



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TESIS PROYECTO DE GRADO:

**PROPUESTA DE DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO DE BASE COMUNITARIA
PARA LAS TOXICOMANÍAS EN BARRIOS URBANO-MARGINALES DE LA
CIUDAD DE QUITO**

PREVIO AL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO

AUTOR:

PSC. CL. MARÍA LORENA VILLACÍS RENGIFO

DIRECTORA:

NATALIA SIERRA FREIRE Ph.D

2016

QUITO- ECUADOR

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, María Lorena Villacís Rengifo, declaro bajo juramento que la presente investigación es de total responsabilidad del autor y que se han respetado las diferentes fuentes de información.

María Lorena Villacís Rengifo

C.I: 1716040520

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Se autoriza utilizar los contenidos de esta investigación como referencia bibliográfica para fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, citando como fuente de información al autor de la misma.

Quito, Febrero del 2016

Nombre: María Lorena Villacís Rengifo

Dirección: República del Salvador 525 e Irlanda

Email: lorenav1807@hotmail.com

Teléfono: 0995063529

CERTIFICACIÓN

Ph.D. Natalia Sierra Freire
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final de investigación, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Escuela de Gestión Social, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; cumpliendo los requisitos establecidos por la Dirección General Académica; en consecuencia está apta para su presentación y sustentación.

Ph.D. Natalia Sierra Freire

DEDICATORIA

*Con amor, a Felipe y
Juan José.*

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

El jurado examinador, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

.....
Ph.D Wladimir Sierra
Profesor calificador 1

.....
MSC. Alejandra Delgado
Profesor calificador 2

INDICE

INDICE.....	2
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: LA MARGINALIDAD Y LAS TOXICOMANIAS.....	8
1.1 Una mirada al concepto de marginalidad y exclusión desde la sociología	9
1.2 La marginalidad y la exclusión desde el psicoanálisis.....	15
1.3 Una mirada al fenómeno de las toxicomanías y su expansión en las sociedades de consumo. 21	
1.3.1 Las diversas relaciones con las drogas a lo largo de la historia	22
1.3.2 La toxicomanía como entidad clínica	26
1.3.3 Las toxicomanías y nuestra época.....	30
1.4 Las toxicomanías en los contextos urbano - marginales.....	34
CAPÍTULO 2. LOS TRATAMIENTOS PARA LAS TOXICOMANIAS.	39
2.1 Los tratamientos tradicionales. Un recorrido histórico	39
2.2 Limitaciones de los tratamientos tradicionales en sujetos marginales.....	49
2.2.1 La comunidad terapéutica. Limitaciones	50
2.3 Visos de nuevas estrategias a nivel mundial – La política de reducción de daños y sus implicaciones en Europa y América Latina.....	56
2.3.1 Las políticas de reducción del daño en Europa.....	57
2.3.2 Las políticas de reducción del daño en América Latina.....	59
CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS DE BASE COMUNITARIA.	64
3.1 Los Tratamientos de Base Comunitaria (TBC) y el modelo ECO2.....	64
3.2 La Carpa. Un modelo de Tratamiento de Base Comunitaria	68
3.3 Propuesta de TBC para contextos urbano-marginales de la ciudad de Quito	71
3.3.1 El dispositivo de escucha y enganche terapéutico y su relación con la función de la palabra. 72	
3.3.2 Los espacios de animación sociocultural y la función de la communitas.	76

3.3.3	Las acciones de reducción de riesgos y daños como una reducción del malestar.....	82
	CONCLUSIONES	85
	BIBLIOGRAFÍA	88

RESUMEN

Nuestro trabajo investigativo pretende trazar abordajes terapéuticos para el tratamiento de las toxicomanías en contextos de alta vulnerabilidad y exclusión social. Por lo tanto, trabaja sobre dos fenómenos sociales complejos y a la vez relacionales: la marginalidad y las toxicomanías. Los analiza mediante el diálogo entre dos campos del saber: la sociología y el psicoanálisis. En el primer capítulo: *Marginalidad y Toxicomanías*, analizamos la marginalidad desde los planteamientos de la teoría dependientista y de la teoría de la modernidad y los relacionamos con los argumentos teóricos proporcionados por el psicoanálisis a través de Charles Melman, en su teorización relativa a la sociedad de los años sesenta. Además nos adentramos en las toxicomanías como un síntoma contemporáneo, y en su incidencia en los barrios urbano-marginales. En el segundo capítulo: *Los tratamientos para las toxicomanías*, partimos de un recorrido histórico sobre los métodos tradicionales que se han levantado para trabajar con sujetos con adicción y planteamos las limitaciones que estos tratamientos tienen a la hora de trabajar con sujetos marginales. En el tercer y último capítulo: *Los Tratamientos de Base Comunitaria*, analizamos esta metodología y planteamos nuestra propuesta para trabajar en barrios-urbano marginales de la ciudad de Quito, nuevamente sirviéndonos de conceptos psicoanalíticos para analizar su funcionamiento y posibles resultados.

INTRODUCCIÓN

Las toxicomanías, o comúnmente conocidas como adicciones, son el objeto de preocupación de distintos campos de investigación. Su etiología, consecuencias y tratamientos son debatidos desde la medicina, la psiquiatría, el psicoanálisis, la religión, la política, la sociología, la antropología, la psicología, entre otras disciplinas involucradas. Muchos de estos campos del saber plantean varias propuestas en torno a este fenómeno social, por esto se dispone de un sinnúmero de estrategias que apuntan a detener su expansión pero que, al mismo tiempo, invitan a cuestionar los modos tradicionales de su abordaje.

Para varios discursos, con un enfoque biologicista, las adicciones cobran el valor de una enfermedad, ocasionada por un agente externo al ser humano (la droga), que infecta su cerebro y que lo vuelve preso de sus efectos. Fruto de estos discursos, dos vías posibles de entender las toxicomanías se abren; la primera pone en el centro del problema a las drogas, en donde el sujeto no tiene responsabilidad sobre lo que le aqueja y, la segunda, ubica al sujeto en el orden del crimen y del castigo. Estas concepciones tienen como resultado abordajes terapéuticos sesgados, enfocados en la reeducación de los pacientes cuya finalidad es la reinserción del sujeto *disfuncional* en la sociedad.

Derivado de esto, una de las dificultades en el abordaje de esta problemática, en el ámbito de la clínica, tiene que ver con una escasa demanda de tratamiento en los casos en los que la patología bordea una cronicidad significativa a nivel psíquico, físico, social y que están presentes en contextos de alta vulnerabilidad y riesgo social. Dentro de esta categoría se ubican los barrios o comunidades urbano-marginales, en donde, la presencia del estado y de organizaciones sociales que brinden servicios de atención en salud mental, es limitada.

En la práctica clínica, algunos de los casos con los que los psicólogos trabajamos corresponden a pacientes que no pueden ser insertados en modalidades de tratamiento tradicionales, pues los procesos de callejización y marginalidad a los que han estado expuestos, dificultan su adaptación en los dispositivos de internamiento disponibles. Por otro lado, la poca adherencia, de este tipo de pacientes, a los dispositivos de internamiento, cuestiona la función de la psicología en las comunidades, que lejos de plantear un

reduccionismo en la llamada psicología comunitaria, considere necesario re-significar el concepto de comunidad y construir nuevos abordajes.

Por lo tanto, la experiencia clínica en este ámbito, nos anima a re-pensar el tratamiento de las toxicomanías por fuera de las paredes del consultorio y a ampliar los modos en los que se interviene en estos casos, construir nuevas formas de abordaje con dispositivos que respondan a las necesidades actuales y que involucren condiciones éticas de atención. Modelos que estén alejados del castigo y que tomen en cuenta y trabajen con los aspectos culturales y sociales en los que el fenómeno está inscrito.

Consecuentemente, nuestra investigación tiene como objetivo construir una propuesta de dispositivos de Tratamiento de Base Comunitaria para las toxicomanías en contextos urbano-marginales de la ciudad de Quito, que no solamente nos brinde elementos metodológicos, sino también elementos teóricos y epistemológicos para comprender su funcionamiento y su pertinencia como alternativas a los tratamientos tradicionales, y además justifiquen su trabajo en los contextos urbano-marginales de nuestra ciudad.

Así, el trabajo que proponemos implica analizar el concepto de marginalidad, su origen y repercusiones en el campo de lo social y de lo psicológico. Esto nos permitirá mirar una realidad aparentemente ajena, apropiarnos de ella y construir caminos diferentes que impliquen otro tipo de estrategias con diversos enfoques, con los cuales la comunidad, con sus recursos y posibilidades, genere espacios de escucha, contención, atención e integración social a los sujetos que presentan consumos problemáticos de drogas.

Para este efecto, analizaremos los aspectos socioculturales e ideológicos de los contextos urbanos marginales, identificaremos las limitaciones de los tratamientos tradicionales para trabajar con sujetos con procesos significativos de marginalidad y exclusión social, y plantearemos teóricamente nuestra propuesta de Tratamientos de Base Comunitaria para las toxicomanías en los barrios-urbano marginales de la ciudad de Quito.

Este recorrido nos llevará a adentrarnos en la marginalidad como fenómeno social, las toxicomanías como una entidad clínica y como un síntoma contemporáneo, y en las políticas y estrategias de reducción del daño que se han construido como alternativas a los abordajes

tradicionales que le hacen frente a este fenómeno social. Para ello, nos serviremos de conceptos de la teoría crítica de la sociología, la teoría psicoanalítica y la metodología de los Tratamientos de Base Comunitaria.

CAPÍTULO 1: LA MARGINALIDAD Y LAS TOXICOMANIAS.

Las drogas y sus diversos usos han acompañado largamente a la humanidad. Las significaciones que cada época ha construido alrededor de los usos de drogas, se han ido modificando con el pasar del tiempo y con los nuevos retos con los que las sociedades se han enfrentado. A pesar de la existencia de las drogas y sus usos en la historia, el fenómeno de las toxicomanías puede considerarse contemporáneo, es justamente en la última mitad del siglo XIX e inicio del siglo XX que el uso de drogas se convierte en un problema social. La situación en algunos países de América y Europa, con el incremento desmedido del consumo de opiáceos, de problemas sociales y sanitarios derivados de esto, es efecto de un sinnúmero de acontecimientos que, hoy en día, conforman el relato histórico de la humanidad.

La toxicomanía, como síntoma social contemporáneo, ha presentado una significativa expansión relacionada con diversos aspectos, tanto económicos, políticos, sociales como culturales. Así, los contextos que poseen características desfavorables relacionadas con la marginalidad y la exclusión social, experimentan el fenómeno con mayor crudeza y consecuentemente sus efectos a nivel social y subjetivo, son aún más devastadores.

Sería desatinado decir que las toxicomanías son propias de la marginalidad, sin embargo, es indudable que las relaciones sociales que se ponen en juego en los contextos marginales generan modos particulares de experimentar el uso de drogas y consecuentemente de vivir la toxicomanía. Por esta razón, en este primer capítulo, intentaremos poner en evidencia las características ideológicas, sociales y culturales de estos contextos y con ello comprender cómo actúan en el origen y sostenimiento de este fenómeno.

En la primera parte de este capítulo, analizaremos el concepto de marginalidad y exclusión social haciendo lecturas desde dos campos del saber: la sociología y el psicoanálisis. Desde la sociología analizaremos la marginalidad desde la teoría de la marginalidad económica (teoría dependentista), anotando las diferencias enunciadas en la teoría de la modernidad y tomando elementos puntuales de los fundamentos evocados por DESAL, con la finalidad de encadenar

los fenómenos derivados, tanto de las relaciones sociales de producción como de los ámbitos culturales y consecuentemente subjetivos que son generadores de marginalidad.

Desde el psicoanálisis nos serviremos de las teorizaciones realizadas por Charles Melman, sobre los efectos que la colonización ha tenido en la construcción del lazo social y de sus diferentes manifestaciones sintomáticas, para en la segunda parte del capítulo, introducirnos en la noción de toxicomanías, y analizar su expansión en las sociedades de consumo, sirviéndonos de las teorizaciones de psicoanalistas como Naparstek y Le Poulichet. Con esto articularemos, en la tercera parte, la expansión de las toxicomanías en los contextos urbano marginales.

1.1 Una mirada al concepto de marginalidad y exclusión desde la sociología

Para dar cuenta del concepto de marginalidad y exclusión social, tomaremos los enunciados realizados por la teoría crítica de la sociología. Para este fin es preciso realizar un recorrido por varios conceptos sociológicos que permitirán abrir la mirada hacia estos dos fenómenos tan presentes sobre todo en los países de Latinoamérica y, por lo tanto, nada ajenos en nuestro país. Varios autores del campo de la sociología ubican a la marginalidad como un efecto propio de la inclusión de las economías mundiales al sistema capitalista. Por lo tanto, inicialmente, revisaremos conceptos como el capitalismo, la globalización, la marginalidad, y la exclusión.

El capitalismo tiene sus inicios como sistema económico en el siglo XV. Nace como una sustitución al sistema feudal y toma fuerza en la emergencia de la revolución industrial, es decir, a partir del siglo XVIII. A pesar de haber sufrido transformaciones mantiene una sólida base parasitaria, pues como dice Bauman, “su naturaleza es esencialmente la de un parásito, se apropia de un organismo, se alimenta de él, lo deja enfermo o exhausto y salta a otro” (Bauman 2013). Esta enfermedad se traduce en fenómenos sociales que han corroído el pacto simbólico necesario para mantener el bien común, “pacto simbólico que me une a mi semejante, testimonio de una confianza, de una solidaridad y del crédito que acordamos a nuestros intercambios” (Melman, 2009: 230) y que entonces aleja el caos de la convivencia.

La historia de la humanidad nos muestra cómo ciertos acontecimientos han marcado el surgimiento de nuevas épocas que a su vez instauran diferentes modos de relaciones sociales.

El empuje a la acumulación, propio del sistema capitalista, es efecto de estos puntos de quiebre que la sociedad ha experimentado. Uno de ellos es el fenómeno de la escasez pues, cuando los seres humanos se han enfrentado a la escasez han inventado respuestas para hacerle frente al riesgo que ésta conlleva, que es la extinción de la humanidad. “De lo que se conoce, el hombre ha enfrentado la escasez produciendo un excedente de riqueza que le permite asegurar de ese modo la reproducción de su existencia” (Sierra, 2008: 18).

Existen dos formas de ubicar a la escasez; como un bien o como un objeto. Cuando está del lado del objeto se abre el camino a lo que se conoce como propiedad privada. La propiedad coloca al hombre como funcionario de la acumulación, ya no prima entonces solamente la supervivencia, no se trata simplemente de asegurar la satisfacción de las necesidades que son del orden de lo biológico, sino de convertir lo incensario en necesario¹.

Entonces, en donde rige la propiedad, efecto de la acumulación, que a su vez es una respuesta a la escasez, el ser humano se convierte en un medio para asegurar que esa acumulación se produzca y por lo tanto la propiedad privada se sostenga. En el sostenimiento de la propiedad privada no hay modo de que la exclusión y la marginalidad queden por fuera. De hecho estos dos fenómenos son su efecto.

Es bien sabido que el capitalismo origina relaciones de poder. Son unos pocos los que se benefician de la acumulación ampliada del capital² y que toman partido del monopolio característico de este sistema. Esta dinámica origina procesos de segregación entre las sociedades que pueden entrar en el ámbito de la competitividad y entre aquellas que, por efectos de la centralización del capital, han quedado al margen del sistema.

Con la llegada de la industrialización, las sociedades agrarias se vieron obligadas a cambiar su fuerza de trabajo, ya no era tan necesaria la mano de obra, puesto que existían nuevas maquinarias capaces de producir en un tiempo menor, mayores utilidades. Mientras más crecía la productividad y rentabilidad, originada por las nuevas tecnologías emergentes, las

¹ El psicoanálisis nos ha permitido comprender que el sujeto está avocado a una búsqueda incesante de un objeto perdido, búsqueda que intenta localizar la satisfacción en objetos totales, sin embargo la completa satisfacción es estructuralmente imposible, constituyendo entonces una falta. Es de esta imposibilidad, de esta falta, de la que el sistema capitalista se sirve para alimentarse y expandirse.

² Se la entiende como el crecimiento periódico del capital originado por la acumulación.

empresas requerían menos mano de obra y la requerida tenía que ajustarse a salarios mínimos.

Es de esta manera como, lo que Marx denomina el ejército de reserva mundial, se amplía. “En el sur los trabajadores expulsados son aquellos no necesarios para la demanda de mano de obra barata de las maquiladoras y al no tener “preparación” para realizar otro tipo de trabajo en el área de servicios quedan fuera de la lógica productiva”. (Sierra, 2008: 41). Este primer rasgo de exclusión, marca un hito importante en la constitución del fenómeno de la marginalidad en América Latina, puesto que aquellos trabajadores expulsados se convertirán en el desecho de una sociedad cada vez más empujada a la producción.

Por otra parte, la globalización como proceso de integración y producto de la consolidación del capitalismo, es directamente proporcional al crecimiento de la marginalidad y la exclusión. A medida en la que la lógica capitalista se globaliza, las sociedades menos competitivas han quedado por fuera del sistema y consecuentemente al margen del movimiento económico, “ya que entre la globalización del sistema capitalista y la marginalidad existe una relación de correspondencia de signo positivo, pues mientras más se globaliza el mundo, más amplia y radical es la exclusión que la marginalidad conlleva”. (Sierra, 2008: 18).

Estos planteamientos derivados del marxismo, son indispensables para analizar el concepto de marginalidad, pues a partir de ellos surge la teoría dependientista, que es la teoría central para la comprensión del fenómeno. Para esta teoría la marginalidad tiene que ver con la dinámica subyacente entre los miembros de una comunidad que vive al margen del paradigma del progreso instaurado por el sistema capitalista.

La Teoría dependientista, surge a finales de los años sesenta en una época en la que la política regional convulsionaba. Varios intelectuales, la mayoría de ellos, integrantes de la CEPAL (Comisión Económica Para América Latina y El Caribe) abren el camino a la reflexión y al debate sobre nuevos modos de hacer política e instaurar una nueva forma de democracia. La década de los 60, fue una década de transformaciones en cuanto a ideologías políticas y sociales y es en este contexto en donde la teoría de la dependencia nace como un intento de explicar las causas y efectos del “subdesarrollo” en América Latina.

Toma en cuenta, para su explicación, los elementos externos relativos a la economía internacional, sobre todo la economía subyacente a los intereses de los países, aparentemente, más fuertes, como Estados Unidos e Inglaterra. Para los teóricos de la dependencia, el subdesarrollo en América Latina, no solo tenía que ver con la tardía llegada de la mercantilización a territorio, sino también con coyunturas económicas que hacían de los países menos desarrollados *dependientes* de aquellos con mayor potencia económica y de progreso técnico.

La dependencia existente entre los países con menos oportunidades competitivas y aquellos íconos del progreso, coloca a la marginalidad como efecto de la exclusión de la periferia respecto del centro y consecuentemente de relaciones asimétricas en los procesos desarrollistas³. Este fenómeno se origina por la acumulación de la riqueza, es decir del capital, en las clases dominantes dejando a una gran cantidad de población por fuera de esta lógica acumulativa.

En este contexto, José Nun, famoso politólogo argentino, trae a colación el término de *Masa Marginal*, para dar cuenta de aquella parte afuncional o disfuncional de la superpoblación relativa, es decir un excedente que ni siquiera estaría ubicado en el ejército mundial de reserva, descrito por Marx, sino que estaría excluido de cualquier posibilidad de pertenencia al trabajo formal y por consiguiente a un aparente progreso.

Así, tenemos dos momentos de exclusión efecto del sistema capitalista: la exclusión de la mano de obra asalariada, reemplazándola por maquinaria que obliga a contratar mano de obra barata y genera desempleo de un buen número de trabajadores. Esto da como resultado el origen de la masa marginal y la exclusión de las sociedades menos competitivas en la globalidad de la economía mundial y abre brechas entre los países pobres y los países ricos. Estos dos momentos, retomados a breves rasgos, generan ya los primeros visos de la marginalidad, sobre todo en las sociedades del mal llamado tercer mundo.

³ El concepto de centro-periferia fue desarrollado por la CEPAL en los años 50 para explicar las brechas originadas por el progreso técnico y por la distribución de los incrementos de productividad a nivel económico. Se denomina “centro” a los países generadores de la producción técnica y “periferia” a aquellos países que se encuentran supeditados a los primeros, por los requerimientos productivos que no alcanzan a cumplir. En este sentido la distribución de esta productividad genera también inequidades que profundizan la marginalidad y la exclusión social.

Ahora bien, tenemos un primer acercamiento al origen de la marginalidad como tributaria del sistema capitalista y de los efectos de la globalización en la economía mundial, enmarcada dentro de la teoría de la marginalidad económica (teoría dependentista). Sin embargo, la marginalidad es analizada también desde otras teorías. Fernando Cortes, hace un análisis del concepto tomando en cuentas varias aproximaciones. Nos dice que la marginalidad es un concepto que se sitúa dentro de la teoría de la modernización, construida por Gino Germani en los años cincuenta, según la cual “las sociedades “subdesarrolladas” se caracterizan por la coexistencia de un segmento tradicional y otro moderno” (2006:75). El segmento tradicional, nos dice el mismo autor, es uno de los obstáculos para que estas sociedades alcancen el crecimiento económico y social de las sociedades modernas.

Germani hace una lectura interesante sobre el concepto de marginalidad, tanto a nivel descriptivo como a nivel explicativo. Podemos subrayar, de toda su teorización, la compleja tarea de engranar los diferentes elementos que tiene el concepto, para dar cuenta del carácter multidimensional de la marginalidad. Nos acogemos a esta rigurosa tarea pues

un análisis equilibrado debería intentar la integración en un modelo explicativo que tuviera sistemáticamente en cuenta todas las variables (...) formulando hipótesis verificables en cuanto a su peso relativo, su interrelación y su comportamiento dentro del variable contexto histórico de cada país, y de un sistema internacional en continuo cambio (1980:33).

Estas variables, a las que se refiere Germani, son los elementos de orden económico social, político social, la coexistencia de grupos étnicos distintos, las características psicosociales de los grupos e individuos marginales y los factores demográficos. Todos estos elementos constituyen variables fundamentales al momento de adentrarnos en la génesis de la marginalidad. De hecho, la marginalidad se origina y sostiene gracias a la coexistencia de todos estos componentes, que actúan de forma interrelacionada.

Por otra parte, el Centro de Desarrollo Social para América Latina (DESAL) nos muestra cinco dimensiones del concepto de marginalidad, que se relacionan con los elementos descritos por Germani: la dimensión ecológica, socio-psicológica, sociocultural, económica y política. En estas cinco dimensiones nos centraremos para describir los fenómenos que ocurren en los contextos marginales.

Para hablar de la **dimensión ecológica** debemos evidenciar que los fenómenos de exclusión vividos por la dinámica capitalista tuvieron efectos no solamente en el tejido social sino también en la construcción del territorio, como resultado de la centralización del capital y de la consecuente expulsión de los trabajadores excluidos a las periferias de las grandes ciudades. Esto ha originado los llamados círculos de miseria en donde habitan los marginales, caracterizados por una precariedad en cuanto a vivienda y a organización territorial.

La segunda dimensión es la denominada la **socio-psicológica**, que da cuenta de la incapacidad en la que se encuentran los llamados marginales para lograr automejoramiento. “Los marginales no tienen la capacidad para actuar: simplemente pueblan el lugar, sólo son y nada más” (Cortés, 2006: 77). Esta incapacidad se evidencia en la falta de participación ciudadana que los hace estar alejados de los beneficios y recursos sociales. Germani nos dice que no es solamente la falta de participación sino *“la falta de participación en aquellas esferas que se considera deberían hallarse incluidas dentro del radio de acción y/o de acceso del individuo o grupo”*⁴ (1980: 21).

En lo que respecta a la **dimensión sociocultural** hace referencia a las carencias relacionadas con la vivienda, la educación y la salud. Por otro lado la **dimensión económica** los ubica en la categoría de subproletariados, por los irrisorios ingresos económicos que perciben y la precariedad laboral con la que cuentan. Y por último la **dimensión política** de la cual los llamados marginales se encuentran excluidos, ya sea en la toma de decisiones relacionadas a lo público, pues carecen de representación social, como en los aspectos relacionados a las responsabilidades compartidas como parte de la solución a ciertos problemas sociales de los cuales son partícipes.

Estas cinco dimensiones proporcionadas por DESAL, basadas también en las teorizaciones de Gino Germani, permiten articular el concepto de marginalidad económica, derivado de la lógica marxista, con un concepto de marginalidad que centra su mirada en los efectos que el sistema capitalista ha tenido en los sujetos marginales y en la instauración de sus relaciones sociales. Esta mirada será por demás pertinente para abordar la cuestión de las toxicomanías en estos contextos.

⁴ Las cursivas son del autor.

1.2 La marginalidad y la exclusión desde el psicoanálisis

Hemos evidenciado cómo el capitalismo ha generado bases sólidas para dar pie al fenómeno de la marginalidad, sin embargo, no podemos desconocer que los efectos del capitalismo vivido en América Latina, tienen también estrecha relación con aquello que la colonización dejó a su paso. Para abordar esta situación nos serviremos de la teorización que hace el psicoanálisis respecto de la sociedad y de los efectos del colonialismo. Para este efecto, analizaremos a breves rasgos la teoría del discurso de Lacan y con ello, explicaremos el discurso fruto de la colonización, originario, en palabras de Melman, de una sociedad de amos. Con esto nos introducimos en la representatividad de estos discursos en nuestra época en su articulación con el consumo de drogas y la toxicomanía.

Para el psicoanálisis, aquello que se denomina sociedad se encuentra envuelto en signos de interrogación. No existe una definición concreta acerca de la sociedad sino que por el contrario está un continuo cuestionamiento. La pregunta por lo social no encuentra respuesta puntual en la escritura psicoanalítica, sin embargo, en ella, se puede inferir que al hablar del sujeto se está hablando también del orden de lo social.

Freud en su texto *Psicología de las masas y análisis del yo*, nos dice que la “psicología individual es simultáneamente psicología social” (2004:67). Desde allí, en este texto de 1921, el psicoanálisis nos orienta para reconocer a lo social y lo subjetivo como tejidos hilvanados con el mismo hilo. Lacan, años después y siempre retornando a Freud, introduce la noción de lazo social para decirnos que el sujeto no está solo y que su campo es siempre el campo del Otro⁵.

De hecho, para el psicoanálisis, el campo del Otro es, incluso, anterior al mismo sujeto, consecuentemente éste es, en tanto *sujetado* a dicho campo. “Entendiendo por ello a lo que puede determinar a un sujeto, producirlo, causarlo, o sea, su historia, y, mas precisamente, la historia de un decir, el que estaba ya antes incluso de su nacimiento en el discurso de sus padres, el que desde su nacimiento no deja de acompañarlo y de orientar su vida” (Chemama Rolando, 2004:169).

⁵ El Otro es el “lugar en el que el psicoanálisis sitúa, mas allá del compañero imaginario, lo que, anterior y exterior al sujeto, lo determina a pesar de todo” (Chemana y Vandermersch 2004: 488).

Para Lacan lo que hace lazo social, es el discurso⁶ entendido como un entramado del lenguaje. Gracias a esto Lacan formula, con una espectacular minuciosidad, la teoría de los cuatro discursos. La invención lacaniana consistió en escribir en términos matemáticos aquello que sostiene el lazo social y que da cuenta de un complejo sistema de relaciones. Inició con una fórmula matriz en el primero de los cuatro discursos que es el Discurso del Amo. La matriz hace referencia a dos significantes que ordenarán las relaciones de los cuatro términos que hay en cada uno de los cuatro discursos. La matriz a la que nos referimos es la siguiente:

$$S1 - S2$$

Significante 1 - Significante 2

Recordemos que para el psicoanálisis, especialmente con Lacan, el significante tiene dos funciones: la función de significar, descrita ya por Saussure, en donde existe una barrera que separa el significante del significado y que representa una imposibilidad de conjunción entre ellos. Es decir, que el significante no es la cosa en sí, sino que es por efectos de sentido y de significación. La segunda función del significante, es la de representar al sujeto. Lacan nos dice “el significante es lo que representa al sujeto para otro significante” (2004:29). Por lo tanto el sujeto viene a ubicarse en el espacio entre S1 y S2.

Ahora bien, la escritura de los cuatro discursos obedece a reglas determinadas por las matemáticas. La regla que prima es la de la permutación circular, es decir, un cuarto de vuelta que se realiza en el paso de un matema a otro y que gira en torno a las manecillas del reloj. Este giro ordenará las relaciones entre los diferentes elementos que componen los cuatro matemas. Estos elementos son:

\$ - sujeto dividido

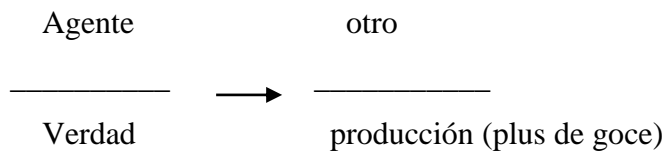
a – objeto causa del deseo

S1 – significante Amo

S2 – el otro significante (también significante del saber)

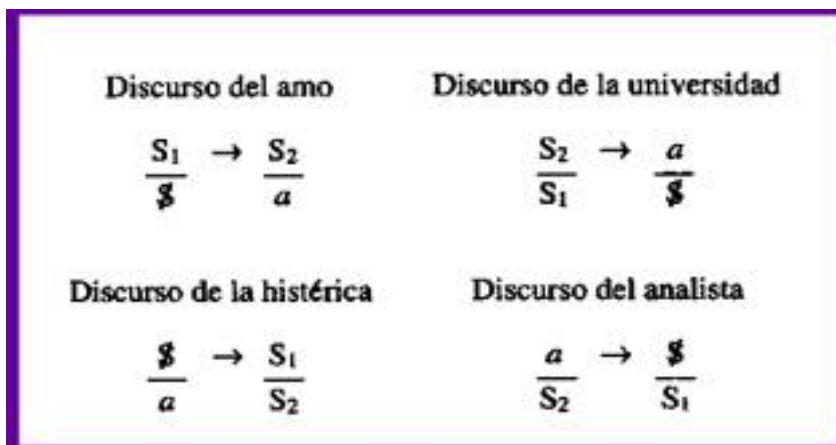
Cada uno de estos elementos ocupa lugares estructurales. Estos lugares son:

⁶ “Discurso quiere decir que en mi relación con el prójimo, con el otro, no puedo inventar nada, estoy obligado a pasar por una estructura del lenguaje que me da un lugar, que le da un lugar al semejante, a mi interlocutor, y si quiero que haya un vínculo, un lazo entre el y yo, no puedo hacer otra cosa que pasar por ese discurso” (Melman, 2002: 222).



Estos lugares estructurales se encuentran determinados por efecto de sus relaciones. Todo discurso se dirige desde un lugar; el del **agente** (aquel que dará el nombre al discurso) a **otro, que también es el lugar del saber**; la **verdad** es aquello que se encuentra latente en ese dirigirse, que para el psicoanálisis tiene que ver con la falta, es decir con aquello que nos hace estar incompletos, con el defecto existente en el lenguaje, aquello que está en el orden de lo imposible y que tiene como efecto, siempre, la **producción** de un resto, de un plus.

A partir de esto Lacan nos habla de cuatro discursos: El discurso del Amo (del que se desprenderán los tres restantes), El Discurso de la Histórica, El Discurso del Analista y el Discurso de la Universidad. Veamos la escritura de los cuatro discursos:



El Discurso del Amo, se basa en la formulación hegeliana respecto de la lógica del amo y del esclavo, “nos recuerda que todas nuestras relaciones con los semejantes son asimétricas y siempre desiguales” (Melman, 2002: 222) Este discurso se constituye en la matriz central de la teoría constituyéndolo como el discurso del Inconsciente. Pero ¿qué nos dice el discurso del amo?, tomaremos una cita de Lacan para intentar responder esta interrogante.

Esta fórmula dice que en el preciso instante en el que interviene S1 en el campo ya constituido por los otros significantes en la medida que se articulan ya entre ellos como tales, al intervenir sobre otro, sobre otro sistema, surge esto \$, que es lo que hemos llamado el sujeto en tanto dividido(...). Finalmente, hemos acentuado siempre que de este trayecto surge algo que se define como una pérdida. Esto es lo que designa la letra que se lee como el objeto *a* (2009: 13).

Para ponerlo en palabras sencillas, cuando un bebé viene al mundo, viene a recibir un baño de lenguaje, de palabras dadas por el Otro de la cultura y por los otros semejantes. De esos discursos el sujeto toma palabras, significantes que lo marcarán, a los cuales, por efecto de la identificación, quedará prendado, lo representarán ante otros significantes S_2 y con ello, podrá relacionarse con el mundo que le rodea. Ese discurso, a su vez, se convertirá en su Discurso del Amo, el discurso del inconsciente, pues, los sujetos estamos regidos por significantes amo, SI , que nos gobiernan, aún sin saberlo. Los significantes amo taponan nuestra falta, nuestro vacío constitutivo, es decir nos vuelven sujetos tachados, $\$$, produciendo, a su vez, una pérdida representada por la letra a .

El Discurso de la Histórica hace referencia al sujeto en tanto deseante. Si en el lugar del agente se encuentra el sujeto dividido dirigiéndose a un Amo, éste (sujeto dividido) está sostenido por la falta en dos vertientes; la falta de saber que es estructural y en la imposibilidad de decir y nombrar el objeto que causa su deseo. La histórica le demanda al Amo que produzca un saber sobre su verdad. En el Discurso del Analista la operación se realiza para que el saber (S_2) llegue al lugar de la verdad, este saber no es el saber universitario, sino el saber inconsciente, que a pesar de demandar llegar al lugar de la verdad no tiene un acceso directo a ella, lo que permite asumirse como sujetos en falta. Este discurso es el reverso del discurso del Amo.

El Discurso de la Universidad, tiene en el lugar del agente al saber, este saber por efecto de la barra, no accede a los significantes amos que lo sostienen y lo que resulta de esta operación es la producción de un sujeto a partir de ese saber. “Es un discurso muy importante porque hoy en día es el principal discurso que organiza nuestro mundo. Es decir que el maestro justifica su posición por el hecho de ser sabio” (Melman, 2002: 223).

Estos son, someramente, los cuatro discursos propuestos por Lacan. No es posible en esta investigación profundizar en la lógica de estos cuatro discursos, para nuestro efecto, nos bastará tener clara la relación existente entre el lugar del agente y el lugar del otro, pues esto nos permitirá analizar el discurso propuesto por Melman, en referencia al lazo colonial.

En la situación colonial, hay entre el amo (agente) y el objeto (el otro) una ruptura que funciona como si uno y otro pertenecieran, no al mismo espacio, no al mismo origen, sino a un espacio y un origen diferentes y, en una situación como esta, vemos bien que el goce ya no será el elemento que los reunirá, sino que solamente habrá violencia ejercitada por el amo

sobre el otro, sin tener preocupación sobre la comunidad que hubiera podido enlazarlos. Es una situación que tiene consecuencias prácticas muy importantes, puesto que el lazo entre los dos no podrá hacerse por la vía de ese pacto simbólico que pone en lugar ese goce común y que quiere que el interés del uno sea solidario con el interés del otro; solamente habría del lado del amo una violencia real y del lado del objeto (el otro) una rebelión real (Melman, El complejo de Colón y otros textos. Clínica psicoanalítica y lazo social, 2002:224).

Con esta cita, Melman introduce una escritura que expresa la situación poscolonial⁷. Esta escritura nos permitirá introducir la cuestión de la exclusión social y la marginalidad en América Latina desde la lectura psicoanalítica.

S1	S2
\$	@

Como podemos ver, esta propuesta marca un giro de posición de los componentes del Discurso del Amo y consecuentemente de las relaciones existentes entre ellos. La posición vertical de la barra marca una imposibilidad en la circulación del discurso, y es en esta imposibilidad que la exclusión encuentra su anidamiento. Esta posición de la barra desubica la relación existente entre el significante amo (S1) y el sujeto (\$). Por lo tanto, el sujeto está enfrentado con sus significantes amo de una manera abrupta. Es decir que no hay nada que separe el lugar del agente y el lugar de la verdad. El otro (S2) se encuentra equiparado al objeto a, que también representa el resto. “No tiene valor sino en tanto asegura mi goce. Y ese goce, que me toca ejercer sobre él, no vale sino a condición de tratarlo como puro desecho” (Melman, 2002: 197).⁸

Esta condición de tratar al otro como puro desecho sostiene las desigualdades existentes en algunos países de América Latina, pues el Amo, se convirtió en totalitario, no está sujeto a las leyes o límites del discurso, sino que por el contrario, exige gozar sin límite alguno, y, el otro, en su posición de desecho, no exige la restitución de sus derechos por vía de la palabra, sino que, por el contrario, la única forma de exigencia es mediante la rebelión y la violencia. Violencia que vemos casi a diario en los llamados marginales.

⁷ Es importante mencionar que Melman aclara que no se trata de un discurso colonialista, ya que es el colonialismo lo que genera un giro poco usual en el discurso del amo.

⁸ Cuando desde el psicoanálisis hablamos de goce hacemos referencia a las diferentes relaciones con la satisfacción que un sujeto pueda experimentar gracias al objeto de su deseo.

Por otro lado, la posición vertical de la barra, implica una ruptura del pacto simbólico presente en todo lazo social. Esta ruptura anuncia un desconocimiento del otro como semejante y por lo tanto, un rechazo a la diferencia y a la otredad. La marginalidad avanzada⁹ en términos de Loic Wacquant, es el representante más visible de este desconocimiento y de este rechazo. No es ajeno, observar cómo los llamados marginales son cada vez más invisibilizados, no sólo excluidos a los círculos de miseria, para retirarlos del campo visual que intenta potenciar lo estético, sino invisibles ante los ojos de ciudadanos que conviven con ellos en las calles, en las esquinas, en los semáforos.

Consecuentemente la exclusión social, no sólo deviene en tanto tal, cuando se relega de las grandes ciudades a los llamados marginales, sino también cuando les es denegada su humanidad. “La sociedad de los amos es una sociedad muy particular porque en ella ya no hay bien común” (Melman, 2009: 311). El bien común, es aquello que nos permite reconocer la humanidad en cada ciudadano, “ya que se le reconoce su derecho a la salud, el derecho a educarse, y porque es una manera de reconocer su lugar en la ciudad” (Melman, 2009: 310), cuando estos derechos no están reconocidos, entonces no estamos hablando de humanización sino de cosificación.

En palabras de Melman, “la exclusión consiste en manifestarle al semejante que ni siquiera puede servir para la explotación, es decir que ni siquiera tiene un objeto que pueda interesarme, lo cual evidentemente, constituye la peor de las deshumanizaciones” (Melman, 2009: 318). Estas deshumanizaciones las encontramos a diario en los llamados marginales, no sin consecuencias catastróficas para la estructuración subjetiva y consecuentemente para el modo de relacionarse entre ellos y entre los que los deshumanizan.

En este contexto, en dónde lo simbólico no opera y en lugar de ello, esta la violencia en lo real, la desestructuración social se arraiga con bases cada vez más fuertes y sólidas. Los efectos de la posmodernidad, de la hegemonía del discurso capitalista y de la primacía del mercado, actúan como una suerte de ruleta rusa para quienes viven en estos entornos. No

⁹ Se entiende a la marginalidad avanzada como aquella marginalidad en la que se encuentran fenómenos de miseria absoluta

existen más opciones que no sean las de acogerse al consumismo desenfrenado, pero no el que aplica en los centros comerciales y se ejecuta gracias a las tarjetas de crédito, sino aquel que ronda las esquinas del barrio con los llamados *brujos*, que lo que venden son quimeras para soportar el dolor, el frío, el hambre y la deshumanización.

1.3 Una mirada al fenómeno de las toxicomanías y su expansión en las sociedades de consumo.

Una vez que hemos analizado el concepto de marginalidad, pretendemos ahora, adentrarnos en lo concerniente a las toxicomanías. Sabemos que representa uno de los síntomas contemporáneos de alta complejidad por lo que amerita reconocerlo como un fenómeno de masas cuya expansión tiene que ver, en cierta parte, con el auge de las sociedades de consumo, del consumismo como modo de vida y de procesos hegemónicos de la cultura occidental. Estos inventan nuevas necesidades tecnológicas y de consumo e invitan incesantemente a los sujetos a gozar en un *mundo sin límites*.

El consumismo de las sociedades, subordinado al paradigma del desarrollo y del sistema capitalista, solidifica fenómenos de masas como las toxicomanías, pues “la adicción se presenta como un grotesco de lo que anida en la cultura, encuentra en esto un motivo de inercia y, al mismo tiempo aporta una idea respecto de los motivos por los cuales nuestra época ha sido terreno fértil para la masificación de las adicciones” (Wajrch, 2013:10).

Uno de los objetivos de esta parte de la investigación es analizar esos motivos, sin embargo para ello será, en primera instancia, necesario preguntarnos por las toxicomanías como entidad clínica y social. Para este efecto, acudiremos a los planteamientos de algunos teóricos que, desde el psicoanálisis, trazan aproximaciones que cuestionan a las premisas tradicionales construidos alrededor de este tema. En esta segunda parte del capítulo, analizaremos las toxicomanías en su complejidad clínica, así como también las características de las sociedades de consumo que han intervenido en su sostenimiento como uno de los malestares característicos de la época.

1.3.1 Las diversas relaciones con las drogas a lo largo de la historia

Las relaciones que los seres hablantes han establecido con las drogas no inician en esta época. Es bien sabida la permanencia de las drogas en la humanidad y los diferentes tipos de relaciones que los sujetos han establecidos con ellas. Antonio Escohotado realiza un análisis minucioso y riguroso sobre la historia de las drogas - texto que fue dividido en tres tomos por la cantidad de información recolectada en su investigación, esto nos permite dar cuenta de la extensa historia que tienen las sustancias en la humanidad-. Existe por tanto, tomando el título de una de las clases del reconocido psicoanalista argentino; Fabián Naparstek, una relación histórica entre las drogas y el sujeto.

No nos vamos a detener en la historia de las drogas como tal, sin embargo nos referiremos a ciertos periodos históricos que nos permitirán abrir caminos para entender cómo el sujeto se ha relacionado con las drogas en aquellas épocas y cómo es la relación que en la actualidad hemos construido con las sustancias. Para alcanzar el horizonte que nos hemos planteado, haremos una breve revisión al recorrido que hace Fabián Naparstek en cinco períodos históricos.

Este autor sitúa en el centro del primer período a la religión. Nos dice: “En todas las religiones, habría que hacer un recuento de todas ellas, pero, por lo menos en las más fundamentales se encuentra una relación entre el sujeto y la droga” (Naparstek, 2008:13). Los primeros indicios de las drogas en la religión tienen que ver con el budismo y la utilización del cáñamo, lo que hoy en día se conoce como marihuana, y su estrecha relación con las prácticas de meditación, que al decir de Escohotado, han sido acompañadas del uso de sustancias y de está en especial.

Por otro lado en los escritos de la religión judeo-cristiana existen varias alusiones a drogas como el vino, dando cuenta de su poder regocijante (Salmo, 104) pero también de los riesgos que puede ocasionar su consumo (Prov. 20: 29-25). Vemos entonces que la religión cristiana, confirmaba el carácter del *pharmakon* que los griegos plantearon y que más adelante analizaremos.

Según Sara Benet, investigadora y etimóloga del Instituto de Ciencias Antropológicas de Varsovia, existen otras referencias en la Biblia, relacionadas al cáñamo. Tenorio, tomando las investigaciones de Banet en su texto *El Ecuador y la marihuana* nos dice:

En el curso de la historia, las dos palabras *kaneh* y *bosm* se fundieron en una única palabra *kannabos* o *kannabus* que se encuentra en la Mishna, el cuerpo de la ley hebrea tradicional. La palabra lleva una similitud inequívoca al escita “cannabis”. Al cáñamo se lo conoce con el nombre de *kanehbosm* o en hebreo tradicional *kannabus*. La raíz *kan* es caña o cáñamo y *bosm* significa aromático. Es el *kanbun* en caldeo. Esta palabra aparece en Éxodo 30:23, como un ingrediente del aceite santo: *Toma tú aromas escogidos: de mirra pura, quinientos siclos, de caña aromática doscientos cincuenta* (2014:47).

Según esta investigación, el cáñamo tenía un lugar especial en la práctica religiosa de aquella época, sobre todo en las enseñanzas del antiguo testamento. Claro está que no podemos asegurar con certeza la utilización del cáñamo en esta época, sin embargo podemos atrevernos a decir que, aparentemente, en toda experiencia religiosa, la utilización de distintas sustancias para rituales, era bastante común.

Las religiones hindúes también refieren vestigios del uso del cáñamo. “La planta aparece como productora de sustancias embriagantes pero de carácter sagrado” (Tenorio, 2014: 43). La relación que los habitantes de la época mantenían con esta droga atravesaba lo sacro, atribuyéndole beneficios tanto físicos como espirituales, la consideraban como dadora de felicidad y vida e incluso atribuyéndole el poder de otorgar deseos sexuales potenciados.

Otro de los periodos históricos que retomaremos de Naparstek es el de la cultura grecorromana con la noción de *pharmakon* que mencionamos anteriormente.

La “esencia” del *farmakon* consiste en que, porque no tiene esencia estable ni carácter “propio”, no es una sustancia en ninguno de los sentidos de este término (metafísico, físico, clínico, alquímico). (...) Esta no sustancia farmacéutica no se deja manipular con plena seguridad ni en su ser, del que carece, ni en sus efectos, que a cada momento pueden virar de sentido. Así, la escritura, anunciada por Theuth como un remedio, como una droga benéfica, es rechazada enseguida y denunciada por el rey, y después, en sustitución del rey, por Sócrates, como sustancia maléfica y filtro de olvido. Inversamente, y aunque su legibilidad no sea inmediata, la cicuta, esta poción que en el Fedón nunca tuvo otro nombre que el de *farmakon*, es presentada por Sócrates como un veneno pero se transforma, por efecto del logos socrático y de la demostración filosófica del Fedón, en medio de liberación, posibilidad de salvación y virtud catártica (Derrida en Lepoulchet, 2005:23)

Vemos cómo la relación que la cultura grecorromana mantenía con las drogas, tenía un carácter ambivalente, efecto de la esencia del *farmakon*, cuyo sentido puede variar entre remedio o veneno. Tesis que opera también en nuestros tiempos al momento de intentar definir un uso debido de uno indebido.

Otro problema que se plantea en esta cultura es la relación del sujeto con el vino. “El vino invadió Roma. Sin embargo, era asunto preferentemente de hombres, aunque las mujeres no estaban del todo alejadas de la bebida, en particular en la corte” (Tenorio, 2014: 67). Se puede evidenciar cómo la discusión rodeaba la cuestión de la regulación de ciertos usos. La pregunta recaía sobre el qué hacer con los que bebían, nuevamente inscrita en la ambivalencia que presentaba el farmakon. Por un lado Dionisio (dios del vino) exaltando los placeres del consumo, por otro lado Penteo, el rey, oponiéndose a que el pueblo lo beba, principalmente si eran mujeres, y promulgando su encarcelamiento.

Pero Dionisio era un dios, y los dioses no podían traer desdicha a los pueblos, es así que el pueblo se encontraba dividido en cuanto a si el vino era un problema o el problema era quien lo consumía. En término de Naparstek “el problema es dilucidar si está del lado del sujeto o del lado de la sustancia” (2008: 15), cuestión que mueve no solamente una postura ética y moral sino también política y consecuentemente clínica.

Al tercer periodo histórico, Naparstek lo ha denominado *China y el opio*, sin detenerse mucho, nos señala que “el opio es una sustancia que existía en China desde mucho tiempo antes que los ingleses comenzaran a vendérsela” (2008: 16), y que en ese momento el opio cae en la categoría de prohibición para el pueblo chino. Esa prohibición marcó, un antes y un después en la relación que el pueblo chino tenía con el opio.

Luego este autor pasa a la época del 1500, caracterizada por la cazas de brujas. Hace una somera relación entre la brujería y el consumo de drogas, que ejemplifica en un tratado de 1580 llamado *De la demonomanie des sorciers* que, a decir de Naparstek, establece una relación directa entre drogas y demonios. Esto nos puede dar luces para comprender cómo en el S.XVI se inician las concepciones morales relacionadas a las drogas y sus usos, vinculándolas a la brujería y a lo demoníaco.

En el periodo en el que Naparstek se detiene es en la época del liberalismo y el *laissez faire*¹⁰. Como sabemos el liberalismo, en su definición más general, busca limitar la intervención del

¹⁰ Expresión francesa que significa “dejen hacer, dejen pasar”, dando cuenta de un movimiento social que promovía la completa libertad en la economía.

Estado en la economía, en los fenómenos sociales y culturales de un país. Esta época tuvo varias repercusiones a nivel social, sobre todo en Estados Unidos y Europa. Esto inicia un proceso de levantamiento en contra de las políticas que hasta ese momento promovían un control por parte del Estado, y en cierta medida también constituía un levantamiento al régimen religioso con el que la política se había amalgamado. Al promover las libertades civiles tanto en el ámbito económico como social, y defender las libertades en todo tipo de conducta, se abría paso, al mismo tiempo, al debate y exteriorización de temas álgidos como la sexualidad y el uso de drogas. El movimiento hippie es un vivo ejemplo de ello.

Es justamente en esta época en donde, para Naparstek, surgen las toxicomanías como una entidad clínica, por lo tanto, su aparecimiento es relativamente reciente. Sus inicios datan de la guerra civil en los Estados Unidos en el año de 1860 – 1865, en donde se inicia la experimentación del uso masivo de la morfina en los combatientes de la época. Allí surgen los primeros visos de categorización de los efectos de esta droga como originadores de malestar. El llamado mal militar, nombre con el que se conocía a los casos en los que los combatientes luego de inyectarse morfina varias veces al día, padecían de síntomas físicos y psicológicos extremadamente dolorosos, dan cuenta de una primera aproximación a visualizar el padecimiento en el uso de esta droga (Naparstek, 2008: 17).

Sin embargo, no es sino a partir del aparecimiento del síndrome de abstinencia que las toxicomanías son tomadas como objeto del estudio científico. La preocupación de la medicina por los efectos en el organismo producidos por el cese del consumo, obligan a pensar que existe un elemento patógeno en las sustancias consumidas y que la continuidad del uso de cualquier sustancia tiene una estrecha relación con el malestar de la abstinencia.

Este hallazgo, se encontraba aún velado por las concepciones morales de la época pues “hasta ese momento había una idea muy fuerte y muy centrada en la buena o mala fe de la persona que consumía” (Naparstek, 2008: 17), dándole al consumo repetitivo la categoría de un hábito. El discurso médico tomó partido también por ésta categoría y al igual que el discurso político que hizo del hábito un sinónimo del desadaptación social. Por otro lado el discurso religioso lo consideró como parte de los pecados capitales y consecuentemente lo colocó en la categoría de un vicio.

El descubrimiento del síndrome de abstinencia, inicia un exhaustivo estudio científico de las toxicomanías en el orden de la medicina. En Estados Unidos se instalan comisiones cuyos objetivos apuntaban a encontrar las causas y consecuencias de la formación y sostenimiento del hábito. Se abrieron frentes en el ámbito de lo político con Estados Unidos a la cabeza, que prácticamente, un siglo después, promovió una política de drogas que a su vez la impuso a la mayoría de países de América Latina. Todos estos frentes, quizás fueron producto del desconcierto que esta situación producía en la población en general. Desconcierto que incluso anida hoy en día. Con este recorrido y evidenciando los diversos tipos de relación que la humanidad ha sostenido con las drogas, podemos tener elementos que nos orienten para analizar qué son las toxicomanías y posteriormente considerar su sostenimiento en nuestra época.

1.3.2 La toxicomanía como entidad clínica

La toxicomanía es una de las entidades clínicas que más cuestionamientos provoca, sobre todo a quienes trabajamos en el campo de la subjetividad. Merece una articulación minuciosa entre la teoría y la práctica, un análisis riguroso de los elementos que la configuran y de aquellos que la sostienen. Para este efecto, es necesario interrogarse sobre preconceptos y aportar con nuevas contribuciones para su abordaje.

En esta parte del capítulo intentaremos alejarnos de la pretensión de definir las toxicomanías y más bien nos aproximaremos a trabajar sobre las particularidades y singularidades que posee, sin llegar a hacer generalizaciones, que no es la vía por la cual nos proponemos trabajar, pero sí a ubicar puntos nodales que permitirán desanudar el trabazón en el que parece estar esta patología. Lo haremos desde el discurso psicoanalítico, sin embargo, no dejaremos de mencionar otros discursos que han aportado a esta problemática y que han abierto un camino para posteriores comprensiones, sin por ello, dejar de ser críticos antes estas posturas.

Cuando surge la toxicomanía como concepto, como habíamos analizado en líneas anteriores, la mirada de la ciencia reposa sobre los fenómenos orgánicos que trae consigo el síndrome de abstinencia. El discurso de la medicina toma partido en este terreno. Al constatar los efectos fisiológicos que la interrupción del consumo de la sustancia provocaba en el organismo, la preocupación bordeó la lógica de los signos propia del discurso médico.

Para este discurso la toxicomanía “era un problema de drogas; desde este ángulo merece su categoría de enfermedad” (Ocampo, 1988:25). Una enfermedad que, como todas en la medicina, requería analizar su etiología y proponer una cura y que, al ser un asunto de drogas, tanto la etiología como la cura versarían sobre ellas. Con esto “se evacúa la dimensión misma de Sujeto; y la consecuencia inexorable es un tipo particular de clínica como corolario de esas premisas” (Ocampo, 1998: 26).

Siguiendo esta lógica médica fueron varias las definiciones de la toxicomanía, desde diversas instituciones representantes de la ciencia. La Organización Mundial de la Salud, es uno de estos establecimientos que ha realizado un gran recorrido en su intento de definir a esta patología. Propuso en la década de los 60's, abandonar la terminología que hasta ese entonces se utilizaba tal como adicción o habituación de drogas, a favor del término dependencia. Hoy por hoy se la define como un estado que implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal (OMS 1994). En esta definición se puede ver que algo de la dimensión subjetiva se toma en cuenta. Particular que cobra importancia en la práctica.

Sin embargo, para llegar a esto, el discurso médico ha tenido que detenerse en un sinnúmero de definiciones que han sido cambiadas de la misma forma en la que la patología se ha transformado. Por ejemplo, en 1969, la OMS definió a la toxicomanía como un “estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo viviente y un medicamento” (OMS, 1969:8).

Lo primero que nos resuena de esta definición es la equiparación que se realiza entre un ser hablante y cualquier otro ser viviente. Esto excluye la dimensión del lenguaje que nos hace seres humanos y que nos diferencia de cualquier otro animal. Según Vera Ocampo, (1969) esta definición reduce la problemática de la toxicomanía al orden puramente biologicista. Lo curioso de esto es que, incluso hoy en día, aún en el discurso médico prima la biología antes que la subjetividad.

El DMS IV que es el manual representativo de la psiquiatría y que sirve de referencia para el diagnóstico psicológico, brinda una serie de criterios que permiten calificar al consumo de

drogas como dependencia, basados en la tolerancia, la abstinencia, la frecuencia de consumo, la compulsión, etc. La lógica que utiliza el DMS IV, es una lógica completamente descriptiva, que si bien es cierto, es necesaria en algunos casos para el diagnóstico, no aporta mucho cuando se trata del tratamiento, pues en la descripción se obvia la relación particular que un sujeto establece con la droga.

Ahora bien, estos primeros acercamientos para definir las toxicomanías desde el orden médico nos permiten diferenciar cuál es la posición que el psicoanálisis tiene respecto de esta patología. En Freud y Lacan, existen pocas pero fuertes referencias relacionadas a las toxicomanías. No existe algún texto, seminario o escrito al que estos dos autores le hayan dedicado sus letras para definirla, sin embargo las pocas referencias que existen nos dan luces para comprender su desencadenamiento en la vida anímica de un sujeto.

Por lo tanto, intentaremos abrir paso a la construcción de un cuerpo teórico que permita desmenuzar la compleja relación que un sujeto puede establecer con la droga hasta el punto de convertirse en su esclavo. La lectura psicoanalítica nos posibilitará no ignorar al sujeto que habla detrás de un consumo y por tanto brindar una escucha distanciada de lugares comunes.

En primera instancia es necesario mencionar que la toxicomanía no es una estructura clínica. Recordemos que el psicoanálisis sitúa tres estructuras de configuración subjetiva de un ser hablante, es decir, estructuras que dan cuenta de la posición con la que cada sujeto se sitúa en el mundo y que marcarán las relaciones que éste establece con los otros semejantes, con la cultura, y con aquello que lo rodea y forma parte de su vida anímica. Las estructuras que el psicoanálisis plantea son: la neurosis, la psicosis y la perversión. La toxicomanía no figura como una de ellas y allí, quizás, radica unas de las complejidades para trabajar en este campo. No se sabe dónde ubicarla ni cómo tratarla.

Pretendemos por tanto, trazar líneas que marquen el camino más acertado para su comprensión. Al plantear que la toxicomanía no es una estructura clínica per se, estamos ya delineando la primera de ellas. Pero ¿si no es una estructura clínica, de qué se trata entonces esta patología? Para comentar esta interrogante recurriremos a las referencias que Freud hace en algunos de sus textos acerca del uso de drogas. En 1929 en su texto *El malestar en la Cultura*, nos habla de que el uso de narcóticos es una de las formas que los sujetos tienen

para enfrentar el malestar, (cuestión en la que nos detendremos más adelante), recurso que representa también un riesgo. Este riesgo del que habla Freud, a pesar de no profundizar mucho en él, nos permite señalar el modo en el que la toxicomanía se puede configurar en cada sujeto. De una manera siempre muy particular pero que apunta, la mayoría de las veces, a un objetivo similar.

El análisis de este objetivo, nos posibilitará destacar las particularidades de esta entidad y tener una mejor comprensión del campo al que nos enfrentamos. Freud nos dice:

Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande que individuos y aún pueblos enteros le han asignado una posición fija en su economía libidinal. No solo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los “quitapenas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación (Freud, *El malestar en la cultura*, 2009:78).

Sin dejar de advertirnos que en esta propiedad de procurar independencia a un sujeto, radica justamente su peligrosidad.

Lo que Freud llama independencia del mundo exterior, Naparstek lo interpreta como un desenganche respecto del Otro, en términos lacanianos.

El verdadero toxicómano muestra de una manera patética que, con su patología prescinde del Otro del lenguaje, y busca una operación que no pase por allí, que prescinde del sexo y encuentra una respuesta libidinal diferente y, por supuesto, que podría aislarse totalmente del Otro social (2008: 25).

Es en este aislamiento en donde radica la peligrosidad inherente a la toxicomanía y paradójicamente posibilita su sostenimiento, además de permitir su gran expansión en la época actual.

Silvie Lepoulichet, (2005) señala, de una forma muy pertinente, esta paradoja que presenta la toxicomanía, al introducir la figura del farmakon como punto central en su teorización. Como habíamos visto, la característica principal del farmakon es la ambivalencia de ser un remedio y un veneno a la vez. Freud también nos indica esta ambivalencia cuando nos recuerda que los recursos que el sujeto utilice para suprimir el malestar pueden llegar a ser generadores de aquello de lo que justamente quiere escapar. Por lo tanto, un sujeto que recurra a modificar su quimismo para reducir su malestar, puede tener a la droga en su función de ser un remedio,

pero cuando ese malestar que ha intentado sustraer se vuelve a sí mismo en medida doble, entonces la droga se convertirá en su veneno.

Entonces, al mismo tiempo que, con el consumo, el sujeto logra sustraerse de aquello que implica el sostener el lazo social, como trabajar, ocuparse de la paternidad, de la maternidad, el lidiar con el otro semejante, con la diferencia sexual, es decir, en resumidas cuentas, con lo que involucra la castración¹¹ – lo que constituiría un remedio para el malestar – al mismo tiempo, se ubica del lado del aislamiento y enajenación que lo deja por fuera de la palabra y del intercambio simbólico, lo que constituiría su veneno pues, sabemos el riesgo que existe en ese estar por fuera del orden simbólico: el riesgo de morir o de bordear el posicionamiento psicótico. Por lo tanto, la toxicomanía da cuenta del modo en el que se usa una determinada sustancia como remedio y veneno a la vez, instalándose en el puro goce del cuerpo sin tener que acceder al otro semejante para lograrlo.

Estos tres puntos que analizamos; 1) la toxicomanía en su función de taponar el malestar inherente en toda cultura y al malestar que la castración implica 2) el que sea un remedio y un veneno a la vez y 3) el que implique el riesgo de desengancharse del Otro, nos introducirán en los fenómenos que han impulsado el apogeo de las toxicomanías en nuestra época y su funcionamiento en los contextos urbano marginales.

1.3.3 Las toxicomanías y nuestra época

Nuestra época está gobernada por profundos cambios en lo político, económico, social y por supuesto a nivel ideológico. La globalización con sus características más recientes ha generado modos de relacionamiento social cada vez más novedosos y que conllevan ciertos riesgos. Estos modos regulan las relaciones de la familia, de los sujetos con el Estado y obviamente de los sujetos con los objetos.

Sabemos que el discurso que reina en nuestra época es el discurso del mercado y es él, el que re-ordenará el lazo social. “Quizás no sea del todo exagerado afirmar que lo que ocupa un lugar central en este nuevo orden de cosas es un individualismo desamparado” (Dobry,

¹¹ Para el psicoanálisis la castración tiene que ver con el conjunto de consecuencia subjetivas, inconscientes, determinadas por ser seres hablantes, es decir por estar sujetos al lenguaje y la imposibilidad de completud.

2009:15), que provoca el surgimiento de síntomas novedosos como “la violencia desmedida, la toxicomanía, los trastornos de alimentación, la depresión, la tendencia al consumo desenfrenado, las psicosis no desencadenadas, la inconsistencia en las relaciones amorosas, etc.” (Dias, Pereria, Liberal, & Nascimento, 2009:69).

Las reglas del discurso del mercado arrinconan la subjetividad transformando a los sujetos en objetos de consumo, “consumidores consumidos por el mismo mercado que debía alimentarlos, educarlos y velar por su salud” (Días et al; 69). Con este cuadro, no es insensato pensar que las sociedades de consumo son un caldo de cultivo para nuevos síntomas que hacen frente a la soledad generalizada y al desencanto, efecto de la primacía del mercado sobre el sujeto. Si un sujeto hoy en día no está en la lógica del consumo de cualquier tipo de objeto y consecuentemente no se convierte en un consumidor más, será excluido de las relaciones sociales y lanzado al margen del discurso dominante. Esta expulsión tiene graves secuelas en la subjetividad y origina el apareamiento de diversas formas del malestar.

Los sujetos, en pos de alcanzar el ideal de la cultura occidental, es decir consume más y vive más, se aíslan de los otros semejantes, excluyéndose del intercambio simbólico. Ese intercambio ya no está regido tanto por un lazo social basado en la palabra y en el compartir de experiencias y relatos que enlacen relaciones, sino, en el intercambio de objetos que promueven la individualidad y la alienación. *Se es sujeto sólo en la medida en la que se consume*. Esto produce una sensación de soledad y desamparo, imposibles de apalabrar y, que caracterizan a nuestra época.

Freud nos advertía, en su texto el Malestar en la cultura, la dificultad que los seres hablantes tenemos para lidiar con el malestar. Habíamos visto cómo nos propone un abanico de posibilidades con los que los sujetos contamos para hacer de la vida menos infeliz y hacerle frente a ese malestar inherente a toda cultura, cuyo carácter es estructural. Recordemos que Freud trata este tema a propósito del sentimiento oceánico referido por uno de sus amigos llamado Romain Rolland, y empieza a analizar la dificultad que él encontraba en sentir aquello que puede definirse como una sensación de completud y de religiosidad¹².

¹² Nos referimos al sentimiento oceánico descrito por Freud en su texto el Malestar en la Cultura.

Esta dificultad le permitió a Freud ubicar a este sentimiento, en cierta medida de carácter religioso, como uno de los posibles caminos que el sujeto toma para consolarse ante el sufrimiento. Otros caminos están relacionados al amor, al delirio y a la sublimación, y coloca también en esta lista al uso de narcóticos. Nos dice:

La vida, como no es impuesta, resulta gravosa: nos traer hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes. (...). Los hay, quizás, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos hagan insensibles a ella (2009, 75).

Este volver a Freud nos permite analizar cómo ya en aquella época el ser hablante construyó estrategias para ser menos infeliz. Lo que nos interesa subrayar - en esta parte - del texto de Freud, es cómo en esos momentos de la historia el sujeto contaba con un menú de posibilidades para sufrir menos y entonces estaba avocado a elegir la vía que menos riesgo conlleve y que menos displacer produzca. Sin embargo hoy en día, efecto de la fragmentación del lazo social y de la globalización del consumo, estas posibilidades parecen reducirse a una sola; el consumo (no sólo de drogas) como único y exclusivo modo de hacerle frente al malestar.

La cultura occidental regida por el discurso del mercado cuyo punto nodal es el consumo, obliga a vivir en una sociedad marcada por el paradigma de lo *híper*, es decir del exceso. Hoy hay niños *hiperactivos*, sujetos *hiperconsumistas*, sociedades *hipermodernas* e *hiperdeseosas* de satisfacer sus *hipernecesidades* de un manera *hiperrápida*. La lógica del mercado y de las sociedades consumistas juega con aquellas ilusiones que los seres hablantes necesitamos para sostenernos en la cotidianidad: la ilusión de estabilidad, de seguridad y el anhelo de alcanzar la felicidad.

Coloca a estos ideales como los vehículos que le permitirán alcanzar su consolidación. Bauman nos dice:

En el camino que conduce a la sociedad de consumidores, el deseo humano de estabilidad deja de ser una ventaja para convertirse en una falla potencialmente fatal para el propio sistema, causa de disrupción y mal funcionamiento. No podía ser de otra manera, ya que el consumismo, en franca oposición a anteriores formas de vida, no asocia tanto la felicidad con la gratificación de los deseos, sino con un aumento permanente del volumen y la intensidad de los deseos, lo que a su vez desencadena el reemplazo inmediato de los objetos pensados para satisfacerlos y de los que se espera satisfacción (Bauman, 2007:50).

La lógica de las sociedades consumistas radica en la búsqueda de hiperrespuestas para satisfacer hiperdeseos, con objetos que prometan su deleite pero que en el fondo solo generarán lo opuesto. Las drogas entonces calzan de manera muy precisa en esta categoría y son el ícono de las sociedades de consumo.

Otro de los rasgos que define a esta época, es el empuje a ser feliz. No resulta muy difícil de constatar el ideal de la felicidad para todos que nos impone el amo moderno, basta acercarnos a cualquier medio divulgativo para sentirnos culpables de no ser felices; se nos ofrece continuamente un objeto a la medida de la satisfacción de cada uno, y sin duda ésta no es una operación sin consecuencias subjetivas, cuanto mas un sujeto se sitúa del lado de este ideal, mayor suele ser la insatisfacción (Dobry, 2009: 17).

En esta vía las toxicomanías se configuran como la bandera de esta premisa. Es en la consecución inexorable del más allá del placer que Freud planteó en 1920 y que posteriormente Lacan lo llamará *goce*, que el sujeto adopta innovadoras formas de alcanzarlo sin importar el precio que tenga que pagar por ello. Gozar se torna en el imperativo que gobierna las sociedades de consumo y consecuentemente a los seres hablantes que se sitúan en condición de sujetos, siempre y cuando sean consumidores. Es decir, el ser hablante pasa de ser un sujeto de deseo para convertirse en un sujeto de consumo y también en su objeto.

Este empuje a alcanzar la felicidad, a sostener un goce excluido de la relación con los otros semejantes, ocasiona fragilidad en el vínculo entre los sujetos, hasta el punto de llegar a fracturarlo. De hecho, para que el consumismo y el discurso hegemónico del mercado funcionen, se debe apuntar a esta fragilidad como primer objetivo. Ya no importa el sujeto, solo el objeto. Los sujetos solo vehiculizan la consagración del objeto y la primacía del goce. El discurso del mercado, que es un discurso amo, autoriza a gozar prescindiendo de la otredad.

Por lo tanto el tejido que sostenía el lazo social empieza a deshilacharse. “Ya no se cree ni se confía en todo aquello que viene del otro, ya no sirve la prohibición para frenar los excesos, ya no depende de la palabra de un padre que ostenta cierta autoridad, la autoridad ha caído en desuso” (Dobry, 2009: 18). La contemporaneidad está marcada por la caída de los referentes que ponían en operación la ley, no la del código sino la ley simbólica que regula las relaciones entre los seres hablantes y consecuentemente regula el goce. Hoy en día, lo que regula se ha encarnado en el puro objeto, ya no opera la re-presentación sino la mera

presentación del objeto. “Un elemento más, y no cualquiera, para hacer de las adicciones una epidemia y del adicto el paradigma del hiperconsumismo” (Dobry, 2009: 18).

1.4 Las toxicomanías en los contextos urbano - marginales

Hemos realizado un importante recorrido teórico sobre conceptos tales como la marginalidad, la exclusión y las toxicomanías. Este recorrido nos ha permitido bordear problemas sociales estructurales que afectan la construcción de los pueblos y repercuten directamente en sus modos de relación, cada vez más agujereados por la dinámica subyacente a la marginalidad. Además nos hemos adentrado en los aspectos propios de las toxicomanías como una entidad clínica y hemos evidenciado su incidencia en las sociedades de consumo. En esta última parte del capítulo articularemos lo desarrollado en los acápites anteriores para dar cuenta de los efectos de la marginalidad a nivel subjetivo y cultural y cómo estos efectos han abierto el camino para que se presenten nuevas y más crudas manifestaciones del malestar.

Sabemos que en América Latina es bastante común y preocupante el surgimiento y propagación de territorios con un entorno precario, llamados también asentamientos humanos, instalados en zonas que carecen de las condiciones necesarias para vivir y cuya característica principal es la miseria. Como hemos analizado, estas zonas o territorios, están catalogados como espacios urbano-marginales, pues a pesar de ser parte de los procesos de urbanización de las grandes ciudades, experimentan procesos de exclusión y marginalidad avanzados.

El proceso de urbanización en América Latina representa, según Castells mencionado por Gustavo Durán Saavedra (2010) “las relaciones socio-espaciales de la agudización de las contradicciones sociales inherentes a su modo de desarrollo, desarrollo determinado por su dependencia específica dentro del sistema capitalista monopolista” (Saavedra, 2012:4). La acumulación y concentración del capital producto del proceso de globalización tiene un efecto significativo en la conformación del espacio urbano, siendo la pobreza urbana uno de los elementos más evidentes de esta segregación. Los contextos urbano-marginales de las grandes ciudades se han levantado como el ícono de dicha segregación.

Las relaciones vividas dentro de los espacios marginales son completamente diferentes a aquellas que se viven en el resto de los territorios, en los cuales no existen condiciones de

vida precarias y la lucha por sobrevivir carece de sentido. En los contextos urbanos marginales no solamente se encuentra un sentido a la sobrevivencia sino que la vida en sí gira en torno a ella.

La criminalización, la estigmatización y el consecuente reforzamiento de la exclusión, deja a estas poblaciones en condiciones fértiles para el nacimiento de diversos problemas sociales relacionados a la delincuencia, la violencia y el consumo de drogas. En este último punto haremos hincapié intentando comentar los efectos subjetivos de la marginalidad y de la exclusión en los contextos urbanos marginales, que han operado como impulsores del fenómeno de las toxicomanías.

Retomando a Gino Germani, en su teorización respecto del concepto de marginalidad, nos detendremos en una de las variables que consideró necesarias para comprender la marginalidad: las características psicosociales de los grupos y sujetos marginales. Esta variable nos abrirá el camino para el objetivo que nos hemos propuesto. Si la marginalidad, para este autor, radica en la dicotomía por la que algunas sociedades, sobre todo en América Latina, tienen que pasar en sus procesos de modernización, este proceso no solamente tiene consecuencias a nivel de la organización social, sino también a nivel cultural y consecuentemente a nivel de la estructuración psíquica de los seres hablantes.

En otras palabras, un sujeto que nace, crece y se desarrolla en un contexto en donde la marginalidad está excluida de sus relaciones sociales, mantendrá distintos lazos con los otros semejantes y su funcionamiento psíquico distará de aquel que ha nacido, crecido y desarrollado en la exclusión y en la marginalidad. La construcción de la identidad, el proceso de subjetivación y la construcción de referentes con los cuales un sujeto se sostiene, tendrán transformaciones significativas debido a las carencias con las que estos sujetos se enfrentan día a día.

Existen en estos contextos, dificultades de adaptación a las exigencias del mundo moderno. Recordemos que en América Latina, la modernización implicó una ruptura mucho más profunda que en otras regiones, debido a la superposición cultural que dejó el colonialismo. Las sociedades agrarias de nuestra región tuvieron que pasar por un proceso mucho más complejo para encontrar un lugar en el mundo capitalista moderno, que no solamente los

excluía del trabajo formal sino que los despojaba de toda capacidad para ubicarse en cualquier lugar de la economía y por ende con una organización social completamente precaria. Esta precariedad a nivel de la economía política produjo transformaciones en la economía psíquica.

De estos cambios en la economía psíquica surgen éticas particulares, modos de relaciones atravesados por otros valores que distan de aquellos que construyen la vida en el mundo no marginal. La ética de la calle, del marginal, es una ética basada en la ruptura de lo simbólico, en la ausencia de palabras que permitan simbolizar la crudeza de lo real. Una ética avocada a hacer acto, y no cualquiera: un acto violento contra el resto y contra sí mismos. Es por esta razón que en estos contextos la violencia sexual y el asesinato son bastante comunes, pues la ley simbólica de la prohibición del incesto y de la prohibición del asesinato, es inoperante.

Como parte de esta ética de la calle, se encuentra el consumo desenfrenado de drogas, especialmente del conocido “bazuco”¹³, la droga del desecho, su venta al “menudeo” como medio de subsistencia y como parte de “las economías callejeras informales” (Wacquant, 2001:170), y la puesta en escena de una violencia desmedida bajo los efectos de esta sustancia. La pregunta que nos surge inmediatamente es ¿y cómo no? Como no recurrir a los calmantes para soportar la fragmentación social y subjetiva en la que estos sujetos viven, cómo no adentrarse en la lógica más cercana al consumismo para intentar ser parte, aunque sea por esa vía, del mundo moderno, cómo no querer vivir anestesiados si el dolor de la exclusión desgarradora.

El consumo de bazuco y de pega¹⁴ en estos contextos es muy frecuente, y para nada azaroso. No es coincidencia que los llamados marginales fumen el desecho del desecho e inhalen disolventes a los que le llaman “la solución”. Juegan con estos significantes casi sin saberlo; disuelven el sufrimiento, lo “solucionan” aunque sea temporalmente, se hacen uno con el resto. “Con el paco¹⁵ ha surgido una droga singular, paradigmática, sin una referencia química que pueda definirla, le pone su rostro a uno de los fantasmas del capitalismo, la intoxicación con el desecho” (Bousoño, DAndrea, & Gordneff, 2009:24). Un efecto más de

¹³ Nombre que se utiliza en la jerga de los toxicómanos para hablar de la base de cocaína.

¹⁴ Cemento de contacto

¹⁵ Nombre que se le da al bazuco en Argentina

este discurso, efecto que recae sobre los modos de gozar con un objeto de consumo cuyo precio es la esclavitud.

La toxicomanía como fenómeno social, aún más crudo en estos contextos, parece haberse constituido en una vía de salida al caos que se vive en la marginalidad. Un no querer saber acerca del malestar, porque el malestar es cada vez más intolerable. No hablamos solamente de aquel malestar que Freud catalogaba como estructurante, inherente a toda cultura, sino de un malestar que supera la estructura y que al superarla la rompe. Cuando hay una estructura rota, el sujeto se abate, queda enfrentado a la nada, es decir, a la muerte.

La experiencia que deja la marginalidad, esta cargada de desconcierto, de incertidumbre. En la calle la metáfora no es más metáfora, la fantasía es realidad, y el lenguaje no es mediador. Los sujetos están exiliados del campo del Otro, adentrándose cada vez más al terreno de la locura, rozando la perversión. Las toxicomanías entonces surgen como ilustraciones de este desorden. Son el vehículo, siempre tramposo, que muchas veces, les permiten a los sujetos tener un lugar, pertenecer, poseer una identidad, la de ser adictos, pues “el uso de sustancias parece obedecer a una política de goce individual, aun autístico, que paralelamente garantiza una especie de homogeneización a través de la atribución de una identidad común a todos los que la eligen” (Andropoulou, 2009:81).

Para finalizar este primer capítulo, si tenemos en cuenta que el consumo de drogas le permite al sujeto ese desenganche con el Otro, el desenganche deviene conveniente cuando ese Otro es el que excluye, cuando es un Otro amenazante y violento. La droga entonces, es el objeto perfecto para excluir a la exclusión y es el representante más visible de lo que la origina.

Ernesto Sinatra nos dice que

los individuos afectados por la pobreza (que intensifica la soledad a niveles infinitos), están más expuestos a la destrucción por tener no solo menos ingresos – en el caso de tenerlos –, sino una menor red social de contención. Sin ir mas lejos, el paco y el crack – por ser drogas baratas, accesibles – constituyen el resto de la producción de la droga (clorhidrato de cocaína) a partir de una operación tan increíble como exitosa, al par que destruye al consumidor más pobre: el comercio internacional con sus laboratorios caseros ha logrado reintroducir el resto de la producción de la cocaína nuevamente en el mercado; ideal del consumo: no se trata ya de eliminar el resto del proceso de producción, sino de ¡venderlo! (Sinatra, 2008: 192).

Nada más conveniente para el discurso del mercado. Los llamados marginales son entonces los blancos más apetecidos para el negocio capitalista del narcotráfico. Los contextos urbanos marginales son sus territorios, allí abunda la necesidad, la desolación, la soledad, el hambre que no encuentra respuesta en ese sistema que prometió apaciguarla, la miseria. En resumen, las desgracias del ser.

CAPÍTULO 2. LOS TRATAMIENTOS PARA LAS TOXICOMANIAS.

Existe diversas iniciativas de tratamiento para trabajar en la relación problemática que el sujeto establece con algunas drogas. Algunas de ellas están en el orden de la medicina, otras de la psiquiatría, de la psicología o del psicoanálisis. La evolución de los tratamientos ha seguido el ritmo de la transformación del consumo y responde a una complejidad inherente a la problemática. Esto nos enfrenta a reconocer que el campo de las toxicomanías abre un sinfín de interrogantes cuyas respuestas no han llegado a su término, ya que siguen siendo investigadas y trabajadas.

Con ello, existe una perplejidad que surge ante el fenómeno de las toxicomanías, ya que nos desafía al verse traducida, por ejemplo, en nuevas formas de consumo, en nuevas drogas consumidas, en nuevas significaciones otorgadas al acto de intoxicarse, entre otras características que hoy en día se evidencian, lo que nos coloca, a los que elegimos hacer del sufrimiento humano una problemática para trabajar, en una suerte de encrucijada entre repetir aquello que ya se ha hecho o buscar nuevas formas de abordar esta problemática. Así, para salir del orden de la perplejidad, nos inscribimos en dicha búsqueda en el marco de la presente investigación y pretender, con ello, encontrar hilos conductores que nos permitan abrir nuevos campos de trabajo y de intervención.

Es así que, en este segundo capítulo, haremos una revisión de los aciertos y limitaciones de los tratamientos tradicionales para las toxicomanías, sirviéndonos de la historia de su conformación y sus transformaciones, para luego exponer los nuevos planteamientos que hacen frente a las limitaciones de trabajo con sujetos marginales.

2.1 Los tratamientos tradicionales. Un recorrido histórico

La historia nos permite re-correr los lugares ya transitados, recordar los obstáculos que han surgido y obtener experiencia de aquello que hemos recorrido. Allí radica la importancia de la historicidad. Sin historia no seríamos más que retazos de un relato que no llega a fundirse y que por tanto no deja huella. En esta primera parte del segundo capítulo, sirviéndonos de este recurso, haremos un recorrido histórico de los tratamientos para las toxicomanías desde sus inicios en Europa y Estado Unidos así como en su llegada al Ecuador.

Como analizamos en el primer capítulo, la historia de las drogas y sus usos es extensa, esta historia ha marcado a la humanidad significativamente. Las drogas han cambiado, pasaron de brotar de la tierra a ser manipuladas en pequeños, grandes, legales e ilegales laboratorios. Y así como diversa es la historia de las drogas diversa también es la historia del destino de aquellos que las han usado. De este modo, centraremos nuestra mirada en historizar el tratamiento de aquellos que se han esclavizado a una droga e incluso de los que sin hacerlo fueron calificados como tal.

Como mencionamos en el capítulo que antecede, la preocupación por la relación patológica que algunos sujetos establecieron con las drogas, nace a mediados del siglo XX. En este siglo se dio inicio a algunas alternativas asistenciales para tratar esta problemática, que inicialmente tuvieron un fuerte carácter totalitario, derivado de elementos tanto políticos como religiosos. Revisaremos cómo estos dos discursos, el político y el religioso, han influido en la instalación de dispositivos asistenciales para las toxicomanías y cuál ha sido su incidencia hasta la actualidad.

El planteamiento político se fundamentó y sigue fundamentándose, aupado por el discurso científicista, en la peligrosidad de las drogas como objetos invasores del organismo humano, capaces de producir alteraciones biológicas y psíquicas, generando, consecuentemente, problemas de adaptación que descontrolan a la estructura social. “Las políticas sobre las drogas a nivel mundial se arraigan en un loable afán por atender los muy concretos efectos nocivos que pueden crear las drogas psicoactivas, no medicas” (Fundación Transform Drug Policy, 2012:3). Este afán ha generado una serie de impactos a nivel social cuyos costos hoy son innumerables.

La guerra contra las drogas inicia formalmente de la mano de las declaraciones del presidente estadounidense Richard Nixon a finales del año 60¹⁶, a pesar de que en Estados Unidos la prohibición de algunos estupefacientes fue anterior.

¹⁶ Según Szasz esta guerra vino fraguándose muchos años antes con el inicio de la guerra contra la obscenidad a finales del siglo XIX en Estados Unidos. Según el autor esta guerra moral, preparó en cierta medida el terreno para la guerra contra las drogas que se instaló posteriormente. Szasz enmarca los antecedentes jurídicos de la guerra contra las drogas en las siguientes leyes: La Food and Drugs Act de 1906, La Ley Harrison, La Ley de Prohibición del Alcohol de 1920, La Food, Drug and Cosmetic Act de 1938. (Szasz 2001, 104)

En 1914 el Congreso prohibió la cocaína, la heroína y otras drogas relacionadas, y en 1937 fue el turno de la marihuana. Sin embargo, es debatible el alcance con las que las autoridades estadounidenses hacían cumplir estas leyes. Todo esto cambió en 1969 con la declaración de Nixon (Hidago, 2011:181).

quien enfocó toda la atención y recursos del estado en las sustancias que supuestamente eran las generadoras de problemas psíquicos y sociales, dejando de lado a los sujetos que las consumían.

Detrás de este planteamiento, la premisa que operaba era que si las drogas dejaban de existir entonces quienes las consumían dejarían de hacerlo. Premisa que impregnó al tratamiento de intervenciones sesgadas, pues el surgimiento de la prohibición enmarca al uso de drogas dentro del orden de la moral, por lo tanto los consumidores eran considerados inmorales. Así, este planteamiento, que contaminó a otros países por efectos de la globalización, no permitió que la problemática de las toxicomanías sea debatida desde otras perspectivas que no sean las morales.

Por otro lado, los argumentos religiosos hacían ahínco en el carácter pecaminoso del consumo. El estatuto de pecado que tiene el consumo de drogas en la Biblia, inclinó aún más la balanza del tratamiento a los aspectos morales de la problemática, con ello se olvidaba sus implicaciones psíquicas. Estas argumentaciones posibilitaron que las alternativas terapéuticas tomaran estos mismos planteamientos para fundamentar sus abordajes desde la prohibición y el pecado. Si bien es cierto que la lógica de los dispositivos asistenciales se ha ido transformando, en la actualidad, en algunos casos, se mantienen fielmente a estos principios en una suerte de resistencia ante opciones más aproximadas a la subjetividad.

Bajo estas perspectivas, los primeros intentos de brindar atención al sufrimiento generado por esta relación patológica entre el sujeto y las drogas, fueron las llamadas *Comunidades Terapéuticas* (CCTT). Así, “el modelo actual en CCTT¹⁷ deviene de dos corrientes, muy particulares, la primera orientada hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general, la segunda planteada específicamente para el tratamiento de adictos” (Gómez y Serena 2012, 91-92). Estas corrientes nos permitirán volver sobre la historia de los tratamientos para las toxicomanías y con ello, en contraste y complementariedad, aproximarnos a la propuesta que pretendemos realizar con esta investigación.

¹⁷ Abreviación de Comunidad Terapéutica

La primera corriente data en y luego de la Segunda Guerra Mundial, en donde la aparición de los problemas llamados mentales tomó un ascenso significativo. Los efectos de la guerra tuvieron lugar no solamente a nivel político, económico o social, sino también a nivel del funcionamiento y de la economía psíquica. En un contexto en el que los problemas de salud mental eran atendidos de modos precarios, en infraestructuras denigrantes y bajo modelos jerárquicos de medicalización absoluta, nace una propuesta que daría un giro a la concepción del enfermo mental. La comunidad terapéutica era una respuesta a los servicios asistenciales asilares de las instituciones dedicadas a tratar la locura. Estas se plantearon como un modelo no jerárquico y más abierto, en el cual la intervención médica, psicológica y psiquiátrica estaba limitada e incluso, en algunos casos, excluida.

Maxwell Jones, conocido psiquiatra escocés, dedicado a la revisión rigurosa de la lógica asistencial psiquiátrica de la época y precursor de la psiquiatría social, a partir de su experiencia en el Hospital Henderson en la Unidad de Rehabilitación Social y en el Centro Mill Hill de Londres con ex prisioneros de guerra, desarrolla los principios de establecimientos abiertos con terapia de grupo, para luego dar paso al concepto de comunidad terapéutica en 1947. (Gómez y Serena 2012)

Por otro lado, en Estados Unidos bajo la influencia de Alcohólicos Anónimos (AA), que en la década de los 50 se conformó como una red de autoayuda para personas que tenían problemas con el consumo de alcohol, se da origen, años después, a la CCTT para tratar a personas que tenían problemas no sólo con el alcohol sino también con otras drogas¹⁸. Así, quien promueve esta iniciativa fue Charles E. Dederich, un estadounidense con serios problemas de alcoholismo que luego de haber perdido su trabajo y su familia, decide vincularse a grupos AA, y ampliar la experiencia para grupos de heroinómanos que alcanzaban períodos significativos de abstinencia gracias a las reuniones que se realizaban en su casa en Los Ángeles, que luego se convertiría en el hogar de muchos de ellos por cuestiones de ahorro económico. De este modo, podemos detallar cómo se formó la primera comunidad terapéutica en América.

¹⁸ Es importante mencionar que en esta época la toxicomanía se convirtió en uno de los talones de Aquiles de la medicina, psiquiatría y psicología. Se consideraba que los toxicómanos eran pacientes intratables

De esta manera, tanto Jones como Dederich en Europa y Norte América respectivamente, dieron inicio al surgimiento de nuevas alternativas para atender a los llamados toxicómanos.

Para Jones

la alternativa (...) tenía que ver con un intento de establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos se reemplazara por una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal, la información, la toma de decisiones y la solución de los problemas (Gómez y Serena 2012, 92).

Para Dederich, la alternativa planteaba un modelo de convivencia entre iguales que se ayudan y se dan soporte comunitariamente. El eje central de este planteamiento fue la autoayuda y la horizontalidad en las relaciones entre sus miembros. Ya no existía el médico y el paciente, sino personas que sufrían aparentemente el mismo dolor y que podrían ayudarse unos a otros.

Estas dos vías, la primera enfocada en un nuevo modelo asistencial, que, sin dejar de ser profesionalizado, requería una eliminación de las jerarquías propias de la práctica psiquiátrica y, la segunda, alejada completamente de los servicios profesionales, sostenida en la autoayuda como referente, han marcado el modo en el que los dispositivos de tratamiento para las toxicomanías se han construido y se siguen ejerciendo hasta la actualidad.

De este modo, la anti psiquiatría tomó la bandera de la primera vía y el modelo de autoayuda la de la segunda. En la lógica anti psiquiátrica se origina la CCTT científica, como un modelo de investigación aplicado, que fue propuesto por Jones. En la lógica de la autoayuda nace el modelo Daytop, fundamentado también en un rechazo y escepticismo a los dispositivos asistenciales psiquiátricos, especialmente en el campo de las toxicomanías ya que tenían un sinnúmero de fracasos acumulados.

Ahora bien, decíamos con anterioridad que Dederich se vinculó a AA y luego amplió la experiencia terapéutica hacia otras adicciones. El trabajo de esta comunidad terapéutica forjada por Dederich tomó el nombre de Synamon, la cual tuvo una influencia importante en el tratamiento de las toxicomanías, incluso en la actualidad. Bajo el lema *Una vez adicto, siempre un adicto* se desarrolla una suerte de culto al determinismo que la adicción supuestamente engloba. Dentro de esta misma línea de pensamiento surge la premisa: *sólo un adicto puede ayudar a otro adicto*, que obstaculizó las intervenciones terapéuticas en este campo.

Estas premisas no pueden dejar de lado la gran influencia del discurso político y religioso que analizamos en líneas anteriores. La continúa persecución a las drogas que se inició incluso antes de la declaración formal de su guerra, dio paso a una persecución a los consumidores, quienes no sólo eran inmorales, sino que también estaban condenados a serlo para siempre. Por otro lado, la idea de que el consumo sea un pecado deja la puerta abierta para que el sectarismo maquillado de religiosidad entre en juego en todas las intervenciones y que en nombre de la liberación del pecado se realicen prácticas atroces.¹⁹

Otro de los elementos característicos de esta comunidad terapéutica que sigue vigente, impulsado en la guerra contra las drogas y en la religión, es el objetivo de alcanzar la abstinencia con programas libres de drogas,

en la medida en la que se entendía como objetivo central de la intervención la eliminación de la mismas (de las drogas, LV). Considerado en el tratamiento de un individuo, ese objetivo comprendía la supresión de la droga de su campo de acción. Por extensión este intento no tardó en ampliarse al conjunto de la sociedad, lo cual –se supuso lógicamente- que aseguraría un resultado. De esta manera, se gestó una vinculación entre el tratamiento de la toxicomanía y la guerra contra las drogas que emprendieron las sociedades (Warjach, 2013: 7).

La rigidez con la que creció la experiencia en Synamon, motivada por el discurso político de la época, la llevó a constituirse en una secta, en donde la vulneración a los derechos humanos estaba a la orden del día.

En los años 60s, en base a los principios de Synamon, se funda la Comunidad Daytop Village, destinada principalmente a dar tratamiento a varones convictos del sistema correccional de Brooklyn. Esta experiencia posibilitó la gestación de un modelo mixto de intervención tanto profesional como de autoayuda. Los principios de esta comunidad terapéutica eran bastante directivos, con estilos confrontativos y apuntando al autocontrol de las conductas de los pacientes.

Se daba suma importancia a la organización estricta de la comunidad para enfrentar y regular los problemas surgidos en la cotidianidad. La lógica de la psicología de conducta estaba en el

¹⁹ Prácticas relacionadas al maltrato físico, sexual y psicológico. Condiciones de hacinamiento, prácticas de deshombresexualización, torturas, entre otras que están documentadas en el Informe final “De la esperanza a la violencia. Centros de atención de consumidores de drogas” del 2012, financiado por el PRADICAN Programa Antidrogas en la Comunidad Andina.

centro de las intervenciones profesionales, delineando un modelo basado en premios y castigos. En ese entonces el modelo fue criticado por su rigidez y sus propuestas terapéuticas alternativas, cuyo objetivo era la reeducación de los pacientes a cualquier precio. Esta lógica tenía además una característica mucho más peligrosa: la universalización en el tratamiento, es decir la omisión de las características particulares de cada paciente y de la singularidad con la que establecía su relación con las drogas.

Por otro lado, otro de los íconos en modelos de comunidad terapéutica en Europa fue el Proyecto Hombre (Progetto Uomo). Organizado en 1968 a cargo del sacerdote italiano Mario Picchi, quien toma inicialmente como referencia al modelo Daytop para luego en la década de los 80, pasar a construir un modelo propio diferenciándose de las líneas norteamericanas. “El reconocimiento de la importancia del abordaje familiar, la definición de objetivos terapéuticos más individualizados y la conformación de equipos mixtos integrados por profesionales, ex-adictos y también voluntarios, son algunos de los ejes más significativos de dicho cambio” (Gómez y Serena 2012, 99). Hoy en día el Proyecto Hombre sigue operando en Italia y en otros países de Europa.

Con lo dicho, hemos visto cómo se han ido conformando las comunidades terapéuticas tanto en Estados Unidos como en Europa -quizás la mayoría de ellas influenciadas por los planteos políticos y religiosos que determinaron prácticas particulares-. Ahora bien, podemos plantear la pregunta de ¿cómo ha sido la historia de las comunidades terapéuticas y del tratamiento para las toxicomanías en el Ecuador? En primera instancia, podemos decir que los registros de dicha historia son insuficientes, empero existen algunos datos aislados que nos permitirán entender cómo se han originado estos tratamientos en nuestro país y cual ha sido su evolución.

Los relatos históricos muestran que uno de los primeros lugares en donde se atendía la relación patológica de los sujetos con las drogas, especialmente con el alcohol, fue el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA), creado en 1967 en la ciudad de Cuenca y liderado por el Dr. Humberto Ugalde. Centro que posteriormente se amplió al tratamiento de algunos otras patologías psiquiátricas y que sigue funcionando en la actualidad. En 1983 el Hospital Psiquiátrico Julio Endara abre la Unidad de Farmacodependencia y Alcoholismo (UFA), la cual brindaba tratamientos de desintoxicación y psicoterapia para pacientes con problemas de

alcohol y otras drogas, en un periodo de internamiento de un mes. Esta Unidad fue clausurada en la década del 2000. (Barreto, y otros s.f.)

Se conoce además que el investigador Rafael Velasco Terán, a su regreso al Ecuador después de una estancia en Europa, fundó, gracias a una iniciativa privada, una de las primeras comunidades terapéuticas en el año 78, en base a “una revolucionaria terapia de grupos” (Rodolfo s.f.). Es razonable pensar que esta propuesta siguió los mismos lineamientos que Synamon y Daytop Village, ya que la línea de pensamiento de estos dos grupos se extendió a América del Sur con una notable consolidación.

Podemos inferir que en el Ecuador, el tratamiento de las toxicomanías se vio influenciado por la corriente política que colocaba a la erradicación de las drogas, y consecuentemente de quienes las consumen, en el foco de las intervenciones políticas y terapéuticas, por la corriente religiosa que la ubicaba en el orden del pecado. Recordemos que fue en los años 90, justamente en el momento en donde la creación de comunidades terapéuticas privadas en el país tuvo un incremento importante, que acaecía la ley de drogas más draconiana de toda América Latina. Con esta influencia los tratamientos transitaron en el campo de lo penal, de la salud –que entendía a la toxicomanía como una enfermedad incurable- y de lo pecaminoso.

La Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, llamada ley 108,²⁰ marcó las intervenciones que se realizaban sobre este tema tanto en la prevención como en el tratamiento. Si para el imaginario social, construido por referentes políticos y aún religiosos, las drogas eran los enemigos de la sociedad y por tanto quienes las consumían eran aquellos que afectaban el orden social, el tratamiento volcó sus principios a segregar a los toxicómanos al puro estilo relatado por Foucault en la Historia de la Locura. Entonces, las comunidades terapéuticas se desviaron de los planteamientos norteamericanos y europeos para constituirse en prisiones con métodos perversos, mal llamados terapéuticos.

²⁰ “La ley 108 es un cumulo de legislaciones antidrogas a lo largo de la historia de nuestra republica. Así, las principales leyes contra las drogas ilícitas en el así fueron:

1. La ley de control del Opio de 1916;
2. La ley sobre importación, Venta y Uso del Opio y sus derivados y de los preparados de la morfina y de la Cocaína de 1924;
3. La ley sobre el Trafico de Materias Primas, Drogas y Preparados Estupefacientes de 1958;
4. La Ley de Control y Fiscalización del Trafico de Estupefacientes de 1970;
5. La Ley de Control y Fiscalización del Trafico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1974;
6. La Ley de Control y Fiscalización del Trafico De Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1987; y
7. La Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1990” (Paladines, 2013:156)

El Informe Final de Consultoría e Investigación Sociocultural en Centros de Atención en el Ecuador. De la esperanza a la violencia. Centros de atención a consumidores de drogas (2012) nos brinda un relato importante sobre dichos métodos perversos que evidencia la precariedad con la que los centros de tratamiento privados ejercían (ejercen) su trabajo.

Te metían en la piscina helada como para que te ahogues cuando te portabas mal o cuando no conversabas bien en la terapia o cuando decías tus cosas porque que lo que tú tenías que decir es tu miedo, pero de eso no podías hablar. Un tratamiento súper violento, súper auto sugestivo, ¿me entiendes? Entonces, la gente sale resentida, resentida para volver a fumar ((Tenorio & Jácome, Informe final de Consultoría e Investigación Sociocultural en Centros de Atención en el Ecuador, 2012: 32).

En el año 2008 con la nueva Constitución de la República, el estado reconoce a las adicciones como un problema de salud pública y, en el artículo 364, anuncia su responsabilidad en la realización de programas de tratamiento, entre otras intervenciones, direccionadas a la prevención y control del consumo de drogas, sin criminalización del consumo.²¹

Sin embargo, y a pesar de estar inscrito en la Constitución, el país ha vivido una ola de vulneraciones de los derechos humanos, tanto en las intervenciones relacionadas a la prevención como al tratamiento, sobre todo en los centros de rehabilitación privados. La falta de control y regulación, así como también el interés desmedido en las drogas y sus perjuicios, condenaron a los sujetos que requerían tratamiento a ser víctimas de serias violaciones de los derechos humanos en situaciones de tortura, privación de la libertad, hacinamiento, y atenciones negligentes.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública reconociendo la importancia de hacer cumplir los mandatos constitucionales relativos a los derechos humanos en temas de atención de la salud, en el año 2012 mediante el acuerdo ministerial 767, expide el *Reglamento para la regulación de los Centro de Recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas*, cuyo objeto es “establecer las normas para la calificación, autorización, regulación, funcionamiento y control de los Centros de Recuperación (CR)” (Ministerio de Salud Pública 2012).

²¹ Cfr. Constitución de la República del Ecuador

Este reglamento permite sancionar, clausurar temporal o definitivamente a los CR que carezcan de los requisitos técnicos para brindar atención y que vulneren derechos humanos con sus intervenciones. Además, en el mismo reglamento, figura la conformación de la Comisión Técnica Interinstitucional Nacional (CETIN) y las Comisiones Técnicas Interinstitucionales Locales (CETIL). Estas comisiones tienen la función de “analizar la situación de los CR a nivel nacional, protocolos, casos graves de vulneración de derechos humanos, adopción de políticas, planes y acciones conjuntas para la prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción de personas en adicción” (Ministerio de Salud Pública 2012, 14), además la obligación de hacer continuos controles en operativos coordinados con varias instituciones del estado para monitorear el funcionamiento de los CR.

Otra de las líneas estratégicas que el estado construyó para atender los consumos de drogas, fue el fortalecimiento e implementación de los servicios públicos para brindar tratamiento tanto en un primer nivel de atención, es decir, centros de salud, como en los niveles superiores relativos a Hospitales Generales y Centros de Especialidad, siguiendo la lógica del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Además, se elaboró el Plan Estratégico de Salud Mental, cuyo Lineamiento Nro. 3 plantea la implementación de múltiples acciones para brindar atención integral a las personas que usan o consumen drogas. (Ministerio de Salud Pública 2014)

Con estos antecedentes se crea el Área de Contingencia de Adicciones (ACA) en las instalaciones del Hospital Dermatológico Gonzalo Gonzales. Esta institución permitía dar atención temporal -de un mes- a pacientes rescatados de CR privados en los que se vulneraban sus derechos. Sin embargo, la demanda de tratamiento se elevó de manera significativa y como consecuencia de esto, en el año 2014 este servicio se amplió. Ahora es el Centro Especializado en el Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CETAD). (Ministerio de Salud Pública 2014)

Actualmente²², este Centro funciona en las mismas instalaciones y opera bajo el modelo de comunidad terapéutica con una capacidad de atención de 24 pacientes hombres y 15 mujeres mayores de 18 años en modalidad residencial, que elijen iniciar un tratamiento de forma

²² Datos obtenidos hasta noviembre del año 2015.

voluntaria; esta iniciativa se extendió a la ciudad de Guayaquil. Según el Ministerio de Salud se pretende contar con más centros de este tipo en todo el país. Existe también la creación de casas de acogida para adolescentes con problemas de consumo de drogas en un acuerdo realizado entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, así como tratamientos en otras modalidades de atención denominadas ambulatorios intensivos, que son comunidades de día que no implican internamiento.

Estas iniciativas de gran importancia para el Ecuador, que dan cuenta de un avance significativo en esta materia, tienen sus limitaciones en lo que respecta a la población marginal. Lo mismo ocurre con los dispositivos tradicionales en Europa y Estados Unidos, que, a pesar de demostrar su eficacia en sujetos no marginales, resultan ser insuficientes al momento de trabajar con poblaciones excluidas, cuyos problemas sobrepasan las estructuras de los modelos institucionalizados. Para dar cuenta de estas limitaciones nos adentraremos en el modelo de Comunidad Terapéutica actual, analizando sus principios en contraposición a los que operan en la vida marginal.

Vale la pena mencionar que tanto en Europa como en Estados Unidos, estas limitaciones han abierto paso al trabajo en políticas de reducción del daño, de las que nos ocuparemos más adelante, y, a la vez, a estrategias a nivel comunitario, que serán analizadas en el tercer capítulo.

2.2 Limitaciones de los tratamientos tradicionales en sujetos marginales

Como hemos analizado, el modelo de tratamiento más utilizado para tratar las toxicomanías es la Comunidad Terapéutica (CCTT). George de León, es uno de los referentes más acérrimos en cuanto a la configuración de estos dispositivos. “El autor plantea que la CCTT ha demostrado ser un eficaz instrumento para el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias y los problemas relacionados en la vida del paciente” (Gómez y Serena 2012, 91).

Sin embargo, la comunidad terapéutica tiene también sus limitaciones que, lejos de representar un límite al trabajo con pacientes toxicómanos, nos advierten que las toxicomanías corresponden a una entidad que debe ser concebida desde la particularidad de cada caso, no olvidando las implicaciones sociales y culturales que posee. Precisamente, las implicaciones de este tipo en sujetos con procesos de callejización, exclusión y marginalidad,

han sido desconocidas al momento de plantear alternativas asistenciales que puedan hacerle frente a un fenómeno que, en estos casos, se experimenta con más severidad.

Para dar cuenta de estas limitaciones será necesario analizar las características del modelo de comunidad terapéutica, para posteriormente comprender cómo estas limitaciones operan a la hora de dar tratamiento a los llamados marginales que tienen problemas de consumo de drogas. Las características las tomaremos de los planteamientos de Georges de León.

2.2.1 La comunidad terapéutica. Limitaciones

Para De León, definir a la comunidad terapéutica se complejiza debido a los aspectos relacionados con su origen y a las modificaciones que el modelo ha atravesado. Sin embargo, en un intento de plantear un marco teórico, este autor nos dice que la comunidad terapéutica es

una metodología de auto-ayuda única, social y psicológica para el tratamiento de la adicción a sustancias químicas y sus problemas relacionados. El término terapéutica se refiere a los objetivos sociales y psicológicos de las comunidades terapéuticas, que modifican el estilo de vida y la identidad del individuo. El término “comunidad” retrata el método primario para lograr el objetivo de la modificación personal. La comunidad se utiliza para curar emocionalmente a los individuos y para instruirlos en las conductas, actitudes y valores de la vida saludable (Leon, 2004:57).

Para iniciar nuestro análisis, vamos a prestar particular atención a este enunciado: “El término terapéutica se refiere a los objetivos sociales y psicológicos de las comunidades terapéuticas, que **modifican el estilo de vida y la identidad del individuo**”.²³ Así, cuando hablamos de modificar el estilo de vida, estamos asumiendo que aquel estilo que el paciente lleva no está acorde a lo que los mandatos sociales establecen y que por eso hay que modificarlo. Cuando hablamos de sujetos marginalizados desconocemos que su estilo de vida no representa, la mayoría de las veces, una opción personal.

El estilo de vida hace referencia a los modos o formas en las que la vida es entendida y experimentada, podríamos decir que son un conjunto de comportamientos catalogados dentro de lo saludable y de lo nocivo. De esta manera, tienen que ver con un ideal relacionado a los mandatos sociales y morales que determinarían lo bueno o malo dentro de una determinada cultura. Vale la pena entonces preguntarnos, si modificar el estilo de vida y la identidad del

²³ Las negrillas no constan en la cita original.

sujeto debe ser el primer objetivo de un tratamiento, cuando justamente ese estilo de vida marginal difiere radicalmente del de las sociedades posmodernas construyendo identidades exiliadas.

Recordemos que los contextos marginales denuncian desigualdades propias de la estructura social, creando a su vez espacios que perturban la lógica de las sociedades dominantes en una suerte de sedición contra la exclusión. Los sujetos inmersos en estos contextos han construido su propia ética, poseen estrategias de subsistencia que fragmentan la dinámica vincular con la cultura, tanto a nivel micro como a nivel macro y estas estrategias conforman los estilos de enfrentarse a la vida.

En este sentido, la comunidad terapéutica, en su intento de modificar el estilo de vida, se enfrenta a una primera limitación, ya que hace falta escuchar a los llamados toxicómanos que viven en la marginalidad para entender que sus estilos de vida están marcados por la violencia y el desorden, lo que convierte al consumo de drogas en un imperativo para sobrevivir. Por esta vía, “el uso de drogas es una práctica común a todas las clases sociales, pero el mayor precio por los posibles problemas relacionados con esta práctica lo pagan las poblaciones socialmente desfavorecidas, marginalizadas” (Andrade, 2011: 132) que recurren al consumo como un modo de mantenerse vivos en medio del caos que representa la marginalidad.

Otra de las características de este modelo se relaciona con la función misma de la comunidad. Si volvemos a la definición que recogimos de De León, la siguiente proposición merece nuestra atención: “la comunidad se utiliza para curar emocionalmente a los individuos y **para instruirlos en las conductas, actitudes y valores de la vida saludable**”.²⁴

Existen aquí varios términos que merecen un análisis riguroso y profundo. El primero de ellos es el verbo instruir, que significa “comunicar conocimientos, habilidades, ideas o experiencias a una persona que no las tiene con la intención de que las aprenda” (DRAE). Con esto, podríamos preguntarnos, ¿será que los llamados marginales carecen de conocimientos, habilidades o experiencias saludables? ¿Será que la toxicomanía, con todos los problemas psicosociales que ésta presenta, puede ser revertida instruyendo a los sujetos

²⁴ Las negrillas no constan en el original.

en conocimientos o habilidades saludables? Lo que este objetivo desconoce es que los conocimientos, habilidades y experiencias que se aprenden en la marginalidad y que se relacionan con la configuración y sostenimiento de una toxicomanía, tienen una estrecha relación con los recursos para sostener la vida y vivir a pesar de sus condiciones. La salud entonces toma un giro inesperado y se aleja de su definición más común.

Si seguimos la definición que estamos trabajando, se intentaría comunicar conocimientos en cuanto a conductas y valores de la vida saludable. Si entendemos a la conducta como el modo en el que una persona se comporta o se conduce en determinadas circunstancias y bajo ciertos estímulos, y le añadimos el término saludable, estaríamos conduciéndonos bajo conceptos atravesados por una lógica hegemónica derivada de una ideología de masas. Con ello, surgen algunos cuestionamientos: ¿Cuáles son las conductas y los valores saludables? ¿Quién o quienes determinan lo saludable para una población? Para el mundo marginal que vive desde la exclusión, en donde la incertidumbre ronda su existencia, lo saludable, definido por la economía del mercado y la lógica posmoderna, es un bien que se encuentra por fuera de su alcance.

Por otro lado, la toxicomanía, lejos de definirse única y exclusivamente como una enfermedad, vendría a ocupar el lugar, en estos contextos, de una de las únicas salidas aparentes ante un problema que rebasa la lógica médica y psicológica para encontrarse con la estructura de un modo de vida desfavorable con diversas privaciones y escasas posibilidades de transformación. En este sentido, la enseñanza de conductas de la vida saludable vendría a poner sobre la mesa las desigualdades más profundas entre la vida marginal y el mundo posmoderno capitalista. Enseñarían justamente la contradicción entre estos dos polos.

Siguiendo en la misma perspectiva que De León, en su texto nos explica que las conductas destructivas hacia uno mismo o los demás están relacionadas con el consumo regular de sustancias. Normalmente, estas conductas incluyen la violencia doméstica, las prácticas sexuales no seguras, la criminalidad, intentos de suicidio, violencia hacia otras personas, implicación en accidentes de circulación, abuso infantil y negligencia en el cuidado infantil y en el cuidado y la salud de uno mismo (2004: 65).

Si tomamos en cuenta todas estas conductas, calificadas como destructivas, consecuentemente no saludables, podríamos decir que son situaciones sociales propias del mundo marginal. No están necesaria y únicamente relacionadas al consumo de sustancias,

sino que incluso pueden conformar parte de la etiología de la toxicomanía y muchas veces configurar el estilo de vida cimentado en la marginalidad.

Los valores de la vida marginal distan de modo significativo de aquellos imperantes en el mundo moderno. Son distintos, pues la praxis misma de la vida ha forjado la construcción de otras experiencias con significados antagónicos a los tradicionales. Por ejemplo, la condición de exclusión condena a los marginales a experimentar cierta sensación de ajenidad. El sentirse extranjero en su propio espacio es algo con lo que los marginales lidian cada día. Es una extranjería que condena a vivir en la desconfianza, pues el otro no reconocido como marginal ha pasado de ser el semejante a convertirse en algo ajeno, desconocido, que funciona distinto.

Hay en la vida del marginal una singularidad propia que descoloca al sujeto del mundo moderno y, al mismo tiempo, el sujeto del mundo moderno descoloca la vida del marginal: “esta doble ajenidad es la que permite al Marginal establecer una distancia existencial respecto del orden moral dominante y que a su vez abre el deseo de mundo por-formar o por-venir” (Sierra, 2008: 194)

Este orden moral dominante parecería ser el que debe ser instruido como uno de los objetivos a alcanzar dentro de una comunidad terapéutica. Aquí hay ya otra limitación, pues no sería posible reeducar en el orden moral dominante cuando existe una distancia tan significativa entre el dominante y el dominado. Entonces, habría que preguntarse si para tratar la toxicomanía convendría imponer el orden moral dominante, los valores propios de las sociedades modernas y las conductas aparentemente correctas de aquella misma ideología que provocó la exclusión.

Vale la pena entonces preguntarnos ¿qué conductas y valores pretendemos enseñarles a los llamados marginales en una comunidad terapéutica, cuando aquellas conductas consideradas no saludables han sido el sostén de toda su existencia? ¿Cómo los sujetos que han recurrido al consumo de drogas para paliar la dureza de su realidad, pueden re-aprender otras conductas si aquellas calificadas de no saludables han sido sus medios de subsistencia y de aprendizaje? ¿Qué ocurriría si, al confiar en la visión conductista de aprender y desaprender, estos sujetos desaprenden esas conductas y aprenden otras saludables y luego de ello vuelven a su contexto

anterior? ¿Qué ocurre entonces si desaprendieron aquello que es necesario para poder vivir en dicho contexto? Probablemente la dificultad de responder a estas preguntas nos dé un indicio de las limitaciones que los tratamientos tradicionales tienen en sujetos cuyos procesos de marginalidad y exclusión tienen un peso significativo.

Por otro lado, la comunidad terapéutica implica un alto grado de exigencia para los pacientes tanto en lo relativo al control de la conducta como en lo relacionado al sostenimiento de la abstinencia. Analizamos ya las limitaciones que la primera exigencia produce, limitaciones que no solamente versan sobre las dificultades al cumplirla sino también sobre las imposibilidades estructurales de sostenerla.

Entonces, veamos qué ocurre en lo relativo a la abstinencia. Uno de los requisitos implícitos, previos para el inicio del tratamiento, es abstenerse del consumo, que, en muchos casos, resulta necesario pues las condiciones físicas y psicológicas de algunos pacientes requieren, para poder iniciar un trabajo terapéutico, un distanciamiento inicial y radical de la toxicidad que le genera la sustancia. Sin embargo, esta condición no es aplicable para todos los casos, sobre todo para aquellos provenientes de procesos de marginalidad absoluta, pues la toxicomanía cobra una significación diferente para estos sujetos.

Así, el ideal de la abstinencia se ve resquebrajado por la condición de cronicidad y gravedad de la toxicomanía en algunos casos. Esto implica el reconocimiento de que, a pesar de la efectividad del modelo de comunidad terapéutica, esta efectividad prescinde de omnipotencia. Los sujetos marginales atormentados por una toxicomanía, no solamente viven la desorganización que implica la compulsión del consumo de drogas sino que han sido atravesados por un desorden a nivel social, económico, político, lo que genera consecuencias para el psiquismo.

Esta desorganización de varios niveles añade una complejidad mayor a la patología y obliga a buscar nuevas alternativas de intervención terapéutica. Alternativas que consideren y pongan énfasis en los alcances psicológicos y sociales, sin descuidar las implicaciones que posee la marginalidad.

Es importante también reconocer que el barrio marginal, al ser un territorio excluido, ejemplifica consecuentemente el abandono en lo que respecta al acceso a servicios de atención pública. Este abandono nos advierte otra limitación para los tratamientos, pues “nuestros servicios de salud, (...) continúan siendo hospitalocéntricos, (...) con una práctica verticalista y distante de las necesidades de las personas, que solo pueden ser aprehendidas en su cotidianidad, en la vivencia con ellas, donde ellas están, donde ellas viven” (Matos de Andrade, 2001: 132). Un sujeto marginalizado difícilmente podrá acceder a los lineamientos que estas instituciones requieren, acentuando así su condición de exclusión y, si acceden a los servicios de salud públicos existentes, su adherencia al tratamiento es casi nula pues las prácticas de estos servicios distan significativamente del contexto marginal.

En nuestro país el panorama es todavía aún más complejo, puesto que nos encontramos en un primer momento de aproximación a las toxicomanías entendidas menos en lo moral que en lo patológico. Este primer momento implica la iniciación de intervenciones terapéuticas insuficientes para toda la población que requiere tratamiento y, más aún, resultan escasas las ofertas para pacientes que requieren otro tipo de atención que no sea necesariamente el internamiento. Reconocer que los dispositivos actuales, tradicionales, son parte de estrategias concretas para atender a una determinada población, nos hace pensar que existe una brecha importante entre aquellos que necesitarían otro tipo de intervención y las ofertas que se tienen disponibles en el país.

Si ponemos esto en términos económicos, no podemos igualar la oferta con la demanda. Si bien es cierto existen planes de ampliar los servicios de internamiento para pacientes toxicómanos, muchos de estos pacientes podrán acceder a estos servicios porque se encuentran en posibilidad y capacidad para hacerlo, sin embargo existen aquellos otros sujetos invisibilizados por la misma lógica de la exclusión, que ameritan y requieren intervenciones terapéuticas no institucionalizadas. En nuestro país, los estudios que respalden esta afirmación son inexistentes, sin embargo podemos tomar referencias de algunos países de la región que tienen un recorrido más extenso en este tema.

Un estudio en Colombia, arroja resultados interesantes sobre esto. Las investigaciones muestran que solamente el 5% de todas las personas que consumen drogas en ese país están dispuestas a realizar un tratamiento, evidenciando una brecha importante en la atención. En

Chile, por ejemplo, un estudio determinó que solamente el 20% de quienes podrían ser consideradas como personas que requieren algún tipo de atención por su consumo de drogas, demanda tratamiento, mientras un 80% no cuenta con las posibilidades para hacerlo. La hipótesis que sobre esto tiene Mauricio Zorondo²⁵ es que “esas personas no acceden a esos sistemas de atención porque estos no cumplen con los requerimientos, necesidades, ni condiciones que podrían hacerlos accesibles, en especial para la población en situación de mayor exclusión social” (Zorondo, 2011: 160).

La situación en nuestro país no está alejada de estas realidades, tomando en cuenta que nuestras intervenciones en el ámbito de drogas son muy recientes, que no contamos aún con una política de drogas flexible y que nos encontramos en un periodo de forjamiento de la experiencia para abordar las toxicomanías. Esta situación que se presenta en nuestro país, en la complejidad para el abordaje de la problemática de las toxicomanías en una población marginal, nos hace pensar que es necesario abrir camino a intervenciones que permitan trabajar con sujetos que están en contextos marginales, que viven el sufrimiento de la toxicomanía día a día y en los que no necesariamente pueden funcionar las intervenciones tradicionales.

Tomando en cuenta todas estas limitaciones, la mayoría de países de Europa y algunos de América Latina, han propuesto nuevas intervenciones para el trabajo con poblaciones marginales, enmarcadas en las políticas de reducción del daño. En la última parte del capítulo, precisaremos qué son estas políticas y cómo han intervenido en los ámbitos jurídicos y sociales de algunos países.

2.3 Visos de nuevas estrategias a nivel mundial – La política de reducción de daños y sus implicaciones en Europa y América Latina

Con todos estos antecedentes tanto a nivel histórico como a nivel de funcionamiento de los tratamientos tradicionales para las toxicomanías, es previsible pensar que no existe un tratamiento único y universal para esta patología y que, por consiguiente, es necesario

²⁵ Secretario Ejecutivo de la Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas de Chile

ampliar las ofertas de atención y repensar su abordaje. Uno de los puntos que son pertinentes para reflexionar tiene que ver con la abstinencia como ideal de la recuperación versus la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas. En esta última parte del capítulo centraremos nuestra atención sobre las características de este último planteamiento que ha generado debate tanto a nivel clínico, como social y político, y abordaremos su injerencia en Europa y América Latina.

2.3.1 Las políticas de reducción del daño en Europa

Las políticas de reducción del daño iniciaron no hace mucho tiempo en los Países Bajos y el Reino Unido. Podemos dar cuenta de sus orígenes al final de los años 70 e inicios de los 80 aproximadamente, cuando se consolidan como alternativas a los problemas sanitarios derivados del uso de heroína, especialmente la expansión de la transmisión del VIH – SIDA y la hepatitis C. Sin embargo, hay un surgimiento esporádico que también se registra en décadas anteriores pues “algunos servicios de drogodependencias de Londres iniciaron dinámicas educativas sobre técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e instalaron salas en las que sus clientes podían inyectarse” (Strang, 2004; 12) en la década de los 60. Años más tarde estas iniciativas fueron formalizadas en Europa y han tomado terreno incluso en algunos países de América Latina.

Estas políticas se contraponen a las abstencionistas que han evidenciado un relativo fracaso en el modo hegemónico de concebir la solución para un problema que sigue en pie y en aumento. Por el contrario, la reducción del daño asume que en algunos casos la abstinencia del consumo no es posible y pretende reducir los efectos negativos ocasionados por el consumo de drogas tanto legales como ilegales pues

más que un intento de abandono de las drogas con medidas punitivas, las políticas de reducción de daños parten del reconocimiento de que existen usuarios a los que no se les puede persuadir para que abandonen el consumo y, por tanto, se pretende reducir la probabilidad de que se vean perjudicados por ciertos daños (a sí mismos o a los demás) (Nadelmann, 2004: 38).

Estas políticas no intervienen sobre la oferta y la demanda de drogas, consecuentemente no toman en consideración su incremento o reducción. Se basaron en la premisa de que “si las drogas no podían ser erradicadas, era mejor desistir de este propósito y dirigir la atención en otro sentido (...) cuando no fuera posible la ruptura total con la dependencia, la ayuda debería tender a permitir una vida digna con drogas” (Warjarch, 2013: 8). Por lo tanto, se centran en

implementar estrategias que mitiguen los daños producidos, no solamente por el consumo como tal sino también por la estigmatización y criminalización que han sufrido los consumidores y que han generado procesos aún más excluyentes.

Dentro de las estrategias de reducción del daño podemos encontrar a: los intercambios de jeringas que se centran en la entrega de material nuevo para la administración de heroína y retirada del material usado con la finalidad de evitar los contagios de enfermedades infecciosas, además de la proporción de información sanitaria para evitar otro tipo de riesgos; las casas de consumo controlado, que son lugares en los que el consumo es supervisado por personal especializado, con la finalidad de evitar sobredosis y otros daños colaterales relativos a la vía de administración, contaminación de la sustancia etc.; programas de sustitución de heroína por metadona y otras drogas sustitutas no opioides; intervenciones comunitarias como talleres de consumo de menor riesgo y programas de sexo seguro y la creación de albergues destinados única y exclusivamente para toxicómanos con niveles altos de marginalidad.

Además, las políticas de reducción del daño trabajan sobre estrategias que intervienen directamente sobre las políticas de prohibición y los efectos nefastos de la guerra contra las drogas, sin que esto implique, en varios casos, un apoyo a su legalización²⁶. Los principios filosóficos de este enfoque son los siguientes:

1. Acepta, para bien y para mal, que el consumo de drogas legales e ilegales forma parte de nuestro mundo, y escoge trabajar para minimizar sus efectos dañinos en lugar de simplemente ignorarlos o condenarlos.
2. Asegura que los consumidores de drogas tengan una voz real en la creación de programas y políticas diseñadas para atenderlos, y busca fortalecer la capacidad de las personas que consumen drogas para reducir el daño asociado a dicho consumo.
3. Comprende el consumo de drogas como un fenómeno complejo y multidimensional que abarca un continuo de conductas, desde el abuso grave a la total abstinencia, y entiende que algunas formas de consumir drogas son claramente más seguras que otras.
4. Establece la calidad de vida y el bienestar del individuo y la comunidad, y no necesariamente el cese de todo consumo de drogas, como el criterio de las intervenciones políticas exitosas.

²⁶ En España, Italia y Portugal el consumo de drogas en lugares públicos está despenalizado desde el año 92, 93 y 2000 respectivamente, y solamente está sancionado a nivel administrativo. Por otra parte Francia es uno de los países con más restricciones en cuanto al consumo de drogas, con sanciones que pueden llevar a los consumidores a la cárcel. Holanda descriminalizó el consumo y tenencia de cannabis para uso personal, sin embargo su venta y producción sigue siendo ilegal. Todas estas políticas están enmarcadas en la reducción del daño, relativas a la criminalización del consumo.

5. Promueve la provisión de servicios y recursos no etiquetadores y no coercitivos, para las personas que consumen drogas, y para las comunidades en las que viven, dirigidos a atenderles en la reducción de daños relacionados con su consumo.
6. Afirma que los propios usuarios de drogas son los agentes principales de la reducción de los daños de su consumo, y trata de capacitar a los usuarios para compartir información y apoyarse mutuamente en las estrategias que se ajusten a sus condiciones reales de uso.
7. Reconoce que la pobreza, el racismo, el aislamiento social, los traumas del pasado, la discriminación sexual y otras desigualdades psicosociales afectan la vulnerabilidad y la capacidad de la gente para manejar eficazmente el daño relacionado con las drogas.
8. No trata de subestimar o ignorar el daño y el peligro, real y trágico, asociado al uso de drogas legales e ilegales (Harm reduction COALITION s.f.)²⁷

Con estos principios se han construido estrategias válidas para trabajar con poblaciones en riesgo y en zonas de alta vulnerabilidad en varios países de Europa, disminuyendo gran cantidad de daños asociados al consumo de drogas, sobre todo ilegales y cuya vía de administración es intravenosa. Sin embargo, todavía se sigue debatiendo su funcionalidad y a pesar de ser estrategias reconocidas por la OMS, existen todavía grandes opositores políticos, especialmente en América Latina, que condenan la reducción del daño y la colocan nuevamente en el ámbito de lo inmoral.

2.3.2 Las políticas de reducción del daño en América Latina

Las políticas de reducción del daño en América Latina cobran importancia en el marco del debate del fracaso de la guerra contra las drogas iniciado en la Séptima Cumbre de las Américas en Cartagena en el año 2012, en la cual “los líderes de la región expresaron su frustración por la ineficacia y los altos costos de las actuales políticas de control de drogas” (Drug Law Reform 2015)²⁸. A partir de ésta se han realizado varios estudios y debates para buscar opciones que mejoren las políticas existentes.

Más que estrategias relativas a intervenciones prácticas en nuestra región, esta iniciativa se ha centrado en reducir los daños que las políticas de drogas actuales han generado a nivel social. Reconociendo el actual fracaso de la guerra contra las drogas y los innumerables daños colaterales producidos en lo político y en lo social. El debate sobre las políticas prohibicionistas se ha abierto camino, no sin complicaciones, a un nuevo paradigma.

²⁷ Texto traducido. El original esta en ingles.

Este debate ha generado una seria agitación en la discusión de la búsqueda de políticas de drogas más eficaces y menos punitivas, al contrario del tradicional debate sobre el narcotráfico y sus efectos. Así, se ocupan también de los consumidores de drogas con una visión más humana. *El Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos* (OEA, 2012), reconoce que el problema de las drogas se compone de varios factores que afectan de maneras distintas a los países de la región y por tanto es necesario realizar un examen riguroso de los modos en los que cada país ha abordado esta problemática, tanto en temas de prevención como de tratamiento, para, a su vez, y según las características propias de cada país, proponer nuevas opciones.

Es gracias a estos consensos que las políticas de reducción del daño cobran validez en América Latina. Desde allí se hacen evidentes todos los esfuerzos que, desde distintos campos de acción tanto públicos como privados, se erigen para proponer nuevas formas de tratar la relación que las sociedades y los sujetos han establecido con las drogas, sean estas problemáticas o no.

En cuanto a la legislación de drogas en América Latina haremos un breve recorrido por los avances que las políticas de reducción del daño han logrado. Colombia en el año 1994 despenalizó el uso y porte de las dosis mínimas para consumo personal, aunque actualmente esa ley está revertida, se analizan los cambios en estas políticas a posteriori. Además, actualmente se trabaja sobre la pertinencia del uso medicinal del cannabis. En Argentina existen fuertes debates para dejar de criminalizar a los consumidores de drogas, haciendo un intento para reformar las políticas duramente punitivas en contra de los consumidores que hoy en día pagan penas desproporcionadas por su consumo (Drug Law Reform 2015)..

En Bolivia la situación es menos alentadora. La ley vigente prohíbe el uso de drogas y castiga severamente la tenencia para consumo personal obligando a los consumidores a realizar tratamientos e internamientos forzados. Sin embargo, en marzo del 2009, la presidencia solicitó retirar de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, los artículos referentes a la prohibición de uso de hoja de coca, logrando varios alcances sobre este tema (Drug Law Reform 2015).

En Paraguay desde el año 1988 se encuentra eximida la posesión de un máximo de dos gramos de cocaína o heroína y 10 gramos de marihuana para el consumo personal. Brasil por su parte se encuentra en un debate intenso sobre las políticas de drogas vigentes abriendo el camino a la discusión sobre la legalización. Además, se debate la pertinencia de los tratamientos forzados a los consumidores de crack (Drug Law Reform 2015).

En Chile la situación es favorable, existe gran apertura para el debate de la legalización del cannabis y existe ya la primera aprobación para la despenalización del auto cultivo de marihuana como una medida para afrontar el microtráfico. Así como también se debate la reglamentación de cantidades para su consumo (Drug Law Reform 2015).

En Perú existe regulación para el cultivo y distribución de la hoja de coca a través de la Empresa Nacional de la Coca. El consumo y la tenencia no se encuentran penalizados sin embargo, la aplicación de esta despenalización no se cumple. Las penas por delitos de drogas son altas y existe desproporcionalidad con otros delitos (Drug Law Reform 2015).

Uruguay es uno de los países de América Latina que más cambios ha producido en su legislación de drogas. El presidente José Mujica, en diciembre de 2013, aprobó la Ley de Regulación del Mercado de Marihuana que plantea regular toda la cadena de producción, distribución, comercialización y consumo de cannabis. El fin de esta ley es contar con un mercado de cannabis que sea regulado y controlado por el Estado. Esta iniciativa ha producido grandes expectativa en el resto de los países de la región que espera ansiosamente sus resultados (Drug Law Reform 2015).

En el caso de nuestro país, las políticas de reducción del daño están todavía sobre el escritorio. Esto se debe, principalmente, a que la política de drogas sigue en un debate acalorado entre el prohibicionismo, la abstinencia como medida de tratamiento, la coerción como control y las políticas menos hegemónicas que se están tomando en cuenta en otros países de la región. Actualmente se debate el *Proyecto de Ley Orgánica de Prevención Integral de Drogas y Usos de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*, que sustituiría a la ley 108. La decisión de actuar con *mano dura*²⁹ se está poniendo de relieve en las

²⁹ Frase tomada del Enlace ciudadano del 5 de septiembre del 2015.

intervenciones políticas actuales en el Ecuador, se han aprobado penas más duras para los pequeños traficantes de drogas en un lema de tolerancia cero. El destino de la política de drogas es todavía incierta aunque da ciertos visos de hacia dónde podría fraguarse.

Estos han sido, en modo general, los efectos del trabajo de las políticas de reducción del daño en América Latina. Es de nuestro interés tomar en cuenta estos avances con la finalidad de plantear, en nuestro país, estrategias de intervención que le hagan frente a la exclusión social vivida por un buen número de consumidores de drogas que han sufrido directa o indirectamente los efectos de políticas hegemónicas y cada vez más segregadoras.

Ahora bien, nuestra investigación no tiene netamente un interés en lo político, sin embargo se sirve de las implicaciones de este discurso para poder analizar la pertinencia de alternativas a los actuales tratamientos para las toxicomanías, vigentes en el país. Para ello es necesario analizar las políticas de reducción del daño desde la dimensión política y también desde la social, sin descuidar la visión clínica que nos corresponde.

En el afán de este cuidado, la lectura psicoanalítica nos brinda también un análisis interesante tanto a favor como en contra de estas políticas. Eric Laurent, un reconocido psicoanalista francés, nos dice:

Esta perspectiva, que no es la de curar a la humanidad de estas sustancias, ni la de abandonarla a estos tóxicos, sino de reducir los estragos, es consonante con el psicoanálisis. El psicoanálisis no promete la curación absoluta del síntoma, sino ciertamente la reducción de los estragos y su transformación en algo más vivible para el sujeto (Laurent, 2012:5).

Laurent reconoce el desacierto de la guerra contra las drogas pero también los peligros de la legalización desenfrenada que sin duda alguna daría un “empuje a la muerte tan grande como la prohibición” (Laurent, 2012: 5).

Fabián Naparstek, en su Seminario sobre la Clínica de las Adicciones, siguiendo la línea de Laurent, coloca a las políticas de reducción del daño como uno de los modos de atender el tema de drogas por la vía del objeto; es decir, por ejemplo en los tratamientos por sustitución de heroína por metadona, se sustituye un objeto por otro que está en la misma condición de tóxico.

Nos dice que estas políticas no tocan a la toxicomanía como tal, y que si algo nos permiten comprender es que la toxicomanía no va por la vía del gusto de lo prohibido, como también se sostiene en el discurso común y que es uno de los argumentos básicos para la legalización del consumo. Napasrtek nos advierte que en las políticas de reducción del daño, el consumo está permitido y a pesar de eso la toxicomanía sigue intacta.³⁰

Warjach por el contrario, nos dice que la reducción del daño sigue siendo un mecanismo de poder que afecta al modo en el que la toxicomanía es entendida y que afianza la exclusión en la que han vivido estos sujetos, advierte que a pesar de que la crítica de estas políticas a las abstencionistas sean las de fijar su atención solamente en la sustancia y no en el sujeto que la consume, ellas se inscriben también dentro de este mismo planteamiento pues sus intervenciones apuntan a reducir los riesgos que las drogas causan más no a trabajar con los sujetos que están detrás (2013: 7).

Todos estos argumentos nos brindan elementos importantes para proponer nuevas alternativas al abordaje de las toxicomanías, teniendo en cuenta sus aciertos y desaciertos sin pretender universalizar las intervenciones. Nuestra propuesta por tanto tomará las ventajas de las políticas de reducción del daño sin desconocer las opuestas y cuidando que lo que plantearemos no vaya en detrimento del sujeto ni de la ética que nos concierne cuando trabajamos con el sufrimiento humano.

³⁰ Cfr. <https://www.youtube.com/watch?v=-JYYn09XrXs>

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS DE BASE COMUNITARIA.

En capítulos anteriores, analizamos la marginalidad y la exclusión social como fenómenos originados por la lógica capitalista y consecuentemente como uno de los síntomas principales de su accionar. Además profundizamos en las toxicomanías como una entidad clínica compleja, que se ciñe a la lógica del mercado y es tributaria del sistema capitalista. Examinamos los argumentos que dieron paso a comprender el por qué los tratamientos tradicionales para las toxicomanías no eran funcionales en sujetos marginales y, ampliamos la visión a otras estrategias que se han erigido para trabajar en este campo contrarias a las establecidas por políticas prohibicionistas que intentaron regular el consumo de drogas de una manera punitiva y represiva, sin éxito alguno.

Para finalizar, momentáneamente, nuestro recorrido por estos dos fenómenos tan complejos y a la vez relacionales -las toxicomanías y la marginalidad-, pretendemos en este tercer y último capítulo, proponer una alternativa de abordaje a los problemas generados por el consumo de drogas en contextos de marginalidad avanzada en nuestra ciudad. Esta propuesta tomará los elementos básicos de un modelo de Tratamiento de Base Comunitaria instalado en la ciudad de México. A partir de su análisis, proporcionaremos argumentos epistemológicos, desde el diálogo entre la teoría psicoanalítica y la metodología de los Tratamientos de Base Comunitaria, para determinar la pertinencia y efectos de estos nuevos abordajes.

Nuestro aporte está encaminado a evidenciar cómo el trabajo a nivel de la comunidad, posibilita una re-significación de la vida del marginal que se encuentra en situación de sufrimiento social, en donde el consumo de drogas determina un significativo estancamiento en sus modos de vivir. Entonces, a partir de nuestro análisis podremos salir de lugares comunes e ir más allá de una propuesta metodológica, para esbozar los planteamientos epistémicos que hacen de estas alternativas de tratamiento un sustento de vida para la marginalidad.

3.1 Los Tratamientos de Base Comunitaria (TBC) y el modelo ECO2

Los TBC surgieron como una alternativa a las estrategias enmarcadas en las políticas prohibicionistas que colocaban a la abstinencia del consumo de drogas en el centro de sus

intervenciones. Con el evidente fracaso de estas acciones en los contextos marginales y de alta vulnerabilidad social, en donde el consumo de drogas no sólo era un modo de vivir, sino también un recurso para hacerlo, surgieron otras alternativas al evidente sufrimiento social en el que se encontraban estas poblaciones.

Las investigaciones realizadas colocan al inicio de estos planteamientos en el año 1995 en México. En este año, se dio inicio a un debate sobre las condiciones de sufrimiento social en las que vivían algunas poblaciones marginales, sobre todo en el D.F. Entonces, una red de organizaciones civiles adscritas a Cáritas Arquidiócesis de México, construyeron una alternativa concebida como un “modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento e inserción social en relación a las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas, así como para la formación de agentes que realizan estas tareas” (Machin 2010)

Nació entonces, el modelo ECO2, como un modelo de intervención psicosocial principalmente para el tratamiento de las toxicomanías y sus efectos en los contextos marginales. Las siglas ECO, hacen referencia a la *Epistemología de la Complejidad*, ampliamente estudiada por Edgar Morin³¹, quien aduce que la complejidad es un fenómeno ligado no solo a las cantidades de interacciones y relaciones existentes en distintos fenómenos y que desafían nuestras posibilidades de cálculo, sino, también a incertidumbres e indeterminaciones, inscritas en los límites de nuestro entendimiento y en situaciones aleatorias que se relacionan con el azar (Morin 2004), es decir con aquello que nos sobrepasa por su carácter contingente.

En este sentido, la Epistemología de la Complejidad permite ir más allá de las tradicionales relaciones de causa y efecto que, aparentemente, subyacen a los problemas sociales más profundos de la marginalidad y que son las bases de las intervenciones asistenciales, para ir de lado de las múltiples dimensiones que se encuentran en la triada drogas, sujetos y contextos, presente en la marginalidad. Por otro lado, ECO también se relaciona con la cuestión Ética y Comunitaria que

apunta a opciones de base en la intervención: el respeto a la dignidad de las personas y las comunidades, por lo tanto, la exigencia de buscar limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social, de manera profesional, es decir, que se satisfagan criterios de deontología, eficacia, eficiencia, calidad. Implica, así mismo, el reconocimiento y la

³¹ Filósofo y sociólogo francés, padre de pensamiento complejo.

reflexión, por parte de quienes intervenimos, de nuestras propias motivaciones, limitaciones, errores y la necesidad de evaluación y supervisión constante (Machín, 2010: 207).

El modelo sostiene que cualquier intento de intervención en el ámbito de las toxicomanías en contextos de marginalidad avanzada, deberá iniciar con una comprensión de la complejidad que implica esta condición y consecuentemente de los diversos factores inherentes a la problemática del consumo de drogas en estos contextos. Para ello, el modelo ECO2 se sirve del análisis de las redes sociales que permiten una manera diferente de interpretar la complejidad en la marginalidad y buscan nuevos modos de intervenirla.

Según Machin, la Red Social, es “una manera de definir la realidad de las personas, de describir que el ser humano es gregario, que tener relaciones con otras personas es una de sus necesidades fundamentales” (Machín, Pastoral de drogadicción: 1). Aduce también que es una estructura topológica conformada por un sinnúmero de elementos y relaciones entre sí, totalmente dependientes pero distintas. La red funciona además, como un sistema autopoyético, es decir, que cuenta con la capacidad de producirse por sí misma tanto en estructura como en los elementos que la conforman.

Para explicar de mejor manera el funcionamiento de las redes sociales, algunos teóricos se han servido de la teoría de grafos y el algebra de matrices, que permiten evidenciar que las redes están conformadas por tres elementos fundamentales, las relaciones, los nodos y el vacío, este último representando al espacio-tiempo. De hecho para el modelo ECO2 la existencia del vacío es lo que posibilita a su vez la existencia de la red.

Entonces las redes sociales, se constituyen en uno de los ejes fundamentales en el trabajo en poblaciones marginales, pues a partir de ellas, se puede conocer y re-conocer el tejido con el que esta conformado, no solo la comunidad, sino también sus miembros, y cuyas características posibilitarían acciones de apoyo social frente a situaciones de extrema vulnerabilidad.

Juan Machin explica que, se ha demostrado la importancia de las redes sociales en la supervivencia de los llamados marginales, sobre todo porque, para algunas personas, las condiciones de sus redes sociales tanto en su amplitud como en su densidad alta o baja, les permitirían superar o no situaciones de trauma severo. Este beneficio que representarían las

redes sociales, invitan a analizar su papel en la conformación de los TBC y su relación con los resultados positivos que estas experiencias han obtenido en algunos países de Latinoamérica.

Actualmente, el modelo ECO2, es el marco teórico y metodológico para las acciones de los TBC que son estrategias que buscan la rehabilitación de sujetos toxicómanos en condiciones de marginalidad, por medio de los propios recursos de la comunidad, con dispositivos no institucionalizados que apuntan a reducir los daños asociados al consumo de drogas y a la exclusión social en la que viven estas poblaciones, utilizando herramientas que

por un lado, no desarraigan a los farmacodependientes de su contexto comunitario para realizar un proceso de rehabilitación, sino todo lo contrario: posibilitan que el usuario de drogas viva el tratamiento junto con la comunidad y, por otro lado, utiliza los recursos (simbólicos o reales) propios de la comunidad para desarrollar el tratamiento (Juarez, y otros: 1).

Metodológicamente hablando (a pesar que nuestro trabajo no profundizará en herramientas metodológicas), los dispositivos de TBC se construyen de la siguiente manera:

1. Elección de una comunidad local,
2. Conformación de un equipo de trabajo mixto: operadores de calle y de comunidad, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, agentes comunitarios pares,
3. Procesos de capacitación y formación para los miembros del equipo de trabajo,
4. Determinación de roles y funciones de cada miembro del equipo de trabajo,
5. Establecimiento de normativas tanto para los dispositivos como para los miembros del equipo de trabajo,
6. Definición del radio en el que las acciones de TBC van a operar en el barrio marginal escogido,
7. Identificación de puertas de entrada a la comunidad, mediante el análisis y/o construcción de las redes sociales; red subjetiva, red operativa, red de líderes de opinión, red de recursos comunitarios, redes interinstitucionales. Para entrar en la comunidad se pueden realizar varias estrategias: trabajo de calle, acciones de enganche, acciones de construcción del dispositivo, acciones de construcción de conocimiento³²

³² Para mayor información sobre este punto ver Milanese, Efrem. Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las consecuencias de la Exclusión Grave. Manual del operador. Recuperado en <http://procrearfundacion.org/images/pdf/manual.pdf>

8. Realización de un diagnóstico comunitario mediante el sistema de diagnóstico estratégico (SIDIES)³³ que propone el modelo ECO2,
 - a. Creación de servicios junto con la comunidad.
 - b. Centro de escucha – Drop In Centres
9. Centro de acogida de bajo umbral – Drop In (reducción del daño)
10. Implementación del TBC en base a ejes tales como: la organización, educación, terapia y trabajo
11. Manejo integrado de los casos (case management), que tiene que ver con el acompañamiento que se realiza en el proceso de recuperación por parte de un operador, a un beneficiario del tratamiento, a través de la búsqueda de estrategias en conjunto.
12. Evaluación y supervisión del dispositivo (Milanese)

Ahora bien, para desplegar nuestra propuesta, haremos un recorrido por el modelo de TBC llamado *La Carpa*, analizaremos su funcionamiento y a partir de ello, sirviéndonos de la concepción de comunidad de Roberto Esposito y de varios conceptos de la teoría psicoanalítica, proporcionaremos un sustento epistemológico que la distanciará de ser simplemente una propuesta metodológica para ser una propuesta con soporte teórico, que evidencie el por qué de sus logros y argumente su pertinencia en nuestros barrios urbano marginales.

3.2 La Carpa. Un modelo de Tratamiento de Base Comunitaria

El modelo La Carpa, inició en el año 2001 como parte de varias estrategias de reducción del daño que se construyeron para trabajar en el barrio de *La Soledad*, en el Centro Histórico de la Ciudad de México. La finalidad de estas alternativas era atender los problemas relacionados al consumo de drogas que se encontraban desbordados en los tratamientos

³³ En resumen el sistema SIDIES sigue el siguiente esquema:

- ✓ comunidad local y sus líderes de opinión
- ✓ análisis de fracasos y de buenas practicas
- ✓ breve historia de la comunidad
- ✓ elementos sociologicos
- ✓ identificación de los temas generadores
- ✓ estrategias de anclaje y de objetivación
- ✓ mitos, formas consuetudinarias y rituales
- ✓ conflictos de base en la comunidad

institucionalizados, y cronificado por el estilo de vida presente en este barrio urbano marginal asociado a la delincuencia, a la prostitución y al narcotráfico. Este dispositivo combinó las estrategias de reducción del daño y los beneficios del Tratamiento de Base Comunitaria.

Decidimos tomar este dispositivo de tratamiento como punto de partida para nuestro aporte, puesto que cuenta con amplia documentación que evidencia el proceso de su construcción y refleja los resultados positivos en dicho barrio marginal. Tomamos en cuenta también que la realidad de México, a pesar de no ser un país de Latinoamérica, es semejante a la de algunos países de la región, teniendo en cuenta también que la marginalidad es vivida de modos similares en los países en donde el discurso del mercado y la lógica capitalista han echado sus raíces.

Cuantitativamente hablando, los países de América del Norte, Central y de América Latina tienen cifras distantes en cuanto a la población marginal, sin embargo, el modo de vivir marginal es muy similar cualitativamente. Por estar en un afuera, en la periferia de la modernidad, sus dinámicas relacionales se asemejan, aunque se asienten en distintos países y con realidades sociales diversas.

Ahora bien, el modelo La Carpa, utilizó varias herramientas metodológicas para ser implementado. Una de ellas fue la elaboración de un diagnóstico comunitario cuyo fin fue entender cómo se vivía la problemática de drogas en esa comunidad y cuales eran los recursos con los que contaba para hacerle frente a ese problema y a los daños asociados que abarcaba. De este diagnóstico surgió la necesidad de modificar el modo en el que se establecían vínculos entre los miembros de la comunidad y la población en riesgo. A partir de esto, se propuso modificar la lógica asistencial con la que la Iglesia de la parroquia trabajaba en este sector y reformular las intervenciones que hasta ese entonces se hacían.

En base a estas conclusiones, se creó el dispositivo de arranque denominado la *cafetería móvil*, cuya finalidad fue establecer vínculos entre los ejecutores del proyecto y la población objetivo. Se constituyó como un espacio de seguridad, descanso y convivencia para los pobladores de la calle, con normas y reglas claras. Allí se ofrecían servicios de cafetería y a su vez se construían espacios de escucha con los consumidores de drogas del barrio. Este dispositivo permitió tener un acercamiento a los consumidores de la zona, alejado de la

institucionalización, permitiendo, a su vez, profundizar en el diagnóstico comunitario. Posterior a esto, se trabajó ya en la definición de la estructura e instalación física del dispositivo. Se contó con una carpa con un solo acceso, movilización para la cafetería móvil etc. (Juarez, y otros)

Para la creación del dispositivo La Carpa, se tomaron en cuenta varios factores como por ejemplo las características simbólicas con las que contaría el modelo, es decir que, mediante el análisis de la dinámica de la comunidad y sus estilos de vida, La carpa con su dispositivo cafetería móvil, fue pensada como un puesto ambulante de atención, debido a que el barrio tenía saturación de comercio ambulante, por lo tanto, tomando en cuenta estas características, propias del territorio, se simbolizó el espacio de escucha como ambulante también.

Otro de los factores fue la población a la que estaba dirigida. El dispositivo fue creado para atender a cualquier persona sin importar las condiciones de su ingreso, siempre y cuando cumplan con ciertas reglas³⁴ para mantener la seguridad del espacio. Otro factor fue el tiempo y el espacio. Se definió los días en lo que este dispositivo iba a dar atención y se procuró no cambiar sus horarios, ni lugares, ni días de atención para lograr mayor adherencia al tratamiento. Además se analizaron las medidas de seguridad que el equipo operativo debía tener tanto en la labor cotidiana como si se presentare alguna contingencia.

Una vez realizados todos los pasos previos descritos, La Carpa inició su funcionamiento como un espacio comunitario en el cual se brindaban varios servicios como; **1) dispositivos de escucha y enganche terapéutico** a través de la cafetería, en donde se vende café, chocolate, café con leche o té, por un costo igual al de una dosis de cualquier droga **2) actividades de animación sociocultural** dirigidos por los mismos miembros de la comunidad que se ofrecían para impartir talleres de teatro, música, danza, fotografía, etc. y además varias actividades de animación que permitían iniciar un diálogo con las personas que se encontraban en el jardín del barrio **3) acciones de reducción de riesgos y daños** mediante el seguimiento de hábitos de consumo, control de riesgos médicos y daños asociados al consumo, educación sobre enfermedades de transmisión sexual, control de enfermedades,

³⁴ La reglas que el dispositivo creó para mantener la seguridad del equipo operativo fueron: No consumo de sustancias psicoactivas dentro del dispositivo. No violencia. No robo. Pago del café.

referencia y coordinación de la atención en hospitales de especialidad cuando el caso lo ameritaba, chequeos médicos, y atención en situaciones de emergencia.

El funcionamiento de este dispositivo ha generado varios resultados en la población atendida. Luego de tres años de funcionamiento se han visto efectos en los procesos de integración comunitaria, reducción de la violencia y acercamiento a la población consumidora de drogas dentro de su propio contexto, desarrollo de vínculos con la población de la calle, seguimiento de los casos atendidos, además de la creación de redes comunitarias de servicios, que posibilitan utilizar los recursos propios de la comunidad para atender los requerimientos y necesidades de la población objetivo.³⁵

Estos resultados son efecto de la gestión de una iniciativa que se encuentra en continua evaluación y construcción, sin embargo, no se cuentan con resultados que nos proporcionen información acerca del cómo estas alternativas han modificado los estilos de vida de la marginalidad y han incidido en la estructura del fenómeno de las toxicomanías presente en estos contextos. Por lo tanto, nuestra propuesta pretende brindar elementos teóricos que nos permitan relacionar los procesos metodológicos con sus efectos en la vida anímica y en el cuerpo social de la población a la que se dirigen estas alternativas de tratamiento.

3.3 Propuesta de TBC para contextos urbano-marginales de la ciudad de Quito

Ahora bien para alcanzar el horizonte propuesto para este tercer capítulo, analizaremos los tres servicios que brinda el dispositivo. Correlacionaremos su función con algunos conceptos de la teoría psicoanalítica y explicaremos cómo estas alternativas pueden generar procesos de re-significación de la vida marginal y entonces alcanzar una cura, no en términos de abstenerse del consumo de drogas solamente, sino, más bien, centrada en la búsqueda de nuevos sentidos que les permita ubicarse de otra manera y en otro lugar ante la vida.

³⁵ Cfr. <http://www.liberaddictus.org/revista.php>

3.3.1 El dispositivo de escucha y enganche terapéutico y su relación con la función de la palabra.

Como habíamos analizado en el primer capítulo, las toxicomanías representan una entidad clínica cuya complejidad rebasa el campo de la medicina y de la psicología. Esta entidad produce un sinnúmero de daños colaterales, no solamente en el organismo, sino también en la psiquis y en el campo de lo social. Entonces, la marginalidad con todas sus características complejas, se agrava por cómo se vive y lo que representa el consumo de drogas para los llamados marginales.

Podríamos decir que, el acto de drogarse, en estos contextos, representaría un medio de subsistencia que acalla el dolor, el frío, el hambre, el malestar de vivir en el afuera, de ser extranjero, y, con ello, obstaculizaría la palabra que podría denunciar la desigualdad y la miseria en la que viven. La denuncia entonces, se hace mediante un acto. El acto de drogarse, de vivir en la calle, de delinquir. Se denuncia sin palabras el malestar que se vive en la marginalidad.

Esa obstaculización de la palabra, es propia de las toxicomanías. Si esta patología se caracteriza por la no operación de la función de la palabra, que tiene que ver, en palabras sencillas, con elaborar, tramitar lo que puede resultar traumático o lo que está en el orden del malestar y además situarnos como sujetos deseantes, diferenciándonos del resto de seres vivientes, en la marginalidad ésta no operación empeora, pues el llamado marginal vive en el orden del desecho y al estar en ese orden, no es sujeto de derecho y menos aún de la palabra y consecuentemente no es sujeto del deseo (concepto que será analizado posteriormente).

Sabemos que en las sociedades de consumo, llamadas posmodernas, por efectos de la lógica consumista, los sujetos están excluidos del otro semejante, excluyéndose así del intercambio simbólico³⁶, que no está más regido por un lazo social basado en la palabra, sino por el mandato de consumir a cualquier precio. Esta condición propia de las sociedades modernas, está presente con mayor crudeza en la marginalidad. El llamado marginal tiene una historia marcada por el acto de sobrevivir sirviéndose del consumo de drogas para hacerlo. No hay

³⁶ Cfr. Pag 25 primer capítulo

construcción de relatos que posibiliten hacer relaciones, pues las relaciones están sujetas a la violencia y la miseria.

El dispositivo de escucha y enganche terapéutico con el que cuenta el modelo La Carpa, tendría la función de ofrecer un espacio en donde el acto de hablar ocupe un lugar primordial, y se posibilite un re-anudamiento de la palabra, que ha estado desanudada por efecto de la toxicomanía y agravada por la condición marginal. Con esto se les devuelve a los llamados marginales toxicómanos, el signo de su humanidad, la posibilidad de entrar en el campo del lenguaje y hacer operar la palabra. En palabras de Melman esta operación,

permite a los locutores reconocer su humanidad recíproca, es decir, que la lengua es la que organiza ese bien común esencial, puesto que es capaz de establecer entre los locutores ese pacto esencial que me permite reconocer, al que comparto este idioma conmigo, como un semejante: lo reconozco como perteneciente a una humanidad común (2009: 310).

Entonces en ese reconocimiento, en este intercambio, que es efecto de la operación de la palabra, el excluido se incluye, forma parte de la comunidad y por lo tanto se humaniza.

Por otro lado, las reglas que operan en este espacio, considerado como seguro, permiten, simbólicamente, que este efecto de re-anudamiento de la palabra se ponga en juego. Al introducir algo de orden de la ley en este dispositivo, mediante las reglas que se plantean, hay una introducción y construcción de nuevos códigos que posibilitarían el sostenimiento de una ley por fuera de la que opera en la calle, que reordene y re-signifique sus modos de estar en lo social.

Por ejemplo, cuando se hace cumplir una de las normas principales, de no ingresar ningún tipo de droga a la cafetería o estar bajo sus efectos, se estaría abriendo un espacio, aunque sea pequeño y de corta estancia, para que los sujetos puedan poner en primer lugar a la palabra antes que a la droga. Si otra de las normas es pagar el café, si bien de un modo simbólico, y que ese pago tenga el mismo costo que una dosis de droga, se estaría apuntando a que el sujeto elija hablar antes que drogarse. Por lo tanto, estas herramientas que posee el dispositivo no se encuentran solamente en el puro sentido metodológico, pues apuntan, quizás sin saberlo, a poner en juego elementos fundamentales para lograr cambios estructurales en la dinámica de la marginalidad y de las toxicomanías.

En este espacio de escucha, tal como esta planteado, además de hablar, los beneficiarios se permiten también demandar. Según la metodología de los TBC, los centros de escucha son espacios en donde uno de los objetivos principales es “dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local gravemente excluida” (Milanese 2013, 52). Este objetivo coloca a la población marginal en condición de ciudadanía con posibilidades de acceder a los llamados bienes públicos tales como la educación, la salud, etc.

Recordemos que “esos bienes públicos dicen que, en esta comunidad, lo que es reconocido es la humanidad de cada ciudadano, independientemente de su estatus social, de su riqueza o de su pobreza. (...) es una manera de reconocer su lugar en la ciudad” (Melman, 2009: 310), por lo tanto, una manera de incluirlos en el intercambio simbólico y consecuentemente sacarlos del orden del desecho.

Ahora bien, todos estos resultados provienen del acto de hablar, de utilizar la palabra como un medio para tramitar la complejidad del contexto marginal, sin embargo otro de los puntos importantes a analizar es lo que representa el nombre del dispositivo: La Carpa. Proveniente del quechua *Karpa*, esta palabra hace referencia a un toldo de gran tamaño que cubre un lugar amplio. Es utilizado también para designar a aquello que cubre de las condiciones climatológicas y alberga a la población³⁷. Podemos entonces, inferir que el nombre del dispositivo permitiría simbólicamente entenderlo como un espacio que protege y alberga, es decir que acoge.

Si volvemos sobre las características de la marginalidad, entendemos que el llamado marginal puede percibirse a si mismo como un extranjero, como alguien que no tiene un lugar fijo, y de tenerlo sería el lugar que ocupa el desecho. Cosa similar ocurre en la toxicomanía, los sujetos enganchados a una droga vagan en búsqueda de un lugar que les permita encontrarse con algo de su humanidad, encuentran ese lugar en comunidades de consumidores en donde se sienten pertenecientes a algo, incluso si ese algo implica un lugar en donde el limite está excluido y por lo tanto, se permitan gozar a cualquier precio. En este sentido, proporcionar un espacio que simbólicamente signifique un lugar de acogimiento, permitiría re-significar el

³⁷ Cfr. <http://definicion.de/carpa/>

lugar que ocupa esta población dentro del mismo barrio marginal y consecuentemente dentro de la sociedad.

Todos estos elementos facilitarían la construcción de nuevos significantes para esta población. Recordemos que para el psicoanálisis, como analizamos en el primer capítulo, un significante es “lo que representa al sujeto para otro significante” (Lacan, 2004: 29). Por esta vía, los significantes que han representado a los sujetos marginales han estado en el orden de la miseria, la pobreza y la violencia. La construcción de nuevos significantes posibilita un asirse de otras representaciones para sostenerse como seres hablantes, representaciones que no estén ligadas a la fuerza real, que deviene violenta contra si mismos y contra los demás, sino más bien ligada a representaciones simbólicas que les permitan ubicarse de otra manera ante la vida y sus contingencias.

Si el discurso que expresa la situación marginal, es el discurso de la sociedad de los amos, efecto de la colonización, tal como analizamos en el primer capítulo, en donde la escritura del Discurso del Amo cambia radicalmente³⁸, los significantes amo que ocupan el lugar del agente vendrían a poner en juego, no una representación del sujeto ante otros significantes sino, una presentación de esos significantes de una manera real, violenta y abrupta. Para el psicoanálisis, el trabajo con la palabra, implica una desidentificación de los significantes amos que han gobernado la vida del sujeto, un tomar distancia de ellos para poder encontrar identificaciones en su singularidad y entonces, estar regidos no por esos significantes amos, sino por significantes propios, contruidos en la particularidad.

Entonces, el trabajo en los centros de escucha, mediante la apertura de espacios en los que la palabra circule, no solamente permitiría un re-anudamiento de su función, sino también el desapego de esos significantes amo, violentos, para construir otros que les permitan relacionarse con los semejantes de distinta manera. Es decir, el trabajo que proponemos con los TBC posibilitaría la vuelta a la posición original del Discurso del Amo y consecuentemente la posibilidad de dar paso al surgimiento del otro discurso pues de lo que

³⁸ Ver pág. 12. Primer capítulo

se trata es que el sujeto se desenganche de esos significantes amo, tome distancia de ellos y se asuma como sujeto en falta³⁹.

Para lograr esto, los dispositivos de escucha, tendrían que ir más allá de espacios en donde se recepten demandas y se las atiende en la lógica de la gestión. Las demandas deberían ser analizadas y puestas en el campo de la palabra. Se deberá ofrecer un lugar en donde la palabra sea acogida, mas no juzgada ni limitada. Un lugar en donde no se coloquen adjetivos violentos a los sujetos que acuden en búsqueda de atención, un lugar en el que se respete la verdad de aquel que va a decir acerca de su malestar, en donde se le de crédito a lo que dice, en el que se haga valer su palabra, porque esa palabra ha sido invalidada ya en otros lugares. Esto posibilitaría un posicionamiento subjetivo diferente.

3.3.2 Los espacios de animación sociocultural y la función de la comunidad.

Los espacios de animación sociocultural, son también un eje importante en los TBC. Estos permiten un involucramiento de la comunidad en los procesos de recuperación de la población que acude a los servicios y a su vez, un involucramiento de la población en tratamiento en los procesos comunitarios. Según la metodología de TBC, los espacios de animación sociocultural, son parte de las estrategias⁴⁰ de entrada a una comunidad para el trabajo con la población excluida y, su objetivo es “fortalecer la vida comunitaria por medio de actividades de animación y de la participación en su vida cultural” (Milanese: 34).

La idea de estas actividades es identificar mitos y ritos propios de la comunidad para ser expuestos mediante actividades recreadas por el grupo que asiste al tratamiento, también,

³⁹ “La falta en psicoanálisis es la “condición del serhablante que lo hace depender de un déficit o de una incompletud tan necesarios como generalmente inadvertidos en todo lo que se presenta, para él, como un Todo”. (Chemama y Vandermersch)

⁴⁰ Otras estrategias son: el trabajo de calle, cuyo objetivo es tener un conocimiento mayor sobre la comunidad. Las acciones que se realizan en el trabajo de calle son: encontrar a las personas que viven en la calle, hacer contacto con grupos que trabajan en la calle, así como también a organizaciones que respaldan ese trabajo, hacer un acercamiento a actores sociales que tienen contacto con estas personas, como dueños de tiendas etc. Construir redes e identificar las ya existentes en la comunidad, realizar un reconocimiento del territorio y aportar al diagnóstico de la comunidad

Acciones de enganche cuyo objetivo es realizar acciones de intervención inmediata dentro del campo de la organización de la comunidad, es decir identificar la demanda y recursos comunitarios, el área de la salud, para atender los problemas de salud más comunes en la comunidad, la educación no formal sobre temas que requiera la comunidad y las acciones de asistencia inmediata que ayudan a las personas a solucionar problemas apremiantes relacionados a la salud, la seguridad y la pobreza extrema.

mediante el arte, poner en escena algunas de las problemáticas existentes en la marginalidad y en las toxicomanías. Lo interesante de estas actividades es que existe una participación tanto del grupo beneficiario del tratamiento como de los miembros de la comunidad, que aportan con sus saberes para construir procesos culturales participativos. El teatro callejero es una de las iniciativas con mayores resultados para estos procesos.

Pues bien, estas actividades tienen varios beneficios a nivel estructural. Uno de ellos es el involucramiento del resto de la comunidad, pues es necesario recordar que, dentro de la exclusión existente también procesos excluyentes hacía quienes consumen drogas y están involucrados en procesos que alteren el orden de la comunidad. Para poder analizar cómo opera este beneficio será necesario profundizar en lo que se entiende por comunidad y en sus características. Para este efecto recurriremos a los planteamientos de Roberto Esposito⁴¹, acerca del término latino *communitas*.

Una de las concepciones tradicionales que se han construido alrededor de la comunidad, es la de ser “una propiedad de los sujetos que une: un atributo, una determinación, un predicado que los califica como pertenecientes al mismo conjunto” (Esposito, 2007: 22). Esta concepción ha posibilitado calificar a la comunidad como un todo y por lo tanto a sus miembros como parte de ese todo al cual creen pertenecer porque lo conciben como propio. En este sentido se pensaría que la comunidad que participa en estos procesos de animación sociocultural lo hace, porque conciben a esa comunidad como propia, porque se sienten pertenecientes a ese espacio, sin embargo es a partir del análisis del adjetivo *communis* que Roberto Esposito, nos proporciona otros matices para entender estos procesos de participación que surgen en la comunidad.

Nos muestra el sentido común que la comunidad adquiere en oposición a lo propio, señalándonos que aquello que puede considerarse común, es justamente aquello que no nos es propio, es decir que no nos pertenece. En palabras del autor, “lo común empieza allí donde lo propio termina” (Esposito, 2007: 25) consecuentemente aquello que es común pertenece a muchos, convirtiéndose en algo público. De esta manera, la concepción de la comunidad se aleja de la idea de la propiedad para dar paso justamente a su contrario.

⁴¹ Filósofo italiano que trabaja especialmente con la filosofía moral y política.

Esto nos es aclarado cuando Esposito analiza otro de los términos presente en *communitas*; el término *munus*, que según las investigaciones realizadas por el autor, recoge tres acepciones, *onnus*, *officium* y *domun*. Las dos primeras hacen referencia al deber, mientras que *domun* a aquello relacionado con un don. Por lo tanto el *munus* involucra tanto al deber como al don, este último entendido como un regalo, como algo que se dona gratuitamente y que entonces, por ese carácter de gratuito obliga a la reciprocidad, a la mutualidad, que genera un compromiso entre el uno que recibe y el otro que da.

En base a estos análisis, Esposito llega a la conclusión de que “*communitas* es el conjunto de personas a las que une, no una propiedad, sino justamente un deber o una deuda. Conjunto de personas unidas no por un más, sino por un menos, una falta, un límite que se configura como gravamen” (2007: 29-30). Esta deuda que une a los miembros de la comunidad es la que nos permitirá beneficiarnos de las intervenciones que dentro y con ella se hagan para trabajar sobre los problemas psicosociales que la aquejan, pues la *comunnitas* está sostenida en un sacrificio ligado, a su vez, a la compensación. Es este deber, esta falta que une a la comunidad, la que posibilitaría que las intervenciones de los TBC se sostengan.

Este deber otorgado por el *munus* que une a los miembros de una comunidad, no es un deber cualquiera, está ligado, por su condición de ser una falta, un vacío, a aquello que les es expropiado a sus miembros: su propia subjetividad, porque ella ya no les pertenece sino que es compartida, entonces

no es lo propio, sino lo impropio - o, más drásticamente, lo otro- lo que caracteriza a lo común. Un vaciamiento parcial o integral, de la propiedad en su contrario. Una despropiación que invierte y descentra al sujeto propietario, y lo fuerza a salir de sí mismo. A alterarse. En la comunidad los sujetos no hallan un principio de identificación, ni tampoco un recinto aséptico en cuyo interior se establezca una comunicación o cuando menos el contenido a comunicar. No encuentra sino ese vacío, esa distancia, ese extrañamiento que los hace ausentes de sí mismos: donantes a, en tanto ellos mismos donados por un circuito de donación recíproca cuya peculiaridad reside justamente en su oblicuidad respecto de la frontalidad de la relación sujeto-objeto (Esposito, 2007: 31).

Esta reciprocidad es la que opera en los procesos de participación comunitaria. Si lo que une a la comunidad es una falta, un deber, un don que no puede ser no dado, los miembros de la comunidad están en la obligación de retribuir ese don, no mediante una cosa, sino mediante su subjetividad. Es este donar la subjetividad lo que mantiene juntos a sus miembros, pues los confronta con la finitud, con un límite que a su vez muestra su fragilidad en tanto mortales,

ya que le deben a esa comunidad el privilegio de seguir vivos, pues a partir de Hobbes, sabemos que “lo que los hombres tienen en común – que los hace semejantes más que cualquier otra propiedad- es el hecho de que cualquiera puede dar muerte a cualquiera”(Esposito, 2007: 41), por lo tanto, aquel don que une a la comunidad, es el don de la muerte.

Entonces, los miembros de la comunidad para evitar el franqueamiento de esa unión deben renunciar a su naturaleza, haciéndolo mediante un pacto. El pacto simbólico que hace que la confianza de no ser dado muerto por el otro, sea depositada y que a su vez ese otro confíe y se involucre en ese pacto. Esto es lo que hay que rescatar en las comunidades de barrios marginales, la realización de ese pacto que por efectos de la modernidad y la lógica capitalista se ha fragilizado -pues para evitar la amenaza de ser dado muerte por otro, la única salida visible es la de inmunizarse ante tal amenaza, mediante una aparente garantía de que no me harás daño-. Por lo tanto, para lograr que la comunidad funcione como una plataforma de sostenimiento de los TBC, en la que exista el beneficio de la participación comunitaria, será necesario recobrar y potenciar la deuda que les une, mediante el re- afirmamiento del pacto simbólico que los hace estar unidos en falta.

Por otro lado, esta falta, este vacío que opera en la comunidad, es imprescindible en el tratamiento para las toxicomanías, juega un papel significativo en la cura. Esto debido a que en las toxicomanías, el sujeto se ve como un sujeto no dividido, es decir sin falta. La falta estructural que nos constituye, en la toxicomanía esta taponada, no por significantes amos, sino por el objeto de goce que es la droga. Este taponamiento genera que el sujeto se vea a sí mismo como un sujeto aparentemente completo. Es así que, un sujeto que se droga compulsivamente, no puede funcionar en ningún otro ámbito, pues el taponamiento de la falta no le permite ubicarse como sujeto del deseo.

Desde el psicoanálisis, cuando se habla del deseo, no se lo equipara a su significado más común, es decir a lo que puede estar relacionado con los anhelos o las aspiraciones. Para el psicoanálisis el deseo es aquello que nos posibilita, que nos moviliza, nos empuja a seguir viviendo a pesar de los impases con los que tengamos que enfrentarnos día a día, es decir, es aquello que nos permite ir de lado de la vida más que del de la muerte. Para el psicoanálisis, en la toxicomanía, el sujeto está por fuera del deseo, está en el orden del puro goce de su

cuerpo que termina haciendo operar a la pulsión de muerte⁴² de un modo absoluto. La relación que se establece con la droga, obtura la posibilidad de que el sujeto entre en el orden del deseo y posibilita el imperativo del goce.

El goce, es un concepto lacaniano, que, como habíamos analizado en el primer capítulo, hace referencia a las diferentes relaciones con la satisfacción que un sujeto pueda experimentar gracias al objeto de su deseo; cuando este objeto, es totalitario, y promete la satisfacción plena, es decir, un objeto que proporciona una complacencia inigualada, esa relación de satisfacción con ese objeto se vuelve mortífera, letal. El sujeto queda enganchado en esa relación en la que no utiliza ninguna otra cosa que no sea su cuerpo y su droga, por lo tanto, el tratamiento tendría la función de que el sujeto pueda desengancharse de ese objeto que obtura la falta y que entonces ésta pueda operar haciendo funcionar al deseo.

La comunidad, en su condición de estar sostenida en una falta, mediante las diversas intervenciones que pongan en juego el intercambio simbólico mediante la palabra, posibilitaría este desenganche del objeto droga y consecuentemente un enganche al deseo. El que un sujeto entre en la lógica comunitaria, participe de esas actividades, se involucre en ese “reconocimiento común entre los locutores (...) que instala entre ellos una disimetría fundamental, una desigualdad, y que uno de ellos tendrá que buscar hacerse reconocer, hacerse amar, hacerse admitir” (Melman, 2009: 310) como parte de ese vacío, eso tiene que ver con asumirse como un sujeto en falta y por lo tanto como sujeto del deseo.

Por otro lado, las actividades de animación sociocultural posibilitarían hacer operar procesos de sublimación. La sublimación, para el psicoanálisis, es un “proceso psíquico inconsciente que (...) da cuenta de la aptitud de la pulsión sexual para reemplazar un objeto sexual por un objeto no sexual (connotado con ciertos valores e ideales sociales) y para cambiar su fin sexual inicial por otro fin, no sexual, sin perder notablemente su intensidad. (Chemama, Vandersmerch, 2004: 642). Para nuestro trabajo no es necesario adentrarnos en el concepto de pulsión propuesto por Freud, bastará con conocer que la pulsión es un monto de energía, una fuerza que pulsa el psiquismo y que busca siempre ser satisfecha.

⁴² Concepto a ser analizado más adelante

Es importante recalcar que la pulsión no es equiparable a un instinto, pues este último rige a la vida animal, mientras que la pulsión es propia de los seres hablantes. Para comprender esto daremos un ejemplo. Cuando un bebé tiene hambre, el hambre es considerada como un instinto, por lo tanto el bebé tenderá a satisfacerlo a cualquier precio, sin embargo, si hemos tenido oportunidad de mirar cuando un bebé se alimenta, sabremos que incluso después de haber satisfecho su hambre, ese bebé seguirá buscando el seno materno aún cuando no desee comer más. Esa búsqueda es empujada por una pulsión.

Freud describió varios tipos de pulsiones, entre ellas pulsiones sexuales, pulsiones del yo y pulsiones de objeto, agrupó a estas pulsiones en dos grandes opositoras: la pulsión de vida y la pulsión de muerte. La primera de ellas relacionada a todo aquello que nos permitirá permanecer vivos, es decir lo que asegurará la supervivencia de la especie, mientras que la otra relacionada a aquello que nos llevará a toparnos con el punto de origen que es la muerte. La dificultad ocurre, porque en los seres hablantes estas dos pulsiones se encuentran en continuo enfrentamiento.

Para resumir, las pulsiones sexuales se encuentran tanto en la pulsión de vida como en la pulsión de muerte. Ésta última se pone en juego, no sólo en las toxicomanías con la autodestrucción, sino también en fenómenos sociales de violencia, pues se exterioriza a través de la agresividad. Por lo tanto, el proceso de sublimación, presente en las actividades en donde opere la capacidad creativa de esta población, posibilitaría que ésta pulsión agresiva presente tanto en las toxicomanías como en la violencia propia de la marginalidad, pueda ser desplazada hacia otro fin que no sea la acción de dañar al otro o a sí mismos. En este sentido, las actividades como el teatro, la música, la poesía, la construcción de relatos mediante la literatura etc. tenderían a sublimar ese empuje a la agresión que caracteriza las relaciones de la vida marginal y las toxicomanías.

Este proceso de sublimación, puede considerarse una renuncia a lo pulsional, que a su vez posibilita una organización social por fuera de la violencia y del don de la muerte que caracteriza también a la *communitas*. Nuevamente aquí, la comunidad se pone al servicio de la falta, porque esa renuncia implica reconocernos como seres no completos, pues

aquello que nos acomuna-que nos constituye en cuanto seres-en-común- es precisamente esa falta, esa incompletud, esa deuda. O aún nuestra finitud, como el mismo Rousseau había

presentido en un inolvidable pasaje del Emilio: La debilidad del hombre lo hace sociable; nuestras miserias comunes llevan a nuestros corazones a la humanidad (Esposito, 2007: 102).

3.3.3 Las acciones de reducción de riesgos y daños como una reducción del malestar

Como último punto de este trabajo investigativo, y para finalizar nuestra propuesta de dispositivos de Tratamientos de Base Comunitaria para las toxicomanías en barrios urbano-marginales de la ciudad de Quito, analizaremos las estrategias de reducción de riesgos y daños con las que cuenta el modelo la Carpa. Sabemos, por nuestros acercamientos a estas estrategias, analizadas en el segundo capítulo, que la reducción del daño no pretende eliminar el consumo de drogas, sino, mitigar los daños físicos y sociales subyacentes a la patología. De hecho, los TBC, son el conjunto de acciones y prácticas cuya finalidad es la reducción de los riesgos y los daños generados por el consumo de drogas en la población gravemente excluida.

En este sentido el Modelo La Carpa cuenta con varias actividades enmarcadas en este objetivo como: el seguimiento de hábitos de consumo, el control de los problemas médicos causados por el consumo de drogas o por el estilo de vida de la calle, los procesos de educación no formal relacionados por ejemplo, a enfermedades de transmisión sexual, el control de enfermedades ya presentes en la población beneficiaria, la referencia a hospitales de especialidad cuando se presenten situaciones médicas de emergencia y el acompañamiento en estas emergencias.

Como hemos sostenido, a lo largo de nuestro trabajo, los seres hablantes estamos enfrentados a un sinnúmero de situaciones que generan malestar, no solamente situaciones externas, es decir que vienen del afuera, sino también situaciones que se encuentran a nivel psíquico. Freud en su texto *El Malestar en la Cultura*, del que nos hemos servido para analizar varios puntos de nuestro trabajo, no dice que hay tres fuentes generales de donde proviene el sufrimiento; una de esas tiene que ver con la naturaleza, por ejemplo cuando hay un desastre natural, otra tiene que ver con el propio cuerpo, por ejemplo una enfermedad y otra, quizás la más difícil, es la que tiene que ver con la relación con los otros semejantes (Freud, *El malestar en la cultura*, 2009).

Podemos ver, entonces, que en los fenómenos estudiados, tanto en la marginalidad como en las toxicomanías, estas tres fuentes se conjugan, agravando significativamente el sufrimiento subjetivo y social de estas poblaciones. En esta vía las estrategias de reducción del daño, vendrían no solamente a mitigar los daños que estas situaciones han dejado tanto en el cuerpo social o en el organismo, sino que posibilitarían un alivio al malestar de la vida anímica.

Es indudable que el consumo de drogas deja una huella en el organismo. Los signos y síntomas del efecto de las drogas en el cerebro y en el funcionamiento de varios órganos, son evidentes tanto a corto como a largo plazo, pero también los son las marcas que el hambre, el frío, el dolor de existir cuando no se encuentra un sentido a la vida, dejan en el cuerpo. Sabemos bien, mediante Freud, que “en algunos enfermos, los signos patológicos no provienen sino de un *influjo alterado de su vida anímica sobre el cuerpo*” (Freud, 2001: 118). Este influjo alterado puede darse por las condiciones de vida que los sujetos experimentan, y conocemos pues que en la marginalidad esas condiciones de vida son las más deshumanizantes.

Con la reducción del daño se pretende mitigar las enfermedades que pueden producirse tanto por consumir drogas como por estar consumidos por la marginalidad, sin embargo esta mitigación tiene también un efecto adyacente pues mediante ese ocuparse del cuerpo se reduce también el sufrimiento a nivel psíquico. Entonces, la alteración de la vida anímica podría encontrar un alivio.

El cuerpo de los llamados toxicómanos denuncia un sufrimiento, basta con mirar a un sujeto atrapado en la toxicomanía, para advertir la crudeza de la operación de la pulsión de muerte y de la agresividad dirigida hacia ellos mismos, sin embargo, esta crudeza es aun más incuestionable, cuando sumado al efecto fisiológico de las drogas, se encuentran los efectos de la deshumanización en la que se vive en la marginalidad. Por algo se considera a estos sujetos como desecho, es decir como aquello que estorba, que no funciona y que entonces debe ser eliminado.

En este sentido, la reducción del daño posibilitaría no solamente atender a un organismo doliente sino también permitir que ese sujeto le de un nuevo sentido a ese organismo, que lo atraviese con las palabras, y entonces lo coloque en el estatuto de cuerpo, su cuerpo, que se

permita escucharlo, atenderlo y con ello relacionarse de una forma diferente con él. La reducción del daño, permitiría hacer notar que el cuerpo no está solo hecho para introducir tóxicos, sino también para buscar nuevos modos de satisfacción alejados de la destrucción. Estas estrategias le permitirían al sujeto ocuparse del dolor del cuerpo, curarlo, mantenerlo limpio, vestirlo, y entonces darle otro lugar y re-significarlo.

Por lo tanto, la reducción del daño no se ocuparía solamente del daño a nivel físico o social, sino también del que se produce en la vida anímica al estar expuestos a un sufrimiento que, en muchos casos, puede resultar letal. Esta propuesta es consonante al psicoanálisis, pues su perspectiva no tiene que ver con la de curar a la población de todos los problemas que ocasionan las drogas, ni tampoco dejar que estos problemas se perpetúen o simplemente persistan, sino reducirlos y darles otra significación, y justamente esta perspectiva es la que opera en la práctica psicoanalítica. Como lo mencionamos ya en el segundo capítulo, pues “el psicoanálisis no promete la curación absoluta del síntoma, sino ciertamente la reducción de los estragos y su transformación en algo más vivible para el sujeto” (Laurent, 2012: 5)

Esta reducción de los estragos y esta transformación en algo más vivible para el sujeto es lo que se busca con los TBC pues, mediante sus estrategias, permiten que los sujetos aquejados por las toxicomanías en contextos de marginalidad avanzada, encuentren en estos espacios un lugar para la transformación subjetiva, alejados de la violencia y la búsqueda de la supervivencia como única meta a futuro, pues en las toxicomanías, la visión de un futuro es inexistente, el futuro es inmediato ligado a la búsqueda de la nueva dosis, borrando de esta manera, todo rastro de subjetividad.

Por lo tanto los TBC buscarían ampliar esa visión de futuro, desligarla de la inmediatez y entonces devolverles a estos sujetos, su condición de seres hablantes, humanizarlos, para con ello, ofrecerles la posibilidad de posicionarse responsablemente ante sus actos, sus elecciones y ante su participación en la comunidad. Esta es la propuesta que hacemos a todos quienes se interesen por las condiciones de sufrimiento social en las que viven algunas poblaciones. La propuesta versa sobre el salir de las paredes de un consultorio o ir más allá de la academia, para entrar en la lógica de la calle, trabajar en la marginalidad, recorrerla y entonces, junto con quienes la viven, iniciar procesos de cambio que no estén en el orden de la compasión, sino del trabajo.

CONCLUSIONES

Resulta una tarea compleja concluir un trabajo que requiere de aperturas más que de cierres. Por lo tanto, nuestras conclusiones considerarán los cuestionamientos que se nos han presentado a lo largo de la investigación, para con ello, no dar por terminado nuestro recorrido, sino que, por el contrario, empezarlo.

La marginalidad se constituye como uno de los efectos más visibles de un sistema económico que no pudo sortear el trabajo con los objetos y con los sujetos, y consecuentemente tuvo que primar lo uno sobre lo otro. La primacía del objeto, en este caso del capital, por sobre el sujeto, es la condición *sine qua non* para sostener el capitalismo, de la que se alimenta el discurso del mercado. Por esta vía, durante nuestro recorrido, nos interrogamos por el lugar que ocupa el sujeto en esta dialéctica, concluyendo que éste se ubica en la marginalidad como un lugar de desecho. Sin embargo, conocemos, por la gravedad de sus efectos, que el capitalismo y el discurso del mercado no sólo se evidencian en los contextos marginales, sino, también en las sociedades que creen estar fuera de la exclusión, al estar imbuidas en la corriente consumista.

El ciudadano, llamémoslo así, común, vinculado a la oferta laboral, al ámbito académico, que no vive en un barrio marginal, que probablemente tiene una familia, se ocupa de ella y pasa sus días entre la monotonía que puede representar la cotidianidad y entre los intentos de salir de ésta mediante cualquier acto que la acelere. Este ciudadano común, visibilizado sólo, en tanto un número que infla la estadística del consumismo, aparentemente, no sufre los estragos de un sistema económico y social que está quebrando la subjetividad.

Decimos aparentemente porque su condición de vida no representa un problema para el discurso dominante, de hecho, es favorable para el mercado. Sin embargo, nos preguntamos si el modo tan acelerado en el que vivimos, el empuje a la felicidad absoluta, el mandato de gozar sin límites y a cualquier precio, ¿no tiene también efectos en los sujetos comunes y corrientes que habitan las calles de las grandes ciudades sin ser notados porque sus aspectos físicos no denotan miseria?

Sin lugar a dudas, la miseria más notoria es la que se vive en los contextos marginales, porque ellos son el síntoma explícito de una ruidosa inequidad social. Sin embargo, probablemente muchos de nosotros nos preguntamos ¿qué está ocurriendo con nuestra sociedad? pues cada día somos testigos de un sin número de fenómenos extraños que, al parecer, no ocurrían antes. Sin hacer de los tiempos de antes, tiempos mejores,

constatamos las dificultades de los sujetos de hoy para disponer de balizas, ya sea para iluminar la toma de decisiones o para analizar las situaciones a las que están confrontados. Es sorprendente, en un mundo caracterizado por la violencia, tanto en la escuela como en la calle, una nueva actitud ante la muerte (eutanasia, debilitamiento de los ritos...). La demanda del tran-sexual, los avatares de los derechos de los niños, las limitaciones, incluso los diktats de lo económico, las adicciones de todo tipo, la emergencia de síntomas inéditos (anorexia masculina, niños hiperactivos..), la tiranía del consenso, la creencia en las soluciones autoritarias, la transparencia a toda costa, el peso de lo mediático, la inflación de la imagen, el recurso permanente al derecho y la justicia como “comodines” de la vida en sociedad, las reivindicaciones de las víctimas de todo tipo, la alienación en lo virtual (video-juegos, Internet...), la exigencia del riesgo cero, etc. (Melman 2005, 10)

Estos fenómenos también están en el orden de la exclusión y de la violencia, quizás no tan notoriamente social, pero sí evidentemente subjetiva. Quienes trabajamos en el campo de la subjetividad, nos preguntamos, qué ocurre con estos síntomas que presentan quienes vienen a buscarnos para calmar su malestar. Parece que socialmente, hemos entrado en ese borde, siempre oscuro, entre la cordura y la locura. Representativa en los llamados trastornos borderline- bastante común en la actualidad-, que nos enfrentan con la imposibilidad de saber ante qué posición subjetiva estamos, que nos desorientan al momento de intentar dirigir una cura.

Esas manifestaciones sintomáticas, son contemporáneas. El sufrimiento hoy, se evidencia de otras maneras, pues los códigos con los que nos regimos están difusos, cambiantes, y se diluyen. Al hacerlo no permiten que nos anclamos y como consecuencia, saltamos entre la violencia, la miseria, la anarquía y la segregación. Las toxicomanías también son el síntoma visible de lo que nos ocurre como sociedad. Por eso, tratar con sujetos toxicómanos angustia, no sólo porque están en el límite entre la vida y la muerte, sino porque nos recuerdan ese límite que, socialmente, hemos franqueado, además que no dejan de recordarnos la primacía del objeto en detrimento del sujeto.

Estas reflexiones, no pretenden estar en el orden de un pesimismo anticuado, pues al contrario, procuran despertar una esperanza que dirija nuestro trabajo hacia la apuesta por la

subjetividad. En ésta nos hemos embarcado al proponer un modo diferente de trabajar la marginalidad y las toxicomanías. Nos arriesgamos, no sólo a plantear metodologías novedosas, sino también a cuestionar los lugares comunes y re-inventar nuestros aportes. En este orden, nos preguntamos si nuestra propuesta, no es sólo válida en los contextos que analizamos ni para la patología que hemos escogido. Nos interrogamos por su pertinencia ante el malestar al que estamos sometidos, sin opciones aparentes para contrarrestarlo. Quizás, entonces, nuestra contribución pueda ser ampliada, no sólo para trabajar en la marginalidad, sino también en el conjunto de la sociedad.

Por otro lado, a partir del análisis del término *communitas*, planteamos la hipótesis de que la comunidad representaría una plataforma sólida para sostener el lazo social. Consideramos que trabajar en ella, mediante la operación del vacío en el que se sostiene, posibilitaría la circulación del deseo, detenido por el violento efecto de las drogas cuyo objetivo es taponar dicho vacío. Entonces, la falta que origina a la comunidad, se convertiría en el motor de la búsqueda de sentidos y de satisfacción por fuera del goce mortífero que representa la droga.

Así mismo, nos preguntamos por el lugar que ocupa la comunidad en el mundo contemporáneo, interrogándonos si su destino es desaparecer como consecuencia de la dinámica acelerada de las sociedades de consumo. Nos preocupa pensar que lo que advenga, en caso de que eso ocurra, sea la soledad absoluta y por lo tanto, insistimos en la necesidad de servirnos de dicha falta para regular el goce desmedido que nos gobierna.

Para lograr esto habrá que hacer más que producir conocimiento. Pues éste será insuficiente al momento de enfrentarnos con las nuevas manifestaciones sintomáticas propias del mundo posmoderno. Tendremos, en primer lugar, que no retroceder ante ellas, ni conformarnos con escuchar a los pacientes en la comodidad de un consultorio. Entonces el reto que se nos plantea, es abrir los oídos al sufrimiento que se confunde con el ruido proveniente de las calles, para con ello, construir substitutos a los referentes caídos, ya no con objetos sino con palabras. Habrá que preguntarnos entonces, si estamos dispuestos a aceptar lo que ese reto implica.

BIBLIOGRAFÍA

Andrade, T. M. (2011). Proximidad: una noción clave para la atención de usuarios de drogas. En G. D. Touzé, *América Latina debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas* (pág. 350). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Andropoulou, D. (2009). Toxicomanía: un síntoma social de desinserción subjetiva. En L. D. Miller, *El lazo social intoxicado* (pág. 208). Buenos Aires: Grama ediciones.

Bauman, Z. (2007). *Vida de Consumo*. México: Fondo de Cultura Económico.

Bauman, Z. (19 de 05 de 2013). ¿Qué futuro estamos construyendo? (C. Fresneda, Entrevistador)

Barreto, D., Pacurucu, S., Moya, L., & Dominguez, F. (s.f.). *Scribd*. Recuperado el 15 de Agosto de 2015, de <https://es.scribd.com/doc/8531330/Salud-Mental-Alcoholismo-y-DROGADICCION-en-El-Ecuador-a-FINALES-DEL-SIGLO-XX>

Bousoño, N., DAndrea, A., & Gordneff, G. (2009). Paco, la intoxicación con el desecho. En L. D. Miller, *El lazo social intoxicado* (pág. 208). Buenos Aires: Grama ediciones.

Chemama Rolando, V. B. (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Cortés, F. (2006). Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad, marginalidad económica y exclusión social. *Papeles de población*, 71-78.

Dias, C., Pereria, C., Liberal, L., & Nascimento, Z. (2009). Una solución feliz en tiempos de alloverdose. En L. D. Miller, *El lazo social intoxicado* (pág. 208). Buenos Aires: Grama ediciones.

Dobry, H. (2009). El lazo consumido. En L. D. Miller, *El lazo social intoxicado* (pág. 208). Buenos Aires: Grama Ediciones.

Drug Law Reform. (2015). *Reformas a las leyes de drogas en América Latina*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015, de <http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/america-latina>

Esposito, R. (2007). *Communitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2009). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2004). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2001). *Tratamiento psíquico, tratamiento el alma*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fundación Transform Drug Policy. (2012). *Después de la guerra contra las drogas: Una propuesta para la regulación*. Unit Kingdom: Transform.

Germani, G. (1980). *El concepto de marginalidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Gómez, & Serena. (2012). *Introducción al campo de las drogodependencias*. Córdoba: Brujas.

Hidago, J. C. (2011). El fracaso de la guerra contra las drogas. En G. D. Touzé, *América Latina debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas* (pág. 350). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil- Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Harm reduction COALITION. (s.f.). *Harm reduction COALITION*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015, de <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

Juarez, M., García, E., Hwa, S., Herrera, B., Toríz, J. C., Castillo, S., y otros. (s.f.). *LiberAddictus*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2014, de www.liberaddictus.org

Lacan, J. (2004). *El Seminario de Jacques Lacan: libro 17: El reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Laurent, Ë. (24 de Abril de 2012). *Lacan cotidiano*. Recuperado el 03 de Febrero de 2014, de http://www.eol.org.ar/la_escuela/Destacados/Lacan-Quotidien/LC-cero-204.pdf

Leon, G. D. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclée Brouwer S.A.

Lepoulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Machín, J. (s.f.). *Pastoral de drogadicción*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2015, de www.pastoraldedrogadiccion.cl/docs/modelo_eco.doc

Machín, J. (01 de Junio de 2010). *REDES Revista hispana para el análisis de las redes sociales*. Recuperado el 03 de Agosto de 2015, de <http://revista-redes.rediris.es>

Machin, J. (2010). *Liberaddictus*. Recuperado el 16 de 07 de 2015, de www.liberaddictus.org/Pdf/0799-75.pdf

Melman, C. (2002). *El complejo de Colón y otros textos. Clínica psicoanalítica y lazo social*. Bogotá: Cuarto de vuelta ediciones.

Melman, C. (2009). *Para introducir al Psicoanálisis hoy en día*. Buenos Aires: Letra Viva.

Melman, C. (2005). *El hombre sin gravedad*. El Rosario: Universidad del Rosario.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Quito. Comisión de Salud Mental.

Milanese, E. (s.f.). *Fundación Procrear*. Recuperado el 31 de Octubre de 2015, de <http://procrearfundacion.org/images/pdf/manual.pdf>

Nadelmann, E. (2004). Legalización, prohibición y reducción de daños. En Heather, Wodak, Nadelmann, & O'Hare, *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo* (pág. 257). Barcelona: Grupo Igia.

Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.

- Ocampo, E. V. (1988). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires: Paidós.
- OEA. (2012). *El informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos*. Guatemala: OEA.
- OMS, C. (1969). *Los expertos en farmacodependencia*. Ginebra: OMS.
- OMS. (1994). *World Health Organization*. Recuperado el 14 de 06 de 2014, de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Paladines, J. V. (2013). La (des)proporcionalidad de la ley y la justicia antidrogas en Ecuador. En J. V. Paladines, *El equilibrio perdido: drogas y proporcionalidad en las justicias de América* (pág. 330). Quito: Defensoría Pública del Ecuador.
- Rodolfo, P. (s.f.). *Diccionario Biográfico Ecuador*. Recuperado el 20 de Julio de 2015, de <http://www.diccionariobiograficoecuador.com/tomos/tomo23/v1.htm>
- Saavedra, G. D. (2012). *Los dioses de la ciudad. Especialidad de la pobreza urbana*. Quito: FLACSO ECUADOR.
- Sierra, N. (2008). *Marginalidad y ética: una mirada desde América Latina*. Tesis de doctorado inédita. Berlin: Universität Berlin.
- Sinatra, E. (28 de febrero de 2008). El amor tóxico y las drogas duras. (L. D. Salamone, Entrevistador)
- Strang, J. (2004). El uso de drogas y la reducción de daños: respuestas a un reto. En Heather, Wodak, Nadelmann, & O'Hare, *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo* (pág. 257). Barcelona: Grupo Igia.
- Szasz, T. (2001). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama S.A.
- Tenorio, R. (2014). *El Ecuador y la marihuana*. Quito: El conejo.
- Tenorio, R., & Jácome, A. (2012). *Informe final de Consultoría e Investigación Sociocultural en Centros de Atención en el Ecuador*. Quito: PREDICAN.
- Wacquant, L. (2001). *Parias Urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Buenos Aires: Manantial.
- Wajrch, D. (2013). El límite en la clínica y la extensión de las adicciones. *Adicciones: una mirada clínica* (pág. 15). Buenos Aires: Comunidad virtual Russel.
- Zorondo, M. (2011). Chile y la atención a los usuarios de drogas. Un trabajo junto a ellos. En G. D. Touzé, *América Latina debate sobre drogas: I y II Conferencia ALtinoamericanas sobre Políticas ed Drogas* (pág. 350). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.