

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**Ecos de un tratamiento... : cuando el cuerpo
se torna in/gobernable.**
"Las etiquetas son para la ropa... no para las personas"

Paola Boschnakoff Alcántara
Tutor: María Julia Acosta

2018

DEDICATORIA:

A mi abuelo Mario Alcántara, por ser mi guía y sostén durante este proceso, por motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos, al igual que por haberme ayudado y enseñado a lidiar contra todo tipo de obstáculos.

Gracias.

ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN.....	3
2- JUSTIFICACIÓN.....	5
3- PROBLEMA SOCIOLÓGICO.....	7
4- ESTADO DEL ARTE.....	9
5- MARCO TEÓRICO.....	12
5.1. Los círculos sociales.....	12
5.2. Las estructuras de Parsons.....	13
5.3. Interaccionismo simbólico y significados.....	14
5.4. La fachada.....	15
5.5. El Estigma.....	17
5.6. Internados.....	17
5.7. Ante el Suicidio.....	18
5.8. Desviados.....	19
5.9. Agentes socializantes.....	20
5.10. El poder.....	21
5.11. Estructuras Sociales.....	22
5.12. Ideología de Género.....	23
5.13. Perspectiva de género.....	23
6- OBJETIVOS.....	25
6.1. Objetivo general.....	25
6.2. Objetivos específicos.....	25
7- METODOLOGÍA.....	26
7.1. Estrategia metodológica.....	26
7.2. Diseño Muestral.....	27
8- ANÁLISIS DE DATOS.....	30
9- REFLEXIONES FINALES.....	46
10-BIBLIOGRAFÍA.....	51

1- INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la tesis final de grado de la Licenciatura en Sociología correspondiente al plan 2009, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La investigación surge con la finalidad de ahondar en la temática *salud y drogas* desde una óptica sociológica. La problemática fue abordada a partir del discurso de usuarios que se encontraban en diversos tratamientos en centros de atención de drogas durante el 2017 en Uruguay.

El trabajo se enfocó en la indagación de: sus trayectorias de vida, la autopercepción en cuanto a la concepción de consumo problemático y adicción, y sus experiencias frente al estigma y relacionamiento con los diferentes centros. De este modo se examinaron las fortalezas y debilidades de los tratamientos. El problema de investigación fue concebido y analizado desde un paradigma interpretativo que tomó insumos del interaccionismo simbólico.

El trabajo intentó ser un aporte para la comprensión del consumo de drogas como un fenómeno social y cultural. Resulta relevante conocer el proceso de construcción social que hay por detrás, como consecuencia del imaginario de un modelo médico hegemónico.

Introduciéndonos en la estructura del documento, encontraremos un primer apartado en el cual se presentará la *Justificación*. En ella se intenta reflejar la relevancia que tiene el estudio de las percepciones de los usuarios desde su propia perspectiva, experiencias y trayectorias.

En el capítulo del *Problema Sociológico* se evidencian los cambios en las pautas de consumo a lo largo de la historia. Los mismos, influenciados por el paradigma prohibicionista y el paradigma sanitario, lleva a entender a la adicción como una enfermedad que necesita ser tratada. Posicionando al sujeto como paciente.

En tercer lugar se encuentra el apartado *Estado del Arte*. El mismo se ha construido a partir de la revisión de antecedentes socio-históricos en materia de *drogas y salud*. Con datos procedentes del *Informe Mundial de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito* en 2012 y de *La Junta Nacional de Drogas*.

En un cuarto apartado encontramos la construcción del *Marco Teórico* cuyo fin es dar sustento analítico a nuestras categorías. En él, se han abordado diversas líneas teóricas para la construcción de las *trayectorias de vida* de los usuarios, con el fin de respaldar la etapa que se corresponde entre la infancia y el primer tratamiento al que acceden.

Para estudiar las *percepciones* de los discursos de los actores, resultó fundamental posicionarse desde la teoría del interaccionismo simbólico.

Las *experiencias* de los usuarios son indagadas -frente al estigma- para considerar las diversas situaciones de vulnerabilidad. Las mismas pueden ser causa de la exposición por su género o por su relación con la droga. Por otra parte, las experiencias con los tratamientos. Todas ellas, partiendo de teorías de relaciones de poder y medicalización, que tienen como objetivo el rescatar las fortalezas y debilidades de los centros.

En un quinto apartado encontramos los *objetivos de investigación*. Siendo nuestro objetivo general *indagar en las trayectorias, percepciones y experiencias asociadas a recaídas y fenómeno de puerta giratoria, de los usuarios que se encuentran en tratamiento en distintos centros de atención de drogas*. Para dar cuenta a este objetivo se utilizó un abordaje de corte cualitativo, realizando entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión, a usuarios de distintos tipos de centros de atención en drogas -públicos, privados, laicos, religiosos, mixtos, femeninos, masculinos, entre otras características-.

El *análisis de datos* fue elaborado relacionando los diferentes enfoques teóricos, tomando en cuenta las percepciones de los discursos de los usuarios.

En un último apartado exponemos las *reflexiones finales* en donde se invita a pensar en la problemática seleccionada. Ellas se desprenden del análisis de los datos, haciendo sugerencia a una serie de políticas sociales, teniendo en cuenta las conclusiones arribadas a partir del fenómeno de puerta giratoria y las recaídas.

2- JUSTIFICACIÓN

La elaboración del tema emerge durante el trayecto del taller de investigación *drogas, cultura, crimen y salud*, iniciado en el año 2016. Si bien el abordaje del estudio de usuarios de centros de atención en drogas fue grupal, individualmente se centró la atención en el fenómeno de puerta giratoria y las recaídas.

Al evaluar los datos existentes respecto a las percepciones de los usuarios, se observó un vacío existencial. Es por ello que resulta pertinente abordar una investigación que intente cubrir parte de ese vacío, con el fin de ser útil para la realización y actualización de políticas sociales en materia de drogas y salud.

Como dijimos anteriormente, se pretende analizar y comprender el fenómeno de puerta giratoria y las recaídas, a partir del discurso de los mismos usuarios, partiendo de la idea que no es un fenómeno aislado. Para eso se considera relevante indagar en las trayectorias de vida de los actores, intentando comprender cuáles fueron los mecanismos que dieron lugar al acercamiento a los distintos centros de atención.

Por otra parte, resulta pertinente averiguar sobre las distintas vías de acceso y el funcionamiento de los servicios de atención desde la perspectiva de los usuarios. De ese modo damos cuenta de la visión de los mismos respecto a los tratamientos que recibieron, así como la forma en la que perciben las distintas dinámicas al interior de cada centro.

Debemos destacar que al analizar las percepciones, trabajaremos con las representaciones que los individuos tienen de los otros a partir de su relacionamiento. Sin embargo, no podemos dejar de considerar que el nexo está compuesto indefectiblemente por una relación de poder institucional, marcada por una jerarquía entre quién percibe y quién es percibido.

Se ha relevado información desde la percepción que tienen los usuarios respecto al personal de atención de los centros, ya que a través del testimonio de los sujetos de la muestra, se pueden lograr comprender diferentes aspectos relacionados al funcionamiento de los centros. Siendo estos datos de gran utilidad para la Junta Nacional de Drogas. Así como también, la evaluación que tienen los usuarios respecto a quienes los atienden, y si consideran que se cuenta con el personal adecuado y necesario.

En la misma línea, nos parece necesaria la comparación de los diferentes modelos institucionales, considerando relevante la diferenciación de los dispositivos de atención según sean éstos públicos o privados, de esta manera el corte tendería a ser socioeconómico. La dicotomía

laico-religioso de las diferentes instituciones, cobra especial relevancia, considerando a su vez que la religión presente en el tratamiento o ausencia de ella puede ser un diferencial crucial.

Otro aspecto es determinar la autopercepción que se tiene respecto al consumo problemático y al concepto de adicción. Dominar dicha información puede ser oportuna al momento de proyectar y evaluar políticas sociales, teniendo en cuenta, si en la actualidad la hegemonía médica continua poseyendo influencia directa en los discursos de los sujetos.

Un último aspecto, no menor, sería explorar respecto a cómo vivencian los usuarios las etiquetas impuestas por la sociedad. Para de esta forma comprender de qué manera repercute la estigmatización en las recaídas y el fenómeno de puerta giratoria en el tratamiento individual.

3- PROBLEMA SOCIOLÓGICO

Las transformaciones que ha sufrido la cultura del consumo, han generado que en las últimas décadas la visión nacional e internacional sobre el uso¹ de drogas y la problematización del concepto varíen. Tanto el paradigma prohibicionista como el sanitario han suscitado a que las pautas de consumo hayan ido cambiando a lo largo de la historia.

En términos generales *"El consumo de drogas es un fenómeno dinámico en que los usuarios ensayan distintas combinaciones de drogas, a veces mezclando drogas lícitas e ilícitas, así como distintas modalidades de consumo. Hay informes de que la politoxicomanía...ya sea de forma simultánea o sucesiva, es cada vez más frecuente en muchos países."* (http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/unodc_2012_sp.pdf).

En los primeros años del siglo XX se instaura en el imaginario colectivo el paradigma prohibicionista, y es hacia 1918 donde comienza a tener lugar el Movimiento por la Templanza. Su objetivo principal fue la generación de prohibiciones atacando las bebidas alcohólicas, a través del impedimento de su comercialización, este fenómeno fue popularmente conocido como la Ley Seca.

Las leyes prohibicionistas que se han ido implementado a lo largo de la historia de la humanidad tienen la misión de reforzar el imaginario colectivo. Muchos conciben el uso de ciertas sustancias como una nueva forma de pecado, siendo los códigos tipificadores de dicha conducta como una nueva forma de delito.

Si bien podemos referirnos a que las políticas prohibicionistas buscan el bienestar de la población y de su salud, así como hacer desaparecer el mercado negro, estas terminaron generando mayores instancias de violencia a nivel social. En resumen, la guerra contra las drogas ha fallado desde este paradigma, ya que atenta contra los derechos personales.

Según Szasz (1992) podemos decir que la solución a un problema social lleva indefectiblemente al surgimiento de un conjunto de otros problemas sociales *"...hemos tratado de resolver nuestro problema con las drogas prohibiendo las drogas 'problema' ; encarcelando a las personas que comercian, venden o usan tales drogas; definiendo el uso de tales drogas como enfermedades, y obligando a sus consumidores a ser sometidos a tratamientos."* (Szasz:1992:25).

Pensar el tema de las drogas desde el imaginario médico hegemónico llevó a posicionar la problemática desde un paradigma de atención sanitario. La reducción de daños naturaliza al sujeto como un paciente y la adicción como una enfermedad crónica, que necesita indiscutiblemente de un

¹ Consumo.

tratamiento.

En Uruguay encontramos diferentes centros de atención en materia de drogas. Pudiendo dividirlos en dos grandes categorías: por un lado los profesionalizados -los cuales responden al modelo médico- y por otro los no profesionalizados, que persiguen una filosofía dogmática basada en la fé.

El valor religioso tiene un peso importante en el imaginario, ya que la Iglesia ha impulsado una serie de estigmas sociales, que se traducen en "formas de pecados", como lo es el consumo de cualquier sustancia adictiva.

Es por todo esto, que nuestro objetivo general intenta indagar respecto a las trayectorias de vida, percepciones y experiencias de usuarios de centros de atención en drogas durante el 2017, asociando esos factores a las recaídas y fenómeno de puerta giratoria.

Hoy en día gran parte de las prestaciones de salud -tanto públicas como privadas- se organizan a partir de las consideraciones de las instituciones de salud. Lo hacen, olvidando las percepciones que los usuarios tienen de su propia situación y necesidades, e instaurando así como única óptica "verdadera" o "real" la apreciación impuesta por el personal del centro de atención - en un ejercicio de violencia institucional y simbólica (OMS: 2008; León & Herrera: 2008).

La investigación sobre la percepción de los usuarios del sistema de atención en drogas tiene particular relevancia para indagar la influencia de los entornos sociales. Intentando aportar conocimiento sobre los efectos de la desterritorialización y la capacidad de agencia de los sujetos, así como la comprensión de la influencia que ejercen los círculos de pares, las redes de parentesco, las comunidades religiosas y los centros de salud.

Es así que el análisis de las percepciones permite entender -al menos en parte- la lógica social que rige el relacionamiento entre las organizaciones que proveen la atención y los usuarios.

A su vez, el interés en la temática emerge de la relevancia de este tipo de abordajes empíricos para la investigación y formulación de políticas públicas, en medio de la iniciativa a nivel estatal de desarrollar nuevas concepciones sobre el uso de drogas (JND: 2015; ibídem: 2016).

4- ESTADO DEL ARTE

A modo de introducción comenzaremos contextualizando según los datos presentados en el Informe Mundial de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2012), cuál es la situación de los consumidores considerados “*problemáticos*”² para comprender la concepción existente a nivel mundial sobre el consumo de drogas y su tratamiento, en base a los datos obtenidos en el informe.

En lo que respecta a la pasta base de cocaína, en 2010 tan solo uno de cada cinco individuos considerados problemáticos recibió tratamiento en algún momento de su vida. Este dato nos parece relevante a la luz de cuestiones que debemos plantearnos a priori de investigar y que tienen que ver con el acceso real que existe hacia los centros de tratamiento.

Resultaría mucho más apropiado un estudio que pudiera llegar a aquellos usuarios de drogas considerados como problemáticos que nunca se han acercado a ningún centro de atención, de forma de poder tener una mirada amplia para analizar y comprender cuáles son las dinámicas que llevan a las distintas trayectorias de vida en torno al consumo y las barreras de acceso a los servicios. Por otra parte, creemos pertinente hacer hincapié en las formas de acceso para lograr ilustrar la demanda de tratamiento desde la percepción de la población seleccionada.

“... Al contrario, quizás, de las ideas institucionalizadas en el imaginario colectivo en cuanto a que los usuarios de pasta base no piden ayuda, o no quieren pedir ayuda, la evidencia recogida muestra que un importante 43% solicitó atención en algún momento de su vida, y entre los que no lo hicieron, la mitad manifiesta que alguna vez pensó en hacerlo” (Suárez, Ramírez, Albano, Castelli, Martínez & Rosaal: 2009; 36).

A nivel mundial, la situación de la población femenina en los tratamientos y centros de atención en drogas requiere de un análisis detallado, dado que también refleja la presencia de importantes desigualdades de género. Una de las causas explicativas del fenómeno de la menor presencia de mujeres en los servicios de atención podría entenderse como la desigual proporción entre hombres y mujeres en el uso de drogas -consumos culturalmente diferenciados-, pero también podría serlo el androcentrismo de los tratamientos ofrecidos desde los distintos centros y la falta de una perspectiva de igualdad de género en los mismos para atender a la población femenina.

En Uruguay, por ejemplo, se observa esta tendencia, en los programas masculinizados de los tratamientos. Según *“La oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: alcance, características y guía de recursos”* (JND & CICAD: 2015). Esta

² En el entendido de problemático como “*peligroso*” para la sociedad.

información nos parece relevante para problematizar el acceso a los centros de tratamiento, los datos sobre pacientes tratados en régimen ambulatorio, desglosados por género parecen indicar que las mujeres están insuficientemente representadas en el tratamiento.

“En muchos países en desarrollo los servicios de tratamiento y atención para las consumidoras de drogas son limitados y el estigma asociado al hecho de ser mujer y usuaria de drogas puede dificultar aún más dicho acceso” (UNODC: 2012; 21).

Según Correa y Younger, *“los estudios por país muestran que en la región es frecuente que los usuarios sean percibidos y tratados como delincuentes y enfermos”* (en Paternain: 2014; 19). Es así que la categoría *enfermedad* cobra especial relevancia para el análisis de las percepciones de los usuarios de centros de atención en drogas. Rastrear aquellas experiencias subjetivas que den cuenta de prácticas y discursos institucionales remitidos a la patologización del uso de drogas, será uno de los aspectos a tener en cuenta en esta investigación. Si los usuarios son percibidos como “enfermos” resulta pertinente también indagar cómo perciben la situación, ¿se ven como enfermos?.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en Uruguay la mayor parte de los usuarios de servicios de atención en drogas realizan su tratamiento en recursos especializados en la materia, por encima de recurrir a centros enfocados en salud mental, del nivel primario de atención y de los servicios generales de atención. De aquí la especial relevancia que presenta en el caso de la sociedad uruguaya la experiencia de los usuarios en centros especializados.

Otra de de las cuestiones analizadas por la literatura y que resulta pertinente a los objetivos del presente trabajo es el fenómeno de la creciente medicalización de las sociedades en Occidente, de las cuales el caso uruguayo es un ejemplo fiel, con implicancias psicosociales y éticas aparte de las propiamente biomédicas (Portillo: 1993). En ese sentido, múltiples trabajos refieren a los impactos iatrogénicos de dicho imaginario, así como el uso ineficiente de los recursos en salud, del cual serían indicadores algunos procedimientos de internalización -innecesaria- de usuarios o el *“uso excesivo de los niveles de atención de mayor complejidad, práctica en la que nuestro país es uno de los líderes continentales”* (Portillo: 1993; 19), fruto de la intersección entre el imaginario social medicalizado y el *“pánico moral”* que provoca el consumo de drogas.

A su vez, existen también tres grandes tendencias producidas a nivel internacional que erosionan la prestación de una atención de calidad y respetuosa de los derechos humanos, a saber: primero la despersonalización de la atención vinculada a la institucionalización creciente de la medicina, segundo la fragmentación de los abordajes en salud dada la *“desmedicalización”* de los

procesos de tratamiento, y tercero la creciente mercantilización de la medicina, sumada a la escasez de regulaciones y controles sobre los servicios provistos (OMS: 2008; Portillo: 1993; Nebot; 1993; Cheroni; 1993; de Mattos: 1993; Porzecanski; 1993).

5- MARCO TEÓRICO

La intención de este apartado es presentar los conceptos bases para nuestras categorías analíticas. Nos valemos de conceptos de los círculos sociales con el fin de dar sustento a la categoría analítica *entorno familiar*. También se tendrán en consideración las estructuras sociales, para dar cuenta de las categorías *orden social, rol y status*. Se conceptualiza interaccionismo simbólico para poder categorizar la *interpretación de los significados y mundos de vida*. La teoría de la interacción será útil para categorizar el análisis a partir de la *fachada*.

Estigma determinó categorías analíticas como *atributos desacreditadores y etiquetamiento*. A partir de la concepción de internados, se conceptualiza *instituciones totales, tiempo y espacio*. El suicidio, será empleado para analizar los *tipos de suicidio y la solidaridad social*. Posteriormente se trabajó el concepto de desviados para valorizar *control social*. Las estructuras sociales, fomentaron la utilización de las categorías *grupo de referencia y grupo social*. En última instancia las ideologías de género, categorizaron *normas de género, poder y género performativo*, así como perspectiva de género, la *división sexual del trabajo*.

5.1. Los círculos sociales.

Simmel (1977) introduce la metáfora geométrica del “*cruce*” de los círculos sociales. Para comprenderla, debemos acercarnos en primera instancia a los dos tipos de intersección que el autor presenta entre los distintos círculos. Estos pueden diagramarse de forma concéntrica o contigua, es decir, que pueden intersectarse en distintos puntos. Para determinar si un individuo se encuentra atravesado -en términos de relaciones- por el cruce de círculos concéntricos o no, se definirá a partir de la evaluación de las similitudes entre los círculos en los que se ve inmerso. De esta manera, cuanta menor relación haya entre la pertenencia a un círculo u otro más específico será para la constitución del “yo”, y de la personalidad del individuo, la intersección de ambos.

“La posibilidad de individualización crece indefinidamente por el hecho de que la misma persona pueda ocupar situaciones completamente distintas en los diversos círculos de que forma parte al mismo tiempo” (Simmel: 1977: 445).

En el momento que un sujeto nace se enfrenta a su primer círculo social³, el cual es destinado por azar. Una vez instalado allí, éste absorbe las reglas que le son impuestas para pertenecer

³ La familia

-debemos considerar a qué situaciones se enfrenta el usuario, que lo llevan a un posterior consumo problemático-. A medida que va creciendo, el actor comienza a expandir sus círculos, resultando de los mismos una serie de interacciones que influyen en su personalidad y decisiones. En este sentido resulta interesante conceptualizar los *cruces* a los que se someten los usuarios desde el momento de su nacimiento hasta su primer tratamiento. Para dar cuenta de las reglas que le son implantadas, sin dejar de considerar cuál es el valor que se le otorga a las diferentes drogas en los diversos círculos, así como, pensar en la droga como un método socializador. Para ello será necesario complementar la teoría de Simmel con la de otros autores tales como Parsons, Blumer, entre otros.

5.2. *Las estructuras de Parsons*

El individuo es colocado dentro de un esquema, es decir, en estructuras definidas por los roles que el sistema social establece. En otras palabras, el status es un sistema de referencia, y el rol quien constituye dicho sistema.

El autor plantea que el individuo atesora un status adquirido, el cual se funda a partir de su lugar de nacimiento, y al mismo tiempo provoca una condicionante en el mismo. Las clases sociales son la articulación entre las estructuras de parentesco y la solidaridad de los miembros. Por tanto, la familia cumple un papel central en la conformación de la estratificación, es decir, en el orden diferencial de los individuos en la sociedad.

La jerarquía de ingreso es determinante para el status de una familia, el cual se vincula con el “*estilo de vida*” del sujeto. Valorando que el consumo de drogas es un fenómeno social y cultural, es fundamental hacer hincapié en el *orden diferencial societal*. Teniendo en cuenta que quienes acuden a los tratamientos institucionalizados son sujetos provenientes de diversos status, que tienen como factor común el pasaje por un centro de atención, es interesante observar las recaídas y fenómenos de puerta giratoria. Ellas se dan indistintamente a los estratos sociales .

Todo actuar es en parte una entidad dirigida a metas, a través de una diferenciación de roles se da una distinción de metas específicas que son normalmente aprobadas por diferentes individuos. En este sentido podemos pensar en el “*alta*” como la meta a partir de la aprobación del otro -tecnicos, líderes-, otra meta podría ser “*no recaer*”.

Por otra parte, el lenguaje constituye una valoración moral, qué se dice y cómo se dice van a determinar la posición del sujeto en la escala de estratificación. Uno de los objetivos para la inserción

social del usuario en los tratamientos es cambiar los hábitos adquiridos durante su *carrera de consumo*⁴.

En términos generales, Parsons (1951) cita el proceso de socialización como aquel que el individuo atraviesa durante toda su vida. Proyectando dicho fenómeno desde el pensamiento jurídico es preponderante, debido a la significación que se le otorga, refiriéndose a la existencia de plazos para respetar ciertas normas. Sin embargo debemos tener en cuenta que la sociedad está en constante cambio, factor que determina su autorregulación. Aludiendo a las agencias socializadoras como aquellas que buscan el entrenamiento de las personalidades individuales, para que se adecuen técnica y motivacionalmente para sus roles, en el caso de los usuarios se enfrentan a la Iglesia, familia, centros y grupo de pares, entre otros-.

5.3. *Interaccionismo simbólico y significados.*

Para dar cuenta de las percepciones de los discursos de los actores, es fundamental pararnos desde el interaccionismo simbólico. El cual sostiene que los seres humanos conviven y se comunican a partir de comportamientos, objetos y símbolos con un significado socialmente preestablecido. El discurso se suscita mediante la interacción, que puede variar de acuerdo al proceso, es decir, al contexto donde se utilice y a la experiencia personal del individuo. Es necesaria la realización de una clasificación de los centros de atención, con el fin de contextualizar los discursos teniendo en cuenta que estamos ante instituciones religiosas, laicas, públicas, privadas, de mujeres, de varones, entre otras características.

Blumer (1996) aduce que pueden ser otorgados una diversidad de significados a un mismo hecho u objeto, por ese motivo, es que nuestra investigación persigue un paradigma interpretativista, el cual analiza un fenómeno específico, en un tiempo determinado. Es por ello que no se deben establecer leyes generales, en otras palabras, cada representación debe analizarse dependiendo del contexto, donde las normas y la cultura juegan un papel fundamental.

Para el autor (1996) existen dos formas de interacción, una de ellas es la *no simbólica* basada en las intuiciones y los reflejos que tiene el individuo. Por otro lado, encontramos las interacciones *simbólicas* que son aquellas que requieren un proceso de interpretación. La construcción de significados es a lo que el autor denomina *interpretar*. Es en la interacción donde se forma la

⁴ Denominación que le otorgan los usuarios a la etapa de consumo.

situación, es decir, que cada individuo ajusta su conducta de acuerdo a la definición de situación establecida.

A lo largo de la historia la adicción viene siendo percibida como una enfermedad crónica, por lo cual conceptualizar el *interpretar* de los significados es trascendente. De igual manera observar qué ocurre con la definición de consumo problemático, de la cual se tienen ideas triviales a nivel macro.

Blumer (1996) plantea que existen una serie de estigmas que interfieren en las acciones del individuo, por lo tanto, un sujeto está definido de una manera. Ella se da en función de cómo la sociedad lo define éste actúa, es interesante tener en cuenta de qué manera actúa el usuario durante su etapa de consumo, a partir de las etiquetas sociales que percibe, al igual que cómo lo hace posteriormente a un tratamiento, incluso durante el mismo.

5.4. *La fachada.*

Cuando el individuo tiende a ser rehén de los prejuicios sociales, éste crea una imagen de sí mismo y comienza a “actuar” para su público -el entorno-. Es por eso que citar a Goffman (1959) en su libro *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, es inevitable. Éste establece que a medida que el individuo llega a la presencia de otros actores estos tratan de obtener información acerca de él, o de poner en juego lo que ya dominan.

Parafraseando al autor la información acerca del individuo ayuda a definir la situación, permitiendo a los otros saber de antemano lo que él espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de él. En el caso de no existir una familiaridad con éste, los observadores pueden recoger indicios de su conducta y aspecto. Eso les permitirán aplicar su experiencia previa con sujetos aproximadamente similares al que tienen delante, o lo que es más importante, “aplicarle estereotipos”, como lo son “el pastabasero”, “volquetero”, “drogadicto”, entre otros.

Lo que el individuo busca es controlar la conducta de los demás a partir de sus expresiones, con el fin de que ello influya en la definición de situación, con impresiones que harán que el otro actúe voluntariamente.

Para el autor, el sujeto desempeña un rol de actor, en el sentido que al darse una situación éste tiene que actuar, para que los demás crean que el individuo posee en realidad los atributos que aparenta poseer. Él define a la actuación como toda actividad que un individuo tiene, durante un

período señalado por su presencia continua ante un conjunto particular de observaciones. En el caso específico de estudio, el usuario atraviesa diferentes actuaciones durante toda su vida. Sin embargo, es interesante hacer hincapié en la actuación que debe mantener ante la etiqueta que recibe como “ex adicto”, y evaluar de qué manera influye ésta debido a la presión social existente, durante las recaídas.

En otro sentido, Goffman (1959) expresa que cada uno de nosotros nos vamos conociendo a partir de un rol que desempeñamos, para ello contamos con una máscara que según el autor es la que representa *el yo que quisiéramos ser*, y el rol es nuestra segunda naturaleza, lo que forma parte de nuestra personalidad.

La apariencia nos informa del status social de la persona -actuante-. Los modales dan cuenta al rol de interacción que el individuo actuante desempeña en la situación en que se encuentra. Decimos que debe existir una relación entre ambos, es decir, entre la apariencia y los modales, de lo contrario se carece de coherencia.

Para Goffman (1959) *la fachada* transmite información, por más especializada y única que sea una rutina, su fachada social tenderá -con algunas excepciones- a reclamar para sí hechos que pueden ser igualmente reclamados y definidos por otras rutinas algo diferentes. Los observadores, no necesitan más que estar familiarizados con un reducido -y por ende- fácilmente manejable vocabulario propio de las fachadas, y saber cómo responder ante estas, a fin de orientarse en una amplia variedad de situaciones.

A modo de conclusión, actuamos a partir de normas socialmente establecidas, intentamos evitar prejuicios sociales que nos hagan -en cierta medida- sentirnos en falta con los ya dados. Por tanto, el actuante se rige por ciertas normas y en base a eso articula su actuación dependientemente del escenario en el que se encuentre.

El sujeto durante su etapa de consumo tiende a moldear su conducta a roles que ya tienen una fachada establecida, como los son el rol de volquetero, pastabasero, drogadicto, entre otros, y es a partir de ese ajuste que tanto él, como el entorno, establecen una definición de situación. Lo mismo ocurre durante el período que dura el tratamiento, el usuario adapta su conducta en base a las normas establecidas por el centro en el que se encuentra.

5.5. El Estigma.

Si el individuo no actúa conforme a las las normas sociales y morales preestablecidas, se verá obligado a pagar las consecuencias correspondientes. Según Goffman el estigma es “*un atributo desacreditador*” donde quien lo posee es colocado en desventaja con respecto a quien no lo tiene. El autor sostiene que lo que puede ser un rasgo desacreditador para un sujeto, puede no serlo para otro.

“*Un atributo que estigmatiza a un tipo poseedor puede confirmar la normalidad de otro, y por consiguiente, no es ni honroso, ni ignominioso en sí mismo.*” (Goffman: 1963: 13)

Debemos estudiar no sólo cómo el estigma es un elemento degradador de la identidad de los individuos, sino en las reacciones ocasionadas por la interacción entre el portador del atributo y el no portador.

Por otra parte, el autor plantea la *teoría del etiquetamiento*, es decir, las etiquetas sociales, observables durante *la carrera de consumo*. Cabe destacar que el estigma genera que se rompa la interacción de la “*víctima*”, con el entorno, ¿es ese un estímulo al suicidio?

Para finalizar, debemos pensar también el estigma en el contexto de la institucionalización, ósea, abordar el tema teniendo en cuenta que los actores pueden ser víctimas de etiquetamiento durante un tratamiento. Es por ello que resulta determinante centrarnos en las fortalezas y debilidades de los tratamientos, en base al discurso de los usuarios

5.6. Internados.

En su texto “*Internados*” Goffman hace alusión a que los seres humanos comparten un espacio delimitado en tiempo e interacciones controladas. El concepto que va a desarrollar es el de *instituciones totales*, entendiendo por ello una adaptación del individuo a la institución, así como una adecuación a sus beneficios personales. De igual modo, él observó que el poder dentro de la institución radica en mantener en la ignorancia de las decisiones que se tomaban sobre el propio destino del interno, dicho poder viene de la mano de la psiquiatría. Se da un control del poder sobre las vidas, haciendo que los técnicos se apropien de la institución y construyen un proceso de identidad.

El tiempo y espacio son construcciones sociales ajustadas a la política de cada institución en cuestión. Estos aspectos conllevan a que los centros tengan tendencias absorbentes, por dos causas

principales: por un lado, obstáculos que se oponen con el exterior, y por otros que se interponen a los propios miembros. Estos pueden ser simbólicos, pero también pueden ser no simbólicos, como es el caso de los centros de “*puertas cerradas*”.

El autor expone cinco tipos de instituciones totales, en nuestro caso tomaremos tan solo dos de esas clasificaciones: “*refugiados del mundo*” para dar cuenta del plus religioso de algunos centros, y “*enfocado en mejorar el cumplimiento de las tareas laborales*” para referirnos a aquellas instituciones que preparan al individuo para enfrentarse al mercado laboral .

En las instituciones totales existen etapas programadas, en las cuales todos deben respetar las mismas reglas, en palabras del autor, organizaciones burocráticas altamente reglamentadas con obligaciones para internos y personal. Los grupos se piensan a sí mismos por oposición, es por ello que debido al discurso institucional el personal se presenta como superior, por tanto, los internos se sienten inferiores y culpables.

5.7. *Ante el Suicidio.*

En una primera instancia debemos definir el concepto de *hecho social* para Durkheim (1895) entendiéndolo como una manera de obrar, vivir y sentir, exterior al individuo, que ejercen un poder restrictivo en las conciencias. A pesar que el individuo se piense a sí mismo como el actuante de su propia voluntad, es la sociedad quien moldea su comportamiento.

El autor nos va a mostrar cómo un acto tan personal, como lo es el *suicidio* termina estando intervenido por el mundo social. Existen fuerzas ajenas al sujeto que influyen en dicho fenómeno. Según Durkheim esta idea se asocia al concepto de *solidaridad social*, en la cual encuentra dos características: por un lado la integración social del individuo, la que disminuye notoriamente la probabilidad de quitarse la vida, y por otro las la regulación en aquellas personas cuyos deseos y aspiraciones se encuentran normalizadas por estatutos sociales.

A lo largo del texto vamos a encontrar cuatro tipos diferentes de suicidios, sin embargo, para nuestra investigación nos detendremos en dos de ellos. El *suicidio egoísta*, aquel en el que el individuo tiene una baja o nula integración social, es decir, cuando éste se aísla, sus vínculos se debilitan o rompen. Si un usuario tiene una recaída y la sociedad no actúa inmediatamente para lograr su incorporación en ésta, el individuo puede llegar a tener una conducta suicida, debido a que internaliza un vacío en sus interacciones sociales, sintiéndose excluido.

En tanto el *suicidio anómico* se produce por falta de regulación social, en otras palabras, a partir de una situación en donde la sociedad se queda sin normas, ya sea por un cambio brusco o por una inestabilidad de las mismas. La falta de un tratamiento acorde a las necesidades de quien desea rehabilitarse puede llevar al sujeto al fenómeno de puerta giratoria, factor que puede terminar en un suicidio de este tipo. Por todo esto es pertinente abordar la temática desde estas clasificaciones efectuadas por Durkheim respecto a solidaridad social.

Para el caso uruguayo podemos observar que en las últimas décadas la tasa de suicidio a mostrado un aumento *“En cuanto al suicidio, el tema también requiere un abordaje de género considerando que el 75% de las víctimas son hombres, mientras que, en el caso de los intentos de suicidio, las tres cuartas partes son realizados por mujeres. En nuestro país, la tasa de mortalidad por suicidio se ubica entre las más elevadas del continente, ascendiendo en el año 2015 a 18,55 muertes por cada 100.000 habitantes.”* (ver <http://www.montevideo.com.uy/contenido/Tasa-de-suicidio-en-Uruguay-entre-las-mas-altas-del-continente-El-75-son-hombres--338886>).

5.8. *Desviados.*

Para dar cuenta de las trayectorias de vida y las percepciones es importante citar a Becker y considerar que todos los grupos se fundan en reglas sociales e intentan aplicarlas. Esto hace alusión a que las mismas, definen situaciones y comportamientos aceptados por la sociedad, diferenciando de esta forma las acciones *“correctas”* de las *“equivocadas”* y prohibidas. El desviado rompe con las normas sociales o formales a través de su comportamiento, en este caso el usuario, está ocupando ese rol en la sociedad, porque anteriormente tuvo una conducta desviada que lo llevó a someterse a un tratamiento, y es este régimen el cual va a *“encaminar”* su conducta.

La solidaridad social que nos plantea el autor tiene como idea principal poner a la sociedad en contra del desviado, podemos afirmar que la desviación forma parte de la dinámica de la sociedad.

Antagónicamente entendemos a las sociedades tradicionales como más homogéneas, y como más heterogéneas a las sociedades modernas, pudiendo encontrar en estas últimas lo que llamaremos *envidia generacional*. Dando cuenta de cómo los jóvenes son etiquetados de desviados sociales por conductas diferenciales de aquellos que atraviesan etapas de vida más avanzadas.

Existen instancias de control social que se dan cuando el fin último de un grupo es regular a sus participantes, como puede ser el caso de la religión. Cabe observar cómo los centros que

persiguen algún dogma religioso buscan moldear -lo que ellos consideran una conducta desviada del usuario-, a través de la fé, posicionando al sujeto desde la sumisión. Dicha conceptualización favorecerá el análisis pensando en cómo las instituciones religiosas generan control sobre el individuo a partir de una filosofía de arrepentimiento, en la cual el usuario se sienta un pecador ante los ojos de Dios, ya sea por no respetar las ideologías de género de la Iglesia, como por robar o consumir alguna sustancia.

Es el sistema de creencias quien genera que el etiquetamiento sea gradual hacia el individuo en cuestión. En resumen, la conducta desviada es producida por la socialización, -por ende- es creada por la sociedad.

5.9. Agentes socializantes.

Al igual que la teoría de los círculos sociales, los agente socializantes son sustanciales para el análisis de las trayectorias de vida de los usuarios.

Adentrándonos en los tipos de socialización, diremos que algunos autores entienden la socialización primaria como la fase que el individuo atraviesa durante los primeros años de vida. Siendo la familia la agencia de socialización más importante en la vida de la persona. Cabe destacar que el proceso se produce de forma involuntaria, debido a que el niño no elige las normas y valores que va a internalizar, por tanto, se identifica con su núcleo de forma tácita.

Determinados autores plantean que los cambios sociales producidos por los procesos de industrialización y modernización han llevado a una pérdida relativa de la familia. Ello se debe a la irrupción de otras agencias socializadoras como lo son: el sistema educacional, los grupos de amigos y los medios masivos de comunicación -cine, radio, televisión, diarios y libros de cuentos, entre otros-. Éstas juegan un rol esencial como agentes socializadores, debido a que en ciertos casos guían y determinan la conducta social. Sin embargo, la importancia de la familia sigue siendo capital.

Por otra parte, la socialización secundaria comienza a gestarse cuando el sujeto empieza a frecuentar otras instituciones y entiende que el mundo de sus padres no es el único existente -barrio, escuela, parroquia, baby fútbol-. En ellos el individuo interactúa a lo largo de su vida internalizando nuevas normas y valores. Se caracteriza por la división social del trabajo y por la distribución social del conocimiento.

A continuación, se plantea una breve reseña del proceso de socialización a partir de tres autores principales.

Durkheim manifiesta que la educación cumple la función de integradora, ya que estimula pautas de comportamiento común. En otras palabras, la finalidad de la sociedad es crear miembros a su imagen y semejanza, por tanto, para este autor el individuo es un producto de la sociedad.

En consecuencia, Weber plantea que la sociedad no puede existir sin la acción del individuo, en este sentido el punto de partida para los hechos sociales son las acciones de los individuos.

Por último, Berger y Luckman abordan el concepto desde una perspectiva de tiempo y espacio, en donde resulta necesario dualizar un hecho común en todas las sociedades. Entendiendo por realidad a *todo fenómeno que es independiente de la voluntad del individuo*.

En resumen, entendemos a la sociedad total como un agente de socialización, siendo que cada persona con quien se entre en contacto es en cierto modo un agente de socialización, no menor, debemos pensar en las relaciones de poder que se gestan durante los procesos de socialización.

Abordar la temática desde los tipos de socialización es pertinente, ya que el sujeto en su núcleo familiar puede internalizar situaciones de violencia, abuso de sustancias, sobreprotección u otros fenómenos que los llevan a relacionarse con drogas en alguna etapa de su vida. También resulta oportuno entender la influencia que tiene los agentes socializantes secundarios a los que se enfrenta, en su relación con las drogas.

5.10. El poder.

Foucault (1969) estudia al poder como un algo múltiple, el cual atraviesa a los sujetos como una red. El autor plantea el cómo del poder, es decir, de qué manera se ejerce y qué efectos produce socialmente. Foucault (1969) define a la biopolítica del poder como la ideología que requiere el poder y el control del cuerpo del individuo. Se busca que los cerebros se autoregulen, es decir se autocontrolen, se implementan acciones políticas sobre la vida, tanto en cuerpos individuales como en poblaciones.

El poder trasciende entre la relación dominado-dominante, por tanto, podemos decir que el poder atraviesa a los sujetos y sigue circulando. El poder no es sólo represivo sino es productivo, obedece a la pregunta cómo se producen sujetos sociales.

En resumen, se produce un sujeto a partir de prácticas del poder. Adentrándonos en nuestro objeto de estudio, es pertinente estudiar el tema pensando en las consecuencias que el individuo percibe que tienen las prácticas y el poder-saber médico, durante el proceso del tratamiento, sobre su

cuerpo y mente.

El saber es lo que un grupo de personas comparten y deciden qué es verdad. La “*verdad*” define lo correcto y lo incorrecto, lo normal y lo patológico. El poder disciplinado controla el pensamiento y la voluntad en un proceso al cual el autor llama de normalización. Entendiendo por ésta al proceso efectuado para regular y controlar a los individuos, para que cumplan sus roles dentro de la sociedad. Es importante observar qué papel juega la medicalización en los usuarios.

Posicionarnos desde la biopolítica del poder es primordial, debido a que indefectiblemente, los tratamientos en drogas tienen una influencia relevante del paradigma sanitario. Por lo tanto nos vamos a enfrentar a una población que se rige bajo el binomio poder-saber, que impone el poder médico sobre los cuerpos de los individuos, en el cual el sujeto enfermo es visto como “anormal” a partir de su patología.

En palabras de Foucault (1969) es a través de la anormalidad que el sujeto define la normalidad. La anomalía genera que se produzcan relaciones de poder siendo el individuo normal quien ejerza relaciones de poder ante la persona anormal.

Cada tipo de anormalidad tiene sus propias características, producto de la construcción social de cada una, es por eso que una anomalía determinada engloba a un conjunto de personas, y éstas tienden a identificarse y relacionarse entre sí. A ese fenómeno lo llamaremos grupo de pares.

5.11. Estructuras Sociales.

Para Merton (1949) el grupo de referencia es un agente socializador formado por una corporación social de miembros de edad homogénea y cuya relación son de tipo primario.

Se refiere al *grupo social* como un sistema formado por un conjunto de individuos que desempeñan roles recíprocos dentro de la sociedad y tienen forma, estructura y son duraderos. Los individuos actúan de acuerdo a un mismo conjunto de normas, valores y objetivos para el bien común del grupo, y la persecución de sus fines, como lo es el grupo denominado “carrera de consumo” y el grupo de pares de adictos en recuperación.

El sujeto se identifica con el grupo a partir de una distintiva identidad común o pertenencia cultural, como puede ser la droga como objeto de pertenencia. Existen dos categorías impuestas por la naturaleza biológica que son factor de referencia entre pares, tal como el sexo y la edad. La categoría sexo provoca posicionamientos diversos en la sociedad, e incluso en los mismos tratamientos.

5.12. Ideología de Género.

Butler (1990), nos dice que el ejercicio del poder sobre los cuerpos genera cierta obediencia de las normas de género, para evitar sufrir procesos de discriminación. A partir de ellos incluye el concepto de género performativo definiéndolo como las formas de actuar en base al sexo adquirido biológicamente. Dicha conceptualización sirve para entender cómo moldean su política de trabajo los centros, haciendo un cohorte por el tipo de personas que reciben, es decir, mujeres, varones o ambos, y detener nuestra atención en sí la inclusión es a partir del sexo biológico adquirido. Así mismo para observar a través del discurso de los usuarios, su accionar en un centro, a partir de la definición de género existente a nivel institucional.

Para Butler (1990) nadie es un género, sin embargo, éste es un medio de dominación, agenciamiento y libertad, la autora entiende que el cuerpo es condenado por instituciones. Es la construcción del *ser hombre* y el *ser mujer* que regula nuestro pensamiento y cuerpo. Hemos dotado de significados a nuestros cuerpos a partir de nuestros órganos sexuales. Tanto el sexo, como el género forman parte de la construcción social, es por ello que ambos generan que ciertos individuos sufran de las reglas de la “normalidad”.

Según Butler lo que constituye la persistencia del cuerpo sus contornos, sus movimientos, es lo material, pero la materialidad debe pensarse como un efecto del poder, su efecto más productivo. En este sentido, debemos considerar la distribución de las tareas no remuneradas como un efecto de ese poder.

5.13. Perspectiva de género.

Indiscutiblemente existen disimilitudes biológicas entre mujeres y varones. Las sociedades patriarcales conllevan a la atribución de características exclusivas a cada sexo, éstas se traducen en construcciones sociales y culturales, las cuales determinan la presencia de un conjunto de estereotipos. La configuración de la división sexual del trabajo y de las prácticas del poder, son algunas de las consecuencias de los sistemas patriarcales.

“Los sistemas de género históricamente existentes son de dominio masculino, aunque este dominio varíe de grado a través del tiempo y en distintas sociedades. Un aspecto clave de este sistema es la división sexual del trabajo, donde las mujeres están reducidas a una esfera no

valorada, la doméstica, y los hombres a la esfera considerada como privilegiada, la pública”. (Aguirre: 1998: 22).

Cada sociedad adoptará un perfil distinto en cuanto a las formas de asignación de ideas, prácticas y representaciones que tienen varones y mujeres, dichos perfiles determinarán las diferenciaciones existentes en cuanto a las relaciones de poder y los espacios sociales entre sexos.

Adentrándonos en esta idea de variabilidad decimos que *“...ser mujer o varón es un constructo cultural, entonces sus definiciones variarán de cultura en cultura, sin poder por tanto universalizar y hablar de la mujer o el varón como categorías únicas...una idea relacional: el género como construcción social de las diferencias sexuales alude a las distinciones entre femenino y masculino y las relaciones entre ellos”* (Batthyány: 2011:1).

Entendemos al género como una categoría analítica, donde los cuerpos de hombres y mujeres son rehenes tanto de diferencias biológicas, como sociales *“Así concebido el concepto de género no hace referencia a las características directamente reductibles o derivadas de realidades biológicas o naturales sino aquellas que varían de una cultura a otra, según su manera de organizar la acción y la experiencia. Distingue entre lo biológico y lo social, a partir del reconocimiento de que las diferencias entre hombres y mujeres son tanto biológicas como sociales.”* (Aguirre: 1998: 19).

Continuando con esta idea entendemos que la perspectiva de género busca analizar cómo las diferencias entre ambos sexos, terminan manifestándose en una inequidad de género, en donde, lógicamente lo femenino resulta menos valorado. De todos modos para ello es necesario tener en cuenta que *“...hombres y mujeres fueron definidos en términos el uno del otro, y no se podría conseguir la comprensión de uno u otro mediante estudios completamente separados.”* (Scott: 1940:2-3).

No podemos dejar de considerar que el cuerpo del varón y el de la mujer tienen una asociación diferente, si tenemos en cuenta que cada uno posee órganos sexuales dispares. Debemos entender el embarazo como un fenómeno diferenciado entre los cuerpos, es decir, en un cuerpo, -el del varón- el fenómeno se encuentra ausente por factores biológicos y debemos pensar qué repercusiones tiene eso en los tratamientos. A nivel general cómo influye la división sexual del trabajo en los tratamientos, tanto ambulatorios como de internación, no dejando pasar por alto la masculinización de los tratamientos al momento de abordar la temática desde una perspectiva de género.

6- OBJETIVOS

6.1. Objetivo general:

Indagar en las trayectorias, percepciones y experiencias asociadas a recaídas y fenómeno de *puerta giratoria*, de los usuarios que se encuentran en tratamiento en distintos centros de atención de drogas en Uruguay, durante el año 2017.

6.2. Objetivos específicos:

- 1- Indagar en las trayectorias de vida de los usuarios.
- 2- Conocer las autopercepciones de los actores sobre el consumo problemático y el concepto de adicción.
- 3- Conocer las experiencias de los usuarios con su entorno frente al estigma.
- 4- Indagar en las experiencias de los usuarios en cuanto a fortalezas y debilidades de los tratamientos.

7- METODOLOGÍA

7.1. Estrategia metodológica

Atendiendo a los objetivos de la investigación se ha optado por una metodología cualitativa, siguiendo un enfoque interpretativo que permita comprender la complejidad de los significados presentes en los discursos de los usuarios. En ese sentido, el paradigma hermenéutico ofrece las herramientas metodológicas óptimas para captar las percepciones y sentidos que atribuyen los usuarios en toda su cabalidad, siendo que la materia prima del estudio son sus propias narraciones.

A su vez, por las dificultades propias del objeto de estudio -problemas de accesibilidad a investigadores en los centros de atención, sensibilidad de la temática e implicancias éticas detrás de su estudio-, se siguió un diseño flexible, intentando superar algunos de los obstáculos⁵ presentes durante el desarrollo del trabajo de campo.

Una de las técnicas centrales para realizar un acercamiento a los discursos de los usuarios es el grupo de discusión, que permite profundizar en el análisis del sentido común sobre la temática, el discurso colectivo. Su particular utilidad para la presente investigación radica en que *“en la situación discursiva que el grupo de discusión crea, las hablas individuales tratan de acoplarse entre sí al sentido (social)”* (p. 291). El sentido -común- en sí mismo es donde convergen las subjetividades en una construcción imaginaria de carácter colectivo (Canales y Peinado, 1995). Es así que las presencias y las ausencias de ese discurso social concreto se explican entre sí, denotando un conjunto de sentidos o contenidos legitimados (o no) socialmente, así como los puntos de consenso y disenso colectivos.

El factor diferencial de la técnica es el desarrollo de una conversación, donde *“los interlocutores desaparecen detrás de las (inter)locuciones”* (Canales y Peinado, 1995: 292), dejando de lado las construcciones subjetivas particulares -en favor del conocimiento inter-subjetivo-

Como otra herramienta para conocer las percepciones y experiencias de los usuarios, se utilizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad -tanto colectivas como individuales-, que fueron de utilidad para ahondar en las trayectorias de vida de los usuarios. Complementando el material producido en los grupos de discusión -que se centraron, por su propia dinámica colectiva, en las percepciones sobre las instituciones de atención-.

⁵ Como por ejemplo la dificultad en el acceso a algunos centros, que aportan a la diversidad en los tipos de tratamientos.

Las *trayectorias de vida* fueron construidas recogiendo toda experiencia biográfica del sujeto, desde su infancia hasta su primer tratamiento. Cabe destacar que no se utilizó la historia de vida, ya que uno de los objetivos metodológicos principales planteados por Ruiz Olabuénaga (1989), es la utilización de dicha técnica a partir de la captación total vivencial del actor, hasta la actualidad. Por tanto, la categoría fue elaborada pensando estimular el discurso colectivo, es por ello que los grupos de discusión y las entrevistas semiestructuradas en profundidad fueron las técnicas más adecuadas para la recolección de datos de las trayectorias de vida.

7.2. *Diseño Muestral*

Para la selección de los casos se siguió un muestreo teórico, estratificando su composición a partir de la selección de algunas variables de base y sus posibles combinaciones. Para comprender la diversidad de discursos sobre los tratamientos de atención en drogas, resulta relevante considerar los principales factores que pueden impactar en los mismos: nivel socioeconómico, territorialidad, tipo de prestador -público o privado-, credo del centro -laico o religioso-, régimen de atención -ambulatoria, semi-residencial y residencial- y las dimensiones de género y generacional.

Por otra parte, es oportuno destacar que el trabajo de campo estuvo conformado por tres entrevistas a padres de hijos con consumo, que habían pasado al menos por un centro, posteriormente se implementaron tres entrevistas más a técnicos, de diferentes disciplinas entre ellas educador social y psicólogo, y de distintos centros. También tuvo lugar una entrevista a un ex usuario de *Narcóticos Anónimos* y un grupo de discusión conformado por ex usuarios. Dichas técnicas se utilizaron con el fin de generar un acercamiento a la temática, por tanto los sujetos en cuestión sirvieron de sostén como informantes claves

Con respecto a las entrevistas realizadas a usuarios vigentes se efectuaron dos entrevistas en *Narcóticos Anónimos*, una a un joven trans usuario de *Portal Amarillo*, y ex usuario de *Beraca*. Por otra parte fueron implementados un grupo de discusión en el centro *Fazenda* femenino del departamento de Cerro Largo conformado por 6 personas, este centro es de carácter privado-religioso -católico-. Otro en el Centro *Vida Sana*, conformado por 10 varones, dicho centro es de carácter privado-religioso -Evangélico-, situado en el barrio Casabó, dos grupos en el *Portal Amarillo*, el cual es laico-público, dos mixtos de 8 y 6 personas respectivamente.

Las entrevistas semiestructuradas grupales también formaron parte del trabajo de campo, esta técnica dio lugar a su implementación en la perpetuación del *Portal Amarillo* al cual asistieron dos varones. Otra en la clínica *Izcali* mixto formado por 2 varones y una mujer, y un último en la clínica *Crea Vida* integrado por dos varones. Cabe destacar que varios de los usuarios pasaron por tratamientos en Beraca y Remar, y si bien no se nos permitió el acceso a esos centros, en el discurso fueron traídos a colación ante el estímulo de algunas interrogantes, por último, la población de estudio tenía una brecha etaria entre los 18 y 45 años.

Técnica	<u>Entrevista</u>	<u>Entrevista grupal semi-estructurada</u>	<u>Grupo de discusión</u>
Total realizada	10	3	4

Escenario del campo:

En Uruguay se ofrecen diversos tipos de tratamientos, para abordar el consumo problemático de drogas. Entre ellos encontramos los centros profesionalizados, en donde el abordaje es multidisciplinario -médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y educadores sociales- En donde a nivel público se ubica el Portal Amarillo, y en la esfera privada clínicas como Crea Vida, Izcali, Manantiales y Ser Libre. Si bien todos persiguen un modelo médico hegemónico, en el plano público el individuo es considerado un usuario, autónomo, mientras que las clínicas privadas lo perciben como un paciente, no autónomo y tutelado.

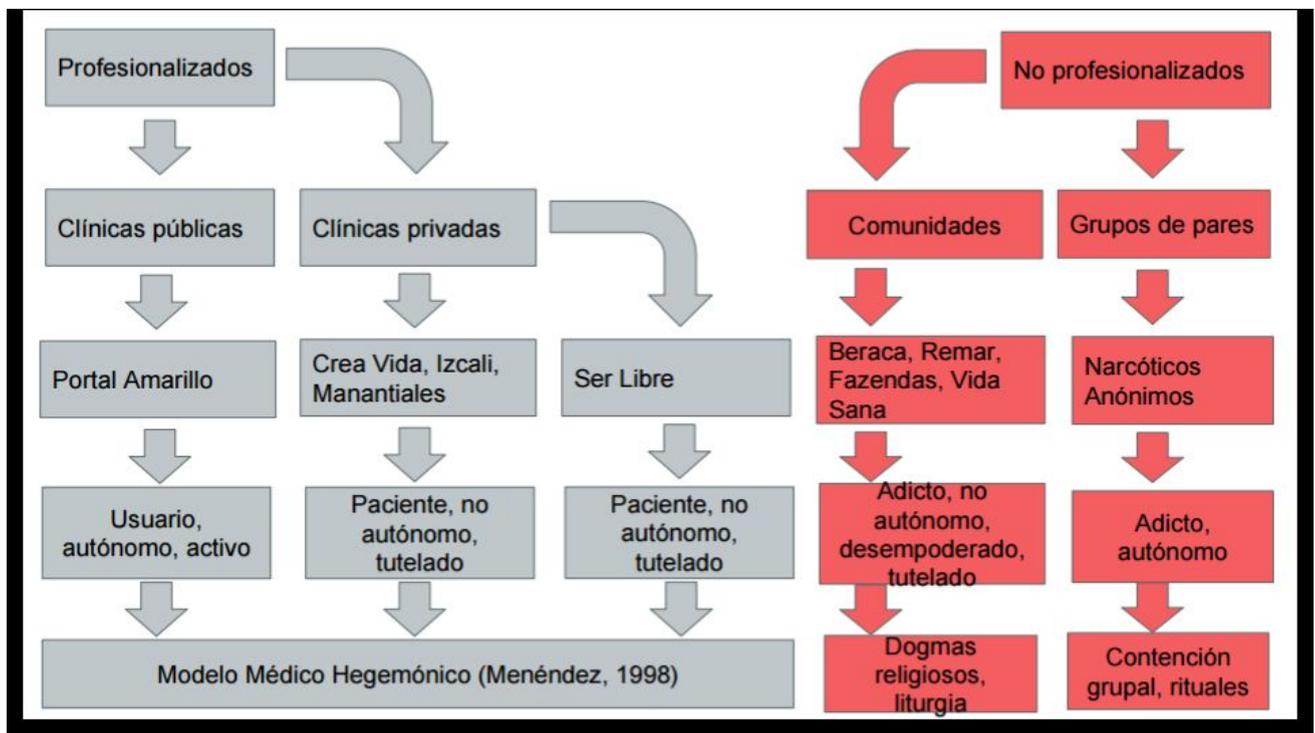
En cuanto a aquellos centros no profesionalizados encontramos, por un lado las comunidades como Remar, Beraca, las Fazendas y Vida Sana, y por otro lado los grupos de pares refiriendo a Narcóticos Anónimos. En las comunidades el usuario es rehabilitado a partir de dogmas religiosos, los cuales lo ven como un adicto, autónomo, desempoderado y tutelado, mientras que en los grupos de pares el sujeto es un adicto, autónomo, estos últimos persiguen una filosofía de contención grupal.

La gran oferta con internación está dirigida principalmente a la población masculina, exceptuando el caso del Portal Amarillo que cuenta con dispositivos mixtos, así como las clínicas privadas. Mientras que Remar, Beraca y las Fazendas⁶ brindan servicios mixtos, pero diferenciando sus centros, en base a la categoría *sexo adquirido*.

⁶ La Fazenda femenina permite que la usuaria se interne con su o sus hijos si así lo desea.

En términos de tratamientos ambulatorios encontramos dispositivos del Portal Amarillo -Grupos T- y los grupos de Narcóticos anónimos, estos últimos distribuidos por todo el territorio Nacional, con una amplia disponibilidad horaria, siendo el más flexible en ese sentido, ya que la gran concertación y variedad de centros se encuentra en Montevideo.

No menor es considerar que quienes acceden a cualquiera de estos tratamientos rondan entre los 18 y 45 años, por lo tanto podemos observar que la edad termina siendo un factor excluyente en todos los centros.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA GRUPAL, TALLER.

8- ANÁLISIS DE DATOS

Precedentemente a dar comienzo al análisis de datos debemos hacer hincapié en que la *droga* ha sido uno de *los sujetos* de la historia que ha estado ligado al paradigma prohibicionista y al paradigma sanitario. Este sistema de creencias busca detener el consumo y la adicción de drogas, mediante un modelo de justicia criminal, basado en prácticas radicales y moralistas, que etiquetan al consumidor como enfermo y/o criminal, lo cual conlleva a la exclusión social del mismo.

Teniendo en cuenta dicho aspecto, se destaca que nuestra investigación le otorga centralidad al individuo y busca estudiar el fenómeno en cuestión, a través del discurso de los mismos. Por este motivo, serán expuestos a lo largo del análisis fragmentos del trabajo de campo, contextualizando éste en tiempo y espacio.

La investigación se desarrolló bajo la corriente del *interaccionismo simbólico*, dicha selección se funda a partir de que se intentan interpretar los significados de las autopercepciones, de un conjunto de actores sociales. En este caso, de los diferentes usuarios de centros de atención en drogas durante el año 2017 en Uruguay.

Siguiendo en estas mismas líneas y adentrándonos en la teoría de Simmel, se estudia la interpretación situacional que emana del alegato del sujeto, al manifestar que en su círculo primario presencia situaciones de violencia -física y verbal-. Al igual que de consumo por parte de alguno de sus padres, lo cual lo ha llevado a experimentar con algún tipo de droga en edad muy temprana.

“... *mi vieja tomaba mucho con mi padre, y en determinado momento mi vieja se fue de la casa y quedé solo...A los 9 años empecé con alcohol*” (Usuario N.A)⁷

“...*viví muchas circunstancias de violencia que marcaron el resto de mi vida, es un entorno que creo que los adictos estamos todo el tiempo eligiendo... Yo tuve una base de buenos estudios, una familia tipo, entre comillas, donde para el exterior era normal, pero adentro había mucha violencia física y verbal y llegado el momento me enteré de eso, y como adolescente que era y en la etapa que estaba en mi vida, de rebeldía y demás...me fui a vivir a un cantegril a Piedras Blancas, ya venía consumiendo, ya había entrado en la puerta del consumo con el alcohol.*” (Ex usuario)⁸

A consecuencia de las diversas circunstancias de vulnerabilidad que sufre el sujeto en su círculo primario, éste manifiesta una *rebeldía prematura*⁹, que lo lleva al *deseo abandonico* de dicho

⁷ Narcóticos anónimos

⁸ Fue usuario durante 2017 de N.A, pero en el momento de la entrevista se encontraba sin actividad.

⁹ En edad temprana.

círculo. Decidiendo integrar grupos ya conformados y denominados como *problemáticos*. Los entrevistados manifiestan una necesidad de relacionarse a un grupo secundario de pares -en el cual la droga entra en juego como el objeto de pertenencia - como fruto de una falta de afectividad en su círculo primarios, es decir en su entorno familiar.

“...me empecé a relacionar con un grupo de compañeros que éramos los más problemáticos, y en el barrio me paso lo mismo, empecé a vincularme porque yo creía que más allá que mis padres fueron mayores... me daban mucho material, pero no me daban mucho afectivo.” (Ex usuario)

Se observa que el nivel económico de pertenencia de los usuarios es diverso, por lo tanto no podemos afirmar una linealidad entre nivel adquisitivo y el no *consumo problemático* de drogas. La correspondencia a cualquier quintil de ingreso no garantiza la ausencia de un *uso problemático*, por el contrario, podría considerarse retrasar y/o prevenir el consumo de drogas para evitarlo.

Por otra parte, en algunos casos el status económico gestiona el centro al que se desea acceder para el tratamiento, de todos modos el encarecimiento monetario del mismo no asegura *“la cura de la enfermedad”*, por lo tanto, decimos que cualquier sujeto que pasó por un centro, tanto público como privado, está propenso a una recaída. Lo que podría garantizar la ausencia de una recaída es la disposición de la persona por no querer consumir.

“...mi hermano está para ir a la Universidad, mi hermana tiene su negocio, mi madre tiene una panadería y un almacén. Toda mi familia son gente de bien, de chico me dieron todo. Empecé a conocer la calle y me desvié.” (Usuario Vida Sana).

“...mi padre era alcohólico, había timba todos los días, no teníamos ni para comer, ni para hacer los deberes, ni nada...a los 12 años empecé a tomar vino... y después de un par de años me daba al cemento” (Usuario Vida Sana).

“Yo nunca pasé por situación de calle, mi padre era diputado, yo nunca tuve problemas con la marihuana, consumía cocaína cuando yo quería, no era que me hacía falta en el organismo, pero cuando conocí el mismísimo demonio la pasta base no lo pude gobernar nunca más en mi vida.” (Usuario Vida Sana).

“... termine consumiendo pasta base, y ahí fue cuando realmente toque fondo, si bien fue un período bastante corto, de 5 o 6 años máximo, termine en situación de calle, viviendo en una casa abandonada, en situación de una persona que no tiene socialmente donde vivir, y en realidad mi familia no es de ese estilo... Yo vivía en Centro y me mudé para Colón y ahí el cambio fue notorio porque empecé a consumir pasta, el cambio social fue notorio de un proceso a otro.” (Usuaría N.A).

En términos de temporalidad se percata como *corto* el consumo de pasta base de aproximadamente 5 años, por lo cual resulta interesante para analizar el fenómeno de *puerta giratoria* pensando que antes de ese tiempo no recurren a ningún tratamiento e incluso para pensar en recaídas prolongadas.

Por otra parte, la fuga geográfica se ve acompañada de un cambio en la sustancia. El estatus económico puede determinar la droga con la que se comienza a consumir -orden diferencial societal-, sin embargo, en la mayoría de los casos sin importar su estatus de pertenencia culminan consumiendo pasta base. Siendo ésta sustancia la que los lleva a situaciones de calle, hurto, cárcel, hospitalización, intentos de suicidio, al relacionamiento directo con la volqueta, al descuido de su higiene y de sus responsabilidades.

“...me di cuenta cómo eran los finales, a veces terminaba en riñas o robando para consumir...”. (Usuario N.A),

“Ya tenía muchos problemas, problemas de violencia, de higiene, de alimentación...mi hija grande estaba con mi madre.” (Usuaría N.A).

“... soy profesor de matemáticas, estuve ejerciendo en la docencia y como les comenté después de haberlo tenido todo, en 5 años perdí prácticamente todo, llegue a vivir acostado en una volqueta, en 7 meses. Llegué a encontrarme con naranjas y con yerba arriba, y cuando estaba sacándome la yerba de arriba me miré las manos y dije qué estoy haciendo acá, si yo sé estar en una casa, se estar en familia.” (Usuario Vida Sana).

Por otra parte, podemos identificar al *grupo de consumo* como un círculo al que el individuo pertenecía. Al terminar su *carrera de consumo* lo visualiza como “*peligroso*”, ya que al encontrarse en su etapa de recuperación observa a esos grupos como un riesgo a una recaída.

“...después que yo me empecé a mantener limpia a la gente de consumo no la volví a ver, por más que vivo en el mismo barrio donde consumía, los saludo y lo dejo pasar...volví a la amistad sana.” (Usuaría N.A).

En algunos casos *la carrera de consumo* ubica al sujeto en un status diferencial al de su familia, “*mi familia es de bien*”, “*yo soy la oveja negra*”.

“...mis padres son de bien, toda mi familia es de bien y yo en mi casa era la oveja negra.” (Usuario Crea Vida).

“...mi madre es Asistente social, mi padre es electricista, es una familia que siempre me crió para yo poder ser una persona socialmente normal, pero las vueltas de la vida me llevaron a eso...mi madre me había echado de casa.” (Usuaría N.A).

Por el contrario, durante su proceso de tratamiento el usuario se identifica con sus pares o incluso con Dios, lo cual lo lleva en ocasiones a recurrir al mismo centro luego de una recaída.

“...ahora vine porque estoy cansado y le dije ¿Willy qué hago?, me quería matar, y me dijo venite...yo creo que fue como Dios me trajo acá, porque ya me acorraló de una manera que el único lugar que tenía para venir era la casa de él.” (Usuario Vida Sana).

Al analizar el fenómeno a partir de la variable sexo no se hallan diferencias notorias en cuanto a los motivos que los llevan al primer consumo. Esta percepción cambia al incluir la variable género, observando que el primer consumo de la población trans y bisexual puede resultar de la discriminación recibida por su condición sexual. De igual modo podemos concluir que la población trans y bisexual, puede estar más propensa a recaídas debido al alto grado de discriminación que existe dentro de los centros de atención tanto por pares, como por técnico. Cabe destacar que el único centro que acepta a dicha población es el Portal Amarillo.

“Del primer centro me fui porque le comente a una chiquilina que me gustaba otra chiquilina, se armó tremendo quilombo y yo supuestamente tenía un demonio adentro...en un campamento de los que hacen a fin de año tuve que pasar a que me dexorcizarán, no aguantaban mi situación de ese momento ser lesbiana y me fui no aguante más no poder expresarme y me fui a consumir.” (Usuario del Portal Amarillo y ex usuario de Beraca).

“...la primera vez que ingresó al residencial una mujer trans, unos melodramas bárbaros, dónde la acostamos...y después había gente que trabajaba en el cotidiano re homofóbica, así que imagínate la pobre lo que pudo durar, yo también me hubiese ido.” (Técnica Portal Amarillo).

En este sentido cabe destacar que la población trans es vista como la *anormalidad* dentro de los centros, y es en base a esa anormalidad que se define la normalidad, factor que contempla el por qué de las carencias de los centros para población trans. En este sentido se busca proponer políticas públicas destinadas a la captación de población trans con consumo de drogas que quieran acceder a algún tipo de tratamiento. El mismo acompañado de la implementación de un centro para dicha población, ya que se percibe que el intento del Portal Amarillo por -ser inclusivo- no va acompañado de resultados eficaces, por tanto se debería pensar en apostar a la igualdad más que a la integración en tratamientos para esta población, favoreciendo a la identificación entre pares.

Continuando con la variable género observamos la masculinización de los tratamientos, es decir, que están pensado para población masculina, ya que si pensamos en los usos del tiempo de los trabajos no remunerados es la mujer quien corre con desventaja. En otras palabras, las etapas de los tratamientos tienden a tener horarios específicos, y en ocasiones, internaciones prolongadas, por tanto, la accesibilidad resulta más práctica en los varones. Éstos no tienden a hacerse cargo de las labores domésticas, ni del cuidado de terceros, por lo cual resulta pertinente proponer una política destinada a la creación de centros ambulatorios femeninos acordes a los tiempos que maneja dicha población.

“...no es que la mujer no pida ayuda, y no es que haya menos cantidad de mujeres consumidoras, el tema es que la realidad inmersa que está la mujer es bien diferente a la que está inmersa el varón, entonces si vos no haces una captación rápida de esa mujer la perdes. Después cuando empezás a trabajar con esa mujer por lo general se tiene que hacer cargo de la casa, o de los hermanos o de sus hijos, entonces no va a poder ir a ningún centro diurno. (Técnica Portal Amarillo).

Sin embargo, debemos distinguir que el centro Fazenda tiene la posibilidad de hospedar a las madres con sus hijos si así lo desean. En este sentido nos nutrimos de la teoría de Butler, para destacar que la maternidad ata a la mujer, en otras palabras, la presión social existente en términos de cuidados puede determinar que las tareas referidas a los hijos deba ser exclusiva de las madres, es aquí donde encontramos un problema social. Por otra parte, pensar en el aislamiento como algo dañino para el ser humano, por tanto deberíamos considerar los riesgos que dicha situación trae para el infante, en términos de relacionamiento entre pares.

“Lo primero que pregunté es si podía traer a la nena, y me dijeron que sí, así que me estoy recuperando yo y mi hija.” (Usuaría Fazenda).

“Yo soy mamá y los comentarios son muchos, mira esta mamá que abandona a su hija, está mamá drogadicta, en mi vida si tuve un conflicto, pero ahora estoy acá para poder ser una mejor mamá.” (Usuaría Fazenda).

En la misma línea de las teorías de género podemos decir que los cuerpos son el medio para generar obediencia a las normas de género. Encontramos centros *aislados* para varones y por otro lado centros para mujeres, resulta complejo la estabilidad de centros mixtos, según el discurso de los usuarios, técnicos y líderes son las relaciones sexuales entre usuarios las que llevaron a cambiar la dinámica de los centros mixtos. Observamos durante el discurso de algunas entrevistas la carencia de

contemplación respecto a relaciones homosexuales, dando por hecho que en los centros que no son diversos no van a existir relaciones sexuales por personas del mismo sexo.

“...muchas veces el problema del consumo de drogas con las mujeres es mucho más violento que el de los varones, las mujeres para subsistir con las drogas terminan prostituyéndose, y consumen mucha más cantidad que los hombres...entonces se entendió desde el momento que se fundó que podía ser dañino, que puede ser de tropiezo porque vos formas una relación con una chica, y llega un momento que están los dos trabajando y decís por qué vamos a estar acá si podemos estar juntos afuera, y ahí puede ser de tropiezo para irte para afuera y para cortar tu recuperación.” (Usuario Vida Sana).

El lenguaje constituye una valoración moral, es por ello que lo primero que atacan los tratamientos es el cambio de hábitos que el sujeto trae aprehendido de la calle. Se busca civilizarlo a partir de la técnica de socialización institucional para eludir estimulaciones a recaídas.

“Hablar de drogas, de delincuencia y esas cosas, se tratan de evitar hablar de eso porque te lleva, te empieza la mente a dar vuelta.” (Usuario Vida Sana).

“Se trabaja en los hábitos, en las normas...se va a lo esencial, a las cosas muy básicas que se perdieron, es un re-enseñar.” (Técnica Manantiales).

La efectividad en el cumplimiento de la meta establecida por el centro lleva a que el usuario logre posicionarse jerárquicamente en una esfera superior a la que tenía en su ingreso. Llegando a recibir el rol y/o etiqueta de “madrina”, “líder” o “hermano mayor” que lo ubica como referente de quienes van ingresando a la institución.

“...nos decimos hermanos mayores porque tenemos un tiempito más que otra persona de recuperación, lo cual nos hace ver cosas que de repente otro no ve.” (Usuario Vida Sana).

“...aquí funciona la cuestión como responsables, madrina y coordinadora, somos tres personas que estamos a cargo, y se van preparando a las personas para ver si tienen alguna vocación, entonces entra a la Escuela de formación, después Escuela misionera y de comunión, que es toda para uno prepararse mejor para estar como responsable de una Fazenda.” (Usuaría Fazenda).

El fin último de cada centro es situar al usuario en un rol que sea políticamente aceptado por “el afuera”. Se ajuste a las leyes y normas del contexto al cual pertenece, para eso va a contar con agentes socializantes como los son la familia, la Iglesia, el grupo de técnicos, y grupo de pares, entre otros.

“...los primeros tres meses no pueden recibir visitas, porque aquí empieza a funcionar esto que es el extrañar y valorar lo que yo tenía allá afuera, tanto las familias como la persona que está interna...aquí se comunican por medio de cartas escritas, entonces lo que sucede es que ahí plasma uno lo que siente, lo que está viviendo en el momento. (Usuaría Fazenda).

“...ahora noto que no fue tan malo consumir, sino no hubiera consumido no hubiera conocido este lugar que me enseñara ciertos valores...capaz que ahora estaría como vos preparándome para alguna profesión, pero no hubiera aprendido una parte de la vida de identificar el dolor, y de tener herramientas para poder salir en la vida, que no pasa por la parte intelectual, sino más bien por la obediencia.” (Usuario N.A).

Parsons nos plantea dos tipos de reacciones, por un lado, la conformidad, la cual podemos asociar a la fase en la que el usuario se encuentra *limpio*, y por otra parte la desconformidad vinculada a la etapa de la recaída.

“Las sustancias van a existir siempre, por más que tengas catorce internaciones, tenés que hacer algo...no sé si estarás un año o dos sin consumo, pero por lo menos intentarlo.” (Usuario Portal Amarillo).

Por otro lado, encontramos mecanismos de control social como lo son la cárcel, la muerte o la hospitalización. “Según tipo de droga, cárcel, hospital y muerte, no hay escape.” (Ex usuario)

A partir del análisis que hace Blumer en cuanto a la interpretación de significados podemos decir que los usuarios durante su *carrera de consumo* le otorgan suma importancia a la volqueta. Cargándola de significaciones, apoderándose de ella como un lugar de pertenencia, generando que el entorno los estigmatice etiquetándolos como “*drogadicto*”, “*pichi*”, “*reo*”, entre otros.

“...uno juzga y mira una volqueta y ve al volquetero, que muchas veces es gente laburante y dice mira el *pichi*, pero no sabe el dolor que tienen adentro, de por qué esa persona llego a ese lugar, yo estuve también ahí parado.” (Ex usuario).

“...y cada vez te vas enganchando más hasta que terminas dentro de una volqueta.” (Usuario Vida Sana).

Según la teoría de Goffman la apariencia informa sobre el status del individuo, en este sentido podemos hacer referencia a que durante la etapa denominada *situación de calle* el sujeto muestra un semblante de vulnerabilidad total ante el entorno. Dicho aspecto es observable en la relación que tiene el sujeto con la volqueta, debido a que la misma aumenta la disposición al estigma por parte del entorno, sin embargo los entrevistados manifiestan que dicha relación les ocasiona

sufrimiento, situaciones de violencia y trances reflexivos sobre su situación actual, e incluso es allí donde en ocasiones hacen *el clic* que los impulsa al comienzo de un tratamiento. Por ese motivo resulta esencial proponer una política impulsada a la pegatina de adhesivos informativos -en volquetas- de instituciones que brinden tratamientos a quienes deseen regular y/ o culminar su consumo de drogas.

Por otra parte, son internalizados por ellos conceptos provenientes de la sociedad, generando que se ajusten a esa definición y actúen en base a la misma. El sujeto ajusta su conducta a la definición de situación.

“...a nosotros nos tildan de algo y nosotros nos creemos que somos eso, entonces actuamos de esa manera, y yo creo que es lo que a veces son pasa, que las actitudes que nosotros tuvimos son porque nos tildan de eso, esta es tremenda drogadicta, bueno soy drogadicta, más me voy a drogar entonces, esta es una rea, bueno más lo voy a hacer, si total la gente piensa eso y a mí me tildan de eso, ya está voy a darles el gusto.” (Usuaría Fazenda).

“...me internaron compulsivamente, porque ya era un desquiciado en la calle, y era un problema para la sociedad, aparte de para mí.” (Ex usuario).

Esbozando la teoría de Goffman debemos hacer hincapié en que el vocabulario social genera una fachada específica en ciertos sujetos que se traduce en el rol que éste va a adquirir para complacer al entorno, y como forma de rebeldía.

A partir de los datos recogidos y reflejándonos en el interaccionismo simbólico podemos interpretar a la definición de *adicción* a partir de la definición situacional y el contexto establecido, tanto para el grupo de madres, como de técnicos, así como de usuarios. Existe una definición unánime en la cual se manifiesta que la *adicción* es una enfermedad crónica, por lo que el sujeto debe estar a la vanguardia de su tratamiento eternamente. Factor que conlleva a múltiples recaídas, sin embargo resulta interesante plasmar que los motivos que determinan una recaída son sociales y no biológicos.

“...creemos que es una enfermedad crónica, que es como la diabetes, como la hipertensión, como el asma que no existe una cura conocida, lo que pasa con ese tipo de enfermedades es que se regulan, si tenés hipertensión no comes comidas con sal, si tenés diabetes no comes postres, tratas de cuidarte, capaz que un día lo haces y no te paso nada, y al otro día lo haces y no te paso nada, pero de tanto hacerlo un día te va a venir un pico que te va a terminar matando, nosotros creemos lo mismo, la enfermedad de la adicción te termina llevando a test terminales, como decimos nosotros

que es una cárcel, las internaciones, o la muerte, la cuestión es eso mismo, sino hay primera, no existe después segunda.” (Usuario Vida sana).

“...si no estás vigilante de tu recuperación estas propenso a una recaída, por algo es ‘solo por hoy’, no consumimos hoy...lo hacemos día a día, no decimos nunca más, es decir ayer ya pasó y mañana todavía no llego... A medida que pude hacer este curso de operador terapéutico pude identificar muchas cosas, diferentes matices, que atan cabo de que todo tiene un por qué. Uno muchas veces condena y en realidad no eligen, la enfermedad condena, la adicción es una enfermedad” (Usuario N.A).

Por otra parte, se desprende el concepto de *carrera de consumo*, identificándolo por los usuarios durante la etapa en la cual tiene relación diaria con la sustancia, hasta que accede a algún tipo de tratamiento. Llevándolo a situaciones de aislamiento social, intentos de suicidio, ausencia de responsabilidades familiares, laborales, educativas, sanitarias, entre otras. “Cuando estás en carrera de consumo te chupa tres huevos todo.” (Ex usuario).

“...la ingobernabilidad que tenemos con el consumo, llega un momento que vos querés parar de drogarte, vos querés, pero no podes. (Usuario Vida Sana).

Encontramos de manera antagónica el concepto de *estar limpio* referido a la fase en la que el individuo transita sin consumir ningún tipo de droga, es decir es el momento en el que existe una ausencia de recaída. “Estuve un año y medio limpia, sin consumo y después recaí un día que fue en navidad.” (Usuaría N.A).

Al hacer referencia al concepto que se tiene sobre el *consumo problemático* en el imaginario social, se concluye que no existe una idea estática del mismo, de hecho, al realizar la pregunta *¿Cuándo identifica un consumo problemático?* se identifican momentos de silencios resultando dificultoso entender qué se entiende por el mismo. Existen ideas vagas que se relacionan directamente con un período anómico del sujeto. De todos modos, se puede inferir que la terminología como tal se maneja socialmente pero sin una idea sólida de la misma.

“...llega un momento que no es por diversión, empieza a interferir en todo, en el trabajo, en la vida social, en la pareja...cuando empiezas a vender todo lo que tenés, cuando la gente de tu alrededor se empieza a alejar, se empieza a enojar, y ahí buscas ayuda.” (Usuario Portal Amarillo).

Según Goffman el individuo se crea una fachada para presentarse ante la sociedad, podemos decir que durante la *carrera de consumo* el actor muestra al entorno una apariencia que lo sitúa como marginal social. Recibiendo diversas etiquetas estigmatizantes por parte de la sociedad, factor que

repercute en su autoestima y estímulo para continuar consumiendo. Sin embargo, podemos decir que durante el proceso que perdura el tratamiento el usuario persigue el ideal de renovar su fachada para mostrar una “*nueva imagen*” de sí mismo al exterior, buscando transmitir un perfil de ciudadano rehabilitado. Es aquí donde entran en juego los símbolos a los que hace referencia el autor, en los cuales el sujeto a través de ellos manifiesta tanto la expresión que da, como la que emana.

“...a veces cuando se entra a una adicción puede ser la baja autoestima lo que nos lleva a cometer diferentes cosas, entonces traemos una autoestima baja, y aquí la Fazenda nos propone a base de trabajo áreas ocupacionales, en la cual también podemos ver que tenemos habilidad para una cosa u otra, y eso es lo que nos ayuda a crecer y sentirnos renovadas.” (Usuaría Fazenda).

En cuanto a técnicos y líderes podemos decir que durante el período que dura su actuación, éstos actúan en base al rol asignado. Su actuación se funda a partir de que el usuario cree que éstos poseen atributos que favorecerán a su recuperación; en ocasiones estos actores con roles jerárquicos más altos son quienes deciden sobre el accionar de los cuerpos de los usuarios. Designando días, tiempo y horarios de visitas, al igual que de llamadas telefónicas, de igual forma, determinan cuándo “*está listo*” el usuario para culminar su etapa de aislamiento, tampoco podemos pasar por alto que tienen el poder de dictaminar la medicalización del sujeto.

“...por su carrera de consumo, cuando dejan de consumir les cuesta pila dormir en la noche, entonces a veces se los ayuda con un hipnótico hasta que el cuerpo empiece a organizarse...Muchas veces lo que pasa es que la persona se da el alta, y qué sentido tiene.” (Técnica Portal Amarillo).

“...al psiquiatra si le decís todo como es hasta el 2020 estas acá adentro. Yo me quería ir y no podés poner excusas, ay me quiero ir porque tengo una hija, o, me quiero ir porque me están esperando para trabajar...Tenes que callarte la boca y aguantar.” (Usuario Crea Vida).

Según Foucault debemos pensar cómo se ejerce el poder y qué efectos produce su práctica en la construcción del sujeto, en este sentido se observa cómo el saber de técnicos -dando primacía a la psiquiatría- y líderes moldea el cuerpo y la mente de los usuarios. Se aspira a la *normalización* del individuo a partir del binomio saber -. Resulta interesante hurgar en la idea que a nivel Estatal se persigue la constante regulación, situando a los agentes en categorías nominales extremistas, es decir, *cero consumo* o *consumo problemático*, por tanto, existe una carencia en el imaginario colectivo de creer que quienes consumen algún tipo de sustancia pueda auto-gestionar su uso.

Por otra parte, se reconoce a través del discurso de los usuarios que en los centros denominados *de aislamiento* se mantiene al usuario incomunicado bloqueando el acceso a agentes

socializadores como lo son la radio, la televisión, los diarios y cualquier otro que le proporcione contacto con el exterior. Ya que según la filosofía de los tratamientos para su recuperación debe desintoxicarse de la sociedad para evitar el *fenómeno de puerta giratoria* e incluso recaídas.

“...el celular no lo usamos porque contamina mucho, te hace estar en contacto con toda la gente conocida tuya, viste como es, contamina...el primer tiempo lo que hacemos es estar 15 días que no podemos salir a la calle, entonces evitas el contacto con gente fumando...evitas eso para limpiarte un poquito la mente.” (Usuario Vida Sana).

Goffman plantea el concepto de instituciones totales, el cual vemos reflejado en los centros que formaron parte de la investigación a través de la constatación de jefes que ejercen el control sobre la vida de los internos, por otra parte, se visualizan una serie de fallas en el acceso institucional.

“...cuando quise entrar al Portal amarillo me decían que no porque era muy grande.” (Usuario Vida Sana).

Existen centros que utilizan al usuario para la creación de manufactura que posteriormente ellos mismos venden, esa venta es el medio para conectar con el exterior -fin-. Algunos entrevistados manifiestan la explotación económica por parte de centros de carácter religioso.

“...vos estas en ese centro y te levantan a las 6 de la mañana con un té y un poco de pan duro, y a la calle todo el día para facturar para ellos. Hay lugares que te piden mínimo \$1000 por día, como también hay lugares que te piden \$2000, y vos no ves un peso. Les pedía championes y te dan un par viejo, en esos lugares calzas 35 o 44, te dan un pantalón que está en el horno y cada mil años, vos le estás facturando dos palos por día...y vas a comer y te da un plato de sopa de agua con un pedazo de pan.” (Usuario Vida Sana).

Como fue expuesto con anterioridad, la sociedad moldea el comportamiento humano, si seguimos la idea de Durkheim podemos hacer hincapié en que los intentos de suicidio que manifiestan los usuarios no se producen de manera aislada. Dicho fenómeno es un acto exterior al sujeto, y es la presión del entorno la que los lleva a cometer esos actos, en otras palabras, las situaciones de discriminación que reciben debido a su coyuntura actual de vulnerabilidad social, más la falta de afectos, sumado al desempleo, son factores que impulsan al sujeto durante su *carrera de consumo* al intento de suicidio.

Por otra parte, se reveló que el miedo a una recaída es también un factor que los lleva a querer consumir una autoeliminación, y en algunos casos llega a darse por realizado dicho suceso.

En este sentido podemos decir que estamos ante un *suicidio egoísta*.

“ ... entonces entra el vacío, la decadencia, la soledad, la degradación, la culpa , la vergüenza, te entra a florecer sentimientos, por eso mucha gente también se suicida, más allá de que se puede suicidar cualquier persona que identifique el hecho con la frustración...muchas personas que vuelven a consumir, o que no pueden parar después del consumo, tienen pensamientos suicidas, es otro pensamiento que te deja la droga, no servís para más nada, seguís siempre igual, y te viene el pensamiento de matarte y te matas, yo tengo amigos que se han ahorcado, que se han pegado un tiro, porque no han podido parar de consumir, y se sienten que van a estar condenados a consumir, y esa es la misma locura ... ” (Usuario N.A)

“ ... cuando me despierto comencé a buscar como rumbos, y no encontraba rumbos para ningún lado y llegué a un puente peatonal en la ruta, en la cual quise ahorcarme, até una cuerda a la mitad del puente, la otra me la puse en el cuello y salté, cuando me despierto habían pasado 16 días, estuve 16 días en coma.” (Usuario Vida Sana).

Por otra parte la *co-dependencia* muestra elementos anómicos que determinan intentos de suicidios anómicos. *“Codependencia es cuando estás muy dependiendo de más del otro. Por ejemplo, tú te drogás, yo soy tu hermano y estoy todo el día pendiente de vos, de lo que haces bien, de los que haces mal. Cuando una persona ya se vuelve enferma por otra.”* (Usuario Crea Vida).

Según Mead los sujetos tienden a otorgarle valores diferenciales a un mismo objeto, por eso resulta interesante analizar el valor que le dan los diferentes individuos a cada sustancia. En el caso del alcohol hay quienes consideran que es la puerta de entrada a otras drogas que van a dar paso a un *consumo problemático*, debemos tener en cuenta que esta droga es legal y se encuentra presente en eventos festivos en los cuales cualquier sujeto puede acceder de forma gratuita, como cumpleaños, festejos de fin de año, navidad, partidos de fútbol, entre otros.

Es a partir de esto que los usuarios manifiestan que exponerse a esas situaciones los puede llevar a recaídas, incluso marcan fechas y períodos claves en los cuales deben estar *“más atentos a su rehabilitación”*, siendo estas entre el 15 de Diciembre y el 15 de Enero por el clima festivo que se vive a nivel social, por otra parte los períodos de licencia también resultan fases cruciales para sus recaídas por miedo a actuar como actúa el otro.

“...dejé el cigarrillo, no consumo ni una gota de alcohol, no consumo ni una seca de faso, y cuando veo que estoy en una situación de riesgo prefiero huir...la otra vez fui a una fiesta y entro al

baño y había un consumo abundante...uno de repente no consume y te vas, pero eso te queda en la cabeza inconscientemente o conscientemente.” (Ex usuario).

“...en un cumpleaños, en una fiesta, en un baile, terminó tomando alcohol y terminó recayendo.” (Usuario N.A)

También encontramos que los usuarios le otorgan valores dispares a los centros, catalogándolos como: *utilitarios* a aquellos que los explotan física y económicamente. Los *abiertos* son aquellos que les brindan herramientas para vivir con el entorno, los *de aislación* como aquellos que mantienen al usuario en un aislamiento total del exterior por un período que va desde los 3 a los 12 meses. También encontramos los *religiosos*, siendo aquellos que se basan en la fé divina para la recuperación del usuario. Y por último las *clínicas* que persiguen el fin de la desintoxicación biológica del usuario.

Según Becker la figura del desviado la encontramos en quienes rompen con las normas sociales, en este sentido podemos observar que los entrevistados pasan por esa etapa durante su *carrera de consumo*, e incluso cuando cometen hurtos o venta de estupefacientes.

“...a algunos le quebré las patas con un arma, les robaba a las bocas, me encajaba y después salía a trabajar...Esta vez llegué porque tengo una denuncia de mis padres que no me puedo acercar a la finca por 300 metros...me dieron un tiro que nunca fui al sanatorio, me lo cure solo...Empecé a ganar plata y después empecé con la cocinada...mucho disfrute, tiraba mucha plata en los quilombos. Ya a lo último como que no daba para más porque ya era mucha corriente¹⁰, muchos problemas.” (Usuario Crea Vida).

Siguiendo la línea de *outsider* se contempla que un individuo no nace con una conducta desviada, sino que por el contrario son las diversas colisiones individuales o grupales que atraviesa durante su vida las que los llevan a dicha actuación. En este sentido se observa que la desviación cambia según tiempo y espacio, encontrando en este sentido instituciones reguladoras de dicha conducta, específicamente en nuestra investigación se contempla cómo entra en juego la figura de Dios para regular la conducta desviada de los usuarios. Manifestando en algunos casos que lo que genera la regulación conductual es el intercambio de una droga por otra. En este sentido introduciendo a Bourdieu se identifica una violencia simbólica utilizando dicha figura como un medio de dominación para ejercer su poder simbólico sobre el usuario.

“Te dan la Biblia, te levantas con la Biblia en la cara, te acostas con la Biblia en la cara, y

¹⁰ La significación que se le otorga hace referencia a que *“están quemando todo”* a nivel general, e incluso su círculo de pares deja de estar en acuerdo con su accionar.

dos veces por semana a la Iglesia, si pasaba una mujer no podías mirar para el costado...Si dejas de drogarte ahí, te dejas de drogar por tu fe...Te sacan la droga y te meten a Dios” (Usuario Portal Amarillo).

“...por ahí la actitud de alguna de las hermanas te molesta, nosotros decimos ver a Jesús en el otro, como si la otra persona fuera Jesús, entonces cómo nosotros trataríamos a Jesús, no vamos a decirle de todo.” (Usuaría Fazenda).

Centrándonos en otro aspecto para el análisis podemos hacer alusión a la *internación compulsiva* entendiendo a la hospitalización como único medio para *regular la enfermedad*. Dicho factor determina opiniones dispares por parte de los diferentes grupos sociales, por una parte, la familia considera que dicha implementación favorece el descanso de éstas, mientras que los técnicos defienden la idea que la hospitalización no es la solución a la eliminación del consumo. En última instancia los líderes creen necesario que debe haber un aislamiento para propagar una desintoxicación en el usuario.

“Lo que pasa que a veces la familia va desesperada, entonces como ya no saben qué hacer, quieren que se los encierre y que se los tranquilen, y ahí se trabaja con la familia y se le trata de explicar cuál es la metodología.” (Técnica Portal Amarillo).

Se detecta falta de capacitación del personal de salud en las puertas de emergencia de centros sanitarios, tanto público como privados, no se considera al *consumo* como factor prioritario en una emergencia médica. Se halla que para tener un acceso real por consumo de drogas el paciente debe constatar alguna patología psiquiátrica o consultar por alguna herida de arma blanca. Es por ello que se busca proponer una política social impulsada a crear una mayor producción académica multidisciplinaria, para favorecer el acceso a tratamientos cuando el sujeto considera que lo necesita.

“...a nivel de hospitales es algo vergonzoso, todo el mundo se saca el fardo y se lo tira al otro, porque acá adictos no, porque no existe...como no tienen un perfil psiquiátrico no tienen nada, te dicen es lo que tiene la adicción, te sentís escupido de todos lados...Las mutualistas son un engaño pichanga , los derivan porque tienen obligación por ley, pero a los diez días no sé cómo hacen pero te dicen que no hay lugar...sirve para la familia para descansar un poquito” (Madre de usuario).

Continuando en la línea familiar se observa que la familia de la mujer tiende a tener una menor aceptación en cuanto al consumo de la misma. *“...mi madre le mintió a todo el mundo que yo estoy acá como voluntaria, ella no acepta que yo me drogué, que soy una drogadicta, también duele*

que tu familia misma te quiera tapar y que nadie sepa lo que uno es.” (Usuaría Fazenda).

Existen tratamientos que expresan la necesidad de incluir al menos a un familiar del usuario al proceso de rehabilitación para que el mismo tenga buenos resultados, ya que se plantea que para generar mayor efectividad es necesario el acompañamiento del entorno en el proceso.

“...a veces esa persona sale de ese lugar y la familia queda como media colgada, y empiezan a aparecer todos los conflictos familiares que hay, violencia de todo tipo, porque donde estaba todo focalizado se fue (en el usuario), entonces en las familias se empiezan a armar unos líos bárbaros...cuando la familia está involucrada en el tratamiento el tratamiento termina teniendo mayor éxito.” (Técnica Portal Amarillo).

De todos modos, para aumentar las probabilidades de efectividad de los tratamientos y disminuir las recaídas deberían existir tantos tratamientos como usuarios. Factor que resulta inviable tanto social como económicamente, por lo cual quien busca opciones debe ajustar su personalidad a las alternativas existentes.

En cuanto al fenómeno de *puerta giratoria* se considera que termina siendo necesario para el usuario debido a lo planteado anteriormente que éste debe ajustar su personalidad a los tratamientos ofrecidos, por lo tanto, debe buscar congeniar con el tratamiento que más se ajuste a él.

“Para mí es importante y es diferente poder pasar por lo menos por una clínica que te pueda medicar y ver tu comportamiento, cómo asimilas la medicación y después pasas por una comunidad terapéutica...pasar por una internación para poder encontrarse con uno mismo, porque también es un espacio donde se está con uno mismo, pierdes muchas cosas en el consumo...es necesario tener un tiempo donde poder encontrarte.” (Usuaría N.A).

De hecho, se contempla el pasaje por más de un centro, con diferentes estilos de tratamientos, en la mayoría de la población de estudio, por motivos varios entre los que se destacan la presentación de una fachada de *ser rehabilitado* o por no querer continuar en situación de calle.

“Hay gente que viene a tapar el ojo con la familia, para que lo dejen entrar de vuelta a la casa...Hay gente que viene porque no tiene donde vivir.” (Usuario Vida Sana).

Para finalizar se debe destacar que se distingue una aspiración a la deconstrucción de la identidad del consumo a través de la utilización de diversas metodologías. Si bien encontramos una variedad de opciones para quienes buscan tratamientos, cabe señalar que para lograr una efectividad, la persona debe tener el deseo de querer iniciar esa etapa, y mínimamente debe sentirse a gusto con el

tipo de tratamiento que va a seguir, por el contrario resulta poco probable que ese sujeto saque el mayor beneficio del mismo.

“...si vos trabajas cuando la persona no quiere, si está ahí porque está obligado, no va a hacer ningún cambio interno, porque para que haya un cambio tiene que haber un proceso interno...El problema menor que tiene en su vida es el consumo” (Técnica Portal Amarillo).

9- REFLEXIONES FINALES

El estudio realizado permite analizar que la falta de capacitación del personal de atención en los centros, resulta uno de los motivos palpables que lleva a algunos usuarios al abandono del mismo. En este sentido, se propone implementar políticas públicas orientadas a la preparación¹¹ de toda persona independientemente de su ubicación en el organigrama institucional. Que desee trabajar con este tipo de población, con el fin de eliminar instancias de discriminación, malos tratos, esperas, abuso de medicalización, entre otros aspectos.

Otra causa del abandono, resulta ser el aislamiento prolongado en aquellos usuarios que no necesitan una estructura rígida. A consecuencia de esto ciertos usuarios al dejar dicha institución, centran su atención en otra que les “otorgue” más libertades. Sin embargo, debemos resaltar que en ocasiones ese pasaje de un centro a otro -puerta giratoria-, se transforma en una recaída.

Se contempla -por determinados usuarios y familiares- la internación como único medio posible para evitar recaídas y fenómeno de puerta giratoria. Esto se debe a la existencia de un ideal meramente establecido en el *imaginario colectivo*, aprehendido de la rama de la medicina.

El curso de operador terapéutico se utiliza como medio de saber- poder para moldear la mente de ex usuarios, familiares y del tratante, con la finalidad de consumir la idea que *al adicto en consumo no se lo puede ayudar*. Impulsando a construir *el fondo* que los lleve a pedir ayuda, siendo uno de los pasos la expulsión del sujeto de su hogar, impulsandolo a la situación de calle. En este sentido, resulta interesante la implementación de investigaciones futuras enfocadas a comprender cómo influye la reproducción de dicha doctrina en *recaídas y fenómeno de puerta giratoria*.

Tanto a las mujeres como a la población trans les cuesta más hablar de la temática en cuestión, al igual que el acercamiento a un centro de atención suele retrasarse respecto al varón, debido a la masculinización de los tratamientos.

Se percibe que las mujeres muestran mayor eficiencia -en comparación con el resto de los usuarios- en la culminación del tratamiento y escasez en las recaídas. En este sentido, podemos abrir el debate, -aspirando a investigaciones futuras-. Polemizando si la “*efectividad*” en las mujeres muestra algún fundamento en las presiones sociales existentes relacionadas a las etiquetas que estas reciben, como consecuencias de las responsabilidades que desencadenan los roles aprehendidos -madres, hijas, amigas, entre otros-.

¹¹ En un sentido humanitario

Resulta interesante esbozar que existen casos en los que posteriormente a una recaída, los usuarios, vuelven a solicitar *ayuda* en el centro que tuvieron su último tratamiento. Se visualiza aquí un “miedo” al fenómeno de *puerta giratoria*, esto se justifica a través de la motivación que genera quien está a cargo del centro que es un ex usuario. Por tanto, encontramos acá una identificación entre pares, por otra parte, también resulta interesante destacar que la figura de Dios es otro motivo de reiteración del centro.

Reflexivamente los usuarios manifiestan lo complicado que es “*parar de consumir*”, y al mismo tiempo lo “*difícil*” que resulta mantenerse *limpio*¹² -destacándose aspectos sociales y biológicos¹³-. Parte de los entrevistados plantean que al salir de un tratamiento vuelven a experimentar con alguna sustancia porque se sienten “capaces de controlar el consumo”¹⁴. Sin embargo, al identificar una recaída revelan que *la sustancia los domina*. En este sentido, podemos cuestionarnos qué rol juegan las relaciones de dominación que los usuarios han vivenciado a lo largo de su vida, respecto al relacionamiento que éste intenta tener con la droga, buscando ser él quien tenga el control de la situación.

Gran parte de la población de estudio considera que la *adicción* es una *enfermedad crónica*¹⁵, donde a diferencia de otras -de la misma índole-, el individuo centra sus pensamientos diariamente en ella, intentando “luchar” contra ésta para no recaer. De allí que se desprende el lema “*solo por hoy*” de narcóticos anónimos, haciendo referencia a que solo por hoy uno se encuentra *limpio* y sin consumo.

Resulta pertinente sugerir una investigación que problematice la sostenibilidad científica que presenta dicha concepción -adicción como una enfermedad-. Superponiéndola con la posibilidad de entender a la adicción como un *trastorno socio-cultural*, en el cual el sujeto tiene la opción -en libre albedrío- de proceder a “dañar” su cuerpo -organismo-.

Profundizando en una de las causantes de las recaídas -según el discurso de determinados técnicos y líderes-, se percibió que el individuo debe intentar sanar situaciones que intervinieron de forma negativa su infancia, para prevenir el consumo post tratamiento. Para ello se deben respetar -desde la institución- los tiempos individuales de recuperación. Sin embargo, encontramos algunos

¹² Denominación correspondiente al período en que el usuario culmina un tratamiento y se mantiene sin consumo.

¹³ Problemas familiares, de pareja, desempleo, considerar a la adicción una enfermedad, entre otros.

¹⁴ En palabras de los usuarios.

¹⁵ Concepto con fuerte carga proveniente de la hegemonía médica.

tratamientos que están orientados a generar herramientas enfocadas a una estructura que ayude al usuario a mantenerse sin consumo, desde una perspectiva más biologicista que psicosocial.

Continuando en estas mismas líneas, se cuestiona el hecho de que cuando hay un adicto existe algún disfuncionamiento familiar. Por lo tanto, conviene centrar nuestra atención en el factor contextual al cual el usuario se va a enfrentar al momento de culminar el tratamiento, por eso la importancia del acompañamiento familiar durante el proceso institucional,¹⁶ para intentar solventar el todo y no únicamente la parte del conflicto.

En algunos casos la búsqueda de la no recaída es la utilización de la técnica de *fuga geográfica*. La cual -muy lejos de sanar disputas internas-, termina produciendo reincidencias con una droga dispar a la anterior debido al cambio del entorno.

Durante la *carrera de consumo* manifiestan un daño prolífico identitario a raíz de las etiquetas sociales. Que se traducen en una idealización semejante a la estigmatización actuando en base a la misma, fenómeno que repercute en la autoestima del sujeto y por ende en su proceso interno.

Al introducirnos en la *estructura rígida* de ciertos centros -resaltando que no todos reaccionamos de igual forma, ante los mismos estímulos-, se observa que ésta incita al abandono. En donde se revela que algunos de los motivos son el encierro, el exceso de medicación, la demasía religiosa, la falta de profesionales, entre otros factores que reavivan el fenómeno de *puerta giratoria*. Encontramos que en algunos casos la realidad es que su deseo no es dejar el consumo completamente, debido a que les genera cierto placer, por lo que deciden abandonar el tratamiento actual para destinar su cuerpo y mente a otro menos rígido.

Por otra parte, existen centros que aplican *la expulsión* como método de castigo a aquellos usuarios que -se considera- han tenido un desvío dentro del mismo. Este factor lleva a que el individuo deba irse a otra institución favoreciendo el fenómeno de *puerta giratoria*, o directamente abandone todo tipo de tratamiento llevándolo a una recaída.

Se constata una insuficiencia en la captación de la población con consumo problemático de drogas. Por lo que resulta adecuado proponer una política social destinada a la implementación de grupos multidisciplinarios que transiten diferentes barrios del país, con el fin de informar a la población sobre el uso problemático de sustancias y los diferentes tipos de tratamientos que se ofrecen a nivel Nacional.

¹⁶ Etapa de tratamiento en una institución.

Podemos aludir que gran parte de los usuarios divisan el comienzo del uso de drogas con un consumo social y luego se constata un aislamiento, una individualización e incluso se encubren para consumir. Varios de los usuarios, testifican que la principal causa de su consumo es consecuencia de conflictos familiares -de diferente índole- traídos de su infancia. Por lo tanto, podemos sostener que parte del problema radica en el modo en que se es socializado.

Prosiguiendo con la temática familiar, señalaremos que si ésta está atravesando un período conflictivo -a la interna- puede que no se encuentre con la capacitación suficiente para colaborar en la rehabilitación del usuario. De hecho pueden llegar a complejizar el proceso de rehabilitación.

Es llamativo observar -durante el tratamiento- la transformación conceptual que tiene el individuo sobre sí mismo. Éste tiende a autoperibirse como “culpable”, en otras palabras, hallamos grandes similitudes en los discursos de los entrevistados en cuanto a que han causado varios daños a nivel familiar. Por esa razón desean dejar de consumir, sin embargo, resulta interesante ver como se auto etiqueta, pasando de ser los víctimas a ser victimarios de la situación.

Otro detalle a tener en cuenta, tiene lugar en la postura que toman algunas familias en cuanto a la disconformidad que muestran con algunos tipos de tratamientos. Destacándose como principal, la falta de una *internación compulsiva*, -por la que una ONG lucha diariamente-. En donde se propone que durante su etapa “*limpia*” el usuario firme un acuerdo legal en el cual declare que ante “una incapacidad” del mismo a internarse por sus propios medios, un familiar cercano puede hacerlo por él, notándose en este caso la pérdida total de libertad y una enajenación de sus derechos.

Cabe destacar que se observa una edad temprana en el comienzo de acercamiento a alguna droga, -durante el período escolar o primer año de secundaria-. Por lo que se propone la implementación de políticas públicas destinadas a la educación primaria con el fin de reducir los daños del consumo. Si bien no se logra impedir el acercamiento a las sustancias al menos concientizar sobre sus usos.

Los usuarios identifican a la pasta base como la sustancia que les produce mayor daño a nivel general, e incluso como aquella que los lleva a la búsqueda de algún tipo de tratamiento. Sin embargo, manifiestan que han sido otras sustancias las que lo han llevado a experimentar con pasta base. Es a raíz de este dato, que nos preguntamos si no sería considerable la implementación de programas -tertulias- destinadas a contemplar dicha temática, o acaso ¿es necesario el consumo de pasta base para “llamar la atención” estatal?, ya que encontramos una carencia de tratamientos

destinados a varias de las sustancias que a lo largo de la investigación fueron manifestado de puerta de entrada al consumo problemático.

De igual forma podemos acotar que según la percepción de los entrevistados no se considera *recaída* el consumo de marihuana. Sin embargo, la ingesta de al menos un vaso de cualquier bebida alcohólica si lo es al igual que un gramo de cocaína o una pipa de pasta base. Por lo tanto, es observable como la sustancia define dicho fenómeno, el que seguramente esté asociado a la designación de los tratamientos.

Para finalizar se propone la realización de investigaciones destinadas a comprender por qué la pasta base es la droga que mayor daño causa en el sujeto, a nivel físico y emocional, llevándolo al *degradamiento identitario*. Al igual que investigaciones dirigidas a interpretar el *para qué* y no el *por qué* se consume. De igual modo, se deberían implementar más investigaciones orientadas a los discursos de los usuarios para generar mayor literatura académica en salud y drogas.

10. BIBLIOGRAFÍA

- **Aguirre, R.-** Sociología y Género (1998) “Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha.” Ed. Doble Clic. Universidad de la República – CSIC – Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, 1998. Capítulo 1 “Género una dimensión olvidada”
- **Anderson, J** (2006) "Sistemas de género y procesos de cambio". En: Batthyány. "Género y desarrollo. Una propuesta de formación". FCS-UdelaR, Doble clic, Ed. Montevideo.
- **Batthyány, K** Cabrera, M (2011) “Metodología de la investigación en Ciencias Sociales”. Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República: Montevideo.
- _____ (2011) Uso del tiempo y trabajo no remunerado: división sexual del trabajo y contratos de género. Un estudio de caso en el medio rural familiar. Departamento de Sociología Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República.
- **Bayce, R.** (2012) “Los trasfondos del imaginario sobre 'drogas': valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos”. Aporte universitario al debate nacional sobre drogas. CSIC. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- **Becker, H** “Outsider Hacia una sociología de la desviación.” 2009. Ed.Siglo Veintio.
- **Berger, P. & Luckmann, T** (1995) 1997 “Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno”. Barcelona, España: Paidós Studio.
- **Blumer, H.** (1968) 1982 “El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método.” Barcelona, España: Hora.
- **Butler, J.** (1990) 2001 “El género en disputa.” España. Paidós.
- _____(1993) 2002. “Cuerpos que importan. El límite discursivo del sexo.” España. Paidós
- **Bourdieu** (2000) “La dominación masculina”. Barcelona, España: Anagrama.
- **Canales, Manuel y Peinado, Anselmo** (1995) “Grupos de discusión”. En Abril, Gonzalo Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Síntesis: Madrid.
- **Durkheim, E.** (1895). “El suicidio.” 2da edición. Ediciones akal. Madrid, España.

- **Foucault**, M. (1963). 1969 “El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica”, segunda ed., 2014. México D.F., México: Siglo XXI.
- _____ (1975). 1979 “Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión”, ed. 2008. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- **Goffman**, E. (1959) “La presentación de la persona en la vida cotidiana.” Introducción (pp.13-28) y Capítulo 7 Conclusiones (pp.254-271), Amorrortu editores, segunda reimpresión, Argentina.
- _____ (1963) 2009 “Estigma (2a Ed): La identidad deteriorada.”. Ed.2, reimpresa. Amorrortu Editores España SL.
- _____ (1970) 2012 “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- **Junta Nacional de Drogas** (2015) “Posición Uruguay ante UNGASS 2016: ejes para un enfoque integral de las políticas de drogas”. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/uy_ungass_2016_esp-eng.pdf
- _____ (2015) “Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, período 2016-2020”. Montevideo, Uruguay: IMPO. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia_JND_2016_2020_web.pdf
- _____ & CICAD - OEA (2015) “La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos”. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta_tratamiento_Uruguay_OUD_2015.pdf
- **Kaminsky**, G. (1994) “Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales”. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- **Mead**, G (1982) “Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductivismo social.” Paidós estudio básica.
- **Merton**, R. (1938) "Estructura social y anomia". American Sociological Review.
- _____ (1949) “Teoría social y estructura social. Hacia la codificación de la teoría y la investigación.”
- **Normas APA** Recuperado de: <http://normasapa.com/>

- **Olabuénaga, J.** (2003) “Metodología de la investigación cualitativa”. 3ª edición. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- **OMS** (2008) “Reporte Mundial de la Salud”.
- **Ortí, A** (1996) “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo”. En Alvira, Francisco; García, Manuel; Ibáñez, Jesús *comps.* El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. Alianza: Madrid.
- **Parsons, T.** (1951) “El sistema social”, ed. 1999. Madrid, España: Alianza.
- **Paternain, R.** (2014). “Percepciones institucionales sobre los alcances de la implementación de la Ley de Regulación de Marihuana”. Montevideo, Uruguay: Fesur. Recuperado de: <http://monitorcannabis.uy/percepciones-institucionales-sobre-los-alcances-de-la-implementacion-de-la-ley-de-regulacion-de-la-marihuana/>
- **Porzecanski, T.** (1993) “Medicalización y mitologías: Los destinos del cuerpo físico y social”. En Portillo, J. & Rodríguez Nebot, J. (coord.), *La medicalización de la sociedad*. Montevideo, Uruguay: Nordan.
- **Ruiz, José** (2003) “Metodología de la investigación cualitativa”, 3ª edición. Universidad de Deusto: Bilbao.
- **Schellenberg.** (1988) “Los fundadores de la psicología social. Freud, Mead, Lewin, Skinner.” Alianza editorial.
- **Scott** (1940) “El género: una categoría útil para el análisis histórico.”
- **Simmel, G.** (1977) “Sociología: estudios sobre las formas de socialización”, v. II. Madrid, España: Casilla.
- **Suárez, H. Ramírez, J. Albano, G. Castelli, L. Martínez, E. & Rosaal, M** (2014) “Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas”. Ediciones y Comunicación (UMTEC), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- **UNODC** (2012) “Informe Mundial sobre las Drogas 2012”. Malta: Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/unodc_2012_sp.pdf
- **Valles, M** (1999) “Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis: Madrid.
- **Vasilachis, I coord.** (2007) “Estrategias de investigación cualitativa”. Gedisa: Barcelona.

- <http://www.montevideo.com.uy/contenido/Tasa-de-suicidio-en-Uruguay-entre-las-mas-altas-del-continente-El-75-son-hombres--338886>. Visto 15/1/18