



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas

Análisis crítico desde la experiencia práctica en el Centro comunitario
de Salud Mental (COSAM) de Conchalí

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Por

María de los Angeles Lobos Palacios

Profesor Patrocinante

Esteban Radiszcz

-Santiago, Noviembre 2012-

I. Resumen

La presente investigación, de carácter bibliográfico y práctico, tiene como objetivo central analizar las políticas públicas chilenas sobre drogas. Para ello se revisó el marco legal vigente y las Estrategias Nacionales de drogas y alcohol elaboradas por el Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol.

El análisis se centró en los tratamientos de rehabilitación, tomando como base la experiencia práctica de la investigadora en el programa de adicciones del Centro de Salud Mental de Conchalí. Éste fue analizado desde la perspectiva del biopoder de Michel Foucault.

Se constató que las políticas públicas referentes a drogas se enmarcan dentro de un enfoque prohibicionista. Como consecuencia de este paradigma se han implementado una serie de dispositivos de control sanitario-penal, entre ellos el espacio de tratamiento que termina articulándose más como un instrumento educativo y normalizador que como un espacio terapéutico.

Palabras Claves: Drogas, COSAM, tratamiento, biopoder, dispositivo disciplinario.

I.I Abstract

The present investigation is of a practical and bibliographical nature. Its central objective is to analyze Chilean public policies on drugs, for which the current legal framework and National Strategies on drugs and alcohol, published by the National Service for Prevention and Rehabilitation of Drug and Alcohol Consumption, were revised.

The analysis centered on rehabilitation programs, and was based on the investigator's practical experience working in the Addictions Program at the Center for Mental Health in Conchalí. Said work was analyzed from the perspective of Michel Foucault's views on biopower.

It was found that the public policies referring to drugs fall under a prohibitionist paradigm, a consequence of which has been the implementation of a series of devices aimed at sanitary and penal control. The treatment itself is one such device, as it inevitably articulates itself as more of an educational and normalizing instrument, than as a therapeutic space.

Keywords: Drugs, COSAM, treatment, biopower, disciplinary instrument

Índice

Introducción.....	p. 5
Objetivos.....	p. 10
Desarrollo	
I. Conceptualización de las drogas.....	p.11
II. Clasificación de las drogas.....	p. 13
III. Marco legal en Chile.....	p. 16
IV. Los consumidores.....	p. 19
V. Paradigmas para el abordaje del consumo de drogas.....	p. 20
VI. Historia estructura asistencial de tratamiento y rehabilitación.....	p. 23
VII. Estrategias Nacionales de Drogas.....	p. 24
4.1 Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018.....	p. 25
4.2 Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014.....	p. 28
VIII. Tratamiento y Rehabilitación.....	p. 30
IX. Centro Comunitario de Salud Mental Conchalí.....	p. 33
X. Biopoder y consumo de drogas.....	p. 43
XI. Tratamiento de rehabilitación y dispositivo disciplinario.....	p. 49
XII. Posicionamiento del psicólogo.....	p. 59
XIII. Hacia una nueva mirada: reducción de daños.....	p. 65
Conclusiones.....	p. 68
Referencias.....	p. 73

“La moderación presupone el placer; la abstinencia, no. Por eso hay más abstemios que moderados”

Lichtenberg, Aforismos

Introducción

Lejos de lo que se piensa comúnmente, el consumo de drogas no es un fenómeno de origen contemporáneo. El uso de sustancias minerales, vegetales o animales con fines extra alimentarios es de larga data. Ya hacia el cuarto milenio a.C se tienen antecedentes sobre el uso de fibra de cáñamo en China como también hay, hacia el tercer milenio a.C, noticias del té y la efedrina (su alcaloide, efedra, es precursor de las anfetaminas). Cercano a la misma fecha, hay registros escritos de la existencia y uso del Opio en Mesopotamia. Por su parte, en el continente americano, el uso de plantas psicoactivas (hongo amanita muscaria y psilocibios, peyote y hoja de coca, entre otros) por parte de las sociedades precolombinas, en rituales sagrados o chamánicos, se extiende en casi toda la región. Asimismo, las referencias al vino en la Biblia son recurrentes (Escohotado, 1998a).

Dichas sustancias, actualmente, se conocen como drogas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como tales a "...cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo" (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], 2008, p.10).

En tal sentido, se podría decir que la relación de los seres humanos con las drogas es de tiempos remotos. Cada cultura se ha relacionado de manera particular con éstas otorgándole diversos usos, ya sean religiosos, rituales, terapéuticos o recreativos. Sin embargo, no será hasta comienzos del siglo XX donde su consumo se problematizará y se instalará como una preocupación pública.

Para ese entonces se constata el crecimiento, regularización y burocratización de las competencias del Estado, lo que se traduce en una mayor intromisión estatal en las cuestiones sociales, incluyendo lo referente a drogas (Boville, 2000). Dicha intrusión va desde lo meramente fiscal, pasa por la orientación de los consumos, para instalarse definitivamente como una política prohibicionista y restrictiva -tendencia generalizada en las sociedades modernas, con excepciones tales como Holanda o Portugal-. Así es como se comienza a concebir el consumo de drogas como un problema que le atañe al Estado y a la sociedad en general.

Escohotado (1998b) distingue, en la génesis del prohibicionismo, diversos factores aparte del fortalecimiento del Estado y sus facultades, a saber: a) la religiosidad

tradicional que cataloga cualquier forma de ebriedad como una amenaza de impureza que debe ser destruida; b) los procesos de industrialización y pauperización de los centros urbanos, donde el uso de drogas se erige como bandera de desviación de ciertos grupos de marginados; y c) la consolidación del estamento terapéutico, que pretende monopolizar el manejo de los psicofármacos.

Uno de los puntos críticos en la política prohibicionista llegará a inicios de los años setenta cuando el presidente de Estados Unidos -país que ya gozaba con una posición hegemónica y buscaba afianzarla-, Richard Nixon declara formalmente la “*guerra contra las drogas*”¹, arguyendo que el abuso de drogas era el primer enemigo del país. El consumo de drogas será concebido entonces como un crimen y una amenaza a la seguridad nacional que debe ser erradicada, atacando tanto los focos de consumo (demanda) como los circuitos de tráfico (oferta). Para ello crearía, en 1973, la Drug Enforcement Administration (DEA, Administración de Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas). Los siguientes gobiernos continuaron con la política antidrogas, siendo algunos más laxos y otros más severos como es el caso de la administración Reagan (Del Olmo, 1989; Escohotado 1998a).

De ahí que, durante las últimas décadas, el consumo de drogas se ha instalado como un problema prioritario en la comunidad internacional. Esto se ha traducido en la participación, por parte de los países integrantes de la Organización de Naciones Unidas, en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Las citadas convenciones internacionales han trazado las directrices para una estrategia general de reducción de demanda y oferta de drogas (Quiroga y Villatoro, 2003).

Los Estados no tratan ya de controlar la difusión de ciertas drogas, como al comienzo de la cruzada, sino que se consideran en el deber de controlar todo cuerpo con influjo sobre <<el juicio, el comportamiento, la percepción o el estado de ánimo>> como afirma el Convenio internacional sobre sustancias

¹ Para un examen más detallado de la ascensión del prohibicionismo en Estados Unidos ver: “Estados Unidos y las drogas ¿Prohibir o legalizar?” (Villatoro, FASOC Vol. X, N1 1) Disponible en: <http://www.fasoc.cl/files/articulo/ART411931199c276.pdf>

psicotrópicas de 1971. Es incumbencia suya cualquier modificación química de la conciencia, la ebriedad en general (Escohotado, 1998a, p.22)

La Oficina contra la Droga y el Delito (Naciones Unidas), en su Informe mundial sobre las drogas 2012, señala que "...unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010. Los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial" (p.III).

En Chile el organismo gubernamental encargado de diseñar y ejecutar las políticas públicas referente a las drogas, históricamente, ha sido el Consejo Nacional para el control de Estupefacientes (CONACE). Éste fue fundado en 1990, teniendo el carácter de un comité interministerial, dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. En el año 2011, con la promulgación de la Ley N° 20.502, se crea, a modo de continuidad del CONACE, el Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), siendo ahora un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica y recursos propios, dependiente del Presidente de la República mediante el Ministerio del Interior (www.senda.gob.cl).

El CONACE, en su Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2011c), señala que el 4,6% de la población consume marihuana, el 0,7% cocaína y el 0,4% pasta base de cocaína. En cuanto a las tasas de dependencia, según el citado informe, un 20% de los consumidores de marihuana han tenido síntomas de dependencia (medidos acorde a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10), mientras que los usuarios de cocaína y pasta base presentan tasas de dependencia de un 25% y un 55% respectivamente. A continuación, en la tabla, se observa la evolución de las tasas de prevalencia de consumo, en la última década (CONACE, 2011c):

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alcohol	73,90	75,28	75,96	73,56	68,49	57,52
Marihuana	5,7	5,0	5,4	7,2	6,4	4,6
Cocaína	1,5	1,5	1,3	1,3	1,8	0,7
Pasta Base	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,4

Como puede observarse, el consumo de todas las sustancias ha ido decreciendo, y el uso de drogas ilícitas es considerablemente menor que el de alcohol. Según datos

proporcionados por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2011), en la definición de sus prioridades programáticas

Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

Por las razones esgrimidas el problema del consumo de alcohol y drogas, con todas sus derivadas, se considera una de las prioridades programáticas del Ministerio de Salud, en el área de Salud Mental. Esta problemática también se ha instalado como un problema de gran relevancia en las políticas públicas, a nivel de gobierno e internacionalmente, independiente de las estadísticas, y de la oscilación de las mismas en las últimas décadas.

Aún estamos en la era de la *“guerra contra las drogas”* y, a pesar del número creciente de detractores que va sumando día a día, su discurso hegemónico continúa rigiendo las políticas sociales, jurídicas, económicas y sanitarias que se desarrollan a nivel mundial para controlar esta gran *“epidemia”*.

Como profesionales de la salud mental, insertos en el trabajo de la red de salud pública, nos competen directamente las políticas emanadas desde el SENDA en esta materia. La política pública y los discursos circundantes delimitan un campo de acción y estructuran nuestro quehacer. A su vez, dicho quehacer clínico tiene un basamento teórico y se sustenta en lineamientos políticos y éticos los cuales, muchas veces, entran en discordancia, o derechamente se contraponen, a las directrices institucionales o la política dominante.

De ahí que el objetivo central de esta memoria sea analizar las políticas públicas que emanan del SENDA, respecto a tratamientos de rehabilitación. Específicamente, el tipo de intervenciones que proponen, tanto en sus ribetes clínicos, políticos e ideológicos y contrastarlas con la práctica clínica desarrollada en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí, en el período Marzo-Noviembre del 2010. Para ello se realizará una revisión bibliográfica de las Estrategias nacionales de drogas y alcohol, los estudios nacionales de drogas y otros documentos oficiales del SENDA.

En cuanto a las investigaciones respecto a la temática de drogas en Chile el mayor centro de acopio de información, y el más especializado, es el Centro de Documentación e Información (CDI) creado en 1993 y perteneciente al SENDA. En dicho centro, la mayoría de las investigaciones son de carácter cuantitativo y epidemiológico, existiendo poco material cualitativo y referente a tratamientos o sistematización de experiencias. Por otra parte la línea investigativa está definida desde el Estado, lo que dificulta la generación de conocimientos o propuestas que no estén en consonancia con la política del SENDA y el paradigma de reducción de la demanda (Quiroga y Villatoro, 2003).

Se desprende entonces la relevancia de rescatar una experiencia práctica, en cuanto a tratamiento de rehabilitación, y hacer un análisis crítico de la misma, dando cuenta de enfoques alternativos para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas.

Objetivos

I. Objetivo General

Analizar las políticas públicas elaboradas por el Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), respecto a tratamientos de rehabilitación de drogodependientes.

II. Objetivos Específicos

- 2.1 Analizar las políticas públicas del SENDA, sobre tratamiento, en sus aspectos clínicos.
- 2.2 Relevar los aspectos políticos e ideológicos de dicha política.
- 2.3 Contrastar las citadas políticas con la práctica clínica desarrollada en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí.
- 2.4 Analizar la posición tanto del psicólogo, como de los pacientes en el programa de rehabilitación de drogas en COSAM Conchalí.
- 2.5 Dar cuenta de enfoques alternativos a la política hegemónica para el trabajo clínico con personas consumidoras de drogas.

Desarrollo

I. Conceptualización de las drogas

No hay drogas mejores y peores, sino maneras juiciosas y maneras insensatas de consumirlas
Escohotado, 1998, p. 222

Con el propósito de ahondar en las políticas públicas que pretenden rehabilitar a los consumidores de drogas, el primer paso es dar cuenta de qué se entiende por droga y definir el marco conceptual y legal que da sustento a las citadas políticas.

Como todo fenómeno social, no es posible dar con una definición unívoca del mismo. Hoy en día, la palabra droga engloba una larga lista de sustancias y se asocia a una variedad de fenómenos, lo que la vuelve un concepto complejo y multidimensional, donde han incidido factores de diversa índole, ya sea científicos, económicos, políticos o ideológicos, faltando criterios claros que apunten hacia definición acabada.

Es así como se encuentran una multiplicidad de significados que coexisten en la sociedad. Significados que, muchas veces, se contraponen y entran en pugna por ganar un espacio hegemónico dentro del discurso social. A continuación se presentarán las concepciones de droga que emanan de organismos oficiales, tales como la Organización Mundial de la Salud o el SENDA y algunos contrapuntos para dichas significaciones.

La Organización Mundial de la Salud considera como droga a cualquier sustancia, que introducida en el organismo, lo altera física o psíquicamente (CONACE, 2008). En tal sentido, todas las sustancias serían drogas, desde los alimentos, pasando por los cigarrillos, hasta la cocaína e incluso la contaminación. Como puede apreciarse es una definición bastante amplia. Sin embargo, en la cotidianeidad no se consideran drogas todas las sustancias mencionadas con anterioridad.

Socialmente la palabra droga por sí misma tiene una connotación negativa, suele asociarse a las drogas ilegales ya que el resto son medicamentos -que al ser dispensados por la autoridad médica, tienen una valoración social positiva aun cuando puedan ser considerablemente tóxicos y nocivos-, o alcohol y tabaco -que al estar altamente insertos en la sociedad no se consideran drogas, sino que su consumo es incluso promovido a pesar de los daños, comprobados científicamente, que causan en el organismo su consumo excesivo y prolongado en el tiempo-.

Dicha connotación negativa se ha construido y fortalecido gracias a los discursos que circulan en la sociedad y la opinión pública, siendo una de sus principales fuentes organismos estatales como el SENDA. La citada entidad, a través de los medios de comunicación masivos, ha lanzado propagandas² donde se asocia el consumo de drogas con delincuencia, deserción escolar, desintegración familiar y social y, en general, con todo lo que pueda resultar amenazante. El mensaje es claro “*la droga es mala*”, sin importar qué tipo de drogas (por supuesto siempre refiriéndose a las ilegales), cómo se consumen ni con qué fines.

Se entrecruzan entonces factores científicos (referentes a la bioquímica de las sustancias y sus efectos en la salud) y elementos políticos, económicos e ideológicos (relacionados con la prohibición de determinadas drogas), donde la correlación entre la peligrosidad de las sustancias y su status legal no siempre es directa.

Ahora bien, para avanzar hacia una definición más inclusiva de lo podría entenderse por droga, se puede recurrir al concepto griego de *Phármakon*, el cual significa “...remedio y tóxico; no una cosa u otra, sino las dos. (...) La toxicidad de un fármaco es la proporción concreta entre dosis activa y dosis letal; por eso ninguna propiamente dicha pertenece a lo inocuo, o sólo a lo ponzoñoso” (Escohotado, 1998a, p.137). El énfasis de tal concepto está dado por el uso que se hace del fármaco o droga por lo que la nocividad, o los beneficios que puedan extraerse de una sustancia, dependerán del contexto en que se emplee, de la pureza de la droga, de las condiciones de acceso a la misma y las pautas culturales asociadas, y no de la sustancia en sí misma

² Como por ejemplo la última campaña televisiva lanzada por el organismo estatal: “La droga no sólo afecta al que la consume, también a su familia”. En una de sus versiones, “Spot en la casa” (disponible en <http://www.senda.gob.cl/campanas/la-droga-tambien-afecta-a-tu-familia/spot-en-la-casa/>), se muestra a una mujer desesperada por la muerte de su bebé. El texto es el siguiente: “Estoy destruida, ya no puedo más. Pensé que la podría dejar que no me ganaría, pero terminó por destruir a mi familia. Si hubiese pedido ayuda a tiempo hubiese salvado a mi hija. La droga no sólo afecta al que la consume”. Como puede apreciarse el aviso publicitario no posee ningún elemento informativo, como por ejemplo de qué droga se está hablando, de los efectos de la misma o de cómo impedir un consumo abusivo, sólo se alude a la desintegración familiar.

(Escohotado, 2006). Con ello la droga puede dejar de condenarse como objeto, a priori, y el foco se pone en el uso que se hace de ella.

En la misma línea se encuentra la definición planteada por Menéndez (1990, citado en Romaní, 1999) la cual agrega al concepto oficial de la OMS que los "...efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan" (p.53).

II. Clasificación de las drogas

En cuanto a la categorización de las drogas, éstas se pueden agrupar según criterios de orden farmacológico (de acuerdo a los efectos que producen en el sistema nervioso central del organismo [SNC]), respecto a su origen (natural o sintético), en base al eventual grado de dependencia que pueden generar o bien con criterios de orden legal y político.

Respecto a la clasificación farmacológica, se pueden dividir las drogas en: i) estimulantes del SNC (naturales tales como café, mate, coca y sintéticas como anfetaminas o cocaína, entre otras); ii) depresores del SNC (alcohol, sedantes, tranquilizantes, etc.) y iii) alucinógenas (naturales: hongos con psilocibina, cactus con mescalina o sintéticas como el ácido lisérgico, MDMA, etc.). La marihuana posee efectos tanto estimulantes como depresores del SNC, así como también alucinógenos, por lo que no se encasilla en ninguna categoría (Pavez y Prat, 2006).

En cuanto al nivel de dependencia se encuentran las llamadas drogas duras, con alto potencial adictivo y, en su contraparte, las drogas blandas que serían más inocuas, o sólo generarían dependencia psicológica. Dentro de las primeras se pueden situar la cocaína o anfetaminas, mientras que en las segundas pueden hallarse el café o la marihuana. Sin embargo, esta clasificación ha causado controversia a nivel internacional ya que sustancias como la marihuana, cuyo potencial para generar tolerancia o dependencia es bajo, ha sido equiparada con drogas estimulantes que poseen altos índices de tolerancia y toxicidad (Romaní, 1999); es el caso chileno donde el SENDA, en su portal de internet, plantea que

...la marihuana genera dependencia al igual que la cocaína y la pasta base, es la segunda droga en el país por la cual las personas demandan tratamiento y que su consumo inhibe la percepción de riesgo en el uso de drogas más adictivas

como cocaína y pasta base. La marihuana tiene también una fuerte presencia en las personas menores de 25 años que han cometido delito. En tal sentido la condición de la marihuana como una “droga” blanda también pierde sentido en Chile (CONACE, 2008, p.11)

La tipificación referente a la legalidad o ilegalidad de las drogas resulta cuestionable, ya que la prohibición no dice relación con la peligrosidad de las sustancias. De este modo hay drogas altamente tóxicas como el alcohol³ y tabaco que no presentan restricciones, a diferencia de otras sustancias naturales, tales como peyote o marihuana, cuyo potencial adictivo es considerablemente menor.

Siguiendo dicho argumento, cabe detenerse en las listas de estupefacientes sometidas a fiscalización internacional, creadas en la Convención única de estupefacientes de 1961 y enmendadas por el Protocolo de 1972.

Dentro de las complejidades a las que nos enfrentan dichos listados, cabe en primer término señalar la falta de claridad en las definiciones de los términos “*estupefacientes*” y “*sustancias psicotrópicas*”. Se entenderá por estas sustancias cualquiera que esté presente en las Listas I, II, III o IV naturales o sintéticas, independiente de sus cualidades farmacológicas, potencialidad para generar tolerancia o toxicidad de las mismas. Es así como se incurre en el error de incluir bajo el término “*estupefaciente*” a sustancias como la hoja de coca, la cocaína y la marihuana, siendo que en rigor ninguna de ellas actúa con el efecto de estupor que sí provoca el opio, y de donde proviene el nombre de estupefaciente (Del Olmo, 1989).

³ El alcohol es el principal factor de riesgo con mayor carga por pérdida en el país (AVISA=464755), siguiéndole la obesidad (AVISA=234107) y la presión arterial elevada (AVISA=210287). El consumo de drogas ilícitas se encuentra en último lugar, de una larga lista, con un índice AVISA de 470 (Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2008).

Es así como en la Lista I, además de las llamadas drogas duras y de diseño, se encuentran sustancias psicoactivas de bajo nivel de toxicidad, tales como la mezcalina, LSD y marihuana. Mientras que las listas restantes incluyen drogas altamente adictivas y nocivas, capaces de generar dependencia, como es el caso de los ansiolíticos, barbitúricos y estimulantes sintéticos (Escohotado, 1998c; Pavez y Prat, 2006).

En segundo lugar, no hay un criterio claro que de cuenta de las restricciones legales que se le aplican a las sustancias. De este modo, tal como lo dictamina el artículo 5 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas:

...las Partes limitará a fines médicos y científicos, *por los medios que estime apropiados*, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, las existencias, el comercio, el uso y la posesión de las sustancias de las Listas II, III y IV. (...) *Es deseable que las Partes no permitan la posesión de las sustancias de las Listas II, III y IV si no es con autorización legal* (p.5, cursivas nuestras).

En cambio para las sustancias incluidas en la Lista I, que se suponen de menor peligrosidad, el artículo 7 del citado Convenio prescribe lo siguiente:

En lo que respecta a las sustancias de la Lista I, las Partes: a) *Prohibirán todo uso*, excepto el que con fines científicos y fines médicos muy limitados hagan personas debidamente autorizadas en establecimientos médicos o científicos que estén bajo la fiscalización directa de sus gobiernos o expresamente aprobados por ellos” (p.5, cursivas nuestras).

Como se puede apreciar, la política internacional referente a las drogas no se estructura sobre la base de categorizaciones claras en función de los efectos de las sustancias, alejándose con ello de criterios netamente científicos para matizarlos con consideraciones de índole sociopolítica e ideológicas. Tal como dijese Escohotado (1998c):

Son peligrosas y merecedoras de control aquellas [drogas] cuyo consumo alarme a las fuerzas del orden en cada territorio. Drogas peligrosas son las drogas prohibidas. Es la prohibición aquello que determina la naturaleza farmacológica de algo, en vez de ser esa naturaleza lo que determina su prohibición (p. 121).

Pero, qué sucede en la realidad nacional, cómo son adoptadas y adecuadas a la realidad local las directrices internacionales y, a su vez, cómo esta normativa incide en la política pública referente a tratamientos de rehabilitación que genera el SENDA.

III. Marco legal en Chile

Bajo el nombre de crímenes y de delitos, se siguen juzgando efectivamente objetos jurídicos definidos por el Código, pero se juzga a la vez pasiones, instintos, anomalías, achaques, inadaptaciones, efectos de medio o de herencia; se castigan las agresiones, pero a través de ellas las agresividades; las violaciones, pero a la vez, las perversiones; los asesinatos que son también impulsos y deseos
Foucault, 2002, p.25

En Chile, los primeros antecedentes legales referente a la temática de drogas se remontan a 1873 fecha en la cual se redactó el Código Penal, cuyo artículo 313, enmarcado en los “crímenes y simples delitos contra la salud pública”, señala lo siguiente: “El que sin hallarse competentemente autorizado elaborare substancias o productos nocivos a la salud o trafique en ellos estando prohibida su fabricación o tráfico, será castigado con reclusión menor en su grado medio i (sic) multa de 100 a 500 pesos” (citado en Pavez y Prat, 2006). Dicho artículo si bien no es una referencia directa a las drogas, puede aplicársele a éstas, sancionando su fabricación y comercialización no autorizada, mas no su consumo (Sánchez, 2005).

La citada normativa se mantuvo en curso hasta el año 1969 fecha en la cual, a través de la Ley N° 17.155, se introduce explícitamente el término “*sustancias estupefacientes*” y se sanciona, más severamente (con penas superiores a las de delitos como violación u homicidio), el tráfico ilícito de estupefacientes. Posteriormente, en 1973 la Ley N° 17.934 endurece todavía más las sanciones para el delito de tráfico ilícito, aun cuando los documentos preparatorios de la Ley reconocían que el problema era limitado y no suscitaba mayor alarma, lo que hace pensar que dicha modificación legal se condice más con la presión internacional, respecto a la prohibición de drogas, que con la realidad nacional (Pavez y Prat, 2006).

Al ser una problemática incipiente, lo esperable hubiese sido destinar recursos a investigación y diagnóstico que permitiesen planificar políticas acordes al contexto chileno, que apuntasen a la prevención, desde una perspectiva social o de salud en vez

de concentrar los esfuerzos en la represión penal del mismo. Es en la Ley N° 17.934 que se hace referencia por primera vez al consumo no para penalizarlo, sino para establecer el tratamiento como sanción a quienes se catalogaran como adictos, tras someterse a una serie de exámenes médicos.

En 1985 se dicta la ley N° 18.403, fecha en la cual el consumo de sustancias como la marihuana se había popularizado por lo que se aplicaron penas más drásticas, sin sancionar aún el consumo y tipificándose por primera vez la figura de asociación ilícita para el tráfico.

Al retornar la democracia, el combate hacia las drogas se asume como una prioridad, siendo la marihuana uno de sus principales blancos, lo que se tradujo en masivos decomisos. De este modo, con la escasez de la marihuana, comienzan a surgir en las poblaciones nuevas drogas, de menor calidad y de más fácil acceso como la pasta base de cocaína y la marihuana prensada, que poseen aditivos altamente tóxicos (Pavez y Prat, 2006).

En Agosto de 1990, entra en vigencia el Convenio de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, con lo cual Chile debe adecuar su legislación en base a lo pactado en la citada Convención. Para ello se instala una comisión investigadora en la cámara de diputados orientada al tráfico ilícito de estupefacientes; ese mismo año se crea el Consejo Nacional para el control de Estupefacientes (CONACE).

Producto del trabajo de dicho organismo, en 1995 entra en vigencia la Ley N° 19.366, la cual amplía y especializa las sanciones del tráfico. Por primera vez, se tipifica el consumo de drogas como una falta. Dentro de las sanciones se encuentran multas de hasta 10 UTM (la cual puede ser conmutada por servicio comunitario) o la asistencia obligatoria a programas de prevención y tratamiento.

Ulteriormente, en el año 2005 y en reemplazo de la Ley N° 19.366, se promulga la Ley N° 20.000. Dentro de las principales modificaciones que establece, se destaca la siguiente: se crea la figura del microtráfico, con lo que se buscaba ejecutar sanciones diferenciadas bajo el presupuesto de la proporcionalidad de las penas (de sesenta y un días hasta quince años, dependiendo de la cantidad de droga y su toxicidad).

Sin embargo, con las modificaciones introducidas a la ley, en su artículo 1° y 4°, no se toma en consideración la toxicidad de la sustancia para rebajar la pena, por lo que de facto la menor pena sería de 541 días y no 61, como se estipuló en un comienzo. Esta nueva figura sanciona a su vez el porte de droga. Así quien sea sorprendido con droga en

su poder deberá probar que es “para su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo” (Ley N° 20.000, artículo 4), aún cuando no se define claramente qué cantidades serán consideradas para consumo personal ni qué se entiende por proximidad en el tiempo, con lo que la norma resulta bastante vaga y deja espacio para sanciones arbitrarias, según el criterio subjetivo de cada juez (Ruiz, 2009).

Otra ambigüedad dice relación con la definición de drogas estupefacientes o sicotrópicas, sobre las cuales recaerán las sanciones, ya que no especifica claramente cuáles son, sino que refiere a aquellas sustancias “productoras de dependencia física o síquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud” (Ley N° 20.000, artículo 1).

En suma, esta nueva normativa se sustenta sobre la base de la ampliación de las penas, por un lado, y la intensificación de las prácticas investigativas, por el otro. Ello deja entrever el sesgo altamente represivo que la inspira, en directa merma de criterios preventivos o rehabilitadores los que sólo aparecen de modo indirecto como sanciones penales alternativas.

El objetivo manifiesto de esta Ley, y todas las anteriores referentes a la materia, es proteger la salud pública, que se erige como bien jurídico superior, lo que implica que en ocasiones exista un desequilibrio en favor de ella mermando otras garantías en juego como la debida protección y respeto a la vida privada que garantiza la constitución (artículo 19 N° 4).

El legislador, al incriminar el uso de drogas, para asegurar el no consumo, invade un ámbito que le está vedado, como es el de la privacidad, y se entromete en el derecho de autodeterminación, que implica la libertad de las personas de elegir y desarrollar sus propios planes (Vázquez, 2001 en Inchaurreaga, 2001, p. 167).

Si lo que se quiere es proteger la salud pública, por qué drogas como el tabaco y el alcohol, con tasas de prevalencias mucho más altas que las drogas ilegales, y con impactos sobre la salud considerablemente mayores, no están prohibidas (Departamento de Epidemiología, MINSAL, 2008). Es una de las dudas que surge al dar cuenta de que la prohibición de determinadas sustancias no se condice con la peligrosidad de las mismas.

IV. Los consumidores

Ahora bien, una vez revisada la legislación chilena respecto a las drogas, cabe preguntarse por el estatuto que ésta le confiere a los consumidores. Como se ha podido observar, tras la penalización del consumo y tráfico de sustancias, lo que se pretende es proteger la salud pública. De este modo se considera que el consumo de drogas ilícitas merma directamente la salud de los consumidores, por lo que éstos serán catalogados de enfermos.

En una operación discursiva de la mayor trascendencia, se asocia a todo usuario de drogas con un adicto. Es decir, no se reconoce al usuario no problemático, ocasional o recreativo, que sin duda, es la figura más frecuente del uso de cualquier droga psicoactiva con independencia del estatus legal en que se sitúe. Siguiendo con esta lógica reduccionista, todo uso de una sustancia ilegal es malo, conducta desviada, un atentado contra el individuo que lo efectúa al tiempo que contra la sociedad (Fisher, 2008, p.64).

He ahí la primera concepción del consumidor de drogas: enfermo. En una segunda arista, se tiene que el SENDA, organismo encargado de dar curso a la política de drogas en el país, depende directamente del Ministerio del Interior. En tal sentido el problema de la drogadicción es considerado un tópico más de la seguridad pública por cuanto quienes atenten contra ésta, consumiendo o traficando drogas, serán catalogados como delincuentes.

El actual marco legal brinda, entonces, una doble categorización al consumidor de drogas: enfermo y delincuente. En ambos casos sería una persona que pierde el control volitivo de su accionar y se deja dominar o esclavizar por la sustancia. Por lo tanto se vuelve necesario el despliegue de un aparato de control sanitario-penal.

El consumo de drogas entonces posee un carácter marginal y transgresor, independiente de la significación que le de el usuario a su propio consumo. Ya sea que se busque placer, evasión, explorar estados alterados de conciencia, recreación o cualquier otro fin, siempre se estará fuera de la ley y de lo que se espera como una actitud moral intachable, considerándose también un atentado contra la salud. Además de enfermo y delincuente, se tiene que el consumidor de drogas es un desviado.

Aun así no se puede desconocer el lazo social que se genera a partir del consumo de drogas. Éste suele comenzar como consumo exploratorio que se da dentro del grupo de pares, donde el uso de drogas está legitimado y otorga un sentido de pertenencia. Entonces, si bien el consumo se instala como una transgresión al orden social termina quedando sometido al mismo dadas las regulaciones que delimitan la práctica de consumo. Aunque se lo excluya, el adicto es reconocido socialmente a partir de las categorizaciones y definiciones que de él se hacen.

El tipo de abordaje que ha asumido la legislación chilena correspondería a un paradigma prohibicionista, el cual forma parte de los modelos predominantes en la sociedad actual para interpretar el fenómeno de las drogas. Su contraparte es el modelo de reducción de daños. A continuación se describen ambos paradigmas y sus respectivas implicancias.

V. **Paradigmas para el abordaje del consumo de drogas**

*Sin duda, por tratarse de
una guerra contra el deseo humano, no podrá ser ganada en el sentido mismo de
este término
Szasz, 1989, p.181*

El abordaje prohibicionista se erige como paradigma hegemónico y plantea una sociedad libre de drogas por lo que se debe prohibir cualquier tipo de consumo, incluso los ocasionales y recreativos, ya que éstos necesariamente desembocarían en una dependencia o adicción, justificándose la respuesta penal al consumo con el fin de proteger a la sociedad. Sobre la base de un modelo infecto contagioso, busca impedir que la población vulnerable o en riesgo entre en contacto con la droga (De Rementería, 2001).

En contraposición se encuentra el paradigma de reducción de daños. Este supone que el permitir formas no problemáticas de consumo no tiene por qué incrementar las tasas de consumo y que, si así ocurriera, éste acarrearía menos consecuencias negativas tanto en lo sanitario como en lo social y criminal, que bajo el actual régimen de prohibición; permitiendo una mejor atención sanitaria y mayor acceso a quienes pudiesen presentar un consumo problemático. Ello mediante el reconocimiento de la presencia y funcionalidad de las drogas en la sociedad (De Rementería, 1998 en UDP, 1999).

El que la política oficial se sustente en una visión prohibicionista con fines abstencionistas, suele traducirse en un afán represivo y basarse en el siguiente supuesto: la droga es la causa de la dependencia, centrándose toda la problemática en la sustancia, la cual se estigmatiza y persigue, así como también a los consumidores.

Al ser la droga todo el problema -lo que se conoce como discurso “*drogocéntrico*” (Caleta Sur, 1999)- la abstinencia es la única solución. Esta lógica implica una mirada reduccionista que pasa por alto otros factores sociales que inciden en la drogodependencia como por ejemplo la desigualdad y exclusión social, entre otros.

Otra presunción sería la equivalencia que se traza entre adicto y delincuente, lo que da pie a la tríada droga-delito-inseguridad, y avala un enfoque represivo-penal estigmatizando, aún más, al consumidor de drogas (Inchaurraga, 2001, p.46).

Siguiendo estos argumentos, en Chile existe una estrategia nacional que se enfoca en las drogodependencias y no en el uso de drogas, presuponiendo lo patológico o maligno en cualquier uso de sustancias ilegales. Las drogas son malas por sí mismas, el peligro asociado a ellas justifica una persecución tanto a quienes las comercialicen como a quienes las usen, desplegándose entonces el dispositivo policial y médico-sanitario, donde los límites entre ambos suelen distorsionarse.

Si se cambiase el foco, desde el objeto droga hacia el uso de drogas, se podría incorporar una dimensión subjetiva, que ampliase el abordaje y diese cuenta de otros elementos subyacentes al consumo, logrando distinguir la función de éste en los distintos contextos en que se manifiesta, instalándose una mirada más integral y comprensiva del fenómeno y ampliando las posibilidades de intervención.

Tras años de seguir una política prohibicionista a nivel mundial, aún no se ven sus frutos, en el sentido de que no se ha logrado erradicar las drogas de la sociedad. Por el contrario su uso se mantiene y se ha diversificado a nuevas sustancias. Existe un consenso global de que esta cruzada antidrogas ha fracasado en lo que a consumo de drogas se refiere. Sin embargo, a nivel propagandístico ha sido un éxito ya que la percepción del problema y la alarma en torno al mismo ya se ha instalado a nivel mundial (Del Olmo, 1989).

El proceso de la profecía autocumplida se basa en el hecho de que –contando con los medios coactivos adecuados- <<si se afirma una determinada imagen de la realidad, esta imagen tiene efectos reales>> (...) la cruzada farmacológica creaba y sostenía el problema que pretendía querer solucionar, ignorando la

íntima correlación existente entre el <<abuso de las drogas>> y el hecho de declararlas abusables e ilegales (Escohotado b, 1998, p. 362).

Más allá de que la “*guerra contra las drogas*” no ha alcanzado su principal objetivo explícito, más bien lo ha contrariado, sus consecuencias negativas no han sido menores. La política prohibicionista aumenta el uso y el valor de las sustancias ilícitas, generando un mercado negro libre de cualquier fiscalización, donde la adulteración de las sustancias y la falta de información sobre las mismas, hace peligrar aún más la salud de los usuarios. Asimismo la persecución hacia al consumidor no hace más que estigmatizarlo e incrementar el padecer subjetivo que, paradójicamente, éste intenta aplacar con el consumo de drogas (Inchaurreaga, 2001).

El abuso de drogas, como el abuso de alimentos o de sexo, sólo puede herir o matar a la persona que abusa; y, por supuesto, raramente lo hace. Sin embargo, el abuso de leyes contra drogas –la criminalización del libre mercado de drogas– hiere y mata a usuarios tanto como a las llamadas personas que abusan. Muchos han muerto ya por usar drogas impuras, adulteración de un producto criminalizado; por balas disparadas en el curso de guerras entre bandas; por personas comprometidas en el comercio ilegal de drogas (<<camellos>>, <<traficantes>>); y por el sida, debido a la ausencia de un libre mercado de jeringas y agujas exentas de gérmenes (<<accesorios para drogas>>). Muchos más morirán, seguro, en nombre de esta guerra santa que promete purificar el mundo y convertirlo en un territorio libre de drogas (Szasz, 1993, p.67).

Si bien los servicios de tratamiento y rehabilitación tienen como uno de sus objetivos “mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias” (CONACE, 2004c, p. 6), difícilmente pueden cumplir dicho objetivo a cabalidad, cuando la política que guía su accionar es más bien represiva. Del mismo modo, las Estrategias Nacionales hacen una declaración de buenas intenciones, en el sentido de propiciar una integración del consumidor de drogas, y realizar un abordaje integral de la problemática del mismo pero, en la práctica, al guiarse bajo una política altamente restrictiva y segregacionista, sus declaraciones sólo permanecen como tales.

El maximalismo de desear un mundo libre de drogas forma parte de las visiones idealistas e ideológicas a las que cualquier persona tiene derecho. Para la acción pública, sanitaria y social es deseable un alto grado de realismo y pragmatismo (Torralba i Novella, 1998 en Inchaurreaga, 2001, p. 115)

A partir de la siguiente sección se comenzará a examinar el área sanitaria de la política pública referente a drogas. Para comenzar, se examinará la conformación de los actuales servicios de tratamiento y rehabilitación, a partir de una revisión histórica.

VI. Historia estructura asistencial de tratamiento y rehabilitación

Una clase terapéutica rigurosamente seleccionada asumiría en exclusiva una tutela de la mente y el cuerpo, en esencia idéntica a la anterior tutela de la religión oficial sobre la pureza de la fe y la salud del alma; en un caso la base era teológica y en el otro científica, pero por eso mismo los nuevos tutores podían considerarse absolutamente legitimados
Escohotado b, 1998, p. 131

En Chile, como en el resto del mundo, el uso de drogas es de larga data. Ya en la América precolombina los mapuches consumían "*Mudai*", un fermento alcohólico de maíz, y era costumbre entre los pueblos altiplánicos masticar hoja de coca; posteriormente otras drogas fueron introducidas con la colonización europea (Ortiz y Silva, 2005). No es, sin embargo, hasta comienzos del siglo XX que el consumo de sustancias comienza a ser una preocupación pública, específicamente en el ámbito de la salud. Desde ahí la ebriedad se consideraba como una enfermedad mental adquirida y se le denominaba "*locura tóxica*".

El alcoholismo comienza a constituirse como un problema social y da pie para que se realicen las primeras intervenciones que servirán de base al modelo que posteriormente tratará otras toxicomanías. En 1912 la Ley de Alcoholes decreta la inauguración de una entidad pública denominada Asilo de Temperancia, que se ubicará en las inmediaciones de la Casa de Orates de la época.

Dos décadas después, en 1932, se crea como anexo al Open door el Instituto de Toxicómanos. Pero no será hasta 1943 que se cree una institución especializada en alcohol y toxicomanías, el Instituto de Reeducción Mental (IRM) (Becerra, s.f).

En las décadas siguientes, la preocupación por el tema del consumo de alcohol se irá incrementando, abriéndose más centros de tratamiento y desintoxicación (postas alcohólicas), así como grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, AA y la Unión de Rehabilitados de Alcohólicos de Chile, URACH).

En la década de los ochenta organismos no gubernamentales (ONG) comienzan a desarrollar programas enfocados en poblaciones y problemáticas específicas, como el consumo de solventes en menores en situación de calle. En esa misma fecha se abren también las primeras comunidades terapéuticas (CONACE, 2004c, 2007).

Como se puede apreciar, a lo largo del siglo XX los esfuerzos e iniciativas para abordar el consumo abusivo de sustancias son múltiples empero, no hay una política de Estado definida y especializada en el tema. No será hasta 1990, con la creación del Consejo Nacional para el control de Estupefacientes (CONACE, actual Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, SENDA), y el año 1993, con la proclamación de la “Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud”, que el beber problema (concepto que reemplazó al término alcoholismo) y el consumo de drogas se asumen como prioridades programáticas, enfatizándose el área preventiva.

Al año siguiente, con la promulgación de la Ley N° 19.366 (Ley vigente hasta el 2005, fecha en la cual se promulga la Ley N° 20.000, que establece el marco regulatorio referente a drogas hasta la actualidad), el Ministerio de Salud (MINSAL) crea el “Programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol” (CONACE, 2007). Posteriormente, CONACE formula la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008”, “Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018” y “Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014” (la superposición de fechas, de las últimas dos estrategias, se debe al cambio de gobierno y de administración correspondiente).

VII. Estrategias Nacionales de Drogas

Una credibilidad del discurso es lo que primero hace andar a los creyentes. Produce practicantes. Hacer creer es hacer hacer
Certeau, 1996, p. 161

A través de las Estrategias Nacionales, el SENDA, traza y define la política estatal para abordar lo referente al consumo de drogas y alcohol. Los pilares fundamentales en

los que se sustenta dicha política son los ejes de prevención, tratamiento y control (CONACE, 2009).

A continuación se expondrá y analizará los planteamientos centrales de las estrategias correspondientes al período 2009-2018 y 2011-2014.

4.1 Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018

En este documento, el consumo y tráfico de drogas son vistos como un problema que atañe al conjunto de la sociedad, y más aún, que amenaza no sólo la salud de la población, sino que también la seguridad nacional, el orden político, social y económico (CONACE, 2009).

Como se aprecia, la impresión de alarma es evidente, la droga atenta contra las bases de la sociedad, aun cuando su consumo ha ido decreciendo en el último decenio (ver tabla página 7). Al parecer la brecha entre la percepción del problema y la realidad cuantificable de éste es amplia, "...los discursos sobre el flagelo [de la droga] se ha amplificado periódicamente sin que se pueda establecer una relación real con un aumento efectivo de los usos de tóxicos" (Le Poulichet, 1990, p. 24).

La Estrategia pretende actuar de manera equilibrada, enfocándose tanto a la reducción de la demanda -lo que podría considerarse más vinculado al área preventiva de salud-, como a la reducción de oferta -asociado mayoritariamente a estrategias policiales y represivas dirigidas contra el tráfico ilícito de sustancias y el consumo indebido de las mismas-.

Sin embargo, no hay una diferenciación clara en estos dos ejes de la política, considerando que es el Ministerio del Interior y Seguridad Pública quien comanda el accionar del SENDA y no el Ministerio de Salud. En tal sentido el objetivo sanitario quedaría supeditado al de control y seguridad.

Consecuencia de ello es también la doble categorización que se le otorga al consumidor de sustancias, que se concibe como enfermo y delincuente a la vez, con toda la estigmatización y discriminación que ello conlleva.

...Quienes consumen drogas sin ser traficantes ni caer en <<toxicomanía>> (*addiction*) merecen ser acusados de favorecimiento, pues <<debieron obtenerlas de fuentes ilícitas y con sus conductas estimulan a los traficantes>>. Por tanto, la

mera tenencia debe producir una respuesta penal o psiquiátrica –mejor ambas- (Escohotado c, 1998, p. 261).

Esta Estrategia, y las restantes, toman como base diagnóstica los estudios nacionales de drogas que se realizan tanto a población general (cada dos años, desde 1994) como a población escolar (que se realizan en los años impares, desde 2001, de octavo a cuarto medio). Dichos estudios son, básicamente, registros cuantitativos que buscan medir la prevalencia del consumo de las diversas drogas.

Al ser catastros meramente cuantitativos, no logran aprehender la realidad multidimensional que va asociada al consumo. Tal como lo dijese Certeau (1996) “la encuesta estadística no encuentra sino lo homogéneo. Reproduce el sistema al cual pertenece y deja fuera de su campo la proliferación de historias y operaciones heterogéneas que componen los *patchworks* de lo cotidiano” (p. XLIX).

De este modo se construye, a partir de ahí, una política que busca homogeneizar a la población, dirigida hacia los “*adictos*” y borrando toda diferenciación individual. Una política que no refleja las diferentes realidades locales y no permite flexibilidad en su implementación para su adecuación a los diversos contextos.

Y aún cuando los resultados de dichas encuestas muestran un descenso del consumo de la mayoría de las drogas, y a su vez tasas de prevalencia bastante bajas, se continúa sobredimensionando el fenómeno.

Se insiste, constantemente, en que el problema de la drogadicción es un asunto valórico y moral. La familia es la estructura social que debe proveer de “...valores, creencias y estilos de convivencia” (CONACE, 2009, p.17) que actúen como factores protectores ante el consumo de drogas. Otros factores protectores que se destacan son la “religiosidad y creencias en el orden moral” (Communities That Care, 2009 citado en CONACE, 2011b, p.28). Asimismo “se debe promover estilos de vida sanos, procurar el bienestar social y el autocuidado, desarrollar valores éticos que apoyen el sistema familiar, junto con la implementación de un ambiente laboral o comunidad saludable y libre de drogas” (CONACE, 2009, p.28).

En cuanto al área de tratamiento, la Estrategia lo concibe como un espacio que permitiría a los consumidores de drogas “...desarrollar vidas más libres, saludables y productivas y en consecuencia, constituyen un deber ético de la sociedad en su conjunto” (CONACE, 2009, p.30). Nuevamente se exhibe una lógica moral, presuponiendo e

imponiendo valores acordes a una sociedad que enaltece la productividad y no da cabida a la elección personal.

Lo anterior no se condice con el ideal de integración social que presenta la Estrategia como objetivo del tratamiento, ya que éste es definido como un proceso de acomodación mutua y recíproca entre sociedad e individuo. Sin embargo, a lo largo del texto, pareciese que el proceso fuese mucho más unidireccional, es decir, es el individuo quien debe adaptarse a los valores hegemónicos de productividad y vida saludable, que no son compatibles con un consumo de drogas.

Son precisamente esos valores los que se difunden en las diversas campañas publicitarias que ha lanzado el CONACE/SENDA. “El desarrollo de esta Estrategia requiere de un sustento comunicacional que mantenga altos niveles de sensibilidad en torno al problema de la droga, que forme opinión pública y aporte a la modificación de actitudes” (CONACE, 2009, p.35).

Dichas campañas no otorgan información clara de los efectos que puede conllevar el consumo de determinadas drogas, para propiciar una elección más libre. Simplemente apuntan a que no se consuma ningún tipo de droga, diferenciándolas, por supuesto del alcohol, donde el llamado es a consumirlo pero con moderación. Tal como lo afirmaba Huxley (1982, citado en Escotado c, 1998) “La propaganda puede definirse por oposición al argumento racional, fundado sobre hechos. El argumento fundado sobre hechos pretende producir una convicción intelectual. La propaganda pretende producir, sobre todo, una acción refleja” (p. 35).

Un último elemento a relevar de esta Estrategia, es el área de cooperación internacional. En ella Chile adhiere plenamente a los acuerdos de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD) y considera “...que las políticas y acciones que ejecuta un país para enfrentar el problema de las drogas constituye crecientemente un indicador relevante de su capacidad para insertarse internacionalmente, en el plano económico, político, social o cultural. Debemos ser conscientes de aquello y estar dispuestos a ser evaluados por nuestra gestión...” (CONACE, 2009, p.42). Queda evidenciado entonces cómo la política nacional se somete directamente a los mandatos internacionales y cómo su inserción internacional queda directamente vinculada, y en ocasiones determinada, a la posición que tome frente al fenómeno de las drogas - habiendo incluso sanciones económicas de por medio- (Torrico, 2006).

4.2 Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014

Esta Estrategia parte de la base de un diagnóstico más diferenciado del nivel de consumo de drogas en Chile, dando cuenta de una focalización en "...el alto nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente, el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto nivel de consumo de riesgo de alcohol en toda la población" (CONACE, 2011b, p.13).

Se continúa identificando el consumo de marihuana como "*puerta de entrada*" hacia otras drogas, aun cuando no hay respaldo científico que avale dicha afirmación, más allá del hecho de que los policonsumidores consuman marihuana, pero no se considera el amplio universo restante de la población, que consume marihuana y no ha probado nunca otras drogas -"70% de quienes alguna vez en su vida han probado marihuana nunca más lo han vuelto a hacer" De Rementería, 2001, p.37-.

De hecho, el mismo documento declara que "el consumo de marihuana es mayor entre los jóvenes y tiende a bajar de manera abrupta después de los 25 años" (CONACE, 2011b, p.23), lo que no se condice con la figura de la marihuana como "*puerta de entrada*" o como elemento inaugural de la "*espiral o escalada de consumo*". Respecto al fenómeno de la "*escalada de consumo*" De Rementería (2001) plantea lo siguiente:

Cualquier consumo de drogas, según su frecuencia y el potencial psicotrópico de la sustancia empleada, ha sido antecedido por usos en frecuencias menores y de sustancias con menor poder psicoactivo. Sin embargo, ello no asegura para la siguiente etapa de consumo una frecuencia mayor o una sustancia con mayor poder psicoactivo. Las estadísticas epidemiológicas indican lo contrario. La mayor parte de la población que ha usado drogas deja de hacerlo, la gran mayoría de quienes se relacionan con las drogas hace un uso eventual de ellas y sólo una pequeña parte hace uso frecuente de las mismas (p. 13).

Cabe destacar, en el nombre de la Estrategia, la diferenciación que se pretende trazar entre el alcohol y otras drogas. Dicha diferenciación, con posterioridad, se verá más patentemente reflejada en el cambio de nombre del organismo de CONACE a Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol.

El citado cambio de nombre, y de enfoque, lo que hace es aumentar las imprecisiones. Al diferenciar el alcohol del resto de las drogas, se lo presenta como

menos nocivo que otras sustancias. De hecho la Estrategia pretende reducir los consumos de todas las drogas excepto del alcohol puesto que, al no considerarlo como droga propiamente tal, sólo pretende una "...modificación del patrón de consumo..." (CONACE, 2011b, p.13).

Los principales ejes, que dan cuerpo a la Estrategia, son prevención (Chile Previene) y Recuperación (Chile Recupera). El área de prevención se sub-divide en Chile Previene en: la escuela, la comunidad y el trabajo; mientras que el ámbito de recuperación contempla el tratamiento, rehabilitación e integración.

Históricamente, la política basada en la reducción de la demanda ha instalado la prevención como pilar fundamental. Ello dice relación con la realidad epidemiológica del país, ya que las cifras muestran un aumento en las edades de inicio del consumo, ligado más a un consumo exploratorio, mientras que las tasas de abuso y adicción son considerablemente menores. A pesar de ello, el gasto en tratamiento se ha ido incrementando hasta en un 101%, entre el año 2005 y 2009, pasando de \$14.538 millones a \$29.273 millones (Ministerio del Interior, 2009).

En el área de recuperación se plantea la necesidad de elaborar planes diferenciados de rehabilitación, basados en el "*capital de recuperación*" que cada persona posee. Si bien se percibe un intento de diversificar la oferta de tratamiento y adaptarla a las necesidades individuales ello puede, eventualmente, derivar en una estigmatización de los consumidores.

Lo anterior estaría dado por la creación de los denominados "*perfiles*" de consumidores. En ellos se asumen y presuponen ciertas características de los sujetos. Lo mismo ocurre en la política de prevención, donde se apunta a ciertas "*poblaciones vulnerables*" y se delimitan los "*sujetos de prevención*". Se empieza entonces a configurar una caracterización del "*drogadicto*" o de aquel, que por sus precarias condiciones socioeconómicas, está a un paso de serlo y que, por su peligrosidad, se encuentra lejos de aquel sujeto bien integrado y del cual poco importa el consumo de sustancias que realice. De hecho ese es el objetivo explícito del plan de recuperación, "...lograr la plena integración de la persona a la sociedad" (CONACE, 2011b, p.17).

Se observa cómo, bajo esta lógica, subyace la idea del consumidor de drogas como un desviado que contraviene las normas socioculturales y por consiguiente amenaza el orden social. Un desviado que, utilizado como chivo expiatorio, permite "a) Restablecer la solidaridad social, que estaba debilitándose; b) Apartar la atención pública de los problemas reales y desviarla hacia problemas <<montados>> por la propaganda; c)

Crear admiración y gratitud hacia las personas e instituciones que combaten contra los adversarios del bien común” (Beristain, 1974 en Escohotado c, 1998, p. 126).

En cuanto a la prevención, lo que se busca en los distintos espacios es “desincentivar el consumo de drogas, disminuir el consumo de alcohol” (CONACE, 2011b, p.15). En este sentido se observa cómo se aplica una política de reducción de daños para el consumo de alcohol, mientras que para las drogas restantes se mantiene una política prohibicionista, donde la abstinencia se erige como ideal. Más explícito aún, se proyecta como objetivo “evitar el consumo de drogas ilegales” (CONACE, 2011b, p.33).

¿Cuál es la razón de esta diferenciación en cuanto a las sustancias? ¿Está basado en los efectos nocivos de éstas, o simplemente nos encontramos ante una medida arbitraria? Por qué se pretende “favorecer una cultura de sana convivencia con el alcohol” (CONACE, 2011b, p.39) mientras que a las otras drogas se busca erradicarlas de la sociedad. ¿Qué intereses económicos y de control socio-político se están resguardando con estas medidas?, son interrogantes difíciles de responder pero que quedan abiertas para la reflexión.

Una vez revisada la historia de la estructura asistencial para consumidores problemáticos de drogas y las estrategias nacionales, se dará paso a revisar las conceptualizaciones actuales que definen el tratamiento y rehabilitación.

VIII. Tratamiento y Rehabilitación

De todas las tiranías, la que se practica sinceramente por el bien de sus víctimas puede ser la más opresiva. Ser curado contra la voluntad de uno, y curado de cosas que podrían no considerarse enfermedad, significa ser puesto al mismo nivel que los niños pequeños, los imbeciles y los animales domésticos

Lewis, 1953 citado en Escohotado, 1998, pp. 368-369

Según la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas, en su “Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas” (2003), “el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social” (p. II, 2). Esta es la definición que adopta el SENDA.

Una segunda acepción, aportada también por la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas, es la que aparece en la publicación “Demand Reduction – A

Glossary of Terms”, donde el tratamiento se concibe como una gama de servicios destinados a las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, cuyo objetivo es “optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena” (citado en CONACE, 2004c, p.9).

Los objetivos trazados por ambas definiciones, “optimizar el desempeño personal y social” y “lograr una readaptación social plena”, nada dicen del padecer subjetivo que pudiese portar el sujeto que ingresa a tratamiento, revelan más bien un afán normativo. No importa que el sujeto se sienta mejor o feliz, sino que se adapte, presuponiendo la abstinencia e integración social como ideales.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Naciones Unidas, 2003) refiere al tratamiento como el proceso que comienza cuando los usuarios de drogas se contactan con un servicio de salud o comunitario para iniciar una serie de intervenciones, cuyo objetivo es alcanzar el “nivel de salud y bienestar más alto posible” (p. II,2). Como puede observarse, esta es una definición más amplia que aboga por el bienestar del sujeto, aún cuando no da cuenta qué implica salud y bienestar, ni desde qué óptica se definen dichos parámetros.

La oferta pública de tratamiento está destinada para aquellos con diagnóstico de abuso (consumo perjudicial) y dependencia de sustancias, ambas categorías se engloban en el concepto de “*consumo problemático*”. “El Gobierno de Chile considera el consumo problemático de drogas (abuso y dependencia) como una enfermedad crónica tratable, de acuerdo a la definición internacional de la Oficina Mundial de la Salud” (CONACE, 2010, p.27). Asimismo, es entendido como un fenómeno biopsicosocial que alteraría todas las esferas en la vida de una persona y que debiese, por lo tanto, recibir un tratamiento integral.

Los diagnósticos de abuso y dependencia se efectúan en base a los criterios clínicos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

El CIE-10 define el consumo perjudicial como aquella forma de consumo que afecta la salud física y/o mental y que “...a menudo son criticadas por terceros y suelen

dar a lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos” (OMS, 1993, p.102).
Mientras que el síndrome de dependencia

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo (...). La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (OMS, 1993, p.103).

Los criterios diagnósticos son los siguientes y deben presentarse al menos tres de ellos en los últimos doce meses: a) deseo intenso o compulsión a consumir; b) disminución de la capacidad para controlar el consumo; c) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia; d) tolerancia (necesidad de consumir más sustancia para conseguir el efecto deseado); e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión; f) persistencia del consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, para el DSM-IV (APA, 2002) el abuso de sustancias se entiende como “un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos” (p. 188), que se determina por la presencia de al menos uno de los criterios que se presentan a continuación: a) consumo recurrente de sustancias con el consecuente descuido de obligaciones en el trabajo, casa o escuela; b) consumo persistente de la sustancia en situaciones de riesgo físico; c) problemas legales reiterados producto del consumo; d) consumo continuado pese a tener problemas sociales o interpersonales.

En base a los citados criterios se realizan las diversas evaluaciones que finalmente determinarán el perfil del consumidor y el tratamiento que se adecua más a su realidad, según la complejidad del consumo y las consecuencias del mismo.

Los tipos de tratamientos que actualmente existen, dentro de la oferta programática del SENDA, son los siguientes: Plan ambulatorio básico, Plan ambulatorio intensivo, Plan residencial, Plan de desintoxicación y manejo del síndrome de privación, Plan compensación de patología dual, Programa tratamiento específico para mujeres, Programa tratamiento para niños, niñas y adolescentes (CONACE, 2004c).

Todos los programas de tratamiento, independiente de su especificidad, tienen como finalidad la abstinencia y su estructuración contempla fases similares, a saber: la

primera medida es la desintoxicación, para proceder con el proceso de tratamiento-rehabilitación psicosocial.

En esta segunda etapa del proceso, el equipo de profesionales y técnicos realiza una evaluación de todas las áreas que puedan estar afectadas por las consecuencias del consumo problemático de la persona. Seguidamente, se deciden los objetivos terapéuticos que hay que cumplir para que la persona pueda afrontar y mantener un estilo de vida apartado del consumo problemático de drogas. (...) La tercera parte del proceso, es la denominada fase de reinserción social (...) a una vida normalizada” (CONACE, 2004c, pp. 38-39).

A continuación se describirá la estructura del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí. Se comenzará por la contextualización de la comuna para luego ahondar en cómo se lleva a cabo un tratamiento de rehabilitación en dicho establecimiento, con las diversas intervenciones que contempla y el enfoque de las mismas.

IX. Centro Comunitario de Salud Mental Conchalí

Poco a poco, un espacio administrativo y político se articula en espacio terapéutico, tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas y las muertes
Foucault, 2002, p. 148

La creación de la comuna de Conchalí data desde 1927. Actualmente, se extiende en una superficie de 1.060 hectáreas. De acuerdo al último Censo, realizado el año 2002, la población comunal asciende a los 133.256 habitantes, de los cuales 64.973 son hombres y 68.283 son mujeres, concentrándose ambos en el rango etéreo de 30 a 59 años, seguida del segmento niños y jóvenes (0 a 14 años).

Según la encuesta CASEN del año 2006 en la comuna hay 32.579 hogares, de los cuales 6,9% son pobres. En cuanto al uso de drogas, a nivel comunal, las sustancias con mayores índices de consumo son el alcohol, pasta base y marihuana, en ese orden (CONACE, 2011a).

En base a estos datos, la comuna de Conchalí, se considera un sector de alta vulnerabilidad social, donde “los tipos de drogas usadas, los contextos de consumo, la

carencia de redes de apoyo y los recursos para enfrentar situaciones de consumo y sus efectos, de los grupos sociales más vulnerables, profundizan los impactos negativos” (Ministerio del Interior, 2009, p.27).

El abuso de alcohol afecta a un 16% de la población general, mayor de 15 años, y un tercio de ellos presenta dependencia. Por su parte, el consumo de drogas ilícitas asciende a un 15% entre los 19 y 25 años; 7,59 % entre los 26 y 34 años y 2,42 % entre los 35 y 44 años de edad (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2009 en Tello 2011).

El Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Conchalí remonta sus orígenes al Centro de Adolescencia (CENAD), que trabajaba desde 1982 con población adolescente con farmacodependencia. Con la reforma de salud, a inicios de la década del `90, dichos centros se transformaron en Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, extendiendo su cobertura a problemáticas más amplias relacionadas con la salud mental.

Actualmente, el COSAM Conchalí, pertenece a la red de Servicio de Salud del área Metropolitana Norte (SSMN), específicamente al área de atención secundaria. Trabaja desde un modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, donde las personas son consideradas en su totalidad física, mental y social, por lo que el abordaje hacia la población es biopsicosocial, promoviendo los ejes preventivos y comunitarios (www.ssmn.cl).

El COSAM de Conchalí posee dos programas, el de atención a adultos y el enfocado a población infantojuvenil. A su vez, existen los sub-programas de violencia intrafamiliar y de drogas.

El equipo de tratamiento de rehabilitación de drogas está compuesto por: una asistente social, un antropólogo, un técnico en rehabilitación, un monitor, una terapeuta ocupacional, una psicopedagoga, dos psicólogos y cuenta además con horas de atención psiquiátrica y de medicina general. Los profesionales, técnicos y monitores tienen una reunión de equipo una vez a la semana la cual está destinada a revisión de casos clínicos y temas administrativos, ocupando estos últimos gran parte de la agenda.

La atención es gratuita para todos los usuarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), pertenecientes a la comuna o al área norte. La cobertura está garantizada gracias a la alianza institucional, establecida en el año 2000, entre FONASA, el Ministerio de Salud y CONACE (actualmente SENDA), quien compra cupos de tratamientos en los distintos centros de atención (Ministerio del Interior, 2009).

El programa recibe a pacientes derivados desde otras instituciones de salud, de organizaciones comunales, de los juzgados o por consulta espontánea. Se realiza atención diferenciada a adolescentes y adultos.

El primer contacto de los pacientes con el centro es la acogida. Ésta consiste en una breve entrevista donde se indaga el motivo de consulta, se realiza la derivación pertinente y se firma el consentimiento informado (documento que establece los derechos y deberes del paciente y que todas las personas que ingresan a tratamiento al centro deben firmar, independiente del programa al que ingresen).

Llama la atención el estatus que tienen los pacientes del *“programa de tratamiento de alcohol y drogas”* en el resto del centro. Se los encasilla como los más problemáticos, como si pesara sobre ellos un juicio moral, *“son los drogadictos”*, a diferencia del resto de los pacientes que cursan un estado patológico (*“están con depresión o trastorno ansioso”*). Independiente de los variados motivos por los que llegan las personas al programa (derivados de tribunales o consulta espontánea con distintos tipos de consumos u otras problemáticas anexas) desde el momento en que se les agenda la hora de atención quedan clasificados e identificados como adictos, lo que sólo contribuye a la estigmatización de los pacientes.

Una vez ingresados al programa, el conducto regular de derivación es hacia los talleres grupales de acogida. Completadas las cuatro de sesiones de dicho taller, se da inicio al tratamiento propiamente tal. El taller de acogida se constituye como una especie de encuadre donde se establecen los requerimientos mínimos para la permanencia en el programa y las normas básicas de convivencia con el resto de los pacientes en los espacios grupales. Este taller cumple una función de filtro ya que gran proporción de los pacientes deserta sin haber completado el ciclo, lo que libera horas de atención psicológica y psiquiátrica, que son escasas en cuanto a la proporción de pacientes.

Paralelo al ciclo de talleres de acogida, el equipo tratante realiza una evaluación del paciente con el fin de emitir un diagnóstico en base a los criterios del CIE-10 y una evaluación multiaxial (DSM-IV). La diagnosis determinará si el paciente ingresa al programa ambulatorio básico o al ambulatorio intensivo. Ésta también contempla una evaluación que considera la gravedad y compromiso biopsicosocial a raíz del consumo, y permite determinar si el paciente recibirá o no terapia psicológica individual y/o atención psiquiátrica.

Tanto la atención psicológica como la psiquiátrica generalmente se encuentran reservadas a los pacientes con patología dual, ya que la dotación de horas de dichas

especialidades no alcanza a cubrir la totalidad de los pacientes del programa. El grueso del tratamiento está dado por las actividades grupales, que se detallarán con posterioridad.

El análisis del tratamiento se centrará en el programa de rehabilitación de drogas para adultos. Dicho programa ofrece los siguientes planes de tratamiento: *plan ambulatorio básico* y *plan ambulatorio intensivo*. El primero de ellos está destinado a consumidores con "...abuso o dependencia de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial moderado. (...) Tiene una duración estimada de seis meses" (CONACE, 2004c, p.50). Por su parte, el *plan ambulatorio intensivo* apunta a la población con "...abuso o dependencia de drogas ilegales, con o sin patología psiquiátrica grave compensada, con compromiso biopsicosocial moderado-severo. (...) Tiene una duración estimada de ocho meses" (CONACE, 2004c, p.50).

Como se puede apreciar la oferta de tratamiento, formalmente, está destinada sólo a aquellos consumidores de drogas ilegales, en circunstancias que el grueso de los pacientes acude por problemas asociados al uso de alcohol. Dichos pacientes son igualmente atendidos, pero para efecto de los registros debe consignarse que consumen alguna droga ilegal. Esto podría deberse a la dependencia orgánica que el SENDA tiene con el Ministerio del Interior.

La misión de este último es velar por la seguridad pública mediante el cumplimiento de objetivos de prevención, fiscalización y control, no formando parte de éstos los requerimientos sanitarios de la población. En tal sentido las exigencias administrativas -en términos de registros estadísticos- contemplan como requisito de admisión el uso de drogas ilegales, lo cual representa una obligación que el tratante se ve forzado a cumplir de cualquier manera. Esto en definitiva se traduce en un incremento ficticio de las cifras oficiales, contribuyendo a justificar y perpetuar la política antidrogas de la cartera ya señalada.

Es desde ese primer momento, de ingreso del paciente al sistema de registro, que se evidencia una discordancia entre el reglamento oficial y el tratamiento en sí mismo. Mientras los planes de tratamientos están diseñados para los usuarios de drogas ilegales, se observa que los requerimientos sanitarios de los usuarios del COSAM de Conchalí son otros. La mayoría presenta problemas relacionados con el consumo de alcohol, para lo cual los terapeutas del centro tienen que hacer los ajustes administrativos correspondientes que permiten el ingreso y la atención de dichos pacientes.

Cabe destacar que la primera regla que se establece al ingresar al programa y en el grupo de acogida es la desintoxicación y abstinencia. Es decir, se les exige que abandonen todo uso de drogas, incluyendo aquellas que no representan un problema para el usuario. Esta medida es un condicionante para la permanencia del paciente en el programa.

Lo anterior resulta bastante paradójico ya que la persona acude a tratamiento, precisamente, por no poder abandonar el consumo de sustancias. Llama la atención también el poco cuestionamiento que los tratantes hacen respecto a esta norma. Más allá de que sea un objetivo legítimo, no se repara en el hecho de que éste se impone sin considerar las condiciones particulares de cada sujeto.

Aun así, los pacientes tienden a valorar el espacio de tratamiento más allá de la abstinencia y, a pesar de que muchas veces no puedan lograrla, lo aprecian en el sentido de que les permite modificar sus patrones de consumo o por otros logros más vinculados al área de sus relaciones interpersonales. En general lo reconocen como una posibilidad de cambio, independiente de cual sea éste, más allá de las disposiciones institucionales.

Sin embargo, la importancia y el lugar central que la institución le otorga a la abstinencia hace que los pacientes se sientan muy frustrados cuando no pueden lograrla. Incluso llegan a desmerecer los logros que han alcanzado en otras áreas. Es común escuchar, luego de una recaída, frases como: *“no sé pa` que vengo, vengo a puro hueviar”*, *“soy un desastre, no sirvo para nada”*, *“si no voy a cambiar, soy un hueón penca”*.

Una vez cumplidas las cuatro sesiones del taller de acogida, se da inicio al tratamiento como tal, donde se realiza una evaluación biopsicosocial y debe completarse el Plan de Tratamiento Individual (PTI), un documento adicional a la ficha de ingreso al programa, aunque coinciden en varios puntos.

En este documento (PTI) se desarrolla el perfil del paciente y se da cuenta de su patrón de consumo y la severidad del mismo, estableciéndose los objetivos a cumplir con el tratamiento en las distintas áreas. El patrón de consumo está dado por una serie de indicadores: edad de inicio de consumo, droga consumida, frecuencia del consumo actual, consumo sostenido, consumo socializado o no, vía de administración, consecuencia de la intensidad del consumo, criterios de dependencia, motivación al consumo (Ministerio de Salud [MINSAL], 2007).

El establecimiento de las metas en el PTI se espera que se realice en base a un consenso con el paciente (CONACE, 2007b). Sin embargo muchas veces es el

profesional quien determina cuáles serán los objetivos a tratar en el proceso, que ya tiene un propósito prefijado, la abstinencia.

En un estudio del CONACE (2004b), de evaluación a los programas de tratamiento, se observa que gran parte de los centros tienen como objetivo la abstinencia y la reinserción social. Además varios centros tienen definidas las etapas del tratamiento a priori, mientras que un número minoritario establece metas individuales acordes a las necesidades de cada paciente.

Paralelo al Plan de Tratamiento Individual, se firma el contrato de tratamiento, donde el paciente se compromete a acatar las normativas que rigen el programa, dentro de las cuales destacan las siguientes:

- Abstinencia total (incluso de las sustancias que no representen problema para el paciente)
- Asistencia obligatoria a los talleres y horas individuales (cualquier ausencia debe ser debidamente justificada)
- Aceptar que se realicen controles de orina cada vez que el tratante lo solicite
- Designar un familiar o persona cercana como tutor y acompañante del proceso
- En caso recaídas, el paciente deberá asistir a una entrevista individual con el tratante y acompañado del tutor para poder reincorporarse a las actividades grupales

Las normas que establece el contrato de tratamiento dejan entrever que el paciente tiende a ser considerado como un sujeto que no se encontraría en la plenitud de sus capacidades, haciéndose necesaria la presencia de un tutor. Se lo ubica entonces en un registro del orden infantil, ya que el paciente aparecería subordinado a la custodia del tratante y de su tutor.

En las primeras evaluaciones del paciente se indaga en su estado motivacional para el cambio. Lo anterior se realiza bajo el *modelo transteórico del tratamiento de las conductas adictivas* de Prochaska y Diclemente (1982 citado en Callejo, 2006), el cual ha sido ampliamente difundido por el SENDA, a través de capacitaciones, en los equipos de tratamiento (CONACE, 2004c).

Dicho modelo teoriza sobre los estadios del cambio de la conducta adictiva, que corresponden a una división temporal comprendida en etapas en base a la disposición o

motivación del sujeto a cambiar su conducta. Los diferentes estadios son concebidos como un proceso en espiral, es decir, se avanza algunos estadios, se recae, retrocede y prosigue; de ahí que la recaída sea considerada como parte normal del proceso de cambio. Los estadios del cambio son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y recaída (CONACE, 2004a).

Para indagar en el estadio en que se halla el paciente, y propiciar el avance del mismo, se utiliza la técnica de la entrevista motivacional, de Miller y Rollnik. Dicha técnica se basa en el supuesto de que la persona está ambivalente en cuanto a su decisión a cambiar, por lo que el tratante debe desarrollar un estilo empático, no confrontacional y que estimule la auto-eficacia del paciente, promoviendo siempre el cambio hacia el abandono de la conducta adictiva (MINSAL, 2007).

Cada estadio posee características particulares que se condicen con ciertas actitudes y acciones que debe tomar el tratante para propiciar el cambio. En el estadio de *precontemplación* no existe conciencia del problema, por lo que no hay disposición al cambio y la llegada a tratamiento es por presión externa. Por su parte el tratante debe propiciar información para aumentar la conciencia del problema y la percepción de riesgos. Esta etapa puede catalogarse de psicoeducativa, donde el tratante le señala al paciente los daños que conlleva el consumo para sensibilizarlo e inclinarlo hacia un cambio de actitud y conducta.

Con la *contemplación* comienza a surgir conciencia del problema, reconociendo algunas consecuencias negativas del consumo, pero aún se está ambivalente respecto a cambiar la conducta. El tratante recalcará las consecuencias negativas del consumo y las razones para cambiar, fomentando la autoconfianza de la persona.

La *preparación* está marcada por el compromiso de la persona para abandonar la conducta, lo que puede ir acompañado por una baja en el consumo. Los aspectos gratificantes del consumo ya son bastante inferiores a los negativos.

Le sigue la *acción* donde se efectúa el cambio de conducta. Aquí aparecen los riesgos de recaída. El proceso de configuración de un nuevo estilo de vida, alejado de las drogas, puede ser bastante tortuoso para el paciente ya que puede verse aquejado por un síndrome de abstinencia que acarrea malestares físicos de consideraciones.

Finalmente viene la fase de *mantención*, donde se trabaja para conservar los cambios realizados y adecuarse al nuevo estilo de vida. Se trabaja potentemente en la prevención de recaídas.

Existe un último estadio, pero de naturaleza más bien teórica, denominado *finalización* que se caracteriza por la convicción de que no se volverá a consumir y por la ausencia total de deseo de consumir (CONACE 2004a; Lobato, 2008; Miller y Rollnick, 1999 en Callejo, 2006).

Las actividades grupales que se realizan, en paralelo con el seguimiento individual (que puede ser psicoterapia o acompañamiento por parte de algún técnico), son las siguientes (Tello, 2011):

- *Taller de prevención de recaídas*, donde se entregan herramientas conductuales para el manejo del deseo de consumo y estrategias de autocuidado vinculadas a la identificación factores protectores y de riesgo, con el objetivo de mantener la abstinencia.
- *Taller de procesamiento emocional y afectividad*, tal como su nombre lo indica trabaja en la expresión y modulación de las emociones, como un factor protector ante situaciones de riesgo y ante la toma de decisiones.
- *Taller de comunicaciones y habilidades sociales*, estructurado para adquirir habilidades comunicacionales con el fin de fortalecer las relaciones interpersonales y redes de apoyo.
- *Taller de reelaboración del proyecto de vida*, busca que los sujetos se replanteen su proyecto vital desde el no consumo de drogas. En este espacio se incorpora el programa “*Abriendo Puertas*” de reinserción socio-ocupacional.
- *Taller recreativo e integración familiar*, orientado a retomar vínculos familiares a través de actividades recreativas en un espacio protegido.
- *Taller multifamiliar*, que busca incorporar a la familia al tratamiento como fuente de apoyo, dando información sobre el proceso adictivo a través de actividades psicoeducativas, brindando contención emocional e indagando en aquellos patrones familiares favorecedores y perpetuadores de la conducta adictiva (co-dependencia).
- *Taller de seguimiento* destinado a los pacientes que ya fueron dados de alta con el fin de dar un soporte que permita mantener los logros obtenidos en el tratamiento. Funciona como un grupo de autoayuda que también brinda apoyo

y sirve como grupo de referencia a los pacientes que aún se encuentran en tratamiento.

Como se puede apreciar, la oferta de talleres e intervenciones grupales es bastante completa. Además de un abordaje integral en las diferentes áreas, lo que se busca es que el paciente pase la mayor cantidad de tiempo posible ocupado en las actividades del programa. La organización y capitalización del tiempo al interior de la institución es clave. Hay que asegurar que el usuario pase gran parte de su tiempo en el centro. Cualquier tiempo libre o de ocio es una amenaza para el tratamiento, la posibilidad de una recaída.

Esta organización del tiempo, a la que se hace referencia, va acompañada de una vigilancia constante que asegura el cumplimiento del programa y los objetivos de cada fase, así como también de que no ocurra ninguna conducta anómala, y si así fuese, de aplicar la sanción y corrección correspondiente.

Hay una fiscalización minuciosa de la presencia/ausencia del paciente, si éste falta en más de una ocasión se da paso al protocolo de rescate, que incluye desde llamadas telefónicas hasta visitas domiciliarias.

Todas las intervenciones deben ser registradas en la ficha clínica del paciente. En ésta se consigna todo lo concerniente al sujeto, desde sus *“logros”* en el proceso, hasta sus inasistencias, faltas o cualquier conducta que resulte atípica.

Mediante la documentación del paciente y la objetivación del mismo a través de las diversas clasificaciones, va constituyéndose el *“caso clínico”*, en detrimento de la aparición del sujeto. Se habla de patologías, trastornos, malas conductas, mas ya no de personas, *“el DOC, el EQZ, la límite, el pastero, etc.”*.

En cuanto a las intervenciones propiamente tal, se evidencia que la mayoría de ellas tiene un carácter psicoeducativo y van en la línea de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Monasor, Jiménez y Palomo (2003, citado en López, 2007) señalan que las técnicas cognitivo conductuales cada vez están más insertas en el tratamiento de las adicciones. Éstas se centran en el pensamiento y conducta del sujeto adicto, y establecen como objetivo modificar creencias y conductas por otras más adaptativas. Se basan en las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social) y psicología cognitiva. Sus aplicaciones van en la línea del manejo de contingencias, control de estímulos y entrenamiento de habilidades. Su objetivo es prevenir recaídas y

direccionar un cambio de conducta en el paciente y la adopción de un nuevo estilo de vida incompatible con el consumo de drogas (MINSAL, 2007).

Los programas de prevención de recaídas se basan en el modelo de Marlatt y Grodon (1985, en Blasco, Carrasco, Diddia-Attas y Martínez-Raga, 2088), el cual plantea la detección de situaciones de alto riesgo y la estructuración de estrategias de afrontamiento de las mismas.

Una vez completada la duración del programa se considera el alta, siempre y cuando se cumplan ciertos criterios: abandono del consumo y logro de objetivos terapéuticos individuales. El alta terapéutica es decidida por el equipo de tratamiento y contempla una ceremonia de “*graduación*” en la que participan los tratantes, los familiares del paciente y el resto de los pacientes que han compartido el proceso grupal. Con este rito se marca el egreso del paciente y se da inicio a la etapa de seguimiento, cuya duración mínima es de tres meses y contempla entrevistas individuales, taller de seguimiento cada 15 días, visitas domiciliarias y contacto telefónico con el usuario y/o la familia.

El programa, en su conjunto, es monitoreado constantemente a través de la supervisión que el SENDA realiza al centro, mediante la asistencia periódica de un fiscalizador de dicho servicio. En esta instancia se evalúan los indicadores estipulados en el convenio y se vela por la correcta implementación del programa, en base a la normativa vigente. La pauta de supervisión contempla los siguientes aspectos: infraestructura del centro, recursos humanos, trabajo en red, aspectos técnicos, derechos y satisfacción usuaria, sistemas de registros, temas administrativos y monitoreo a poblaciones específicas.

Es en base a los resultados de dicha evaluación, y a los estándares de cobertura y calidad, que se determina la asignación presupuestaria al centro. Lo anterior “podría generar el efecto indeseado de inducir a que los centros estén más preocupados por ingresar individuos al programa cualquiera sea su condición inicial, que en recuperar efectivamente individuos que se estarían retirando del tratamiento” (Ministerio del Interior, 2009, p.210). El monto presupuestario destinado a tratamientos de rehabilitación es considerablemente mayor al que se recibe por el tratamiento de otras patologías, siendo el presupuesto SENDA gran parte del sustento económico del centro. De ahí que lo afirmado por la evaluación del Ministerio del Interior, anteriormente citada, cobre sentido dándole mayor énfasis a la cobertura, lo que eventualmente podría mermar la calidad de la atención.

Pareciera entonces que “...en el área de rehabilitación y tratamiento, los ‘beneficiarios’ están sujetos a criterios cortoplacistas en los cuales serán las lógicas de mercado las que determinarán sus posibilidades de rehabilitación” (Caleta Sur, 1999, p.47). “Hay demasiados esfuerzos concentrados en el cumplimiento de regulaciones, normas, formularios y gestiones administrativas (...); pero no hay los mismos esfuerzos y tiempos de reflexión para preocuparse por los sentidos que estos cambios pueden provocar en nuestro sistema social” (Oyarzún, 1998, pp. 117, en UDP, 1999).

Todas estas exigencias burocráticas, terminan por estructurar la oferta de tratamiento más como un modelo de gestión administrativo que como un proyecto de intervención de salud mental, entendiendo por modelo de gestión aquel que administra recursos externos debiendo cumplir con los requerimientos de quien proporciona los recursos mientras que la intervención dice relación con hacerse parte de un proceso que no implica solamente ser eficiente en términos de resultados administrativos, sino también ser eficaz en el sentido de generar el impacto y los resultados que se esperaban. Al momento de medir el éxito de un tratamiento suelen primar los criterios de eficiencia privilegiándose los estándares técnicos por sobre los criterios clínicos.

Nuevamente es posible observar cómo los tratamientos de rehabilitación de drogas, lejos de estar comandados por una lógica sanitaria, tienden a estar interferidos por requerimientos provenientes de otras áreas. En un primer momento se dio cuenta cómo imperaba en ellos la lógica de la seguridad pública y control. Ahora se evidencia cómo el aparato administrativo que sustenta los servicios de salud pública se entrecruza con los objetivos terapéuticos copando a los tratantes de requerimientos burocráticos, en detrimento de los espacios de discusión clínica.

A continuación se revisará la teoría del biopoder de Michel Foucault con el objeto de brindar un marco conceptual con miras a aprehender la dinámica de las políticas públicas referidas al consumo problemático de drogas en Chile.

X. Biopoder y consumo de drogas

Sumisión de los cuerpos por el control de las ideas
Foucault, 2002, p. 107

En los apartados anteriores se ha visto cómo desde el Estado, y de las políticas públicas que éste ha implementado, se ha intentado reducir el consumo de drogas de la

población. Para dar curso a dicho objetivo se ha valido tanto del estamento judicial como del aparato sanitario, cada uno en sus respectivas variantes. Uno aplicando leyes que penalizan el uso de drogas y el otro implementando tratamientos de rehabilitación para los consumidores.

Para ahondar en los mecanismos estatales que abordan el consumo de drogas de la población se hará uso de la teoría del biopoder de Michel Foucault. Se considera que ésta proporciona un marco conceptual adecuado para el tratamiento de este fenómeno. Dicha teoría da cuenta de los mecanismos mediante los cuales elementos biológicos de la población pasan a formar parte de una estrategia política, proporcionando además elementos para la comprensión del control social que se ha desplegado en torno al consumo de drogas.

Este poder sobre la vida, o biopoder, se desarrolla a partir de dos tecnologías o dispositivos interdependientes: las disciplinas y la biopolítica. En *Vigilar y Castigar* Foucault (2002), a partir del modelo de prisión y estructura panóptica, describe una nueva economía de poder distinta al poder soberano, que comienza a vislumbrarse desde el siglo XVII. Este es el poder disciplinario, cuyo destinatario son los cuerpos individuales. Es la anatomopolítica del cuerpo, un cuerpo máquina, que debe ser intervenido y educado para volverlo políticamente más dócil, sometido, y económicamente más productivo.

“A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las “disciplinas”” (Foucault, 2002, p. 141).

Posteriormente con el análisis del dispositivo de la sexualidad, en *La voluntad de saber* (2005), Foucault da cuenta de otra modalidad de ejercicio de poder. Se trata de la biopolítica, que surge a mediados del siglo XVIII. Aquí, si bien el blanco también es el cuerpo, ya no se trata del cuerpo individual, sino del colectivo, la especie, soporte de los procesos biológicos.

Se realiza entonces una gestión de la vida, optimizándola, para lo cual hay que disponer del máximo de información sobre ella con el fin de intervenir directamente en la población. Precisamente allí entran en juego algunas ciencias sociales las que, a través de sus métodos estadísticos y demográficos, permitirán la vigilancia continua de la población recabando información sobre los índices de natalidad, mortalidad, morbilidad, epidemias, migraciones, etcétera.

Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. El establecimiento, durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz –anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida- caracteriza un poder cuya más alta función desde entonces no es ya quizá la de matar sino la de invadir la vida enteramente (Foucault, 2005, pp.147-148)

El biopoder se erige como elemento clave en el desarrollo del capitalismo, permitiendo el manejo y control de los cuerpos. Su objetivo será insertarlos en la cadena productiva, ajustando la población a los procesos económicos (Foucault, 2005).

Con el advenimiento de esta nueva forma de poder se va diluyendo la diferenciación entre la vida y la política. Cada vez más, la barrera entre lo privado y lo público se va difuminando. Aquello que los antiguos denominaban *zoé* y *bios*, vida natural y vida política respectivamente, han confluído en el espacio político. Ya no hay mayor distingo entre el sujeto viviente que se desarrollaba en la intimidad de su hogar y el sujeto político cuyo lugar era la polis (Lazzarato, 2000).

Asimismo comienza a desdibujarse la línea divisoria entre los aparatos penales, militares, médicos y educacionales. Todos ellos comienzan a operar bajo la misma lógica de control de los cuerpos y bajo los imperativos de la norma hegemónica, que actúa como principio de coerción. Aquella norma que asegura la inserción en el aparato productivo, perpetúa y resguarda el orden y la paz social.

La norma, más allá de la ley, “trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir, rechazar. Al contrario, siempre está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo” (Foucault, 2001, p.54).

Entra en escena entonces la figura del “*anormal*”, aquel desviado que contraviene la norma y del cual la psiquiatría, principalmente, se hará cargo tomando como empresa la higiene y protección social. Para ello intervendrá sobre cualquier comportamiento que escape al orden establecido y que eventualmente se pudiese constituir como un peligro para la sociedad, será su foco la “*inmoralidad mórbida*” o la “*enfermedad de desorden*” (Foucault, 2001, p.151).

“La “enfermedad mental”, se transforma así, en el mecanismo social, regulado y determinado por la psiquiatría, para patologizar la heterogeneidad humana, su carácter antinómico y su singularidad” (Vásquez, 2011, p.4).

Esta creciente patologización de las conductas conlleva la medicalización de la sociedad, ambos fenómenos congruentes con la politización de los fenómenos biológicos. El arribo de la medicalización implica que el campo de competencia de la medicina se extienda y penetre, con su lógica y lenguaje, otras áreas que anteriormente le eran ajenas, como por ejemplo la política, instalando como norte la preservación de la vida. Desde ese precepto, los Estados se verán con la facultad de distribuir a las poblaciones según criterios epidemiológicos, disgregándola en grupos de normarles, anormales o en riesgo. Todo ello con el afán de proteger a la sociedad de eventuales peligros (Germain, 2007).

Es así como el control ejercido desde los gobiernos generará que las preocupaciones por la salud y las anomalías en la población comiencen a expandirse exponencialmente, casi todo puede constituir un síntoma y ser objeto de tratamiento, instalando además una lógica de autocontrol en los individuos. Resumiendo entonces, la medicalización se concibe como

...una forma de ejercicio del poder que se caracteriza por la pérdida de control decisional sobre el propio cuerpo, su extensión, la propia vida (...) la emergencia de un cuerpo profesional especializado que toma estos territorios a cargo. Todo este proceso ocurre –y sigue ocurriendo- en la medida que es capaz de generar biolegitimidad, es decir, una justificación del ejercicio del poder en la aspiración de hacer persistir la vida biológica (Germain, 2007, p.13).

Como ya se había anticipado, en este afán por controlar y administrar la vida, de los individuos y la población, se transgreden los límites entre la esfera privada y pública. Hoy en día, es común ver cómo el Estado regula aspectos de la vida cotidiana e íntima de las personas, como por ejemplo los comportamientos sexuales, las decisiones reproductivas, leyes referentes a la donación de órganos, etcétera. Lo anterior se manifiesta en lo que Savater (1990, citado en Martínón, 2005) llama “*Estado clínico*”, análogo al “*Estado terapéutico*” de Szasz (1993). Un Estado que enaltece, en extremo, la salud pública. En este afán, no le basta garantizar el acceso a la salud, sino más bien la impone y, de paso, en esta “*loable*” tarea vulnera algunos derechos tales como la

autodeterminación, prohibiendo ingerir las sustancias que el individuo estime pertinente. Todo ello con el pretexto de proteger a las personas de un eventual daño a sí mismas y el daño social concomitante.

Si el estado (medicina oficial) certifica que estás enfermo y te da drogas –sin tener en cuenta si las necesitas o no, si te sirven de ayuda o no, o incluso si las deseas o no-, eres un paciente que recibe tratamiento; pero si compras tus propias drogas y las tomas por cuenta propia –porque sientes que las necesitas o, aún peor, porque deseas proporcionarte a ti mismo paz de espíritu o placer- eres un adicto que abusa de las drogas. Este punto de vista sobre la vida, y la política que engendra, descansa en una fantasía médica que idolatra al estado terapéutico como médico benevolente, y demoniza al individuo autónomo como criminal y paciente a la vez, cuyo único objetivo en la vida es <<colocarse>> con drogas e ignorar la productividad económica. El resultado es la medicalización del uso de drogas: la élite política goza de un acceso seguro a las drogas que desea por medio de sus médicos-proveedores y al resto de los hombres se les niegan (Szasz, 1993, pp.144-145).

Se podría decir que la peligrosidad del consumidor de drogas estaría dada por su disfuncionalidad dentro de la cadena productiva. El uso de drogas ilegales implica una administración personal del tiempo que contraviene el imperativo de productividad que comanda la vida en la sociedad contemporánea, por lo tanto hay que corregirlo.

De este modo se permitirán cierto tipo de drogas que sean consonantes con la máxima que rige la vida actual: la productividad. Drogas "...que en vez de inducir visiones místicas o trances adivinatorios otorguen un tipo u otro de analgesia, y un tipo u otro de estimulación..." (Escohotado, 1998a, p.69). No es casual que drogas como benzodiazepinas o metilfenidato -más conocido como Ritalín- no sean sólo legales, sino también ampliamente promovidas en los circuitos médicos, engrosando considerablemente las arcas de las farmacéuticas.

Para justificar entonces la acción coactiva que se ejercerá sobre el consumidor de drogas, se tejen una serie de representaciones alrededor de la figura del "adicto" y la "droga".

El arte de castigar debe apoyarse, por lo tanto, en toda una tecnología de la representación (...). Arte de las energías que se combaten, arte de las imágenes que se asocian (...). Este juego de signos debe apoyarse en el mecanismo de las fuerzas: disminuir el deseo que hace atractivo el delito, aumentar el interés que convierte la pena en algo temible (Foucault, 2002, pp. 108-110).

La droga pasa a ser entonces la encarnación del mal, objeto demoníaco que se apodera de la vida los adictos despojándolos de su voluntad y esclavizándolos a su merced. De hecho, *“adicción”* proviene de la Antigua Roma, en la que si un sujeto contraía una deuda que no podía pagar, entregaba su vida como adicto, es decir, como esclavo (CONACE, 2008). Se instalan además una serie de correlaciones que asocian droga a delincuencia, abandono escolar, desintegración familiar y un largo etcétera; es el *“flagelo de la droga”* que amenaza con expandirse, cual epidemia. Precisamente, el temor al *“contagio”* avala todo tipo de intervención, reclusión carcelaria o, en su vertiente más humanitaria, relegar a tratamiento de rehabilitación, que tal como su nombre lo indica, rehabilita al sujeto para su *“integración a una vida normalizada”* (CONACE, 2004c, p. 33).

Es en esta *“cruzada contra la droga”*, en la que se aúnan los imperativos de salud y moralidad, en pos de la seguridad nacional. Así es como *“El discurso pasará a ser el vehículo de la ley”* (Foucault, 2002, p. 116). El discurso y el recurso propagandístico serán los canales favoritos para difundir los cánones de normalidad y las sanciones a las que será sometido quien se aparte de éstos. Dichas sanciones, si bien hay algunas penales, la mayor parte dicen relación con una sanción social, de exclusión y estigmatización; el drogadicto es la *“lacra social”*.

Tomás Ibáñez (1994, citado en Muñoz, 2011) distingue entre los *“discursos de la droga”* y *“discursos sobre la droga”*. El primero hace referencia a las significaciones de los propios usuarios de drogas, mientras que el segundo apunta hacia los discursos oficiales e institucionalizados, y por consiguiente hegemónicos (medios de comunicación, entidades sanitarias, religiosas, etc.).

Siguiendo a Ibáñez, éste plantea que cuando el consumidor se refiere a su práctica, comúnmente, es capturado por los *“discursos sobre la droga”*, de manera tal que adscribe a los significados culturales circundantes referente a las drogas. De hecho es común escuchar entre algunos consumidores *“esto es lo más bajo que he caído”*, apropiándose del discurso social que los condena.

Asimismo, la asunción del “*discurso sobre la droga*” por parte de los consumidores, colabora a perpetuar la imagen de enfermo o víctima y a eludir la responsabilización por el propio consumo. Sin embargo, este mismo discurso puede servir como salida a la adicción. El identificarse con dicho discurso puede ser el quiebre para interrogarse por la propia adicción y querer salir de ésta. Cuando el consumo problemático deja de cumplir la función para el sujeto y comienza a fallar es precisamente cuando éste comienza a verse afectado por las quejas y reproches familiares y sociales, cuando éstas empiezan a cobrar sentido para él. Generalmente ese es el momento en que acuden por ayuda e ingresan a los programas de tratamiento.

La producción discursiva, como agente de poder, produce y moldea sujetos. El castigo y la condena social que recibe el drogadicto actúa como un castigo ejemplificador. En ese sentido la sanción va dirigida, más que a disuadir a los consumidores, al resto del entramado social. “Se basa en que las gentes honradas sientan a la vez temor (ante la perspectiva del estigma) y placer (viendo castigada la desviación)” (Escotado b, 1998, p. 359). Así el discurso dominante se esparce a todas las esferas de la sociedad y se encarna en cada uno de los sujetos que lo hará efectivo en su medio circundante. De este modo el poder recorre y se expande a todos los espacios y sujetos que actuarán como vigilantes del orden público y reprobarán a quien ose drogarse.

De ahí la efectividad de estos dispositivos, logran penetrar todo el orden social, volviéndonos nuestros propios policías. “El soporte del ejemplo, ahora es la lección, el discurso, el signo descifrable, la disposición escénica y pictórica de la moralidad pública” (Foucault, 2002, pp. 112-113).

XI. Tratamiento de rehabilitación y dispositivo disciplinario

Nadie sabe lo que puede un cuerpo
Spinoza

Habiendo examinado los objetivos de la política de tratamiento en Chile y la estructura de un programa de rehabilitación, en el Centro Comunitario de Salud Mental de Chonchalí, es pertinente interrogarse por la dirección que toma el tratamiento, así como también por las pretensiones del mismo.

Se puede postular que el tratamiento, si bien se constituye como un espacio terapéutico puede también ser concebido y conducido como un dispositivo normativo y

disciplinario. Ello en tanto tecnología positiva y productiva de poder que forma un saber acerca de los consumidores de drogas y busca construir un nuevo sujeto para integrarlo a la sociedad como un individuo funcional al sistema productivo.

El tratamiento entonces -concebido como un dispositivo disciplinario- se podría definir, en palabras de Foucault (2002), como “El encauzamiento de la conducta por el pleno empleo del tiempo, la adquisición de hábitos, las coacciones del cuerpo...” (p. 134). A continuación se relevarán algunos elementos del tratamiento que reflejan los aspectos normativos y disciplinarios del mismo.

Como se vio, desde el primer acercamiento de los pacientes al centro éstos son encasillados en la categoría de drogadictos. Esta clasificación inaugural, más allá de cumplir con los objetivos administrativos de registro y derivación, puede resultar iatrogénica o nociva para los pacientes en el sentido de que los estigmatiza: *“son los drogadictos, los más problemáticos”*.

Definir un cuerpo a partir del verbo <<ser>> supone separarlo de lo que puede y ajustarlo a una imagen o una identidad ya determinada (o teleológica) que domina al conjunto en función de cierto resultado, que opera una codificación en relación a una norma (Giorgi y Rodríguez, 2007, p.22)

El dispositivo disciplinario, y en este caso el tratamiento, se vale de un exhaustivo sistema de clasificaciones, dentro del cual también se incluyen los diagnósticos. Con ello procura ordenar y cristalizar en un cuadro fijo la multiplicidad de sujetos que consumen drogas y agruparlos bajo la categoría aglutinante del *“adicto”*. Se vislumbra la pretensión de objetivar a los sujetos dejando de lado su historia y la función del consumo en su biografía. Se busca etiquetar y fijar objetivos a priori, como por ejemplo la abstinencia.

La primera de las grandes operaciones de la disciplina es, pues, la constitución de “cuadros vivos” que transforman las multitudes confusas, inútiles o peligrosas, en multiplicidades ordenadas. (...) una clasificación sistemática (...). Se trata de organizar lo múltiple, de procurarse un instrumento para recorrerlo y dominarlo; se trata de imponerle un “orden” (Foucault, 2002, p. 152).

Por otra parte, cabe destacar la definición de la adicción como una enfermedad crónica. Qué posibilidades de cura existe bajo esta concepción si además de ello al sujeto

se lo reconoce como una persona que “es” adicta, y que por lo tanto seguirá siéndolo toda su vida -a diferencia de otras patologías que se conciben como estados transitorios-. Desde ese primer momento se ve limitada la acción terapéutica y la posibilidad de un cambio en el sujeto.

Otra consecuencia de unificar a una gran gama de sujetos bajo una categoría única dice relación con la supresión de la singularidad de cada persona. Esto se vincula al problema de la etiología del consumo. Múltiples han sido los esfuerzos que se han desplegado para hallar la causa de la adicción, sin embargo sólo hay vagas respuestas a nivel de lo biológico y una serie de factores psicosociales de riesgo y protectores que incidirían en el fenómeno. Empero, éstos al ser de naturaleza tan diversa y amplia incluyen casi cualquier conducta o condición, siendo tópicos comunes tanto para los consumidores de drogas como para quienes no lo hacen.

Se puede pensar que en ello opera una lógica lineal, en el sentido de que se busca una causa que genera sujetos adictos para los cuales habría que diseñar un determinado tipo de tratamiento y conseguir su cura; esto concibiendo al consumo como producto de una misma causa. En toda esta ecuación no hay cabida para la voluntad del sujeto que decide consumir drogas, ni la particularidad del contexto del mismo.

Surge la necesidad de cambiar el foco, lo importante no es saber por qué se consumen drogas sino para qué, asumiendo un punto de vista más pragmático. Cabe preguntarse por la función que las drogas cumplen para cada persona y cómo las prácticas de consumo se han ido entrelazando en su historia, y así relevar la singularidad de cada sujeto.

Es necesario pasar de una concepción pasiva del usuario a una concepción activa del sujeto, a la indagación de la función de utilidad que tienen las drogas para quienes las usan, y de la capacidad de éstas de satisfacer deseos y necesidades entre ellos. Reconocer la voluntad de los usuarios de drogas, cualquiera sea la característica de su consumo, es partir del supuesto cierto de que con ellos se pueden acordar y pactar formas no arriesgadas ni peligrosas de uso, o la abstinencia cuando sea necesario (De Rementería, 2001, p.33).

Al ser el objetivo guía del tratamiento la abstinencia, y al estar la mayoría de las intervenciones direccionadas a alcanzarla, se implementan también acciones para verificar su cumplimiento. Dentro de éstas se encuentra el examen de orina. Como se

explicó con anterioridad, éste puede ser realizado en cualquier momento por el tratante, siendo su distintivo el factor sorpresa.

Si bien no todos los tratantes lo aplican como mecanismo, se recomienda por parte de la institución que éste sea utilizado. Independiente de que llegue a usarse o no, a todos los pacientes se les informa la eventualidad de su aplicación en el contrato de tratamiento. Cuáles son los posibles efectos de este dispositivo en el paciente y en la relación de éste con el terapeuta.

Podría decirse que con la aplicación de este examen se invalida el discurso del sujeto, o a lo menos se lo pone en duda. De nada vale su palabra si su tratante, aquel con quien debiese establecerse un lazo de confianza, pone en cuestión la veracidad de sus dichos. Lo anterior podría acarrear consecuencias negativas para la relación transferencial y producir un quiebre en la misma.

En este acto se fusionan criterios médicos y judiciales. El tratante actúa como juez sancionador de la conducta del paciente justificándose en un fin terapéutico. El recurso directo es la “reactivación de un discurso esencialmente parento-juvenil, parento-infantil, que es el discurso del padre al hijo, el discurso de la moralización misma” (Foucault, 2001, p.41).

Dado el factor sorpresa que tiene el examen de orina, éste asegura y encarna la vigilancia constante. A partir de él, se establecen los mecanismos de sanción y diferenciación pertinentes, es la infra-penalidad a la que hace referencia Foucault (2002), propia de los sistemas disciplinarios.

El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona. (...) En él vienen a unirse la ceremonia del poder y la forma de la experiencia, el despliegue de la fuerza y el establecimiento de la verdad. En el corazón de los procedimientos de disciplina, manifiesta el sometimiento de aquellos que se persiguen como objetos y la objetivación de aquellos que están sometidos (Foucault, 2002, p. 189).

Aparte del examen, para asegurar el logro y mantenimiento de la abstinencia, se busca copar la agenda del paciente con actividades y talleres. La idea es que el sujeto

pase la mayor parte del tiempo ocupado en el centro. El ocio es visto como una amenaza para el tratamiento, en el sentido de que puede traducirse en una recaída.

Una administración personal del tiempo implica una utilización subjetiva del mismo, el paciente puede destinarlo para lo que desee. Este deseo es el que resulta, parcial o completamente, obturado con la implantación de objetivos fijados a priori y la estructuración de un nuevo programa de vida alejado de las drogas. Podría decirse que el centro actúa como una institución total: “El tiempo penetra el cuerpo, y con él todos los controles minuciosos del poder” (Foucault, 2002, p.156).

Para ratificar la permanencia del paciente en el centro se cuenta con la ficha clínica. En ella, como ya se mencionó, se registran todas las prestaciones que se le brindan al paciente y las actividades en las que éste participa. En general se deja registro del comportamiento total del sujeto, objetivándolo mediante la inscripción de una serie de códigos y clasificaciones: “Una burbuja de poder panóptico y clasificador, un módulo de confinamiento que hace posible la producción de un orden” (Certeau, 1996, p. 123).

Es así como se va formando un saber acerca de los pacientes, los que pasan a ser objetos de inspección y obediencia. La objetualización que recae sobre ellos, abre la posibilidad a su maleabilidad. Desde allí pueden ser medidos, juzgados, sometidos, definidos, clasificados, encauzados, excluidos, en definitiva, normalizados.

También deben quedar consignadas en la ficha clínica las ausencias del paciente. Éstas, si no son debidamente justificadas, se constituyen como una falta que si es reiterada da paso al protocolo de rescate, el cual considera llamados telefónicos y/o visitas domiciliarias.

Se trata de establecer las presencias y ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, (...) poder vigilar en cada instante la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos. Procedimiento, pues, para conocer, para dominar y para utilizar. La disciplina organiza un espacio analítico (Foucault, 2002, p. 147).

Dentro del curso del tratamiento es común que los pacientes se vean aquejados por los malestares que acarrea el síndrome de abstinencia. La respuesta institucional para palear dichos síntomas es recurrir al psiquiatra. Éste administra las drogas legales que mitigarán las consecuencias indeseadas que conlleva el cese del uso de las drogas ilegales.

De este modo se está reemplazando una droga por otra. Claramente los fármacos psiquiátricos no sufren de la condena social que las drogas ilegales, pero no por eso dejan de ser drogas. Es lo que hace un estado terapeuta "...sustituir una farmacopea por otra..." (Escohotado b, 1998, p. 403) y mostrarnos cómo "...drogas ilícitas <<malas>> dañan y matan a sus víctimas, y cómo drogas psiquiátricas <<buenas>> las curan de sus inexistentes enfermedades mentales" (Szasz, 1993, p.73).

Eso en cuanto a la abstinencia como eje articulador del tratamiento y los procedimientos destinados a cumplir con dicho objetivo. Respecto a las intervenciones propiamente tal se podrían distinguir, a grandes rasgos, dos niveles. El primero de ellos -y al que ya se ha hecho referencia- se vincula al cese del consumo, el que se aborda mediante técnicas conductuales y psicoeducativas.

Este tipo de intervenciones dan cuenta de la función adaptacionista y educadora del tratamiento, lo cual deja poco espacio para la subjetivación. El fin es incorporar nuevas pautas de conductas, que suelen ser impuestas, sin mayor cabida al cuestionamiento. Priman los criterios de deseabilidad social por sobre el discurso del propio paciente. Un paciente que ya ha sido señalado/rechazado por la sociedad y su familia como transgresor de las normas, al insertarse en el tratamiento, difícilmente interrogará u objetará las normas institucionales. Es "...la coacción de una educación total" (Foucault, 2002, p. 238).

En un segundo nivel de intervención se puede encontrar todo aquello que trasciende el consumo y que, a la vez, se ve atravesado por éste. Considérense en este punto relaciones interpersonales, proyecto de vida, aspiraciones, frustraciones, autoestima, contenidos de la infancia y un largo etcétera. El espacio más propicio para desarrollar estas temáticas suele ser la psicoterapia individual. Lamentablemente, por la falta de recursos económicos, las horas disponibles por profesional para este tipo de intervención son reducidas y, como se mencionó con anterioridad, sólo unos pocos pacientes se benefician de una psicoterapia.

Se considera importante la psicoterapia individual en la medida de que puede configurarse, dentro del tratamiento, como el espacio en el cual se puede trascender al consumo e ir más allá de la droga. Interrogarse por otros elementos que constituyen al sujeto y dar cabida a lo que éste tiene que decir respecto a su práctica de consumo, más allá de los criterios de deseabilidad institucional y social.

El intento por hacer que el sujeto emerja en su discurso y sus palabras, muchas veces, se ve obstaculizado por cómo llega el paciente a comunicarse con el terapeuta. Su

llegada reproduce la posición infantilizada en la que lo sitúa la etiqueta social de “*adicto*”. El ejemplo más manifiesto de ello es del paciente que llega autocatigándose por haber recaído, que llega a “*entregarse y delatarse*” ante la institución.

El que está sometido a un campo de visibilidad, y que lo sabe, reproduce por su cuenta las coacciones del poder; las hace jugar espontáneamente sobre sí mismo; inscribe en sí mismo la relación de poder en la cual juega simultáneamente los dos papeles; se convierte en el principio de su propio sometimiento (Foucault, 2002, p. 206).

Esta confesión del paciente, tal como describe Foucault, evidencia su situación de sometimiento. En cierta medida el sujeto que se delata lo hace esperando su respectivo castigo. Curiosa es la connotación que algunos pacientes dan a la recaída, ubicándola más como una falta para con el tratante, como si lo defraudaran, más que para ellos mismos. Seguramente ello responde a que el tratante es la cara visible de la institución que promulga el ideal de abstinencia, ideal entonces que es ubicado externamente y que poco tiene que ver con los deseos intensos del paciente de seguir consumiendo.

El paciente interpela a su terapeuta como a un juez, replicando el lugar que le da la propia institución. Es uno de los efectos de la imposición de un objetivo a priori en el tratamiento. En la medida que este ideal siga comandando el proceso “*terapéutico*”, la droga se mantendrá como eje central del discurso y la vida del paciente. Si antes de su llegada al tratamiento su cotidianeidad giraba en torno a cómo conseguir la sustancia y poder drogarse, ahora lo hace en torno a cómo evitar la sustancia y las “*situaciones riesgosas*”.

De este modo las sesiones se transforman en un reporte de si se ha consumido o no y de cuánto se ha deseado consumir, no trascendiendo a la droga. Ésta sigue tomando el cuerpo del paciente, ya no sólo en términos químicos o biológicos, sino ocupando gran parte de su espacio psíquico. La droga sigue libidinizada y ocupando un lugar central en su vida. Seguimos en el nivel del objeto: objeto droga que, por las cualidades que se le atribuyen, borra la voluntad del sujeto y lo equipara al nivel de un objeto esclavizado por otro objeto.

“Siguiendo a Del Solar (2008) se produciría una inversión en la relación sujeto-objeto, en tanto, el sujeto pasa a ser un enfermo-pasivo, objeto de la droga, y el

objeto adquiere un poder tan fuerte y eficaz como para desactivar cualquier intento por hacer algo por parte de su consumidor” (Soto, 2011).

Como puede apreciarse, gran parte del tratamiento incluye intervenciones del orden cognitivo conductual y psicoeducativas; el espacio para la psicoterapia individual es reducido y puede verse entorpecido al tener un ideal preestablecido. Ya se había enunciado que las terapias cognitivo conductuales (TCC) cada vez ganan más terreno, no sólo en el campo de las adicciones, también en el sistema público en general. Éstas son consonantes a las exigencias actuales: “las TCC son un desarrollo liderado por la burocracia” (Miller, 2005).

Hoy en día lo que se busca son tratamientos más rápidos, de menor costo y predecibles –en las etapas que contempla, duración y término-. El sistema de salud pública se encuentra altamente burocratizado y lo que prima es la eficiencia. El ordenamiento racional que se hace del sistema, en cuanto a la administración y gestión del mismo, busca cumplir con los objetivos trazados más que preguntarse por lo que se está haciendo: las cosas deben funcionar, no importa cómo.

La pregunta por el sentido ha quedado desplazada por el racionalismo científicista. Tal como plantea Weber prima el tipo de acción racional orientada a fines, ya no a valores. “Para Weber esta racionalidad que se despliega de acuerdo a fines es una racionalidad que lleva al surgimiento de instituciones sociales extraordinariamente eficientes, extremadamente racionales, pero que constituyen una amenaza creciente para la libertad de los individuos” (Cousiño, 1997, p.52).

Todo debe regirse según los protocolos y la norma técnica, hay una estandarización de los tratamientos en busca de la homogenización de la clínica y la población.

El resultado de este desarrollo no queda del lado de la ciencia, sino de una ideología: el cientismo que, como práctica, genera burocracia. En este proceso, lo que se pierde es la clínica del sujeto, borrado tras el intento, obsesivo, de pasar todo a la estadística, a la contabilidad, al control y, como no, al derecho degradado a reglamento (Fernández, 2005, p.3)

Pero no se trata de desmerecer por completo los efectos que puedan tener las terapias de orientación cognitivo conductual. Sin duda éstas son útiles para el manejo

concreto de las contingencias en los casos de adicción. Lo que se busca es abogar por la flexibilidad del terapeuta.

La teoría, en muchas ocasiones, no alcanza a abarcar todos los fenómenos de la realidad lo que hace que el psicólogo tenga que utilizar diversas herramientas. Dichas herramientas, a veces, escapan al dominio teórico del tratante e incluso lo hacen cuestionarse respecto a la ética de las mismas, pero no por eso debe descartarlas de plano. “La táctica, el modo concreto de intervenir permite la flexibilidad en la medida que el norte, la política, de estas intervenciones sea claro” (López, 2007, p. 284).

Cabe cuestionarse el hecho de que, en el intento de remodelar la conducta de los pacientes, se caiga en la imposición de deberes, normas y conductas. Ello es un ejercicio claro de poder coactivo sobre el paciente. Pero la burocracia, tal como se mencionaba, no necesita cuestionarse por lo que se está haciendo, lo que importa son los resultados y la evidencia empírica apoya la eficiencia de dichos procedimientos. El conducto regular es simple: se realiza un listado de síntomas, se ve con qué patología del manual diagnóstico calza tal listado y se realiza el tratamiento, de preferencia conductual y farmacológico.

Bajo estos parámetros entonces se va desarrollando el tratamiento: imposición de la desintoxicación, reeducación de la conducta, controles constantes y reemplazo de drogas ilegales por drogas de receta. Todo ello encaminado hacia el logro de la abstinencia y la llamada ceremonia de “*graduación*” que marca el fin del tratamiento y la reincorporación del individuo a la sociedad.

El tratamiento, estructurado como programa, prescribe a priori un orden de sucesión, de etapas bien definidas que se orientan hacia un punto terminal: la “*graduación*”. Es el tiempo lineal y evolutivo que Foucault (2002) atribuye a los procedimientos disciplinarios. Así se configura un ideal de tratamiento.

Sin embargo, dicho ideal contrasta con la realidad de las recaídas que se presentan en la mayoría -sino en todos- los tratamientos, desestructurando la secuencialidad de éste. A pesar de que las recaídas se contemplan como parte del tratamiento, la valoración que los terapeutas hacen de ellas se va tornando negativa en la medida que éstas se vuelven recurrentes en un mismo paciente. Surge entonces la figura del “*caso perdido*” o el “*paciente cacho*”, aquel que se vuelve crónico en el sistema sin presentar mayores mejorías y sin que se cuestione mayormente el por qué de su estancamiento.

En la medida que el ideal de abstinencia rige el proceso terapéutico cualquier impasse en dicho recorrido -desde la adicción a la abstinencia, pasando por una

reeducación- se verá como un fracaso en el proceso, fracaso institucional por cierto. “Hay rechazo de lo que no es tratable y constituye luego los ‘desechos’ de una administración funcionalista (anormalidad, desviación, enfermedad, muerte, etcétera)” (Certeau, 1996, p. 107).

Quien logra pasar por todas las etapas del tratamiento y consigue una abstinencia permanente, podría decirse que alcanza el estadio de *finalización* al que alude el *modelo transteórico del tratamiento de las conductas adictivas*. Dicho estadio está dado por la certeza de que no se volverá a consumir y por la ausencia total de deseo de hacerlo. Varios autores coinciden en que esta fase se da muy pocas veces en la realidad por lo que es de orden más bien teórico.

El estadio de *finalización* está en directa consonancia con la utopía del modelo prohibicionista que aboga por un mundo abstinentes, sin deseo de consumir. Empero, la realidad sigue manteniendo tal pretensión como una utopía. A lo que comúnmente se llega en un tratamiento “*exitoso*” es a un control del deseo de consumir mas no a una abolición total de éste. Se reeduca al sujeto para que internalice el control institucional y social y finalmente logre auto-controlarse.

Se ha visto cómo la institución, mediante el tratamiento, actúa como un agente de control constante sobre los individuos. Sin embargo, ésta tampoco se encuentra exenta de fiscalización. El SENDA, constantemente vigila la labor que se lleva a cabo en el centro mediante las supervisiones. En ellas, como se mencionó con anterioridad, se juega la continuidad presupuestaria y del programa como tal, de ahí la importancia de cumplir con las pautas exigidas.

El supervisor, como emisario del SENDA, se posiciona como eje articulador del dispositivo disciplinario que es el tratamiento y la biopolítica que se ejecuta para el control de los consumidores de drogas a nivel de Estado. Es él quien vigila que las directrices estatales se estén ejecutando a cabalidad en los distintos centros. Ambos, en una relación de interdependencia, constituyen un biopoder.

Cómo se posiciona entonces el psicólogo en este entramado disciplinario que es el tratamiento y que, como se ha visto, funciona más como una ortopedia moral y discursiva que como espacio terapéutico. Cómo puede desmarcarse de la figura institucional cuando ésta se comporta como un agente de control, cual continuidad del sistema penal. Qué posibilidad de cura o de desarrollar un proceso terapéutico existe en este contexto.

XII. Posicionamiento del psicólogo

Entre la horrible tarea de castigar y el hermoso oficio de curar
Ramírez, 2009, p.148

El psicólogo, más que reproducir a cabalidad una política pública e institucional, puede dar paso al cuestionamiento de las mismas. De ahí el objetivo de esta memoria, dar cuenta de las relaciones de poder y control implícitas en los discursos que comandan las políticas públicas referente a drogodependencias en el país y cuestionar las prácticas que de ellas se derivan.

Sin embargo, el interrogarse por la propia praxis -en ocasiones- se torna complejo dado las condiciones materiales del sistema público, un sistema burocratizado en el que priman los criterios de eficiencia (en parte por los escasos recursos con los que se cuentan). Lo anterior se traduce en que los tratantes tienen una sobrecarga horaria de pacientes y, principalmente, de labores administrativas. Tales condiciones hacen que, a la hora de medir el éxito de un tratamiento, se terminen privilegiando estándares técnicos y administrativos por sobre los criterios clínicos.

En este sentido la posición de *“practicante”* puede ser un lugar que favorece la citada reflexión ya que, al no estar completamente inmerso en la institución y al no tener naturalizadas sus prácticas y discursos, puede realizar una observación y análisis más crítico de los mismos. Además, como practicante, se cuenta con el espacio de supervisión destinado, precisamente, a la reflexión clínica. “En el experto, una competencia se transforma en autoridad social; en el filósofo, las cuestiones anodinas se convierten en un principio de sospecha en un campo técnico” (Certeau, 1996, pp. 10-11). De este modo, se manifiesta la necesidad de reflexionar más sobre la propia praxis. En el lenguaje de Certeau, asumir una postura filosófica y crítica, haciendo a un lado la posición de poder del experto.

Las instituciones suelen ampararse en el saber técnico de la norma y la política pública, mientras que los profesionales acostumbran a hacerlo bajo el alero de la teoría, alejándose –en ocasiones- del saber del propio sujeto, del padecer y saber que éste porta.

Tanto el prohibicionismo como el paternalismo –que conciben a los consumidores de drogas como delincuentes y enfermos, respectivamente- van en desmedro de los

procesos de subjetivación, haciendo más difícil que el sujeto se reconozca en su propia historia y se haga responsable por sí mismo, su consumo y sus dichos.

Actualmente, con las condiciones y normas que impone el tratamiento, la palabra y los dichos del paciente quedan relegados a un segundo plano. Al parecer se olvida que, precisamente, en la palabra surge el sujeto. A partir de las fisuras de su discurso se puede acceder a su constitución subjetiva misma, "...que va de su ser y hacer antes de ser drogadicto, a ese ser adicto con que la sociedad lo nomina" (Reinaudi y Tuttolomondo, 2001 en Inchaurreaga, 2001, p. 127).

...Indiscutiblemente la salud mental existe, pero tiene que ver poco con lo mental, y muy poco con la salud. Tiene relación con el Otro, y con el silencio. La salud mental es lo que asegura el silencio del Otro, así como la salud es el silencio de los órganos. Jaques-Alain Miller situaba esto diciendo que la salud mental es ante todo una cuestión de orden público (Laurent, 2000, p. 135).

Desde el momento que comienza a concebirse al consumidor de drogas como un enfermo, a inicio de los sesenta, se dan las condiciones para una alianza entre la agencia represiva y las ciencias sociales (la coalición entre jueces y médicos ya estaba forjada hacia varios años) (Escohotado, 1998c). Psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, antropólogos y, en definitiva, todo aquel que pudiese posicionarse como experto iba a tener algo que decir respecto a esta incipiente enfermedad que amenazaba con extenderse como una plaga.

De este modo la sociedad se hacía cargo de la salud mental de su población, abandonando las pretensiones de cura para comenzar a medir, clasificar, moldear y normalizar. Foucault (2001) también advierte esto, aseverando que en el momento en que la psiquiatría pasa a ocuparse de las conductas desviadas -tornándose una tecnología de lo anormal- el proyecto de cura desaparece cumpliendo, más bien, una función de protección y orden público.

Para no ser cómplices de este silenciamiento que el sistema de salud hace recaer sobre el sujeto, se ha de ser capaz de instalar una escucha neutral y abstinentemente de juicios valóricos sobre la conducta de consumo. Es decir, evitar hacerse parte de la queja social que conduce al sujeto a tratamiento, aún cuando se piense que la persona podría verse beneficiada por éste. Ello no es razón suficiente para imponer el tratamiento.

Dichos planteamientos son consonantes a la perspectiva que ofrece el psicoanálisis. Freud (1912), en su texto "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", habla de cómo la abstinencia y neutralidad son atributos deseables para todo analista, así como también alude a la ambición pedagógica y cómo ésta debe ser evitada, en miras a no imponer un ideal que fuerce los tiempos psíquicos del paciente. Se espera entonces que "...el analista pueda situarse de tal modo que no esté en posición de prohibir ni prescribir nada, y el paciente regle por sí mismo su elección frente a la cura: que en todos los casos esta sea asunto de él" (Le Poulichet, 1990, p.166).

En la medida que el psicólogo se posicione desde una mirada que condene al paciente por sus prácticas y trate, forzosamente de redireccionarlas, no hará más que replicar la posición de víctima o enfermo que la sociedad atribuye al adicto, sustrayéndolo del eje de la responsabilización.

Al presumir que el sujeto está esclavizado por la sustancia, la única alternativa que se vislumbra es desintoxicarlo y reeducarlo para que no vuelva a entrar en contacto con ésta. Mas si se logra evidenciar la voluntad del sujeto e historizar cómo éste configuró su actual patrón de consumo, emergerá la dimensión del sentido y la posibilidad de un cuestionamiento propio que, eventualmente, de paso al cambio.

En efecto, si se quiere que el sujeto abandone la sustancia bajo cualquier punto, la labor deja de ser psicoterapéutica y pasa a ser persuasiva y moralizadora. Hay que convencerlo de que la droga es mala y que el estilo de vida que ha estado llevando es condenable y por consiguiente debe cambiarlo.

Si la labor del psicólogo ha sido clásicamente, en un sentido lato, la de *comprender y liberar* al paciente (ya sea de la represión o de sus ideas irracionales, por ejemplo), el adicto otorga la posibilidad de *controlarlo* y no de tener que comprenderlo, sino, por el contrario, de hacerlo comprender (Gaete, 2007, p.75).

El abordaje biopsicosocial, desde el cual se define la práctica de los Centros Comunitarios de Salud Mental y que direcciona el tratamiento en drogodependencias, obliga al psicólogo a realizar un trabajo multidisciplinario, trascendiendo el ámbito de su especialidad clínica y articulando su trabajo con otras instancias, ya sean médicas, sociales o judiciales. De este modo tiene que empezar a responder a otros requerimientos, que escapan a su campo específico y se inscriben en otro registro. Se ve,

en ocasiones, impelido a apartarse de una clínica del sujeto, y de la particularidad de éste, para insertarse en un dispositivo adaptacionista y normalizador.

...Cada vez más, todo especialista debe ser *también* un experto, es decir, el intérprete y el traductor de su competencia en otro campo. (...) Los expertos intervienen “en nombre” –pero fuera- de su experiencia particular. (...) Mientras más autoridad tiene el experto, menos competencia posee. (...) Su autoridad se extiende más lejos, exorbitada por la demanda social o por las responsabilidades políticas. Paradoja (¿general?) de la autoridad: se encuentra acreditada por un conocimiento que precisamente le falta allí donde la autoridad se ejerce. Resulta indisociable de un “abuso del conocimiento” (Certeau, 1996, p. 11).

Al dar por sentado los objetivos del tratamiento y el resultado que de éste se espera, resulta difícil separarse del espacio normativo e ideal. Tal como el psiquiatra reemplaza drogas ilegales por medicamentos, si se pretende implantar un ideal, se entra en la misma lógica. Se sustituye un objeto por otro: la droga por los ideales del terapeuta e institucionales. De igual manera se podría decir que el paciente sigue “*esclavizado*”, ya no a la droga pero sí a requerimientos e ideales que no son los suyos, persistiendo su alienación. En la medida que no aparezca el propio deseo del paciente, no se puede pretender moldearlo arbitrariamente, ello entorpecerá la restitución subjetiva.

Como puede verse, las connotaciones sociales y los discursos circundantes respecto a las drogas y a los consumidores, así como también la estrecha relación con el ámbito judicial, se quiera o no, inciden directamente en la práctica del psicólogo y la posición de éste en el tratamiento de rehabilitación. Ya lo dice Le Poulichet (1990) “estas circunstancias colocan a todo clínico en un límite de su práctica y de su ética” (p.46).

Las concepciones hegemónicas de salud/enfermedad trascienden el ámbito institucional, penetrando todo el tejido social. “Las palabras y, sobre todo, los conceptos que tienen un soporte institucional se van convirtiendo en la realidad de las cosas” (Flores, 1999 en Jacobo, Flores e Yrizar, 1999, p.8).

Además de los determinantes del discurso social, el psicólogo se encuentra inmerso en una institución. Al igual que el sujeto, la institución es ambivalente: por un lado provee una estructura de soporte y organización, mientras que por el otro insta prohibiciones y ejerce control entre lo posible y aquello que no está permitido hacer (Castaño, 2009). La institución establece un campo de acción y tiende hacia la

homogenización de sus elementos, por lo que aquellos atisbos de resistencia a los mandatos institucionales buscarán ser neutralizados, generando a veces malestar entre sus miembros.

En tal sentido se puede concebir la institución, y los procesos que se dan en ella, como una constante dialéctica y tensión entre los elementos establecidos (instituidos) y aquellos emergentes (instituyentes) (Boscolo, 2008). Esta concepción de la institución se aleja de una estructura inmutable, por el contrario, implica cierto dinamismo e interacción entre los elementos normados y manifiestos y aquellos latentes que vienen a cuestionar el estatuto dominante. Sin embargo, la institución busca siempre la homeostasis por lo que los elementos desestabilizadores o instituyentes tenderán a ser absorbidos.

En este contexto, resulta complejo desprenderse de los mandatos institucionales y de los significantes y concepciones que se han configurado alrededor de la noción de “droga” y “adicto”. El trabajo psicoterapéutico se inicia desde dicha base socio-cultural. En el lenguaje de los teóricos institucionalistas, se podría decir que no es posible de entrada traspasar lo instituido. El propio sustrato teórico y metodológico del psicólogo, si bien instituye en la institución, ya es un instituido. “El poder en una institución es ejercido con la complicidad de quienes lo padecen” (Foladori, 2005 citado en Holloway, 2007).

No hay posibilidad en estos marcos de ejercicio profesional que no implique un accionar de compromiso con el sistema imperante. Las pretensiones de una práctica, comprometida, crítica y hasta en el decir de algunos “revolucionaria” a través del ejercicio del psicólogo en cualquiera de sus áreas profesionales siguen el modelo de la ilusión (Foladori, 2005, p.24)

Esta mirada refleja la posición imposible a la que se ve enfrentado el psicólogo en su labor. Imposible en cuanto no puede abstraerse completamente de la normativa institucional –contribuyendo en ocasiones a perpetuarla- y tampoco puede abolir los discursos circundantes en la sociedad. Se quiera o no, éstos ya se encuentran incorporados tanto en los consumidores como en los propios psicólogos.

Entonces, el alcance de esta situación imposible en la que el psicólogo se encuentra, cubre toda la dimensión institucionalizada del mismo, esto es, la de un funcionario desprovisto de espacios y herramientas aptas para subvertir la institución desde su interior, desde su posición de instituido. No es casual que los enfoques

alternativos, de reducción de daños, surjan desde las organizaciones no gubernamentales, lejos del sistema oficial de salud.

Sin embargo, esto deja fuera dos dimensiones que pueden ser tenidas en cuenta por su potencial reflexivo y transformador: la dimensión transferencial y la dimensión académica. Desde esta última, lo que se pretende es facilitar los espacios de reflexión en cuanto a la propia práctica que se está desarrollando. Ello con la idea de no naturalizar los discursos que atraviesan la labor psicoterapéutica e incorporar todos aquellos elementos que vayan en pos de la subjetivación del paciente y una eventual cura.

Entonces, y a pesar de estar inmerso en una institución, lo que lo insta a seguir ciertos cánones y procedimientos, en el ejercicio mismo de su práctica el psicólogo cuenta con un espacio mínimo de discrecionalidad en el cual sí puede decidir. Desde el mismo sistema al que está adscrito puede adecuar los mandatos institucionales.

En este sentido el espacio de psicoterapia parece ser más flexible que las otras instancias que componen el tratamiento (psicoeducativas, prevención de recaídas con técnicas conductuales, terapia ocupacional y de reinserción sociolaboral, etc.). La relación transferencial escapa al control institucional directo. Por lo tanto puede ser el espacio donde el sujeto emerja y pueda manifestarse sin las coacciones impuestas desde el resto de la institución.

Una postura flexible permitiría conjugar las demandas institucionales con las necesidades del paciente, respetando los tiempos psíquicos de éste, en aras de su subjetivación. La idea es no forzarlo a un resultado eficiente de abstinencia para satisfacer las demandas institucionales.

Como decía Foucault (2005), "...donde hay poder hay resistencia" (p.100). Ese mismo discurso que impone una lógica de poder puede ser reutilizado y maniobrado como contrapoder o "*antidisciplina*" -en términos de Certeau (1996)-. Si bien no se cambiarán las políticas de drogas de Chile desde un Centro Comunitario de Salud Mental, sí se puede a través de la práctica cotidiana generar "*microrresistencias*", metaforizar el orden instituido y hacerlo funcionar en otro registro (Certeau, 1996). En este espacio instituido es posible fundar un instituyente, siendo en definitiva este diálogo lo que dota de dinamismo a la institución y le permite no esclerosarse.

Dicha reflexión, más que instalar una práctica concreta o una técnica en sí, apunta hacia un cambio de mirada. La idea es dar cabida a paradigmas alternativos para el abordaje de las drogas, como por ejemplo el de la reducción de daños.

XIII. Hacia una nueva mirada: reducción de daños

*El sujeto surge de la palabra, ser hablante, ser hablado, hablante ser
Laurent, 2000, p.138*

El modelo de reducción de daños, que ha ido tomando fuerza en las últimas décadas a raíz de la propagación del SIDA en los usuarios de drogas inyectables, se caracteriza por ser un enfoque pragmático. Ello en el sentido que establece una jerarquía de objetivos y las respectivas etapas para su consecución, partiendo desde los más realistas e inmediatos para reducir los riesgos del consumo, aspirando a un consumo libre de riesgos o la abstinencia, según sea el caso. Este enfoque busca garantizar a todos el acceso a la información y prevención, y la atención en los servicios de salud, con el fin de minimizar los costos que traen aparejados la penalización del consumo (Inchaurreaga, 2001).

Al no aspirar a una sociedad libre de drogas, se acepta el consumo como una decisión y elección del sujeto y como tal no es juzgada, respetándose los derechos del usuario. Por lo tanto, se constituye como una alternativa ante el actual modelo prohibicionista en el que abundan las presunciones morales y el acoso penal.

También se erige como alternativa al modelo de enfermedad que sustenta, en conjunto con el modelo moralista-criminalista, los programas de tratamiento y rehabilitación. Se tiene un paradigma cuya utopía es un *“mundo libre de drogas”* y un *“mundo abstinentes”*, o si se prefiere un modelo que apunta tanto a la reducción de la oferta como de la demanda. Como sea, el centro de atención es el consumidor y, de una manera más global, se aboga por la reducción del consumo.

En el modelo de reducción de daños el foco ya no es el consumo sino los efectos de éste, los que son considerados en términos de utilidad/daño para el consumidor. Entonces se deja a un lado la condena al consumidor y los ideales absolutos. Nuevamente prima lo pragmático.

Otra ventaja que presenta este modelo sería que, al considerar el consumo como una práctica a conciencia y voluntad, reconoce más responsabilidad del sujeto en cuanto a sus actos. El consumidor deja de ser visto como un niño al que hay que cuidar o un ser carente de voluntad que está esclavizado por la droga. Por el contrario, es una persona que puede elegir y, por consiguiente, el sistema de salud debe brindarle opciones.

El modelo de reducción de daños y sus intervenciones se dirigen al sujeto, intentando abrir espacios diferentes, interrogantes y saberes que generen otros lugares para este sujeto y no un único objeto. Ofrece un espacio a la palabra del sujeto drogadependiente, a la factibilidad de poner en serie su actuar y articularlo con los riesgos y pérdidas a los que se expone, a la incorporación de una pregunta sobre su salud y sus afectos, a reparar en sus posibilidades, elecciones, y apela a la responsabilidad conferida en tanto sujeto (Lomónaco, 2001 en Inchaurreaga, 2001, p. 192).

Por otra parte, la evidencia avala que los programas en los que se exige la abstinencia, o también conocidos como libres de drogas, muestran menor adherencia al tratamiento (21% abandonaban el programa en una semana o menos y un 36% en un mes o menos) que aquellos en los que se implementa una estrategia de reducción de daños (CONACE, 2007).

Pese a dicha evidencia los servicios de salud siguen supeditados a la política del Ministerio del Interior la que –como se ha descrito a lo largo de esta memoria- sería incompatible con aceptar un consumo controlado de drogas. Como el consumo es un delito, no se puede permitir un consumo moderado, sería como quebrantar parcialmente la ley.

Desde la oficialidad, incluyendo el Ministerio del Interior, se cree que al adoptar este enfoque más permisivo, el consumo de drogas aumentaría. Por lo mismo no es un paradigma que circule en el sistema oficial de salud, sino que es promovido desde otras esferas, como las Organizaciones No Gubernamentales. De hecho se ha evidenciado “La falta de acceso a documentación que permita conocer los elementos básicos del paradigma de reducción de daños” (Quiroga y Villatoro, 2003, p.16).

La misma creencia de un aumento indiscriminado del consumo se asocia a la legalización de las sustancias. Sin embargo, hay experiencia empírica que demuestra que esas aprehensiones no son efectivas. El caso más paradigmático es Holanda que con más de veinte años de venta legal de haschisch y marihuana no ha constatado un incremento entre sus consumidores, al contrario, éstos han descendido levemente. Lo anterior combinado con una actitud más permisiva hacia otras drogas los ha posicionado con el menor porcentaje de adictos extremadamente problemáticos a nivel europeo (Escohotado c, 1998).

Sin embargo la realidad epidemiológica chilena es distinta a la de los países europeos. Mientras allá prima el consumo de drogas inyectables, acá la droga que representa mayores problemas sanitarios es la pasta base de cocaína. Dicha sustancia es altamente adictiva por lo que un consumo controlado de la misma sería más complejo y aún no existe evidencia de experiencias chilenas de reducción de daños para este tipo de consumo. Aun así se podrían implementar medidas que hicieran del consumo algo más seguro, por ejemplo velar porque las “*pipas*” se mantuvieran en condiciones básicas de higiene y no se compartieran para evitar así el contagio de hepatitis u otras infecciones.

Algunas experiencias sobre esta posible solución, han sido desarrolladas en Bolivia por el Dr. Jorge Hurtado(45), quien ha suministrado hojas de coca para “mascado” a dependientes de clorhidrato de cocaína y/o pasta básica que asisten a su consulta, y por Labigalini (46) en Brasil, quienes suministraron marihuana a abusadores de cocaína intravenosa y de crack, logrando resultados interesantes (Castaño, 2000)

Conclusiones

Como se ha logrado apreciar, a partir de la política prohibicionista que inició Estados Unidos y que se expandió por todo el mundo, se ha ido configurando alrededor de la noción de droga y drogadicto un complejo entramado de significantes que encarnan y engloban todo lo amenazante y despreciable a la vez.

La doble categorización de enfermo y delincuente que recaerá sobre el consumidor de drogas dará pie a un despliegue disciplinario que se irá esparciendo en las distintas esferas de la sociedad, principalmente en las instituciones judiciales y médicas. De este modo, la *“guerra contra las drogas”* hábilmente ha instrumentalizado a la ciencia y la medicina para elevar a la categoría de dogma el carácter intrínsecamente nocivo de las drogas, o como algunos prefieren simplificar, *“LA DROGA”*.

Para cumplir con dicho objetivo, además tiene a su servicio los medios de comunicación masiva que, a través de curiosas propagandas –tales como *“vuelve a ser inteligente”* sugiriendo la falta de inteligencia de los consumidores de marihuana-, en vez de otorgar información clara y con fundamentación científica verídica, sólo ha contribuido a formar *“farmacomitologías contraproducentes”* (Escohotado, 1998c, p. 364).

Es en este contexto que se han generado las políticas públicas que pretenden controlar el fenómeno de la drogadicción en Chile. Tras el análisis del marco legal que rige dichas políticas y las estrategias implementadas por el Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), se ha logrado evidenciar que éstas se enmarcan dentro de un enfoque prohibicionista, lo que implica la implementación de un control sanitario-penal.

Dentro del ámbito sanitario -foco del presente trabajo- el principal objetivo es lograr la abstinencia del sujeto, encauzar al adicto y reinsertarlo en la cadena productiva (como por ejemplo el programa *“Abriendo Puertas”* de reinserción socio-ocupacional). Bajo esta noción adaptacionista se construye el ideal de tratamiento.

En cuanto a la implementación de las políticas públicas en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí se observó que éstas son replicadas casi en su totalidad, por lo menos en el ámbito formal. Lo anterior puede deberse a la constante fiscalización que recibe el centro por parte del SENDA. Aun así se evidenciaron ciertas contradicciones entre el reglamento oficial y lo que realmente se hacía. Los aspectos más discordantes tenían que ver con la imposición de la lógica de seguridad pública (Ministerio del Interior) al ámbito sanitario.

Cabe destacar el lugar central que ocupa la abstinencia tanto en el desarrollo de las políticas como en la estructuración del tratamiento. En el COSAM de Conchalí no se evidenció mayor cuestionamiento, por parte de los tratantes, al hecho de que la abstinencia se erija como hilo conductor del tratamiento. Ello a pesar de que se constató cómo su imposición interfiere, en ocasiones, con el espacio de psicoterapia individual.

La adicción, y el abordaje que de ésta se hace, está en una región más cercana a la empresa moral que a la labor psicoterapéutica. Hay una reeducación del individuo y un sometimiento del mismo a través de los controles que se ejercen directamente sobre su cuerpo y mediante el discurso que se le impone, relegando cualquier atisbo de subjetivación.

Lo anterior se condice con la creciente patologización de la sociedad a la que se está asistiendo. Toda conducta con ribetes desviacionistas, que pueda expresar un malestar social, caerá en lo patológico y se relegará al ámbito de lo individual para ser objeto de tratamiento, despojándola así de su talante político y social.

En este escenario, qué posición adopta el psicólogo. ¿Reproduce el discurso hegemónico y se erige como figura de autoridad y control, "...como el modesto funcionario de la ortopedia moral" (Foucault, 2002, p.18), o bien se desprende de los juicios valóricos que condenan al adicto para propiciar su emergencia como sujeto, sin imponerle un ideal, reconociendo en éste su voluntad y capacidad de elección?

La clínica de las toxicomanías, más allá de tener la particularidad de traer un cuerpo interferido por los efectos de las sustancias, podría desprenderse de la especificidad que el discurso hegemónico le ha adosado; un discurso estigmatizador y moralista. Si finalmente de lo que se trata es que el paciente se haga cargo y se responsabilice por su padecer y accionar, lo que puede extrapolarse para otras prácticas clínicas, independiente de la problemática que traigan a su haber.

Si bien hay que reconocer que la propensión creciente a concebir a los consumidores de droga como enfermos es una evolución respecto a la calificación de delincuentes y viciosos, no hay que desconocer el uso represivo que tiene también el concepto de enfermedad. Al ser una noción objetiva, establecida desde la autoridad médica, relega al sujeto sin importar lo que éste tenga que decir de su propia práctica, infantilizándolo. Por supuesto que es mucho más humanitario y progresista curar que enjuiciar y reprimir. Si así se considera entonces, sería deseable no replicar las mismas praxis coactivas ni de control social como extensión del sistema judicial.

Las políticas de salud mental, como se ha visto, reproducen la doctrina impartida por los gobiernos y suelen cristalizarse en sus prácticas, generando una brecha entre lo que el sujeto demanda y lo que la institución ofrece. De ahí la importancia que puede adquirir el rol del psicólogo y el potencial que tiene éste para reflexionar sobre dichas prácticas y ser el primer eslabón de cuestionamiento para, eventualmente, redireccionar la política pública a un nivel más macro.

Asimismo, el rol terapéutico se vería beneficiado si dejara a un lado presunciones morales que enjuician la postura y acciones del paciente. De lo contrario, si se opta por juzgarlo, se dificulta entablar una *“relación terapéutica”* o una transferencia positiva. En el ejercicio clínico mismo debería propiciarse la emergencia del sujeto, y no dar continuidad a un sistema que lo presiona a cambiar su forma de ser y que lo deslegitima, entorpeciendo la posibilidad de un devenir terapéutico.

Sería deseable dejar de estructurar la clínica en base a objetivos prefijados y actuar acorde a las necesidades de cada sujeto, lo que se condice mayormente con un modelo de reducción de daños. Constituiría también un avance despojarse del discurso drogocéntrico que promueve la política prohibicionista, “no son las drogas sino las prohibiciones que pesan sobre ellas las causas de su uso desinformado, irresponsable, autoindulgente y personal y socialmente destructivo” (Szasz, 1993, p.205). Es esencial restituir el lugar de la voluntad en la problemática de drogas, dejar de pensar la adicción con un fenómeno estrictamente mecánico.

Todos estos cuestionamientos, a la normativa vigente que rige el tratamiento de rehabilitación, han surgido como un ejercicio reflexivo a posteriori y desde la posición de practicante. Como ya se mencionó dicho lugar favorece una mirada crítica, la que puede verse interferida en los profesionales de la salud dado su implicación en la institución. De esta manera, la posición del psicólogo se complejiza.

La lógica de la institución tenderá siempre a la preservación de la misma. En tal sentido a los elementos que vengán a cuestionar sus prácticas buscará neutralizarlos. En esta dialéctica institucional puede verse entrampado el psicólogo. Aun así éste puede interrogar los designios institucionales y no naturalizar los discursos que comandan la política de tratamiento, instalando así una fisura que pudiese dar cabida a un instituyente.

Como se vio, un paradigma alternativo a la política prohibicionista es el de la reducción de daño. Se considera que este modelo es beneficioso ya que, al no aspirar a la utopía de un mundo libre de drogas, acepta el consumo como una decisión a voluntad por cuanto no debe ser juzgada. Ya no se trata de imponerle una cura al sujeto, sino que

se evalúan los efectos del consumo en términos de utilidad o daño para el consumidor, tratándose de mitigar los efectos nocivos para éste.

El modelo de reducción de daños da cabida a la responsabilidad del sujeto, alejándolo de la posición de víctima o enfermo en que lo sitúan los otros enfoques. Cuando el Estado pretende inmiscuirse e incidir en los aspectos más triviales de la vida cotidiana, censurando y normando, infantiliza a su población, lo que puede resultar bastante ventajoso cuando lo que se quiere es administrar y gestionar la vida y los cuerpos de ésta, instaurándose como una biopolítica.

La salud pública no consiste en cuidar a los ciudadanos como un mulero cuida de sus acémilas, o un demiurgo de sus criaturas, sino en asegurarse de que pueden existir como tales ciudadanos, usando su propio entendimiento. Dicha premisa aconseja poner a su alcance *todos* los recursos conducentes a la máxima autonomía, y entre ellos <<medicamentos>> (Escohotado b, 1998, p. 21).

Una alternativa al actual panorama sería la legalización, que está lejos de ser una opción viable para los actuales gobiernos, ya que suele estar estigmatizada. Se acostumbra señalar que la legalización aumentaría el número de personas dispuesta a adquirir drogas. Sin embargo, experiencias internacionales han demostrado que lo que podría aumentar serían los niveles de consumo en el círculo de los actuales consumidores, quienes comenzarían a privilegiar la calidad por la cantidad.

Con la legalización y eventual reglamentación, el Estado podría recaudar considerables tributos, los cuales a su vez se podrían destinar a planes de prevención y educación. Otro eventual beneficio sería que, al estar reglamentada la venta de sustancias, se dejaría de vender productos alterados y altamente tóxicos.

Al constituirse la venta de sustancias como una economía legal, se podrían llevar registros más exhaustivos de los consumidores problemáticos, lo que permitiría rediseñar y perfeccionar las políticas de prevención y rehabilitación. También se lograrían reducir gastos en materia judicial y seguridad. Decaerían además los niveles de corrupción.

En definitiva los beneficios serían múltiples, pero mientras siga comandando la política prohibicionista a nivel mundial es difícil que Chile se desmarque de ésta. Gran debate ha suscitado la propuesta de despenalización del consumo de marihuana que han impulsado los legisladores Fulvio Rossi y Ricardo Lagos Weber, dejando en evidencia la gran masa de detractores para dicha alternativa además de la falta de información clara al

respecto que permita formarse un juicio consistente. Siguen primando los factores políticos y económicos por sobre los de salubridad.

Por lo pronto es manifiesta la necesidad de separar el consumo del tráfico, lo que implicaría modificar la ley penal vigente, donde se tipifica el consumo como una falta. Una alternativa sería utilizar reglamentos civiles o municipales que custodiasen el bien común en espacios públicos, como ya se ha implementado en varios países. La no penalización del consumo no implica una desregulación del mismo (Catalán, 1999 en UDP, 1999).

En cuanto a las implicancias de la presente investigación, se espera que ésta aporte al espacio de reflexión para quienes trabajen en el sector salud con la problemática del uso de drogas. Ello con miras a interrogarse por el modelo de trabajo e intervención y dar cuenta del sentido que éste tiene, así como también los efectos del mismo. En definitiva de lo que se trata es de instaurar un espacio de pregunta por la propia praxis en vez de entregar respuestas a priori y naturalizar el actual esquema de rehabilitación.

Aun así, los alcances del análisis y la crítica al esquema actual son limitados ya que mientras se mantenga el marco legal vigente no hay posibilidades de implementar un modelo de reducción de daños, al menos de manera oficial.

Por otra parte la presente investigación surge desde un espacio y realidad acotada por lo que se evidencia la necesidad de indagar en otros espacios terapéuticos para poder así extrapolar los hallazgos con mayor consistencia. De todos modos el análisis de las políticas públicas a nivel macro constituye una base para nuevas investigaciones en otros centros de rehabilitación.

Se sugiere, entonces, para futuras investigaciones abordar esta problemática desde distintos Centros comunitarios de Salud mental y dar cuenta de cómo operan allí las políticas públicas de tratamiento y rehabilitación. Sería relevante investigar también respecto a la visión de los propios usuarios de los programas de rehabilitación sobre la pertinencia de estos y la utilidad que ellos le confieren.

Del mismo modo sería interesante ahondar en los modelos de reducción de daños y ver cómo los trabajos que ya se están realizando en las organizaciones no gubernamentales podrían aplicarse al sistema público de salud. Mientras tanto, “el cuerpo se repara. Se educa. Hasta se fabrica” (Certeau, 1996, p. 158).

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª versión (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Becerra, M. (s.f). De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872 – 1954. Extraído el 14 de Julio de 2011 desde http://www.biopolitica.cl/docs/publi_bio/Mauricio_Becerra_psicosis_toxica.pdf

Boscolo, L. (2008). La institución: la ruptura del estereotipo en un contexto institucional público. Centro de estudios e investigaciones José Bleger, Rimini Escuela de Prevención, Psicoanálisis operativo, concepción operativa de grupo. Extraído el 29 de Julio de 2012 desde http://www.psicologiagrupal.cl/escuela/index.php?option=com_content&view=article&id=289:la-institucion-la-ruptura-del-estereotipo-en-un-contexto-institucional-publico-loredana-boscolo&catid=43:articulos&Itemid=69

Boville, B. (2000). *La guerra de la cocaína*. Madrid: Debate.

Blasco, J., Carrasco, E., Diddia-Attas, J. y Martínez-Raga, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20, 365-376. Extraído el 8 de Septiembre de 2011 desde <http://www.adicciones.es/files/blasco.pdf>

Caleta Sur, Corporación programas de atención para drogadictos (1999). *Análisis políticas en drogas: Chile 1993-1998*. Santiago: Caleta Sur.

Callejo, E. (2006). *Seminario entrevista motivacional*. Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. Valladolid. Extraído el 7 de Agosto de 2011 desde http://www.aepap.org/apapcyl/entrevista_motivacional.pdf

Castaño, A. (2009). *Los malestares en nuestra institución*. Trabajo presentado en XXXI Simposio Anual «El analista frente al malestar» Vicisitudes de la clínica y de lo social e institucional, Noviembre, Buenos Aires. Extraído el 12 de Agosto de 2012 desde http://www.apdeba.org/images/stories/Ana/SIMPOSIO/libro_simposio_final_web2.pdf#page=48

Castaño, G. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*, 12, 541-550. Extraído el 12 de Agosto de 2012 desde http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Cocaina/Articulos/Cocainas_en_latinoamerica.pdf

Catalán, M. (1999). Reducción de daños. En UDP, Programa Cono- Sur (comp.), *Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas* (pp. 129-168). Santiago: Universidad Diego Portales.

Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano: 1 artes de hacer*. México: Universidad Iberoamericana.

CONACE (2004a). *Diagnóstico, tratamiento y alianza terapéutica, programa de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación de personas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras sustancias estupefacientes o psicotrópicos*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.

CONACE (2004b). *Evaluación de proceso y resultado de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas en instituciones en convenio con CONACE-FONASA-MINSAL*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago. Extraído el 1 de Junio de 2011 desde www.dipres.gob.cl/574/articles-49641_doc_pdf.pdf

CONACE (2004c). *Lineamientos técnicos tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.

CONACE (2007). *Experiencia chilena en evaluación de programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago. Extraído el 12 de Junio de 2011 desde http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/main_spa.asp/fs/view/tucuman/lecturas-importantes/grupo-b/Evaluaci%C3%B3n_de_Programas_de_Tratamiento_Chile.pdf

CONACE (2007b). *Orientaciones Técnicas Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.

CONACE (2008). *Glosario de drogas*. . Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago. Extraído el 3 de Mayo de 2011 desde <http://www.bibliodrogas.cl/~bdrogas/bibliodrogas//documentos/glosario%20version%20final.pdf>

CONACE (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago. Extraído el 26 de Mayo de 2011 desde http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/eng/National%20Plans/Chile%202009-2018.pdf

CONACE (2010). *Cuenta pública 2006-2010*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.

CONACE (2011a). *Antecedentes diagnóstico comunal de consumo y tráfico de drogas CONACE Previene Conchalí*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.

CONACE (2011b). *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago. Extraído el 19 de Julio

de 2011 desde http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/05/estrategia_drogas_alcohol_2011_20141.pdf

CONACE (2011c). *Noveno estudio nacional de drogas en población general, 2010*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago. Extraído el 26 de Julio de 2011 desde <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/06/novenoestudionacional2010.pdf>

Cousiño, C. (1997). *La jaula de hierro, acerca de Max Weber*. Trabajo presentado en el ciclo "Riqueza y miseria de las formas de vida en la sociedad contemporánea", Centro de Estudios Públicos, Mayo, Santiago. Extraído el 4 de Mayo de 2011 desde www.cepchile.cl/dms/archivo_1860_739/rev71_cousino.pdf

Del Olmo, R. (1989). Drogas: distorsiones y realidades. *Nueva Sociedad*, 102, 81-93. Extraído el 13 de Agosto de 2011 desde http://www.nuso.org/upload/articulos/1780_1.pdf

Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud (2008). *Estudio carga de enfermedad y carga atribuible 2007*. Ministerio de Salud. Santiago. Extraído el 23 de Agosto de 2011 desde <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf>

De Rementería, I. (1998). El escenario internacional hechos, políticas y paradigmas. En UDP, Programa Cono- Sur (comp.), *Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas* (pp. 45-56). Santiago: Universidad Diego Portales.

De Rementería, I. (2001). Prevención en drogas: paradigma, conceptos y criterios de intervención. *Serie Políticas Sociales*, 53. Naciones Unidas. Santiago: Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Extraído el 23 de Abril de 2012 desde <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/8044/lcl1596-P.pdf>

Escohotado, A. (1998a). *Historia general de las drogas 1*. Madrid: Alianza.

Escohotado, A. (1998b). *Historia general de las drogas 2*. Madrid: Alianza.

Escohotado, A. (1998c). *Historia general de las drogas 3*. Madrid: Alianza.

Escohotado, A. (2006). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.

Fernández, M. (2005). Normo-praxis y burocracia. *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 13, 2-3. Extraído el 29 de Julio de 2012 desde <http://virtualia.eol.org.ar/013/default.asp?notas/blanco.html>

Fisher, A. (2008). Comentarios críticos a la prohibición de las drogas desde la perspectiva del construccionismo social. *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2, 63-70. Extraído el 15 de Julio de 2011 desde <http://www.intersticios.es/article/view/2713/2124>

Flores, A. (1999). El sujeto atrapado entre las redes de una dictadura significativa. En Jacobo, Flores e Yrizar, *El sujeto y su Odisea*. México: UNAM-FESI. Extraído el 9 de Junio de 2012 desde <http://www.grupometonimia.org/pdf/Sujet-Atrap-redes.pdf>

Foladori, H. (2005). El rol del psicólogo. Extraído el 8 de Julio de 2012 desde http://www.psicologiagrupal.cl/escuela/index.php?option=com_content&view=article&id=210:el-rol-del-psicologo&catid=43:articulos&Itemid=69

Foucault, M. (2001). *Los Anormales: Curso Collage de France (1974-1975)*. Madrid: Akal.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. España: Siglo XXI.

Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras completas, Vol. XII*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamiento. *Revista de Psicología, 16*, 53-77. Extraído el 3 de Julio de 2011 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26416203.pdf>

Germain, M. (2007). Elementos para una genealogía de la medicalización (segunda parte). *Revista Cátedra Paralela, 4*, 6-15. Extraído el 12 de Agosto de 2012 desde http://catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00052f001t1.pdf

Giorgi, G. y Rodríguez, F. (comp.) (2007). *Ensayos de biopolítica: Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Holloway, D. (2007). *Reflexiones críticas en torno al quehacer del psicólogo en su práctica profesional, consistente en una Intervención Psicosocial del Programa Comuna Segura, dirigida a niñas, niños y adolescentes infractores de ley, a partir de la posición de sujeto desde la que se sitúa*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile.

Lazzarato, M. (2000). Del biopoder a la biopolítica. *Multitudes*, 1. Extraído el 23 de Enero de 2012 desde <http://www.sindominio.net/arkitzean/otrascosas/lazzarato.htm#notatit>

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ley 20.000: Sustituye La Ley N°19.366 que sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Ministerio del Interior. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 16 de Febrero de 2005. Extraído el 7 de Mayo de 2011 desde <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20000&idVersion=2005-02-16>

Lobato, M. (2008). *Equipos de tratamiento del consumo problemático de drogas de la red de salud: percepciones, dificultades y desafíos ante la Ley N° 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente*. Tesis para optar al grado de Magister. Facultad de

Ciencias Sociales, Escuela de postgrado, Magister en Psicología comunitaria, Universidad de Chile.

Lomónaco, D. (2001). Sobre discursos y reducción de daños. En S. Inchaurraga (comp.), *Drogas y políticas públicas: El modelo de reducción de daños* (pp.187-193). Buenos Aires: Espacio.

López, C. (2007). *La entrada a tratamiento en sujetos que han desarrollado una adicción: una discusión desde el psicoanálisis*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Martinón, R. (2005). *La importancia de las ideas en las políticas públicas de los sistemas democráticos. El caso de la política de lucha contra las drogas*. Trabajo presentado en el VII Congreso Español de ciencia política y de la administración: democracia y buen gobierno, Septiembre, Madrid.

Miller, J.A (2005). La Respuesta del Psicoanálisis a las Terapias Cognitivo Conductuales. Trabajo presentado en el Tercer Congreso de la New Lacanian School, Mayo, Londres. Extraído el 19 de Julio de 2012 desde <http://lacanianosarequipa.wordpress.com/2010/06/09/la-respuesta-del-psicoanalisis-a-las-terapias-cognitivo-conductuales-tcc/>

Ministerio de Salud (2007). *Guía Clínica consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años*. Ministerio de Salud: Santiago. Extraído el 29 de Junio de

2011 desde <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/GPCGes-OHyDrogas-2007-rev26junio.pdf>

Ministerio del Interior (2009). *Informe final de evaluación Programas de Prevención del Consumo de Drogas Programas de Tratamiento y Rehabilitación Programa Previene (Municipios)*. Subsecretaría del Interior. Santiago. Extraído el 4 de Junio de 2011 desde http://www.dipres.gob.cl/574/articles-49641_doc_pdf.pdf

Ministerio de Salud (2011). *Prioridad Programática*. Ministerio de Salud. Santiago. Extraído el 18 de Junio de 2011 desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6341aec55aae2e04001011f017bae.pdf>

Muñoz, E. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: los discursos de la adicción en acción. *Revista de Psicología*, 20, 25-51. Extraído el 17 de Enero de 2012 desde <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17931/18744>

Naciones Unidas. (1971). *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*. Viena. Extraído el 12 de Julio de 2011 desde http://www.incb.org/pdf/s/conv/convention_1971_es.pdf

Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. (2003). *Manual sobre tratamiento del abuso de drogas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Extraído el 29 de Septiembre de 2011 desde http://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. (2012). *Informe mundial sobre las drogas, resumen ejecutivo*. Extraído el 10 de Agosto de 2012 desde http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, 10ª versión (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Ortiz, N. y Silva, M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 903-911. Extraído el 28 de Julio de 2011 desde http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700019&lng=es&nrm=iso

Oyarzún, A. (1998). Actuaciones de la comunidad. Jóvenes: trabajo comunitario y desarrollo local. En UDP, Programa Cono- Sur (comp.), *Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas* (pp. 105-126). Santiago: Universidad Diego Portales.

Pavez, J. y Prat, A. (2006). *Análisis crítico de la Ley N°20.000*. Memoria para optar al Grado Académico de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Departamento de Ciencias Penales, Facultad de Derecho, Universidad de Chile.

Quiroga, L. y Villatoro, P. (2003). *Tecnologías de información y comunicaciones: su impacto en la política de drogas en Chile. Extracto del informe final CEPAL/CONACE.*

Santiago, Chile: CEPAL – Naciones Unidas. Extraído el 19 de Agosto de 2011 desde

Ramírez, F. (2009). SENAME ¿protección o punición? Comentarios de su acción biopolítica y disciplinaria. *SUMMA Psicológica UST, 6, 143-154.* Extraído el 8 de Enero de 2012 desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113482>

Reinaudi, M. y Tuttolomondo, K., (2001). El modelo de reducción de daños en un servicio especializado de un hospital público. En S. Inchaurraga (comp.), *Drogas y políticas públicas: El modelo de reducción de daños* (pp.125-129). Buenos Aires: Espacio.

Romaní, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones.* Barcelona: Ariel S.A.

Ruiz, F. (2009). El delito de tráfico de pequeñas cantidades de droga. Un problema concursal de la ley 20.000. *Política criminal, 4, 408-429.* Extraído el 23 de Agosto de 2011 desde

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-33992009000200004&script=sci_arttext&tlng=es

Sánchez, R. (2005). *Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria.* Memoria para optar al Título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Soto, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas ¿Posible o imposible?* Tesis para optar al título de magíster en psicología clínica de adultos. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Extraído el 30 de Agosto del 2012 desde http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-soto_c/pdfAmont/cs-soto_c.pdf

Szasz, T. (1989). Contra el Estado terapéutico: Derechos individuales y drogas. *Nueva Sociedad*, 102, 173-182. Extraído el 13 de Agosto de 2011 desde http://www.nuso.org/upload/articulos/1788_1.pdf

Szasz, T. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.

Tello, C. (2011). *Programa de tratamiento drogas COSAM Conchalí*. Corporación Municipal de Conchalí, Dirección área de salud, COSAM Conchalí. Santiago.

Torralla i Novella, L. (1998). Evolución de las políticas públicas en drogodependencias la experiencia de Barcelona. En S. Inchaurraga (comp.), *Drogas y políticas públicas: El modelo de reducción de daños* (pp. 101-116). Buenos Aires: Espacio.

Torrico, M. (2006). *La economía política del periodo democrático y neoliberal en Bolivia en el orden mundial*. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias sociales. FLACSO, D.F, México. Extraído el 14 de Agosto del 2012 desde http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/torrico_ma.pdf

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “razón psiquiátrica”. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31, 321-338. Extraído el 29 de Julio de 2012 desde <http://www.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>

Vázquez, M. (2001). Uso de drogas, ley penal y los derechos humanos. En S. Inchaurreaga (comp.), *Drogas y políticas públicas: El modelo de reducción de daños* (pp.163-177). Buenos Aires: Espacio.