisis y LSD 25 en niños psicóticos». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1960,6, 497-500.

Rosenfeld, D. (1972). «El paciente drogadicto: guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico». *Rev. de Psicoanálisis.* Asociación Psicoanalítica Argentina. 1972,29(1):99-135.

Rosenfeld, D. (1974). «Adicción a las drogas, omnipotencia narcisista, trastornos en la piel y esquema corporal». *Rev. de psicoanálisis.* Asociación Psicoanalítica Argentina. 1974,31(1/2):365-402.

Rueda, M. «Dolor y Toxicomanía». (1939) *Rev. de Psiquiatría y Criminología.* T.IV. 1939. p.405-413.

Ruggero, P. (1973) "Principios generales en el tratamiento de las anfetaminomanías". En: *Las Anfetaminas.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°1. 1973:45-48.

Ruggero, P.A. (1974) «Negatoidentificación y farmacodependencia». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974:23-30..

Ruggero, P. (1975) «Prevención primaria del uso, abuso y dependencia». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1975:40-44.

San Martín de Ansaldo, A.I. (1974) «Variables socio-culturales relacionadas con las toxicomanías». En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.54-61.

San Martín, H. (1974) «Toxicomanía (Dependencia de drogas)». *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974:5-12..

San Martín, H. (1975) «Los tóxicos extáticos». En: *Los tóxicos extáticos.* Buenos Aires. Johnson & Johnson. p.15-38.

San Martín, H. y Capelli, J.F. (1974) "Drogas, subcultura hippie y su léxico". En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la

Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.75-79.

Saurí, J. J. (1974) «El objeto en la drogadicción». En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.47-53.

Saurí,J. y Onorato, A. (1955) «Las esquizofrenias y la dietilamida del ácido lisérgico». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1955,1, 469-477.

Sollier, P. (1899) «Les Toxicomanes». *Congrès Français de Médecine. Lille, 1899.* Paris. Soc. D'Éditions Scientifiques. p.576-582.

Soubier, J.P. y Caroli, F. (1974) "¿Es la adicción a drogas un equivalente al suicidio?". *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°1. Enero-Abril 1974:13-16..

Stingo, N. y Fudin, M. (1978) «Imagen y Drogadicción». *La Semana Médica.* 1978, 12 de junio: 591-593.

Suárez Castells, A de J. (1946) «La mariguanomanía. Sus causas y efectos». *Actas del 1° Congreso Panamericano de Medicina Legal, Odontología Legal y Criminología.* La Habana. p.336-344.

Sussini, M. y Alvarado, C. (1936) «Proyecto de decreto sobre contralor de estupefacientes». *Revista de Psiquiatría y Criminología.* T.II. p.491-508.

Szeinman, S. y Bulacio, B. (1983) "De la sexualidad y la drogadicción". En: AAVV *De la drogadicción. Aportes al tratamiento y psicopatología.* Buenos Aires-Barcelona. Paidós.

Talaferro, A. Milano, A., Grande Alurralde, D., Paz, C. y Polito, R. (1959) «Acción de la mescalina y la LSD 25 según el test de Funkenstein». *Acta Neuropsiquiátrica Argentina.* 1959, 5, 19-21.

Tirelli, V. (1921) «Morfina y Cocaína». *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal.* Año VIII. 1921. p.30-49.

Tomas, J. (1965). «La adicción como defensa maníaca». *Revista Uruguaya de Psicoanálisis.* 1965,7(1):67-75.

Torres Torrija, (1946) «Disertación sobre la ponencia del Dr. Diaz Padrón». *Actas del 1° Congreso Panamericano de Medicina Legal, Odontología Legal y Criminología.* La Habana. p.205-20

UNESCO (1975) «Informe Argentino para el estudio de la UNESCO sobre la educación referida a las drogas». Ministerio de Cultura y Educación. Comisión Nacional Argentina de Cooperación con la UNESCO.

Valls, J.M. (1974) «Drogadicción. Modalidades de tratamiento y rehabilitación». En: *Las Toxicomanías.* Publicación Oficial de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Toxicomanías. Año 1. N°2/3. Mayo-Diciembre 1974. p.62-69.

Vervaeck, S. (1922) «La defensa social contra el peligro tóxico». *Revista de Criminología, Psquiatría y Medicina Legal.* Año IX. 1922. p.408-425.

Vilató, J. (1910) «La Toxicomanía». *La Semana Médica.* Vol. XVII. 1910. p.744-747.

Waingortin, D. (1975) «Tratamiento». *La Marihuana.* Colección Toxicomanías del Centro Nacional de Información y Asistencia Toxicológica (CE.N.I.A.TOX). N°2. 1975:45-46.

Waisman, E. (1971) «Toxicomanía juvenil». *Revista de la Universidad Nacional de La Plata.* 1971,23:197-211.

Wolff, P.O. (1941) «Narcomanías y Criminalidad». *Revista de Psiquiatría y Criminología.* Tomo VI. p.433-454.

Wolff, P.O. (1942) «La Influencia Política del Opio». *Revista de Psiquiatría y Criminología.* Tomo VII. p.527-544.

Wolff, P.O. (1943a) «Los venenos sociales». *Rev. del Museo de ciencias Sociales.* Año XI. Vol.XXII. N°130. p.35-73.

Wolff, P.O. (1943b) «Algunas consideraciones sobre el «doping» humano». *Revista de Psiquiatría y Criminología.* Tomo VIII. p.401-410.

Wolff, P.A. (1948) *La marihuana en la América Latina.* El Ateneo. Buenos Aires.

Yampey, N. Y Rosnati, E. (1963) «Perfil de la familia sana o normal». *Acta psiquiát psicol Argentina.* 1963,9, 323-325.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

AAVV. (1987) *Las Naciones Unidas y la fiscalización del uso indebido de drogas.* Naciones Unidas. Nueva York.

AAVV. (1995) *Narcotráfico.* Instituto de Investigaciones Culturales Latinoamericanas. México.

Ackerman, N. y Jackson, D. (1970) *Teoría y práctica de la psicoterapia familiar.* Buenos Aires. Proteo.

Adams, E.W. (1937) *Drug Addiction.* Londres. Oxford University Press.

Alexander, F. (1945) "Desarrollo de los conceptos fundamentales del psicoanálisis". En: Alexander, F. y Ross, H. (comps.). *Psiquiatría Dinámica.* Buenos Aires. Paidós. 1974 (4°edición).

Aureano, G. (1998) «La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté à basse intensité». Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas, presentada en la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad de Montreal. Aprobada el 23 de abril de 1998. Bajada de Internet: www.pum.umontreal.ca/Theses.

Barenblit, V. y Lubchansky, I. (1972) «Drogas y drogadictos». *Transformaciones. Enciclopedia de los grandes fenómenos de nuestro tiempo.* Buenos Aires. Centro Editor de América Latina.1972,1(9):225-252.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, H. y Weakland, J. (1956) «Hacia una Teoría de la esquizofrenia». *Behavioural Science.* 1956,1:253-264.

Bazot, M (1994) "Laborit, Hamon, Paraire, des pionniers..." En: *Annales Médico-Psychologiques.* 1994,152(1):2-5.

Bercherie, P. (1980) *Histoire et structure du savoir psychiatrique.* Paris. Ed.Universitaires. 1991.

Berenstein, I. (1969) *Familia y enfermedad mental.* Buenos Aires. Paidós. 1994.

Berenstein, I. et al (1970) *Psicoterapia de pareja y grupo familiar.* Buenos Aires. Galerna.

Berlin, I. (1996). *El sentido de la realidad. Sobre las ideas y su historia.* Madrid. Santillana. 1998.

Bermann, G. (1956) «La 'salud mental' que no queremos para nuestro pueblo. Respuesta al Dr. Nerio Rojas». *Orientación Médica.* 5 de octubre de1956:1008-1013.

Bermann, G. (1961) «De la higiene mental mítica de ayer a la higiene mental racional». *Orientación Médica.* 1961,10(451):220-225.

Bleger, J. (1965) *Psicología de la Conducta.* Buenos Aires. Paidós. 1992.

Bleger, J. (1967) *Simbiosis y Ambigüedad.* Buenos Aires. Paidós. 1997.

Binswanger, L. (1956) «Análisis existencial y psicoterapia». En: Ruitenbeek, H.M. (comp.) *Psicoanálisis y filosofía existencial.* Buenos Aires. Paidós. 1965.

Bonnet, E. (1967) *Medicina Legal.* Buenos Aires. López Libreros. 1980.

Bourdieu, P. (1976) «El campo científico». En: *Redes. Revista de Estudios Sociales de la Ciencia,* 1994,1(2),129-160.

Braudel, F. (1959) *Escritos sobre la Historia.* Madrid. Alianza. 1991.

Canevaro, A. (1977) «Hacia una teoría clínico estructural de la terapia familiar». *Acta psiquiat. psicol. Am lat.* 1977,23(2)139-143.

Carpintero, E. y Vainer, A. (1999) «La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras. 1959-1969». Ponencia presentada en el XV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. Mar del Plata, 15-18 de abril 1999.

Carpintero, H., Mayor, L. y Tortosa, F. (1990) *La psicología contemporánea desde la historiografía.* Barcelona. PPU.

Castex, M.N. (1992) «El problema de la toxicofilia en Latinoamérica. Mito y Realidad». *Anales de la Academia de Ciencias de Buenos Aires.* 1992,26(2):640-658.

Collingwood, R.G. (1946) *Idea de la Historia.* México. F.C.E. 1979.

Conti, N. (1999) «Las tesis doctorales en los albores de la psiquiatría argentina». *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina.* Nº9. Invierno 1999.

Cornblit, O. (comp.). (1992) *Dilemas del conocimiento histórico: argumentaciones y controversias.* Bs.As. Sudamericana.

Cooper, D. (1969) *Psiquiatría y Antipsiquiatría.* Barcelona. Paidós. 1985.

Chaslin, Ph. (1912) *Éléments de Semiologie et Clinique Mentales.* Paris. Asselin & Houzeau.

Del Olmo, R. (1992) *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina.* Nueva Sociedad. Caracas.

Drago, L.M. (1921) *Los hombres de presa.* Bs.As. La Cultura Argentina.

Ehrenberg, A. (dir.) (1991) *Individuos bajo influencia.* Buenos Aires. Nueva Visión. 1994.

Erikson, E. (1956) «El problema de la identidad del yo». En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis.* 1963,5(1):267-338.

Erikson, E. (1962) «La juventud: Cambio y Desafío». En : AAVV *La juventud en el mundo moderno.* Buenos Aires. Hormé. 1969. p.28-67.

Erikson, E. (1968) *Identidad. Juventud y crisis.* Buenos Aires. Taurus. 1990.

Escohotado, A. (1994) *Las drogas. De los orígenes a la prohibición.* Madrid. Alianza.

Escohotado, A. (1995) *Historia de las drogas.* 2 Tomos. Madrid. Alianza.

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1965) *Traité de Psychiatrie.* Paris. Masson.

Floria, C. y García Belsunce, C. (1994) *Historia política de la Argentina Contemporánea. 1880-1983.* Buenos Aires. Alianza Universidad.

Foucault, M. (1971) «Nietzche, la genealogía, la historia». En: *Microfísica del Poder.* Buenos Aires. La Piqueta. 1992:7-30.

Freud, S. (1905) «Tres ensayos para una teoría sexual». En: *Los textos fundamentales del psicoanálisis.* Barcelona. Altaya. 1993:343-486.

Fryer, W. A. (1993) "U.S. Drug Control in the Americas: time for a change". Beca Fullbright 1992-93 otorgada por la Comisión U.S.-Mexico para el intercambio educacional y cultural.

Gauchet, M. (1992) *L 'Inconscient cérébral.* Paris. Seuil.

Gente. 7 de marzo 1968 / 21 de junio 1968 / 28 de junio 1968 / 4 de abril 1974 / 24 de octubre 1974 / 16 de enero 1975 / 13 de febrero 1975 / 27 de febrero 1975 / 13 de marzo 1975 / 12 de junio 1975.

Goti, M.E. (1990). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga.* Buenos Aires. Nueva Visión.

Graine, Ph., Lentin, J.P. y Mandel, J. (1977) «La droga vista por la prensa de la juventud. República Federal Alemana, Estados Unidos de América, Francia, Italia, Reino Unido. 1973-1975». EPDAY/4. París. UNESCO. 1977.

Grendi, E. (1972) «Microanalisi e storia sociale». *Quaderni Storici.* 1972,7:506-520.

Griesinger, W. (1845) *Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales.* 2 Tomos. Buenos Aires. Polemos. 1998.

Grimson, W. (1969). «La Comunidad Terapéutica en el Hospital Psiquiátrico». En: *Cuadernos Argentinos de Psiquiatría.* I.N.S.M. N°1. p.7-11.

Grimson, W. (1972). *Sociedad de Locos.* Bs.As. Nueva Visión.

Grimson, W. (1997). «Sobre la Psiquiatría social en la Argentina. (De la Locura a las Adicciones)». En: *Revista de Prevención, Salud y Sociedad,* 1997, V.8, p.6-20.

Grimson, W. (1998). «Adicciones a Drogas. La Respuesta de la Comunidad Terapéutica en la Argentina». XIX CONFERENCIA MUNDIAL DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, Cartagena de Indias, Colombia, 15 al 20 de febrero de 1998.

Hopenhayn, M. (comp.). (1997) *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina.* Santiago de Chile. Naciones Unidas.

Ingenieros, J. (1902) «Valor de la Psicopatología en la Antropología Criminal». *Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría.* 1902.

Ingenieros, J. (1916). *La Locura en la Argentina.* En: *Obras Completas.* T.II. Buenos Aires. Mar Océano. 1962.

Instituto Nacional de Salud Mental (1969) *Cuadernos Argentinos de Psiquiatría N°1.*

Jackson, J.H. (1862) *Selected Writings of John Hughlings Jackson.* London. James Taylor. 1931.

Janet, P. (1919) *Les obsessions et la psychastenie.* Paris. Alcan.

Jones, M. (1956) "Therapeutic Community". En: *American Journal of Psychiatry,* feb. 1956.

Kalina, E. (1985) "Quince años de experiencias con familias de adictos". Congreso Mundial de Psiquiatría de la Adolescencia. París, 1985.

Kalina, E. (1990) «Teoría y práctica de la psicoterapia familiar del adicto». En: AAVV *La familia del adicto y otros temas.* Buenos Aires. Nueva Visión.

Klappenbach, H. (1999) «Los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental». *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina.* N°10. Primavera 1999.

Krafft Ebbing, R. von (1879). "Pathologie et thérapeutique spéciales de la folie. Intoxications chroniques. Chapitre II: Morphinisme". *Traité clinique de Psychiatrie.* Traducción francesa de la 5°edición alemana. Paris. Maloine. 1897. p.643-649.

Kretchmer, E. (1918) *La structure des corps et le caractère.* Paris. Payot. 1930.

Kolb, L. (1925) "Pleasure and Deterioration from Narcotic Addiction". En: *Mental Health.* 1925,9,723.

Laing, R. (1960) *El yo dividido.* Madrid. F.C.E. 1993.

League of Nations (1912) «International Opium Convention. The Hague, January 23rd, 1912». *Treaty Series.* Vol.8, p.187.

League of Nations (1925) "Agreement concerning the suppression of the manufacture of, internal trade in, and use of, prepared opium". Signed at Geneva, February 11th, 1925. *Treaty Series.* Vol.51. p.337.

League of Nations (1925) "International Opium Convention. Geneva, Feb.19th, 1925". *Treaty Series.* Vol.81, p.317.

League of Nations (1931) "Agreement concerning the suppression of opium smoking. Bangkok, Nov.27th, 1931". *Treaty Series*. Vol. 177, p.373.

League of Nations (1931) "Convention for limiting the manufacture and regulating the distribution of narcotic drugs. Geneva, July 13th, 1931". *Treaty Series*. Vol.139, p.301.

League of Nations (1936) "Convention of 1936 for the suppression of the illicit traffic in dangerous drugs. Geneva, June 26th, 1936". *Treaty Series*. Vol.198, p.299.

Lehmann, H. (1993) "L'arrivée de la chlorpromazine sur le continent Nord-Américain". En: *L'Encéphale*. 1993,XIX:57-59.

Levi, G. (1994) «Sobre microhistoria». En: A.A.V.V. *Formas de hacer Historia*. Madrid. Alianza. 1994.

Lewin, L. (1924) *Phantastica*. Versión reeditada y actualizada por Jean Thullier. Paris. R.Laffont. 1996.

Loudet, O. (1980) "Influencia de la medicina francesa en la cultura médica argentina". *La Semana Médica*. Año 87. Tomo 157. N°24. Diciembre 26, 1980. p.871-879.

Loudet,O. y Loudet,O.E. (1971) *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Bs.As. Troquel.

Magnan, V. (1897) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. 2° série. Les délires systématisés. Paris. Progrès médical.

Maslow, A. (1967) *El hombre autorrealizado*. Barcelona. Kairós. 1987.

Matterazzi, M.A. (1992) «Breve historia de la droga y su manipulación». En: *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 1992,3(10):267-269.

Menninger, W. (1947) "The role of Psychiatry in the World Today". En: *The American Journal of Psychiatry. Sesquicentennial Anniversary Supplement*. June 1994. p.75-81.

Meyer, A. (1897). "A Short Sketch of the Problems of Psychiatry". *Am.J Psychiatry, 55:4, April 1897*. Reproducido en: *Am.J Psychiatry, 151:6, June 1994. Sesquicentennial Supplement*. p.43-47.

Meyer, L. (1984). "El uso indebido de drogas". *Acta psiquiat.psicol.Am Lat*. 1984,30:173-174.

Miguez, H. (1997) «El paciente adicto». *Revista de Prevención, Salud y Sociedad*. 1997, 8, 21-35.

Mincowski, E. (1927) *La esquizofrenia*. Buenos Aires. Paidós. 1956.

Mira y López, E. (1955) «Medicina y Psicología. Características de la denominada Medicina Psicológica o Psicosomática». *Revista de Clínica y Terapéutica*. 1955,3:81-83.

Morel, B.A. (1857) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris. Baillère.

Multilateral Treaties deposited with the Secretary-General. Status as at 31 December 1997. United Nations. New York, 1998.

Musto, D. (1986) *La Enfermedad Americana. Orígenes del control antinarcóticos en EEUU*. Madrid. Tercer Mundo. 1987.

Naciones Unidas (1977) «Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes». Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961.

Naciones Unidas (1980) « Leyes y Reglamentos promulgados para dar efecto a las disposiciones de tratados internacionales sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas». E/NL. 1980/66-69.

Naciones Unidas (1989) *Comentarios a la Convención Única sobre Estupefacientes, preparados por el Secretario General.*

Nietzche, F. (1874) *La genealogía de la moral.* Madrid. Alianza Editorial. 1978.

Novelli, C. (1988) *Las drogas. Familia, Iglesia, Sociedad.* Buenos Aires. Programa Andrés.

Olievenstein, C. (1977) *No hay drogados felices.* Barcelona. Grijalbo. 1979.

OMS. (1964) Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas. *13º Informe. Serie de Informes Técnicos Nº273.* Ginebra.

OMS. (1972) «El uso de la cannabis». *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1972,18, 192-200.

OMS. (1972) «Las drogas y el adolescente». *Acta psiquiát psicol Am Lat.* 1972,18, 53-56.

OMS. (1973) «Farmacodependencia: prevención y lucha». *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1973,19, 70-72.

OMS. (1973) «Problemas planteados por el uso de las drogas».

Acta psiquiát psicol Am lat. 1973,19,476-480.

Para Tí. (1974) «Informe especial: La marihuana, antesala del infierno» 1974,52(2700):8-11.

Pick, D. (1989) *Faces of degeneration. A European Disorder, 1848-1918.* Cambridge University Press.

Pichon Rivière, E. (1947) "Teoría y práctica del narcoanálisis". En: *Del psicoanálisis a la psicología social.* 2 Tomos. Buenos Aires. Galerna. 1970 (1):381-399.

Pichon Rivière, E. (1965) «Grupos operativos y enfermedad única». En: *Del psicoanálisis a la psicología social.* 2 Tomos. Buenos Aires. Galerna. 1970 (2):279-298.

Pichon Rivière, E. (1970) *Del psicoanálisis a la psicología social.* 2 Tomos. Buenos Aires. Galerna.

Rado, S. (1956) *Psicoanálisis de la Conducta.* Buenos Aires. Hormé. 1962.

Revista *Nexos*. Secretaría de Investigación y Posgrado. Univ. Nac. de Mar del Plata. Año 3. Nº6. Julio 1996.

Rexed, B. et al. (1984) *Normas para la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en el marco de los tratados internacionales.* OMS.Ginebra.

Ríos, Ruiz, Stagnaro y Weissmann (comps) (2000) *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y Memoria.* Buenos Aires. Polemos.

Rojas, N. (1936) *Medicina Legal.* Buenos Aires. El Ateneo. 1971(10ºed.)

Romero, J.L. (1996) *Breve Historia de la Argentina.* Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

Rosenfeld, H. (1960) «On Drug Addiction». *International Journal of Psychoanalysis.* 1960,41(4/5):67-69.

Salazar Viniegra (1938) *El mito de la Marihuana.* México. Academia Nacional de Medicina.

Samoilovich, D. (1972) «Los hippies norteamericanos». En: *Transformaciones. Enciclopedia de los grandes fenómenos de nuestro tiempo.* Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1972,4(10):253-280.

Satriano, C. (1999) *La drogadicción como objeto de discursos.* Rosario. Fund. Ross.

Sebreli, J.J. (1997) *Escritos sobre escritos, ciudades bajo ciudades. 1950-1997.* Buenos Aires. Sudamericana.

Sidicaro, R. (1993) *La política mirada desde arriba.* Buenos Aires. Sudamericana.

Stagnaro, J.C. (1997) «Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina». *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina.* N°1. Otoño 1997.

Stagnaro, J.C. (1998) Presentación de: Griesinger, W. (1845) *Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales.* 2 Tomos. Buenos Aires. Polemos. 1998.

Swain, G. (1997) *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie.* Paris. Calmann-Lévy.

Szasz, Savitt et al. (1972) *Psicología del drogadicto.* Buenos Aires. Alonso.

Szasz, T. *La teología de la medicina.* Barcelona. Tusquets. 1981.

Szasz, T. (1981) "The discovery of drug addiction". En: Schaffer, H. and Burglass,M. (eds) *Classic Contributions in the Addictions.* New York. Brunner/Mazel. p.35-48.

Szasz, T. *Nuestro derecho a las drogas.* Barcelona. Anagrama. 1994.

Topolski, J. (1976) *Methodology of History.* Varsovia. Polish Scientific Publishers.

United Nations (1946) "Protocol amending the Agreements, Conventions and Protocolos on Narcotic Drugs, concluded at The Hague on 23 January 1912, at Geneva on 11 February 1925 and 19 February 1925 and 13 July 1931, at Bangkok on 27 November 1931 and at Geneva on 26 June 1936". Signed at Lake Success, New York, on December 1946. *Treaty Series.* Vol.12. p.179.

United Nations (1948) "Protocol bringing under International control drugs outside the scope of the Convention of 13 July 1931 for limiting the manufacture and regulating the distribution of narcotic drugs". Signed at Paris on 19 November 1948. *Treaty Series.* Vol.44. p.277.

United Nations (1953) "Protocol for limiting and regulating the cultivation of the poppy plant, the production of, international and wholesale trade in, and use of opium". Signed at New York on 23 June 1953. *Treaty Series.* Vol.456. p.3.

United Nations (1961) "Protocol amending the Single Convention of Narcotic Drugs, 1961. Geneva, 25 March 1972". *Treaty Series*. Vol. 976, p.3.

United Nations (1971) "Convention on Psychotropic Substances. Viena, 21 Feb. 1971". *Treaty Series*. Vol. 1019, p.175.

Vezzetti, H. (1985) *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires. Paidós.

Vezzetti, H. (1996) *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière*. Buenos Aires. Paidós.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, d. (1971) *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires. Tiempo Contemporáneo.

Weil, A. (1972) «The Topography of Straightland». En: *The Natural Mind*. Boston. Houghton Mufflin Co. 1972. p.116-148.

White, H. (1992) *El contenido de la forma. Narrativa, discurso y representación histórica*. Buenos Aires. Paidós. 1996.

Winnicott, D. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires. Paidós. 1991.

INDICE

1. PROLEGOMENOS
El primer caso grave 5
La defensa social 14

2. LA CONSTITUCION DE UNA ENTIDAD PSICOPATOLOGICA
El déficit de la voluntad 21
La noción de la toxicomanía 23
Recepción en la Argentina de las conceptualizaciones sobre toxicomanía 26
Gregorio Berman 35

3. LA FORMACION DE UN NUCLEO DE ESPECIALISTAS
Rogelio E. Carratalá 43
Pedro Osvaldo Wolf 51
El Primer Congreso Panamericado de Medicina Legal 58
Marihuana, peligro social 63

4. LA DECADA 1950
El pensamiento psicopatológico 67
Los médicos toxicómanos 70
La era de los psicofármacos 72

5. LOS AÑOS 60
Los nuevos consumidores 75
Las primeras instituciones especializadas 76
El debate legal 82

6. LA CATEDRA DE TOXICOLOGIA
Las fracturas internas 87
Una vasta producción 89
La misteriosa asignación de Carlos Cagliotti 91

7. LA REPRESENTACION SOCIAL DE LA DROGA ENTRE LOS JOVENES
La droga vista por la prensa de la juventud en Europa 95
La prensa de la juventud en Estados Unidos 100
Las publicaciones vernáculas 103

8. LOS AÑOS 70
Discursos oficiales y discursos de la contracultura 111
Investigaciones y datos estadísticos 114
De los factores endógenos a los factores exógenos 117

9. LAS IDEAS PSICOPATOLOGICAS EN NUESTRO CONTEXTO
Sandor Rado y la educación del «control hedónico» 123
La influencia de Eric Erikson 127
Escuelas y Teorías 129
Las ideas de José Bleger y su incidencia en nuestros tópicos 131
Enrique Pichon Rivière: Su perspectiva 134
La drogadicción en Jorge Saurí 137

10. LOS TRATAMIENTOS
La comunidad terapéutica 141
La comunidad terapéutica y el tratamiento de la adicciones 146
Otras modalidades de tratamiento 149

11. LA «SEGURIDAD NACIONAL»
El peligro «abstracto» 153
El Manual de la Toxicomanía 154
El Centro Nacional de Re-educación Social 156
El Fondo de Ayuda Toxicológica 165

12. ESTIMACIONES FINALES 173

FUENTES BIBLIOGRAFICAS 183

BIBLIOGRAFIA GENERAL 203

Impreso en el
Departamento de Servicios Gráficos
de la UNMDP Junio de 2005

Constituye éste un texto abocado a tópicos muy complejos – psicopatológicos, sociológicos, históricos –; es accesible a cualquier lector culto, por su claridad expositiva y un tipo de secuencia de redacción que lo transforma en una trama con desenlace, algo propio de la ficción literaria, aunque no sea éste su rubro. La verosimilitud e idoneidad de sus fuentes científicas le confieren el poco común "estilo de relato" sobre bases verificables.

Al margen de estos dones "atrapantes de lector", el libro elude todo dogmatismo; carece de digresiones que interrumpen lo narrado; las citas y referencias sólo surgen por necesidad de probar, no por "abundar"; las fuentes son a menudo llamativamente originales. Por otra parte, los ejemplos concretos allanan la intelección de lo abstracto y son frecuentes, entre otros atributos que quien lea estas líneas advertirá en su momento.

Alberto Villarino,
verano de 2004