

## EL CENTRO NACIONAL DE REEDUCACIÓN SOCIAL. UNA HISTORIA DE LAS MODIFICACIONES TERAPÉUTICAS

THE NATIONAL CENTER FOR SOCIAL REEDUCATION. A HISTORY OF  
THERAPEUTIC CHANGES

Recibido/Received:  
11/12/2013  
Aceptado/Accepted:  
31/3/2014

**Luciano Levin**

Universidad Maimónides  
lucianolevin@gmail.com

**Resumen:** Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que pretende dar cuenta de las historia y las modificaciones ocurridas en los tratamientos públicos para adictos a sustancias psicoactivas en la Argentina entre 1973 y 2005, prestando especial atención a los cambios cognitivos que los han estructurado. Este trabajo es un recorte de aquél, en el que sin hacer énfasis en los aspectos cognitivos, los tomamos en cuenta junto con otros elementos relevantes para analizar la historia asistencial del CENARESO, el Centro Nacional de Reeducción Social, un hospital monovalente dedicado al tratamiento de las adicciones y primera institución pública de la Argentina en el área. Este trabajo realiza un primer aporte sustancial en registrar y analizar la historia de esa institución que se encuentra vacante, brindando algunos elementos específicos para ese análisis que resulta útil para aquellos interesados por la historia de las adicciones, la historia de la asistencia en la Argentina y también a lectores interesados en ciertos aspectos relacionados con la producción, circulación y uso de los conocimientos.

**Palabras clave:** *Adicciones – Abordaje terapéutico – Psicoterapia – Reeducción – Argentina*

**Abstract:** This work is part of a larger research that seeks to explain the history and the changes occurring in the public treatments for addicted to psychoactive substances in Argentina between 1973 and 2005, paying particular attention to the cognitive changes that have been structured. This work is a cut of that, which does not emphasize the cognitive aspects, we take into account along with other relevant elements to analyze healthcare CENARESO history, the National Social Reeduction Center, a hospital dedicated to the treatment of monovalent addictions and first public institution of Argentina in the area. This work makes a substantial contribution to the first record and analyze the history of the institution that is vacant, providing specific elements to this analysis is useful for those interested in the history of addiction, the history of Argentina and assistance also to readers interested in certain aspects of the production, circulation and use of knowledge.

**Keywords:** *Addictions – Therapeutic approach – Psychotherapy – Reeduction – Argentina*

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que pretende dar cuenta de la historia y las modificaciones ocurridas los tratamientos públicos para adictos a sustancias psicoactivas en la Argentina entre 1973, año de la creación del Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y 2005.

En particular nos centramos aquí en la historia del CENARESO, un hospital monovalente dedicado al tratamiento de las adicciones. Se trata de la primera institución pública creada en la Argentina en el área. El rol desempeñado por el CENARESO y algunos de sus integrantes en el desarrollo de esos tratamientos lo vuelve, como veremos, un caso relevante para estudiar los fenómenos mediante los cuales diferentes conceptualizaciones teóricas de un problema social (en este caso, la adicción) se plasman en dispositivos institucionales y cómo estos, a su vez, pueden modificar o no aquellas conceptualizaciones.

Para realizar esta interpretación socio-histórica nos valemos de tres tipos de herramientas conceptuales. En primer lugar, asumimos que la adicción es un problema social y eventualmente, público. En segundo lugar, existe una historia conceptual propia de los tratamientos para adictos que es necesario considerar. Finalmente, lo que sucede en la Argentina puede entenderse como parte de un proceso de difusión internacional y de adaptación local de mecanismos desarrollados en otros países.

Adicción ha venido a definir tanto una enfermedad como un síntoma. Una conducta tanto individual como colectiva. Una rareza de ciertos grupos sociales como un flagelo ampliamente extendido. Una dependencia, una habituación, un síndrome (de abstinencia), una manía (toxicomanía), un “ismo” (alcoholismo), un “ansia”, una necesidad de algo físico, químico, biológico o comportamental. Se habla de adicción a sustancias, al juego, al peligro, a la televisión, al poder, al trabajo, al sexo, a cosas tan específicas como el timbre de una voz, o tan generales como la comida. Ciberadicción.

La conducta adictiva ha sido etiquetada de diferentes maneras que tienen, al menos desde fines del siglo XIX, algo en común: todas ellas consideran al consumo de drogas como una conducta desviada, es decir, una categoría de condenación y juicio negativo construida y aplicada con éxito

a algunos miembros de la sociedad por parte de otros (Conrad & Schneider, 1980). Esta categoría de condenación no es más que un etiquetado. Dependiendo de quién o quienes sean los gestores de un etiquetado particular y de sus connotaciones específicas (su significado en un tiempo y lugar concreto), las consecuencias políticas pueden ser totalmente diferentes.

Conrad y Schneider han señalado que ha habido un desplazamiento histórico del significado de las conductas desviadas desde aquellos relacionados con los valores morales y políticos tales como “maldad” o “delincuencia” e incluso “pecado” hacia otros cuyo contenido es médico o científico, como es el caso de la “enfermedad”, entendida como conducta desviada. En este sentido, podemos inscribir a la adicción a drogas en este tipo de conductas donde la versión moderna que descriminaliza al adicto y lo considera una víctima, ya sea de su enfermedad o del contexto social, y donde se ha reemplazado al castigo y al encierro por diferentes tipos de tratamientos coercitivos y de internación, no son más que nuevas formas de etiquetar conductas desviadas que implican nuevas formas de intervención y control social.

Aquí, entendemos que un fenómeno cualquiera se convierte en un problema social cuando se lo somete a un proceso mediante el cual los miembros de grupos o sociedades lo definen como tal (Becker, 1963; Blumer, 1971; Conrad & Schneider, 1980; Spector & Kitsuse, 1977). Un problema social, se convierte en un problema público cuando es sujeto a controversias respecto del modo en que debe ser resuelto y estas controversias se expresan en la arena pública (Gusfield, 1981).

Sin embargo, considerar la adicción como un problema es asumir que una conducta, un fenómeno corriente – el consumo de ciertas sustancias-, tiene ciertas características sociales que lo convierten en tal. Pero los fenómenos no poseen características sociales, éstas son adjudicadas mediante diversos procesos de definición. Al hacerlo, se los convierte en una cuestión social. Este proceso de definiciones es el que interesa para entender el desarrollo institucional del CENARESO.

La historia occidental de los tratamientos para adictos ha sido conceptualizada en, al menos, cuatro perspectivas que históricamente se han sucedido (Levin, 2011), aunque su existencia puede ser sincrónica e incluso híbrida. Cada perspectiva está sustentada en distintos conocimientos e interpreta al adicto, a la sustancia y al modo en

Tabla 1. Principales características de los modelos

Modelo	Criminalizante	Biologizante	Subjetivante	Comunitaria
Individuo	Delincuente	Enfermo (físico)	Enfermo (mental)	Excluido
Sustancia	Ilícita	Agente infectocontagioso	Drogas duras o blandas	Múltiples sustancias
Intervención	Cárcel	Desintoxicación	Tratamiento psicológico	Comunidades terapéuticas
Conocimiento	Normativo, cuantitativo, estadísticas.	Biología, neurobiología	Psicología, psiquiatría	Psicología social.

que se debe intervenir de un modo diferente, a saber (a) perspectiva criminalizante: que conciben el problema en términos del consumo de sustancias prohibidas como “prácticas desviadas” respecto de normas instituidas, (b) las concepciones biologizantes, representadas por la mirada neurobiológica, que construye al problema en términos de los receptores neuronales que configuran un “cerebro enfermo”, (c) las concepciones subjetivantes, representadas principalmente por el psicoanálisis, que concibe al problema en términos de la construcción de la subjetividad y en donde el consumo de determinadas sustancias configura el síntoma de un aparato psíquico disfuncional, y (d) las concepciones comunitarias, que construyen el problema en términos de las dimensiones sociales o socio-ambientales que explican la tendencia a la adicción, y que conforman un “sujeto socialmente problemático” (Tabla 1).

Estas cuatro perspectivas no deben ser tomadas como categorías rígidas y puras. Existe hibridación entre ellas de acuerdo a los contextos específicos que sean considerados, el momento histórico de desarrollo de cada una de ellas y las posibilidades de penetración acorde con los desa-

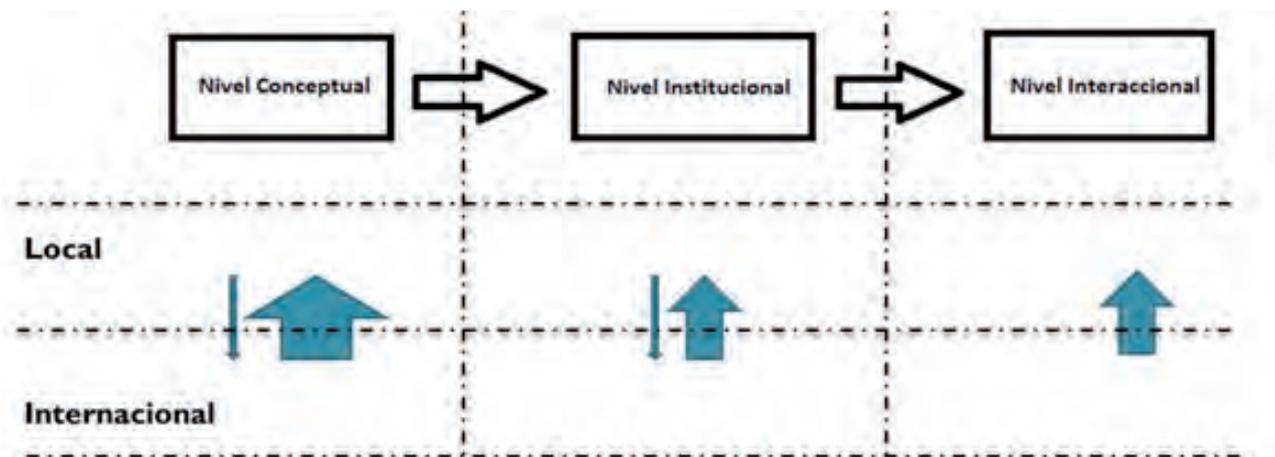
rrillos específicos de las mismas en los contextos nacionales. De este modo, por ejemplo, una perspectiva biologizante es mucho más efectiva, y por ende tiene una capacidad de desarrollo mayor, fundada en su eficacia terapéutica, en contextos en donde el consumo de sustancias está estructurado alrededor de la heroína, una droga para la cual existen agonistas efectivos. En cambio, con la cocaína, estas estrategias fallan.

Asimismo, los desarrollos disciplinares modifican la permeabilidad de las distintas perspectivas en los contextos locales. Es el caso de la perspectiva subjetivante en la Argentina, un contexto con un desarrollo importante de las disciplinas psicológicas.

Para entender los vínculos complejos del desarrollo de estas perspectivas es necesario prestar atención a los contextos históricos, políticos y cognitivos y la posibilidad de circulación de conocimientos entre ellos. Un esquema útil a pesar de su idealidad, es el que ha sido propuesto por Conrad y Schneider (1980) en el que se plantea que los conocimientos circulan desde sus espacios de producción hacia las instituciones y desde allí a los espacios de utilización (Gráfico 1).



Gráfico 1. Modelo de Conrad &amp; Schneider (1980)



**Gráfico 2.** Propuesta de ampliación del modelo de Conrad & Schneider

Sin embargo, este esquema no considera la movilidad de conocimientos entre los espacios internacional y local, por ello proponemos modificarlo para que los incluya (Gráfico 2). En este nuevo esquema, los conocimientos también circulan desde sus espacios de producción a las instituciones y de allí a los ejecutores, pero existen condicionantes tanto de orden internacional como local que refuerzan o debilitan los flujos anteriores. Así, por ejemplo, el modelo biologizante antes descrito se nutre, sobre todo en un espacio internacional de producción (la producción local es muy escasa) generando una circulación de conocimiento biológico signada por la mirada predominante internacionalmente. Esto no ocurre en el modelo subjetivante, en donde la producción a escala local es tan relevante como para modificar los flujos. Pasemos entonces a describir el caso que nos ocupa.

### Antecedentes del CENARESO

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

Esta creación institucional es el resultado de, por un lado, un movimiento internacional promovido por la Organización de las Naciones Unidas desde donde se comenzó a contemplar la necesidad de establecer centros asistenciales y de investigación en materia de tratamientos para las adicciones. Por otro, es una respuesta a lo que

podríamos llamar la “primera ola” de demandas asistenciales que surgió en ese momento en los hospitales públicos nacionales. Pero fundamentalmente, la creación del CENARESO es producto de las acciones de Carlos Cagliotti. El objetivo de este trabajo reside en comprender las razones que impulsaron esta creación institucional, los motivos que se encuentran detrás de la modalidad específica de atención que adoptó y entender los cambios que sufrió esta institución a lo largo de sus casi cuatro décadas de existencia.

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

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

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

En 1957 se creó, mediante el decreto N° 12.628 el Instituto Nacional de Salud Mental, un organismo autárquico, que reemplazaba a la Dirección de establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental, en el marco de las políticas desarrollistas del gobierno militar posperonista del general Pedro Aramburu.

En la ley de creación del INSM se evidencia esta nueva forma de entender la actividad psiquiátrica, allí se establecían, entre las finalidades del Instituto, la de "Promover la salud mental", "Prevenir las enfermedades mentales" y "Promover la máxima rehabilitación de estos enfermos", entre otras.

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

En 1966 se aprueba la ley de Ministerios (Ley 16.956) donde se crea el Ministerio de Bienestar Social. Recordemos que el Ministerio de Salud Pública, creado durante la presidencia de Perón en 1949, había sido disuelto en 1955 con el golpe de Estado, cuando se creó el Ministerio de Asistencia Social. Este Ministerio fue disuelto al poco tiempo por el general Aramburu. En 1958, el presidente Arturo Frondizi crea el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública mediante la ley 14.439, que es disuelto nuevamente, en 1966, mediante la mencionada ley. De esta forma, se subsume la

Salud Pública en el Ministerio de Bienestar Social, incluyendo en el mismo una Secretaría de Estado de Salud Pública y una Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad, entre otras. Se incorporan de este modo, en 1966, a la estructura del Estado los elementos que venían siendo proclamados al nivel del discurso, tanto desde el INSM como desde diversos foros profesionales.

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

Poco tiempo después de su fundación, el INSM perdió rápidamente sus lineamientos originales. Intentó ser resucitado por el gobierno de facto de Onganía en 1966 pero el poder que tenían los psiquiatras manicomiales en la Argentina era muy grande. Este poder se había manifestado en esa década, cuando se realiza una maniobra política para impedir que Mauricio Goldenberg acceda a la Cátedra de Psiquiatría de la UBA. Las cátedras universitarias y la dirección de los manicomios estaban en poder del establishment psiquiátrico.

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

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

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

Sin embargo, estos antecedentes políticos e

institucionales son relevantes para entender la creación del CENARESO en términos contextuales. La problemática adictiva no era una preocupación para los profesionales de salud mental.

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

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

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

Finalizada la VII Reunión, según versiones recogidas en forma oral y debido a conflictos internos en el INSM, que muy probablemente tienen que ver con la gestión de Cagliotti como interventor del Hospital Estéves en los años previos, se le designa a Cagliotti la tarea de “diseñar” una institución asistencial para toxicómanos. Cagliotti era una persona de acción. Encomendarle esta actividad, bajo la instrucción expresa que lo haga “desde el escritorio”, tenía un fin específico: responder a las crecientes demandas internacionales. No hay datos que sugieran la idea de que el CENARESO fue creado para dar respuesta a la

incipiente demanda asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse.

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

El diseño de este centro representó para Cagliotti un desafío, que se tomó a modo personal. Para ello, Cagliotti comienza un proceso de investigación, relacionamiento institucional y viajes internacionales con el fin de estudiar el estado del arte de la atención a toxicómanos en el mundo. Cagliotti viaja a diferentes países recogiendo las experiencias locales en este tipo de tratamientos. En Estados Unidos visita los Centros de rehabilitación del departamento de Estado en las ciudades de Nueva York<sup>1</sup>, Lexington<sup>2</sup> y Miami.

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

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

En 1972 Cagliotti viaja a Ginebra como delegado Argentino Plenipotenciario a la Conferencia donde se firmó la enmienda de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. También fue asesor

<sup>1</sup> En Nueva York, Jaffe realizaba tratamientos de sustitución con metadona y comenzaba a desarrollar una estrategia heterodoxa para tratar a los adictos. Al mismo tiempo, funcionaba la Comunidad Terapéutica Daytop Village, pionera en el ámbito de la atención a los adictos.

<sup>2</sup> Lexington era, desde principios de 1950, un centro de investigación básica en adicciones. Poseía un importante hospital público asociado a la prisión estatal en el que Winkler, un prestigioso psiquiatra con quien trabajó Jaffe, realizaba experimentos con prisioneros que consentían en ser utilizados para testear el efecto de opiáceos y alcohol (Jaffe, 1999).

de la delegación Argentina en la Conferencia Sudamericana Plenipotenciaria sobre Estupefacientes y Psicotrópicos que se realizó en Buenos Aires y donde se firmó el 27 de abril de 1973 el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP) que sería convalidado luego en nuestro país mediante la ley 21.422, en 1976. A partir de ese momento, Cagliotti sería Secretario Ejecutivo de la Secretaría Permanente del ASEP, instalando sus oficinas en el CENARESO y administrando un presupuesto anual de 100.000 dólares.

Fue delegado en el Seminario Latinoamericano sobre Prevención y Educación del Abuso de Drogas realizado en Washington y en el Seminario Latinoamericano sobre Programas Nacionales de Investigación en Farmacodependencias, realizado en México. También fue representante argentino en la comisión binacional Argentino-estadounidense para la lucha contra los Estupefacientes, en 1972.

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

### **Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON)**

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

En el seno de esta Comisión, se constituyeron diferentes subcomisiones, organizadas en seis grupos. La subcomisión de Relaciones Internacionales y las subcomisiones de Legislación, Segu-

ridad, Prevención y Asistencia, Investigaciones e Informes Especiales.

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

La Comisión estaba constituida por 13 miembros, representantes de las siguientes instituciones: Tres representantes el Ministerio de Bienestar Social; Un representante del Ministerio del Interior; Un representante del Ministerio de Cultura y Educación; Un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores; Un representante del Ministerio de Defensa; Un representante del Ministerio de Trabajo; Dos representantes de los organismos de seguridad; Un representante de la Administración Nacional de Aduanas; Un representante del CENARESO (en creación); Un representante de la UBA. En 1977 se agregaría un representante de la Secretaría de Información Pública.

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

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

### **Creación del CENARESO**

El CENARESO es creado como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social. Aquí hay que señalar que el CENARESO no se crea dentro de

Tabla 2. *Períodos asistenciales del CENARESO*

Período	Denominación	Evento desencadenante	Modo asistencial dominante	Dirección
1973-1986	Clásico	Creación	Psicología social	Carlos Cagliotti
1986-1992	Comunitario	Intervención política	Estrategias comunitarias	Liliana Chamó
1992-2005	Lacaniano	Reforma institucional	Psicoanálisis Lacaniano	José Luis Gonzáles

la Secretaría de Salud Pública existente en ese Ministerio. Esta dependencia institucional marcaría su trayectoria y signaría los conflictos que se desataron en la década de 1980.

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

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

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

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

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

El CENARESO ha pasado por diferentes modos institucionales de abordar la problemática del adicto. Estos se pueden organizar en tres períodos, atendiendo a los criterios asistenciales que se fueron implementando y que difieren en puntos centrales entre una etapa y la siguiente. (Tabla 2)

El primero período se inicia con su creación y se extiende hasta 1986, bajo la dirección de Cagliotti, y que denominaremos "período clásico". Es el período que responde más fielmente a su concepción original centrada en el aislamiento del adicto, organizada en torno a tratamientos abstencionistas de tipo psicológicos y grupales. La denominación "clásico" surge de entender que el modelo institucional que seguía el CENARESO no difiere significativamente de las principales instituciones que realizaban tratamientos para adictos en el resto del mundo desarrollado. En el segundo período, el Centro es intervenido durante el gobierno de Raúl Alfonsín y se rompe abruptamente con las modalidades asistenciales anteriores. Se adopta una modalidad más afín con el movimiento de Comunidades Terapéuticas. Por esta razón lo denominamos "período comunitario". Finalmente, un tercer período, que comienza en el año 1992, pero que se consolida en el año 1994, cuando José Luis González, el actual Director Asistencial del Centro asume ese cargo, y que se caracteriza por una fuerte impronta psicoanalítica de orientación lacaniana, diferenciándose asistencialmente de los otros dos períodos. Por ese motivo lo llamamos "período lacaniano".

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

A continuación, describiremos los principales lineamientos asistenciales que adoptó el CENARESO en cada una de las etapas.

### 1. Período clásico (1973-1986)

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

La principal diferencia respecto del resto de las respuestas asistenciales que surgían por la misma época en la Argentina (primeras Comunidades Terapéuticas) residía en que el CENARESO era un centro totalmente profesionalizado, cuyos programas terapéuticos habían sido diseñados completamente antes de que empezara su implementación y no se “iban armando” a medida que se planteaban los problemas. Su estructura funcional estaba organizada en 4 áreas departamentales: (a) Proyección comunitaria: era el área encargada de asegurar que las actividades del centro se extendan al resto de la comunidad, (b) Reeducación: se ocupaba de los aspectos asistenciales del régimen de internación. Dentro de esta área se desarrolla uno de los principales programas del CENARESO, el Subprograma Residencial, (c) Servicios Jurídicos: es el área que ejerce el asesoramiento permanente al Centro ante las autoridades judiciales, policiales y administrativas y (d) Enseñanza e Investigación: efectuaba las tareas de investigación para conocer la situación respecto de la problemática específica y poder presentar resultados que deriven en acciones de docencia, prevención y asistencia.

La asistencia integral que ofrecía el CENARESO implicaba no solo al asistido, sino a su grupo familiar y otras relaciones sociales. Debido a que la consulta era una forma de búsqueda de ayuda que ocultaba demandas del adicto difíciles de decodificar, la implementación de la etapa de diagnóstico implicaba una investigación interdisciplinaria que finalizaba con la fusión de diversos diagnósticos parciales (familiar, social, médico clí-

nico, psicológico, psicopedagógico, etc.) en un totalizador que sintetizaba el cuadro del asistido, indicando las pautas de tratamiento y brindando un pronóstico estimado.

Cada caso recibía entrevistas médicas clínicas, psiquiátricas, psicológicas, sociales, jurídicas y odontológicas, tanto en la institución como en su domicilio. El proceso diagnóstico tenía una duración aproximada de una semana y se realizaba tanto en forma individual como grupal.

De este proceso diagnóstico, el asistido podía ser derivado a tratamiento ambulatorio, que consistía en psicoterapia individual, o bien al subprograma psicoterapéutico ó de grupos de orientación si la patología familiar era menos severa.

La internación era una etapa en el proceso de tratamiento en la institución que tenía por objetivo “la reeducación del individuo para disminuir la desviación de la conducta y permitir su reinserción social con una mayor adecuación”. Se establecía que estos objetivos se cumplirían en un proceso que oscilaba entre los nueve meses y el año cuando se alcanzaran las siguientes metas terapéuticas: (a) eliminación del síntoma (uso indebido de drogas); (b) resolver conflictos subyacentes, mitigando la angustia; (c) desarrollar capacidades potenciales; y (d) posibilitar un identidad adulta. El tratamiento propiamente dicho tenía una duración aproximada de 5 meses en los cuales el asistido permanece dentro de la institución.

La etapa de resocialización duraba aproximadamente cuatro meses. El esfuerzo se centraba en la construcción de un proyecto de vida extra institucional que difiera del proyecto anterior al tratamiento. En esta etapa el asistido iba adquiriendo progresivamente seguimiento en forma ambulatoria.

Al egresar del subprograma residencial, se continuaba el tratamiento en consultorios externos. No se permitía, salvo en los tiempos libres, que los asistidos organicen sus actividades y no se tenían ni ex adictos ni operadores socioterapéuticos trabajando para la institución. Otra diferencia característica que después se modificaría, es el tipo de terapia psicoterapéutica que se realizaba. Esta era principalmente grupal.

Durante este período el CENARESO también funcionaba como un centro de investigación y capacitación. Contaba con una biblioteca atendida por bibliotecarios profesionales y traductores y en la cual se recibían suscripciones internacionales a las publicaciones del área. El Centro de Investiga-

ción contaba con una unidad gráfica que, desde 1973 y hasta 1985, publicó una serie de Cuadernos de Trabajo. Hemos podido constatar la realización de al menos 54 de estos cuadernos que realizaba el CENARESO con diferentes objetivos. Por un lado se pretendía comunicar diferentes aspectos de la problemática, sobre la cuál había muy poca información en el país. En segundo lugar, servían como material de intercambio con otras instituciones, publicaciones y bibliotecas del mundo y, finalmente, funcionaban también como una vía de publicación profesional de sus investigaciones.

Los temas tratados en los Cuadernos de Trabajo evidencian fuertemente las preocupaciones asistenciales del CENARESO durante este período. La mayor parte de ellos abordan problemáticas directamente relacionadas con la salud de los adictos, mientras que, en segundo lugar, encontramos Cuadernos dedicados a los aspectos epidemiológicos, descriptivos de la problemática general, jurídicos y preventivos. Al clasificar estos cuadernos asistenciales, vemos una fuerte impronta psicosocial en detrimento de aquellos temas clásicamente médicos o fisiológicos y notamos una clara ausencia de abordajes psicobiológicos.

En el Cuaderno N° 4 (1975), Carlos Cagliotti realiza una caracterización del problema del uso indebido de drogas. Esta caracterización está sustentada en el concepto de la “carrera moral” de la persona adicta que se caracteriza por (a) una personalidad vulnerable, (b) una situación crítica, con especial énfasis en la adolescencia y, (c) la posibilidad de estar en contacto con personas que consuman drogas.

Así, para Cagliotti el problema de las adicciones era concebido como un problema de personalidades débiles, relacionado con aquellas concepciones de “contagio” que asociaban la adicción a una enfermedad infectocontagiosa y que afectaba especialmente a los adolescentes, grupo de riesgo al que hay que vigilar. La “carrera moral” del adicto está directamente relacionada con el escalamiento en el uso de drogas, la promiscuidad, la prostitución y la delincuencia. Al mismo tiempo, Cagliotti señala que:

“...si el llamado problema de la droga se define como un problema social, o sea, si se entiende como algo más que la acumulación de casos y más bien como un síntoma de algún tipo de anomalía dentro de la compleja estructura de nuestras sociedades enton-

ces debe ser atendido como un problema social, que interesa a toda persona que desempeña una función en la sociedad...” (Cagliotti, 1976)

En la descripción del problema, Cagliotti utiliza conceptos provenientes de la Psicología Social y el Psicoanálisis. No es homogénea la concepción que utiliza para concebir el problema ni la forma de abordarlo. En el Cuaderno N° 6 la problemática social se hace presente y en el Cuaderno N° 9 se evidencia el interés por el acercamiento entre psiquiatría y psicoanálisis, cuando se introduce el abordaje psicodinámico.

Hay que resaltar que Carlos Cagliotti, pocos años antes había actuado como opositor a los abordajes psicosociales y psicodinámicos que intentaban implementar por esa época Goldenberg, Grimson y otros médicos psiquiatras. Sin embargo, en el establecimiento de los abordajes terapéuticos del CENARESO, la psiquiatría dinámica, el psicoanálisis puro —practicado incluso por psicoanalistas que no eran médicos—, el trabajo social y otras técnicas terapéuticas no convencionales para la psiquiatría fueron introducidas desde el principio (ver por ejemplo el Cuaderno N° 16, donde se incluyen las técnicas corporales). Cagliotti dirigió el CENARESO hasta su intervención, en 1987.<sup>3</sup>

## 2. Período Comunitario (1986-1992)

En 1985, en el Ministerio de Salud se unifican las secretarías de Salud Pública y Asistencia Social en la nueva Secretaría de Salud y Acción Social.

El CENARESO, que dependía de Asistencia Social pasa a depender de Salud Pública y, dentro de su estructura, se pretendía que el mismo pasara a formar parte del Área de Salud Mental. Mantener el CENARESO alejado del área de incumbencia de los psiquiatras manicomiales había sido un objetivo manifiesto de Cagliotti desde los orígenes del CENARESO.

A comienzos de 1987 el CENARESO fue intervenido. Durante los primeros años de democracia

<sup>3</sup> En marzo de 1987 se le inicia a Cagliotti un juicio para destituirlo. Los motivos de este juicio son forzados, a tal punto que varios años después gana el juicio y lo reponen en el cargo. Cagliotti retoma el cargo por un día, para luego renunciar. Con el dinero que cobró de ese juicio se instala una Comunidad Terapéutica, llamada Episteme. Resulta irónico que, luego de la intervención del Estéves, y de ser un opositor de las comunidades terapéuticas, Cagliotti termine dirigiendo una que se beneficiaba del sistema de becas implementado por el gobierno y que tenía a Grimson como promotor.

el gobierno electo crea la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONAD/CONCONAD), dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, en la Secretaría de Promoción Social. Esta comisión reemplazó a la CONATON y sería la precursora de la SEDRONAR. Desde esta Comisión, se elaboró un informe, conocido como el "informe Calabrese" (por Alberto Calabrese hijo) en el que se evaluó el funcionamiento del CENARESO. El informe fue encargado por el Dr. Malamud Goti, asesor presidencial y vicepresidente ejecutivo de la CONAD (Calabrese, 2010).

De este informe surge una fuerte crítica a la gestión de Cagliotti sobre la enorme cantidad de tiempo que pasaba el director de la Institución realizando viajes que, según el informe, no se reflejaban en beneficios para la institución. De allí se deriva la intervención del CENARESO y se designa a Liliana Chamó como interventora.

Liliana Chamó era una psicóloga que había estado en España trabajando en los abordajes de Comunidad Terapéutica en su vertiente del proyecto Hombre, el proyecto italiano del CEIS (proyecto Uomo) que se había instalado recientemente en España.

Liliana Chamó fue puesta en el cargo con la intención de, por un lado reestructurar asistencialmente el CENARESO de acuerdo con las nuevas estrategias asistenciales que impulsaba el gobierno democrático que implicaban un acercamiento con las perspectivas europeas, a raíz de los vínculos establecidos entre el gobierno del Dr. Alfonsín con la Comunidad Europea. En Italia y en España, las Comunidades Terapéuticas estaban dando buenos resultados, y esta fue la dirección que se le pretendió dar al CENARESO (Gonzalez, 2010)

La adopción del modelo de Comunidad Terapéutica implicaba modificar la estructura profesionalizada de la Institución, una característica diferencial de la misma que era vista, por sus propios integrantes, como una ventaja indiscutible frente a otros abordajes.

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

asistidos o bien fueron eliminadas. Es el caso de las áreas de educación física y los talleres de artes y oficios.

Liliana Chamó, que había trabajado en Comunidades Terapéuticas, poco conocía acerca de cómo llevar adelante una institución de estas características. Muchas áreas dejaron de producir simplemente por la falta de coordinación. Se discontinuaron los Cuadernos de Trabajo y los cursos de formación.

Una de las tareas encomendadas a Liliana Chamó desde la CONAD era preparar a la institución para ser transferida a Salud Mental, un área de Salud Pública que el gobierno de Alfonsín pretendía revitalizar (Gonzalez, 2010).

Esto motivó reuniones y discusiones dentro de la institución que lograron hacer que Liliana Chamó cambiara de opinión. Abandonó la idea por la que había sido convocada, de transferir el CENARESO a la estructura de Salud Mental y se opuso a esa medida. Esto le valió el descontento de las autoridades. Liliana Chamó dirigió el centro hasta 1992.

### 3. Período lacaniano (1992- 2005)

Este período se caracteriza por la ruptura conceptual con la concepción comunitaria y por la inclusión de la psicoterapia individual de forma obligatoria. Este tipo de terapia no había sido obligatoria nunca en la historia del CENARESO siendo la psicoterapia grupal el abordaje psicoanalítico preponderante (Gonzalez, 2010). Durante el período clásico, se aplicaba terapia individual ocasionalmente pero se había perdido completamente en el período comunitario.

Adicionalmente, el tipo de terapia que se realiza en el CENARESO en la actualidad posee una fuerte orientación lacaniana, asociada con los lineamientos teóricos de la EOL y el grupo TyA.

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

Todos estos cambios serían impulsados por José Luis González quien se hizo cargo de la

dirección asistencial del CENARESO en 1994, puesto al que ingresa por concurso. González es Licenciado en trabajo social e ingresó al CENARESO en 1975 como asistente social, luego se recibió de psicólogo en la UBA en 1984. Estuvo a cargo del sector de docencia e investigación durante 17 años, entre 1977 a 1994.

Su trayectoria previa a la psicología era de corte psiquiátrico. Fue concurrente en el Hospital Borda y luego en el Centro de Salud N° II, que era un desprendimiento de "El Lanus" pues allí trabajaban muchos profesionales de aquella experiencia.

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

Desde el punto de vista asistencial, el nuevo diseño comprendía dos grandes ejes: el clínico que incluía todas las acciones médicas y psicológicas individuales, grupales y familiares y el social que comprendía las acciones socio terapéuticas y de servicio social.

## ANÁLISIS

En casi cuarenta años de historia el CENARESO ha pasado por diferentes modalidades asistenciales. En ese lapso, en el mundo se han sucedido diferentes modos de entender e intervenir sobre los adictos y las conductas adictivas. Sin embargo, a pesar de estas grandes modificaciones conceptuales operadas en el campo de los tratamientos para adictos a nivel internacional, el CENARESO se ha mantenido dentro de los marcos que gobiernan una institución de tipo cerrada, poco permeable a las innovaciones conceptuales, con una clara ausencia de las perspectivas biológicas.

¿Cómo explicar el enorme desfase entre las modalidades adoptadas por el CENARESO y las corrientes internacionales? ¿Cómo entender los bruscos virajes institucionales?

Para seguir los lineamientos del esquema esbozado al principio de este trabajo, el CENARESO

ha nacido en un ámbito muy cercano a las perspectivas criminalizantes, en los que se considera que el consumidor de drogas debe ser aislado del resto de la sociedad, aunque la forma específica de aislamiento no sea la cárcel, sino un tratamiento de tipo médico, acorde con las corrientes medicalizadoras vigentes.

Así, luego de una década dominada bajo una perspectiva criminalizante, se intervino la institución adoptando un modelo comunitario, en línea con algunas corrientes europeas con las que el gobierno de ese momento mantenía vínculos políticos y culturales.

Más adelante, un nuevo cambio de política, que viró su mirada desde Europa hacia Estados Unidos, brindó las bases para una nueva modificación. Sin embargo, no se adoptó el modelo biologizante predominante en ese país (Jaffe, 1999), sino que se adoptó uno más acorde con la disponibilidad de conocimientos y profesionales locales, el modelo subjetivante, de orientación lacaniana.

Para entender estas transformaciones, propusimos un esquema que interpreta los flujos de conocimientos y de modelos institucionales en un espacio complejo que vincula lo local y lo internacional. Aunque se carecen de los elementos completos para llenar los huecos que este esquema plantea, hemos hecho un aporte que permite interpretarlo.

Así, las actividades promotoras de Carlos Cagliotti en el ámbito local, con una fuerte influencia de sus viajes, sobre todo a Estados Unidos, logra movilizar los recursos para establecer una institución específica análoga a las encontradas en ese país, aunque su recepción en la Argentina implicó modificaciones sustantivas acorde a los recursos cognitivos y la oferta de profesionales que aquí existía. Existe aquí una circulación de modelos institucionales entre el ámbito internacional y local, influenciada por los movimientos cognitivos locales. La ausencia de investigaciones locales en las áreas más biológicas relacionadas con la adicción en la década de 1980 son también fundamentales para entender la ausencia de estos abordajes en la institución (más allá de su valoración en tanto eficacia asistencial).

Algo similar ocurre con el rumbo comunitario que adoptó la institución posteriormente. Existe allí una adopción de modelos institucionales y cognitivos externos, provenientes de Italia y España que, al ser trasladados al ámbito local no encuentran los recursos adecuados para su desarrollo y se modifican para adoptar los recursos disponibles.

## CONCLUSIONES

Señalábamos en la introducción que para que un problema social se convierta en un problema público es necesario que existan controversias en torno a la forma de resolución. La adicción comenzó a ser concebida como un problema público en la Argentina hacia principios de la década de 1970, situación que se manifiesta en la creación de la CONATON, los CEPRETOX y, sobre todo, el CENARESO y la aparición de las primeras CTs.

Como decíamos, convertir un problema social en uno público implica la determinación de modos de resolución y, si algún agente social, ya sea una institución o una persona, es capaz de realizar adecuadamente esta traducción, se garantizará un lugar de privilegio en esta resolución y la consiguiente capacidad de control social que ello implica. Hemos mostrado que han sido, sobre todo, los cambios políticos, en diferentes niveles de gestión y no condicionantes de tipo cognitivos o asistenciales, los que han promovido las principales modificaciones ocurridas en las modalidades asistenciales.

La historia de algunos actores importantes, como el papel jugado por Carlos Cagliotti en el establecimiento y consolidación de la institución, así como los cruces de su actividad con el campo más amplio de la salud mental en la Argentina y en particular de la historia de las comunidades terapéuticas es un aspecto que merece ser estudiado en profundidad.

La historia asistencial del CENARESO no ha sido escrita. Sus actores y los derroteros de los lineamientos asistenciales de esta institución que, por momentos, fue rectora en Latinoamérica de las pautas asistenciales a seguir, aun esperan por ser descritos en profundidad. No obstante este trabajo realiza un primer aporte sustancial en esta dirección, brindando algunos elementos específicos para ese análisis que resulta útil para aquellos interesados por la historia de las adicciones, la historia de la asistencia en la Argentina y también a lectores interesados en ciertos aspectos relacionados con la producción y el uso de los conocimientos.

## REFERENCIAS

- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies In The Sociology Of Deviance*. New York: The Free Press.
- Blumer, H. (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems*, 18, 298–306.
- Cagliotti, C. N. (1976). *La Investigación Psicosocial en el campo de educación y la rehabilitación en el uso indebido de drogas*. Buenos Aires: CE.NA.RE.SO.
- Cagliotti, C. N. (1979). *Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos, sus acciones en el marco de las políticas del Ministerio de Bienestar Social de la Nación*. Buenos Aires: CE.NA.RE.SO.
- CENARESO. (n.d.). *Asistencia a la Juventud en el Problema de la Adicción a las Drogas*. Buenos Aires: CENARESO.
- Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Gusfield, J. (1981). *The Culture of Public Problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago: Chicago University Press.
- Jaffe, J. H. (1999). Conversation with Jerome H. Jaffe. *Addiction*, 94, 13–30.
- Levin, L. (2011). *Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- OMS. (1953). *3rd Report. Expert Committee on Mental Health. (E. C. on M. Health, Ed.)*. Ginebra: OMS.
- Plotkin, M. Ben. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Rojas, N. (1956). Régimen legal sobre asistencia a alienados, toxicómanos y alcoholistas. *Boletín de La Academia*, 34, 173-195.
- Spector, M., & Kitsuse, J. (1977). *Constructing Social Problems*. Menlo Park: Cummings.
- Weissmann, P. (2002). *Toxicomanías. Historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.