



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

-SEDE ACADÉMICA ARGENTINA-

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

TÍTULO DE LA TESIS: Los significados de los territorios identitarios en los tratamientos por adicción a sustancias ilícitas (Asociación Civil del Prado, Entre Ríos, Argentina)

AUTOR: Germán Bercovich

DIRECTOR: Dra. Florencia Santi

CO DIRECTOR: Dr. Federico Abiuso

FECHA: 16 de agosto de 2022

Resumen

En el área de salud mental existe, en documentos legales y académicos de variadas partes del mundo -entre ellos las leyes de Argentina, Uruguay, Perú, Portugal, Italia, Brasil, y recomendaciones de la ONU, la OMS, y la Asociación Española de Neuropsiquiatría- una orientación con gran nivel de consenso en cuanto al diseño de los tratamientos. Esa dirección a la que apuntan estas especificaciones refiere a la conveniencia de que los pacientes realicen sus abordajes terapéuticos dentro de las mismas comunidades en donde habitan. Ninguna institución ni entidad, por otra parte, sugiere lo exactamente opuesto: que las personas sean trasladadas a otras poblaciones para poder llevar a cabo sus tratamientos. En este sentido, la presente tesis apunta a generar una pregunta concreta sobre un grupo particular de los pacientes de salud mental: los adictos a sustancias ilícitas. Nos interesa investigar cómo ellos significan sus territorios identitarios, y cómo esos significados inciden en sus tratamientos. Nos valdremos para ello del concepto de territorio tomado en su perspectiva simbólico-cultural, y especialmente consideraremos una mirada multi esalar. Ésta última explica que el vínculo entre los individuos y grupos, por un lado, y sus territorios por otro, se desarrolla en diferentes escalas. Cuanto más cercano al sujeto y su colectivo es el espacio (la casa, la familia, el barrio pueden ser ejemplos de cercanía) más identitario será ese territorio; se da aquí un interjuego en el cual la identidad de la o las personas configura el territorio, y viceversa. Desarrollamos el trabajo de campo en la Asociación Civil Del Prado, una comunidad terapéutica de Concepción del Uruguay que por su ubicación recibe a pacientes de otras localidades. Con miras a aproximarme a la pregunta-problema de investigación, me basé en el modo de abordaje cualitativo, centrándome en una estrategia de investigación en particular, la Teoría Fundamentada. Mediante la producción y análisis de categorías, intenté reconstruir cómo los pacientes significaban sus territorios identitarios, aplicando luego los procedimientos del método de comparación constante a los testimonios obtenidos, que son en definitiva el insumo más valioso de este trabajo.

Summary

In the area of mental health there is, in legal and academic documents from various parts of the world -including the laws of Argentina, Uruguay, Perú, Portugal, Italy, Brazil, recommendations those of the UN, WHO, and the Spanish Association of Neuropsychiatry- an orientation with high level of consensus regarding the design of treatments. This direction to which these specifications point refers to the convenience of patients carrying out their therapeutic approaches within the same communities where they live. No institution or entity, on the other hand, suggests the exact opposite: that people will be transferred to other populations to be able to carry out their treatments. In this sense, this thesis aims to generate a specific question about a particular group of mental health patients: those addicted to illicit substances. We are interested in investigating how they signify their identity territories, and how these meanings affect their treatments. For this, we will use the concept of territory taken from its symbolic-cultural perspective, and especially we will consider a multi-scalar perspective. The latter explains that the link between individuals and groups on the one hand, and their territories, for another, develops on different scales. The closer the space is to the subject and his group (the house, the family, the neighbourhood can be examples of closeness) the more identity that territory will be; here, there is an interplay in which the identity of the person or people configures the territory, and viceversa. We developed the field work in the Del Prado Civil Association, a therapeutic community in Concepción del Uruguay that, due to its location, receives patients from other localities. In order to approach the research question-problem, I relied on the qualitative approach, focusing on a particular research strategy, the Grounded Theory. Through the production and analysis of categories, I tried to reconstruct how the patients meant their identify territories, then applying the procedures of the constant comparison method to the testimonies obtained, which are ultimately the most valuable input in this thesis.

Key Words: Addictions - Treatments - Identify territories

Resumo

Na área de saúde mental existe, em documentos legais e acadêmicos de variadas partes do mundo –entre eles as leis da Argentina, do Uruguai, do Peru, de Portugal, da Itália, do Brasil, e recomendações da ONU, da OMS, e da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria- uma orientação com grande nível de consenso conforme ao desenho dos tratamentos. Essa direção na que apontam estas especificações refere à conveniência de que os pacientes realizem suas abordagens terapêuticas dentro das mesmas comunidades onde moram. Nenhuma instituição nem entidade, por outra parte, sugere o exatamente oposto: que as pessoas sejam deslocadas a outras populações para poder levar a cabo seus tratamentos. Em este sentido, a presente tese aponta a gerar uma pergunta concreta sobre um grupo particular dos pacientes de saúde mental: os viciados a substâncias ilícitas. Interessa-nos investigar como eles significam seus territórios de identidade, e como esses significados incidem em seus tratamentos. Valer-nos-emos para isso do conceito de território tomado em sua perspectiva simbólico-cultural, e especialmente consideraremos una mirada multi-escalar. Esta última explica que o vínculo entre os indivíduos e grupos, por um lado, e seus territórios por outro, se desenvolve em diferentes escalas. Quanto mais próximo ao sujeito e seu coletivo no espaço (a casa, a família, o bairro podem ser exemplos de cercania) mais de identidade será esse território; dá-se aqui um entre-jogo no qual a identidade da pessoa ou das pessoas configura o território, e vice-versa. Desenvolvemos o trabalho de campo na Asociación Civil Del Prado, uma comunidade terapêutica de Concepción del Uruguay que por sua localização recebe pacientes de outras localidades. Com o olhar a aproximar-me à pergunta-problema de pesquisa, me baseei no modo de abordagem qualitativo, centrando-me em uma estratégia de investigação em particular, a Teoria Fundamentada. A través da produção e análises de categorias, tentei reconstruir como os pacientes significavam seus territórios de

identidade, aplicando logo os procedimentos do método de comparação constante aos depoimentos obtidos, que são em definitiva o insumo de mais valor deste trabalho.

Palabras clave: Vícios- Tratamentos- Territórios de identidade

ÍNDICE

Cómo recorrer este trabajo.....	3
--	----------

PARTE 1: En tránsito hacia los territorios identitarios

Capítulo 1. Introducción.....	5
-------------------------------	---

1.1 Tema y Pregunta problema.....	6
-----------------------------------	---

1.2 Hipótesis y objetivos.....	12
--------------------------------	----

1.3. Estrategia Metodológica

1.3.1 ¿Quiénes y dónde?.....	13
------------------------------	----

1.3.2 El instrumento de registro.....	16
---------------------------------------	----

1.3.3 Método de comparación constante.....	18
--	----

1.4 Marco Teórico

1.4.1 Los pacientes y las adicciones.....	22
---	----

1.4.2 El Territorio.....	25
--------------------------	----

1.4.3 Consideraciones generales sobre el concepto.....	26
--	----

1.4.4 El territorio cultural.....	29
-----------------------------------	----

1.4.5 Los territorios identitarios.....	36
---	----

1.5 Antecedentes del tema.....	41
--------------------------------	----

Capítulo 2. Relevancia de este trabajo. El problema de las adicciones.....	49
--	----

2.1 La incidencia de las adicciones en la salud.....	51
--	----

2.2 La incidencia de las adicciones en el gasto público.....	67
--	----

Capítulo 3. Pacientes en sus territorios identitarios: una respuesta a la historia de los tratamientos por salud mental.....	70
--	----

3.1 El encierro, los tratamientos, y la estigmatización.....	72
Capítulo 4. Algunas conclusiones parciales.....	100
PARTE 2: Los territorios identitarios de esta tesis	
Capítulo 1. Los testimonios	
1.1 Nuestros entrevistados: Adicciones y vulnerabilidad social	103
Capítulo 2. Codificación de los testimonios	
2.1 Codificación abierta.....	109
2.2 Codificación axial.....	142
Capítulo 3. Significados de los territorios identitarios	
3.1 Los significados del territorio identitario familiar.....	170
3.2 Conclusiones sobre los significados del territorio identitario familiar.....	198
3.3 Los significados del territorio identitario de la casa.....	201
3.4 Conclusiones sobre los significados del territorio identitario de la casa (y comparación con el territorio familiar).....	213
3.5 Los significados del territorio identitario del barrio.....	217
3.6 Conclusiones sobre los significados del territorio identitario del barrio (y comparación con los territorios familiar y de la casa).....	230
CONCLUSIONES.....	234
BIBLIOGRAFÍA.....	240
ANEXO: Dictamen del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (UNER)	

Cómo recorrer este trabajo

Decidimos organizar los contenidos de esta tesis en dos partes. La Parte 1 incluye la explicitación de los aspectos teóricos y metodológicos necesarios para comprender nuestro punto de vista y la forma en la cual se estudiarán los resultados del trabajo de campo. Esperamos que el recorrido por los capítulos dedicados a explicar y circunscribir nuestro problema de investigación resulte claro, se encontrará allí el sustento bibliográfico y teórico que sirve de apoyatura para el desarrollo posterior. En este punto, resulta de especial interés la exposición sobre una especie de derrame del concepto de territorio desde una amplitud máxima a una más puntual sobre la cual vamos a trabajar en la Parte 2. Queremos decir con ello, que desde la noción de territorio pasaremos a la de territorio cultural, y de allí a la de territorio identitario. El cabal entendimiento de esta escala descendente es sustancial para nuestro trabajo.

Los capítulos 2 y 3 de la Parte 1 nos parecen especialmente convocantes. El primero de ellos pareciera desbordar de actualidad, y el segundo provenir de un pasado ya superado. La impresión citada sobre “Relevancia de este trabajo: El problema de las adicciones” puede ser acertada, ya que quisimos plasmar allí algunas dificultades fundamentales que traen las adicciones en el presente, tanto para individuos como para sociedades. En “Pacientes en sus territorios identitarios: una respuesta a la historia de los tratamientos por Salud Mental” el objetivo fue mostrar por qué se pide un enfoque más humanitario para los tratamientos de esta área de la salud. Para ello, era necesario buscar en paradigmas, personajes, y escenas del pasado. El resultado de esa intención fue la descripción de un panorama de exclusión, castigo y encierro que sobrevive aún, quizás no en los tratamientos -o no con en la proporción mayoritaria de aquellos siglos- pero sí en algo de la circulación social y familiar de los adictos. La Parte 1 cuenta con un capítulo sobre conclusiones relativas a su desarrollo, donde se resaltan los aspectos fundamentales que permitirán traspasar la frontera hacia la Parte 2 de una manera más confiable.

La Parte 2 muestra el trabajo de codificación de los testimonios obtenidos a partir de las entrevistas, y el análisis comparativo de las categorías. Para esto último, como señalamos, resulta esencial contar con los conocimientos que nos brinda la Parte 1, que no sólo son sobre conceptos teóricos puntuales. Lo que decimos es que debemos leer las palabras de nuestros entrevistados a la luz de la posición que ocupan en su vulnerabilidad múltiple -para ello está también el capítulo sobre vulnerabilidad social y adicciones, de esta Parte 2- y en su posición histórica como sujetos sociales. En cada uno de ellos habla un representante del aislamiento y el estigma.

El capítulo sobre los significados de los territorios identitarios contiene tres apartados, cada uno con sus conclusiones. En ellos se podrá encontrar una minuciosa actividad comparativa entre categorías que va hacia adentro de cada uno de los territorios, y que a partir del segundo apartado vincula también a aquellos entre sí. En este sentido, el último de esos tres apartados - “Conclusiones sobre los significados del territorio identitario del barrio (y comparación con los territorios de la casa y familiar)”- constituye una conclusión global sobre las comparaciones más sustantivas entre los significados de los territorios identitarios. Como última escala, finalmente, encontraremos el capítulo sobre lo que interpretamos como el análisis final de todo el recorrido, en donde retomamos los objetivos y la hipótesis enunciados en la Introducción de la tesis.

PARTE 1: En tránsito hacia los territorios identitarios

1. Introducción

Vamos a iniciar un recorrido que se compone, básicamente, de historias de vida. Formalmente, es un trabajo de investigación que pone un pie en las ciencias sociales y otro en el ámbito de la salud, más específicamente en la salud mental. El cuerpo físico, por así decirlo, del escrito responderá a esa formalidad. Esperamos, sin embargo, que el espíritu -la fuerza vital atrás de esa estructura- esté vinculado con subjetividades, con transmisiones de vivencias. La base que sostiene esta aspiración es que consideramos que hay un factor que ha sido subestimado en el diseño de los tratamientos por adicción a sustancias ilícitas, y es precisamente la palabra de quienes buscan ayuda. Por esto es que sólo se escucharán aquí sus testimonios, desestimando otros (familiares, profesionales, funcionarios públicos) que los hubieran diluido.

La variable ética en este tipo de investigaciones es fundamental en tanto se abordan temas sensibles y con población potencialmente vulnerable. En este sentido, dejamos constancia que este trabajo cuenta con dictamen favorable del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos (se adjunta a esta tesis, en Anexo, copia del dictamen).

Las historias que usaremos como insumo de la investigación tienen un tenor, en general, de cierto dramatismo. Este es un aspecto que no nos llama la atención, ni responde específicamente a la extracción socio económica de quienes fueron entrevistados. Numerosos estudios (entre ellos, Aguilar Bustos, 2017; Valverde Farías y otros, 2009; Sánchez Huesca, 2002) analizan los llamados *factores de riesgo* para las adicciones, entre los cuales se encuentran la tolerancia -o incluso el incentivo- al consumo dentro de los círculos familiares, la presencia de consumo de sustancias de manera cotidiana en los hogares, la existencia de

situaciones traumáticas de variada índole, la disfunción familiar, el fracaso escolar, ser víctima de abusos físicos, sexuales o psicológicos, la desocupación y la falta de proyectos personales. El concepto de *factor de riesgo* implica, en el ámbito de la salud, características o circunstancias que favorecen -en especial cuando se combinan- mayores probabilidades de padecer, desarrollar, o hallarse particularmente vulnerable a un proceso mórbido (Pita Fernández y otros, 2002; Senado Dumoy, J., 2009; Aguilar Bustos, 2017). Otro concepto que se entiende en este sentido es el de *vulnerabilidad psicosocial* (García del Castillo, 2015), un constructo que se compone de variables como el riesgo, la resiliencia y el estrés, entre otros, y que, en resumen, se entiende siempre en relación a alguna amenaza (Ruiz, 2011, citado en García del Castillo, 2015). La idea de vulnerabilidad ha sido ampliamente estudiada, y el enfoque que mejor se reflejará en los testimonios producidos en la situación de entrevista es el que vincula el rasgo a factores personales, familiares o ambientales (Santi, 2015). En todo caso, lo que queremos decir, es que encontraremos -y no casualmente- estos matices dentro de los relatos que presentaremos.

1.1 Tema y pregunta problema

Muchos de los tratamientos para adicciones a sustancias ilícitas vigentes promueven el abordaje integral del paciente, e intentan tener en consideración que las dificultades que promueven una dependencia a sustancias son de índole compleja, multidimensional (entre otros Rodríguez Aguilar, 2005; Triaca, 2000; Nizama Valladolid, 2015). Pondremos en cuestión un aspecto en particular -ya veremos cuál- de leyes y documentos de diversa índole referidos a cuál es la mejor forma de diseñar estos tratamientos que se encuentran dentro del ámbito de salud mental. Los abordajes terapéuticos destinados a personas con diversos padecimientos mentales deben estar encuadrados en regulaciones de nivel local, nacional, e internacional. La premisa para legislar sobre el tema es intentar

proteger a una población vulnerable que se enfrenta a la estigmatización, la discriminación y la marginación en todas las sociedades (OMS, 2003), con lo cual es más probable que sea objeto de violación de sus derechos.

Continuando en el sentido de la descripción de su vulnerabilidad -que incide en aquellas sugerencias que se hacen sobre sus tratamientos- agregamos que las personas con problemas de origen mental pueden, a veces, tener mermada su capacidad para decidir sobre diversos aspectos, inclusive sobre aquellos que las conciernen directamente. También, en momentos puntuales, son capaces de atentar contra su propia vida o la de los demás. En cuanto a ese tipo de riesgos, es importante aclarar que dichos eventos son esporádicos, inusuales, y que no deben por lo tanto tener un lugar central en las decisiones que se tomen sobre cómo legislar en salud mental (OMS, 2003). En este sentido, en especial en los últimos 30 años se ha desarrollado a nivel regional un movimiento que tiende a ubicar la mejor opción para estos pacientes dentro del ámbito comunitario; es decir, apuntan a que la recuperación de cada uno se lleve a cabo en ámbitos insertos en la comunidad. Más adelante volveremos sobre este punto.

Siempre en vías de reflejar algunos de las facetas vulnerables de estas personas, es importante explicitar que ellas pueden además no ser conscientes de su necesidad de ayuda. Es decir, alguien puede estar tan alterado por alguna perturbación que no ubica siquiera -o niega directamente- la posibilidad de obtener apoyo de algún tipo, ya sea profesional, afectivo, religioso, etc.

Específicamente en las adicciones a sustancias ilícitas -que es el campo dentro de la salud mental que nos interesa para esta tesis- aquellos que las padecen no poseen, en numerosos casos, conciencia de que necesitan un tratamiento. Esto configura una variable central y particular, pues llega a transformarse en principal barrera para el acceso a los espacios terapéuticos (Dols y otros, 2007). Dicha situación agrega, para la población adicta a sustancias ilícitas, una capa adicional de vulnerabilidad. Es decir, son vulnerables por la adicción, y porque no registran la necesidad de ayuda. Un estudio de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, de 2009 dio como resultado que más

del 98% de las personas adictas rechazan cualquier tipo de inserción a un esquema terapéutico (Nizama Vía y otro, 2012), otros estudios hablan directamente de ausencia absoluta de consciencia de enfermedad (Valladolid y otro, 2004). En la Argentina, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) publicó en 2017 un *Informe sobre resultados en cuanto a la demanda de tratamiento*. En él, se encontró que el 0,8% de quienes habían consumido alcohol, tabaco, o drogas ilícitas para el período estudiado habían registrado eso como un problema y consecuentemente buscado algún tipo de encuadre terapéutico (28,4% concurren a Iglesias y grupos religiosos, 23% a Alcohólicos Anónimos, y 19% a comunidades terapéuticas, entre los principales). Es decir, más de 9 de cada 10 no habían registrado ninguna dificultad en su consumo.

Podemos decir entonces que quien llega a la instancia del tratamiento es una excepción absoluta dentro de la población de interés. Y aún si ingresa a un tratamiento, eso tampoco indica que lo hace por voluntad propia. Marín Navarrete y otros (2013) explican que es poco habitual que quien llega a la situación de tratarse por su dificultad, encuentre en sí mismo ese impulso. Describen incluso que dentro de la evolución natural de la adicción es natural que se encuentre esa pobre o nula consciencia de ella. Esto lleva a que el primer ingreso a una instancia de recuperación sea una imposición que proviene desde sus círculos afectivos: son estos últimos los que se anuncian con anticipación de que el consumo de quien padece se ha vuelto disfuncional. Esto es algo que también se observará en nuestros testimonios. Esas conductas excepcionales -la de la admisión de una dificultad, y el movilizarse en pos de un apoyo externo, o bien la de conducirse sin convicción propia hacia él, pero motivado por una presión del entorno- son posiblemente resultado de un enorme esfuerzo de voluntad, que puede ser frágil en su sostenimiento. Al respecto, una investigación de la SEDRONAR (2009) encontró que los abandonos de tratamientos llegaban al 60% en las internaciones, y al 70% en los Hospitales de Día. Dentro de la cohorte abordada por el estudio, solamente el 35% estaba realizando su primer tratamiento, mientras que el 31% transitaba su segundo, y

el 34% llevaba ya dos o más intentos de superar la adicción en esos dispositivos.

Lo que queremos resaltar tanto con los datos sobre la consciencia de enfermedad como con los de los abandonos, es que el paciente adicto a sustancias ilícitas que ingresa a un tratamiento lo hace, en numerosas ocasiones, de manera dubitativa y con tendencia a desertar de él. Esta realidad debería provocar que el diseño de los tratamientos específicos para adicciones contenga el menor margen de error posible. Un tratamiento que se configura erróneamente da a la persona que acude a él un argumento adicional para abandonarlo.

A esta altura, ya es pertinente delimitar aquello que creemos que vale la pena cuestionar en lo referido a cómo construir un tratamiento para adicción a sustancias ilícitas.

En esta tesis, lo que pondremos en cuestión es una indicación con consenso mundial a nivel de salud mental, y que se encuentra expresada en diferentes documentos académicos y del ámbito legal: que los tratamientos deben hacerse en el lugar donde el paciente transcurre su vida. Para desarrollar esta discusión, nos preguntaremos:

- ¿Cómo significan los pacientes abordados a sus territorios identitarios?

- Y ¿cómo esos significados se relacionan con sus tratamientos?

Citaremos algunos de estos documentos, para que se pueda observar con una mejor perspectiva de qué hablamos cuando nos referimos a que es una sugerencia que cuenta con apoyo desde diferentes sectores:

- *Ley 180 de Italia*, de 1978, que tiene entre sus objetivos “realizar actividades dirigidas a la inclusión social del paciente, ya sea desde el

hogar del paciente o en el seno de su propio entorno ambulatorio” (Alessandrini y Di Giannantonio, 2008).

- *Declaración de Caracas, de 1990*: 3C: “Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario” (OMS, 1990)
- *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* (ONU, 1991). Principio 7: “1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive y 2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar...“.
- *Ley de Salud Mental 36 de Portugal*, de 1998: “la provisión de atención en salud mental se lleva a cabo primariamente en el nivel comunitario, a fin de evitar el desplazamiento de los pacientes de su entorno familiar” (citado en *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*, 2006, p 35).
- *Ley 10216 de Brasil*, de 2001 que contiene la “tentativa de producir cuidados en el territorio del usuario, próximos a su domicilio” (Dimenstein, 2013, párrafo 15).
- *Ley Nacional 26657 de la República Argentina*, de 2010. Artículo 30: “Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que

se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar”.

- *Declaración de Tenerife de la Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de Salud Mental*, de 2012 (Foro de Salud Mental A.E.N., 2012). Declaración 4: “Las personas con trastornos mentales deben recibir todos los servicios y prestaciones necesarios para su tratamiento, rehabilitación y reinserción social sin sufrir discriminación en relación con el resto de la población, favoreciendo siempre los procesos de recuperación en sus ámbitos naturales”.
- *Ley de Salud Mental 19529 de Uruguay*, de 2018 que en su Artículo 24 da como primera opción terapéutica “las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona”.
- *Resolución 8 del 14 de agosto de 2019, Consejo Nacional de DDHH de Brasil*. Artículo 2, Párrafo 3: “La asistencia a la salud mental debe promover ciudadanos en espacios abiertos, que estimulen y valoren la dignidad, la libertad, la autonomía, la autoestima y el consentimiento previo de las (los) usuarios (as) y sus familiares, (...) y la inserción y convivencia social y comunitaria en los propios territorios en donde viven”.
- *Ley de Salud Mental 30947 de Perú*, de 2019. Artículo 3, Inciso 9: “La atención, cuidado y tratamiento de un problema de salud mental debe tener como uno de sus objetivos la inclusión de la persona en su familia y en la comunidad a la que pertenece”.

- *Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de La Pampa*. Informe de Gestión, de 2020, página 2, hablando específicamente de los tratamientos de adicciones realiza una crítica a “las derivaciones a internaciones fuera de la provincia que implican un fuerte desarraigo, estigmatización, interrupción de proyectos de vida, trabajo, estudio”.

Desde los documentos que hemos citado, se entiende que -para los pacientes de salud mental- el conservar contacto con su mundo habitual permite mejores posibilidades de curación. La identidad de los sujetos se refleja en sus territorios y personajes cotidianos, que los contienen, y sacarlos de allí sería de mal pronóstico en cuanto a lo emocional. No hay ninguna otra forma de considerar la lógica de esta indicación. Lo decimos desde otro ángulo: no hemos hallado posición alguna que apoye el movimiento contrario, es decir, que sería terapéutico sacar a un paciente de salud mental de sus territorios más cercanos. Pensamos que, particularmente en las adicciones a sustancias ilícitas, esta es una idea que merece al menos una revisión, y eso es lo que haremos en este trabajo.

1.2 Hipótesis y Objetivos:

En diálogo con los documentos antes reseñados, la presente tesis se encuentra guiada por la siguiente hipótesis:

Los pacientes adictos a sustancias ilícitas atribuyen rasgos distintivos a sus territorios identitarios, de modo que es posible hallar en sus testimonios que aquellos territorios son significados, preponderantemente, de manera negativa.

En pos de avanzar en el desarrollo de esta investigación, y tomando en cuenta nuestro marco teórico, hemos delimitado el siguiente objetivo general:

-Explorar los significados que los pacientes atribuyen a sus territorios identitarios, y las maneras en las cuales estos territorios se relacionan con los tratamientos realizados.

Los objetivos específicos, que se encuentran contenidos en el general, han sido definidos de la siguiente manera:

-Describir los modos en que los pacientes significan sus territorios identitarios (la familia, la casa y el barrio), y la manera en la cual estos significados se relacionan actualmente con los tratamientos realizados.

-Indagar los modos en que estos significados inciden en la elección sobre los lugares seleccionados para realizar sus tratamientos.

Para abordar tales objetivos fue seleccionada una estrategia cualitativa de investigación, que detallaremos en uno de los próximos apartados.

1.3 Estrategia metodológica

1.3.1 ¿Quiénes y dónde?

Inicialmente, diremos que nuestra investigación se inscribe dentro de los abordajes cualitativos. Abiuso (2016a) destaca el carácter *multi* de éstos, en el sentido del cruce de disciplinas, paradigmas teóricos, métodos de investigación, áreas y objetos de estudio que le son inherentes. La investigación cualitativa, siguiendo al mismo autor, puede ser leída como un proceso de fases

interconectadas que contiene cinco en total, con un sujeto ubicado social y biográficamente que se involucra en cada una de ellas.

En la primera de esas fases resalta la posición del investigador que -en un nivel macro- afronta el desafío de lidiar con los conflictos inscriptos históricamente en el campo de la investigación cualitativa, mientras que en un nivel más particularizado se ocupa de la ética y política de su trabajo. La segunda fase implica al marco teórico que conduce el desarrollo investigativo. La tercera incluye el diseño de investigación, conteniendo en él a la estrategia (menciona allí entre otras a la teoría fundamentada, el estudio de casos, y las técnicas fenomenológicas). La cuarta se relaciona con los métodos de producción de datos, por ejemplo la entrevista, los métodos focales, o la observación. Finalmente la quinta fase establece la posibilidad de que la investigación cualitativa impacte en políticas determinadas, eludiendo que el saldo sea simplemente el de una recolección de datos, o una eventual publicación.

Considerando los objetivos de esta tesis -en los que nos proponemos explorar significados que impregnan los territorios identitarios de una población determinada- recurriremos a la construcción de categorías y etiquetas que den cuenta sobre esa semantización del espacio. Para ello, nos valdremos de la entrevista -como técnica para producir datos- y de la estrategia de la Teoría Fundamentada para la fase de análisis.

Abiuso (2020a) rescata el interrogante sobre quién debe ser el entrevistado, es decir, quién tiene la información importante para lo que deseamos saber. En este punto, y como hemos referido en la “Introducción”, apuntamos exclusivamente a escuchar testimonios de aquellos que se encuentran en los dispositivos terapéuticos, pues consideramos que los significados que ellos depositan en sus entornos no se han visibilizado suficientemente a la hora de diseñar los tratamientos. En este sentido, cualquier discurso adicional funcionaría como un agente contaminante de aquello que queremos rescatar de manera pura.

La presente investigación se centrará en personas adictas a sustancias ilegales que, a raíz de ello, se encuentran internadas en una comunidad terapéutica. Es decir, su padecimiento los condiciona de manera tal, que han elegido el modo de tratarse más restrictivo posible de su libertad. Los tratamientos ambulatorios suelen no tener el conflicto de la decisión sobre cuál será el territorio sede. El paciente debe ir a la institución o el consultorio en cuestión, y vuelve a su lugar de estadía cotidiana. Por lo tanto, lo habitual es que se realicen en el territorio donde la persona reside. La disyuntiva puede darse más fácilmente (y en este sentido hay posiciones decididas como la ya citada del Gobierno de La Pampa) si el dispositivo elegido es la internación, y es por ello que hemos seleccionado personas que estén llevando a cabo su tratamiento en este tipo de encuadre.

Hablaremos también del sitio que hemos elegido para llevar a cabo nuestro trabajo, que se encuentra situado en Concepción del Uruguay, Entre Ríos, y se llama Asociación Civil Del Prado. Es un sitio interesante para hacerlo sede de nuestro abordaje por distintas razones. Una es que recibe una afluencia considerable de pacientes (alrededor de 200 por año) pues funciona como un establecimiento público en cuanto a la contraprestación económica requerida; esto se debe a que trabaja con becas de la SEDRONAR. Es decir, si alguien quiere ingresar a los tratamientos que allí se ofertan -y que varían en su nivel de intensidad, pues van desde la internación hasta el control ambulatorio semanal, pasando por el Hospital de Día que es un dispositivo de 8 horas diarias- y no tiene cobertura social ni medios económicos para solventarlos de manera privada, la SEDRONAR paga por su tratamiento. Para concretar esta beca, sólo se pide un trámite sumamente simple que realiza el propio personal administrativo del efector. Esto define un tipo de población para la institución proveniente, principalmente, de sectores populares. Y de los testimonios que presentaremos observaremos además que existe en ella un costado de vulnerabilidad social y económica.

Otro motivo por el que acudimos a esta institución, más seductor para los propósitos de este trabajo, es que Del Prado constituye el único lugar con

internación específica para adicciones en toda la costa del Río Uruguay. Entre este factor y el anteriormente mencionado, la institución se transforma en sede para el tratamiento de personas que provienen de otras poblaciones. Es referencia de tres de las cuatro principales ciudades de Entre Ríos (Gualeduaychú, Concordia y Concepción del Uruguay). Actualmente, 6 de cada 10 pacientes internados de Del Prado no tienen residencia en Concepción del Uruguay.

1.3.2 El instrumento de registro

Cohen y Gómez Rojas (2019) explican que el camino que va de los hechos a los datos se compone de diversas etapas, una de las cuales es la construcción del instrumento de registro, que impactará en la forma de intervención dentro de la realidad que investigaremos. En los instrumentos de registro se pondrán de manifiesto las variables, trazando un puente de observación entre el investigador y su campo de acción. No puede reducirse por lo tanto, la consideración de ese instrumento, a una serie de preguntas que arman un punto de partida. Todo lo contrario, puede considerarse más criteriosamente como un puerto de llegada, cuyas fases previas estuvieron consolidadas con un marco teórico, objetivos, un problema y que además incluye en su forma final un concepto sobre quién es el receptor más adecuado, con su tiempo y lugar de mayor compatibilización para ser abordado. Abiuso (2020a) recomienda el uso de la entrevista cualitativa de investigación en el caso de que la intención sea ubicar el núcleo de la cuestión desde la perspectiva de los actores, determinar su perspectiva ante determinado tema. Describe, además, clasificaciones posibles dentro de las entrevistas. Según el nivel de flexibilidad en la conducción de las mismas por parte del entrevistador, divide en no directivas, semi directivas, y directivas. Tomando en cuenta el grado de espontaneidad del intercambio

verbal, clasifica en bajo, medio o alto (dando, respectivamente, lugar a formas de entrevista estructuradas, semi estructuradas, o no estructuradas).

En la presente investigación, hemos desarrollado entrevistas semi estructuradas, con un nivel medio de espontaneidad de la interacción entre ambas figuras presentes. Diseñamos nuestros encuentros usando una guía de pautas como instrumento de registro que permitió obtener pistas de la realidad de estudio que nos interesaba. Esta guía ofició, entonces, como una herramienta semi estructurada, que conlleva un estado de estructuración acompañado fundamentalmente de flexibilidad cuyas características nos habilitaron para un rol de mayor intervención (preguntar, profundizar) en el trabajo de campo. Las entrevistas fueron grabadas, y su contenido luego volcado al escrito sin edición, interpretaciones ni filtrado alguno. Cada pauta estuvo acompañada por una instancia de profundización. Este modo de interactuar con el entrevistado implica que la pauta funciona como una invitación a asociar con un tema determinado, mientras que la pauta de profundización -más específica- apunta a agotar el requerimiento de información pretendida con esa pregunta.

Nuestras pautas fueron seleccionadas de acuerdo a los objetivos de la investigación, y al marco teórico que nos acompaña. Se realizaron en total 16 entrevistas a personas adultas oriundas de Paraná, Gualeguaychú -cinco de cada ciudad-, Concordia -dos-, Colón, Ciudad de Corrientes, Barranquera (Provincia de Chaco) y San Justo (Provincia de Buenos Aires). En las entrevistas, relevamos los significados depositados en los territorios identitarios (familia, casa y barrio), es decir, aquellos más próximos a los individuos a lo largo de su historia, y constituyentes de su identidad. En las primeras pautas sobre cada ámbito, abrimos la posibilidad de que se describan libremente los sentidos asignados a cada uno. Teniendo en cuenta los factores de riesgo, profundizamos en información que podía influir tanto en la semantización de los diferentes territorios, como en el desencadenamiento del padecimiento. Dentro de los factores de riesgo habituales se encuentran diferentes formas de disfunción familiar y social, y la existencia o los antecedentes de consumo problemático en

ambos círculos, con lo cual algunas de las pautas de profundización se dirigieron a esos puntos. También nos interesó pesquisar sobre cómo a partir de lo que significaban para los pacientes los espacios y grupos más conectados con su identidad, éstos aparecían dentro de sus expectativas como lugares de protección frente al avance del consumo problemático y las recaídas. Y finalmente indagamos sobre la manera en la que imaginaban, a partir del recorrido hecho en la entrevista, un tratamiento posible dentro de su territorio identitario, tal como se sugiere de manera uniforme en documentos y leyes.

Cohen y Seid (2019) remarcan la necesidad de grillar las entrevistas como un paso central de la producción de datos cualitativos, y un inicio de su análisis. El grillado funciona como una organización y preparación del material para su abordaje. En nuestro caso, la segmentación de los fragmentos textuales de las entrevistas se realizó según los ejes temáticos que hicimos consistir tanto con las pautas principales como las de profundización. Es decir, cada entrevista fue separada y luego ubicada según su sentido el fragmento de discurso correspondiente a cada eje de análisis, tema y subtema definidos por la guía de pautas. Éstos ítems fueron ubicados en el cabezal de la grilla, y la sigla de los nombres entrevistados fueron escritos en el plano vertical. En algunos casos, un fragmento correspondió a más de un eje, tema o subtema, pues el relato podía asociarse no solamente con un significado. Plasmar el material en la grilla oficia, de esta forma, como una especie de concreción del vínculo entre el campo empírico y la teoría, y la lectura en sentido vertical y horizontal permite el análisis a partir de una doble comparación.

1.3.3 Método de comparación constante

Cohen y Seid (2019) refieren que los métodos cualitativos contienen una flexibilidad que contraría la existencia de reglas fijas para el análisis y

producción de datos. Aun así, esto no es indicador de la apertura al sentido común o la discrecionalidad del investigador; es necesario que criterios metodológicos orienten y especifiquen las decisiones que tomamos. Nuestra investigación contará -como dijimos anteriormente- con los aportes de la Teoría Fundamentada como estrategia metodológica. Abiuso (2020b) cita el texto *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*, de Glaser y Strauss, para caracterizar el método de comparación constante. En este sentido, explica que en primer lugar este método no se interesa en testear teoría, sino en crear a partir de los problemas abordados: categorías conceptuales, propiedades e hipótesis. Siguiendo con la descripción, las propiedades de las categorías no se agotan en causas, sino que pueden consistir también en procesos, dimensiones, tipos, etc. En tercer lugar, la Teoría Fundamentada no pretende confirmar la universalidad ni diferentes hipótesis; al enfocarse en generar teoría, el criterio no es el de prueba, sino el de saturación teórica. Y por último, el método es aplicable a cualquier tipo de información cualitativa en un mismo estudio (nos referimos a entrevistas, documentos, observaciones, etc.).

Siempre siguiendo a Abiuso (2020b) esta estrategia se desglosa en distintas fases. En primera medida, la comparación de incidentes (en nuestro caso, los fragmentos de entrevistas); luego, la integración de las categorías y sus propiedades; posteriormente la delimitación de la teoría, y por último la escritura de la misma. Vamos a realizar una ampliación sobre cada una de las instancias. En la primera, el investigador realiza la comparación entre sí de la información que obtuvo, y realiza una codificación lo más amplia posible de los incidentes. Este proceso se denomina *codificación abierta*, y consiste en la búsqueda sistemática y continua de categorías y propiedades. El segundo paso determina la integración de ambos elementos, e incluye dos acciones principales: por un lado la comparación entre incidentes y el análisis específico realizado sobre una categoría (*codificación axial*) en cuanto a sus propiedades; y por otro la determinación del vínculo entre categorías. Este movimiento de integración de categorías y propiedades promovería, de esta forma, la generación de teoría.

La tercera fase se apoya justamente en la delimitación de la teoría, y se encuentra sustentada en dos pilares: la parsimonia y el alcance. En cuanto al primero, su objetivo es maximizar la explicación de un fenómeno utilizando los mínimos conceptos posibles. La forma en la cual la parsimonia se materializa en el método de comparación constante es a través de la *codificación selectiva*. Ésta consiste en la búsqueda sistemática de categorías centrales, que reúnan dentro a otras más básicas; dicha integración se produce mediante procesos de fusión, descarte, o transformación en otras categorías conceptualmente más elevadas. El criterio de alcance, en tanto, refiere a la chance de extender el ámbito de aplicación de la teoría sin desvincularse de la base empírica de partida. Dentro de la Teoría Fundamentada, esto implica el movimiento de nivel hacia una mayor abstracción, de la teoría sustantiva hacia la teoría formal. Por último, la cuarta fase implica la escritura de la teoría, contando ya con los datos codificados, los memos y una teoría.

Glaser y Strauss (citados por Abiuso, 2020b) distinguen entre dos clases de categorías. Éstas, como hemos explicado, son un elemento protagónico en los procedimientos de codificación y análisis del método de comparación constante. Las variantes de categorías se dividen entre aquellas que el investigador construye por sí mismo utilizando su campo disciplinar u otro propio de las ciencias sociales, y las que se extraen del discurso emergente de la investigación, definidas como *etiquetas* o *códigos in vivo*.

Abiuso (2016b) destaca que es necesario pensar un criterio central para delimitar el muestreo teórico necesario para la generación de datos, y la posterior producción de teoría. En este punto, se establece como sustancial la relevancia teórica que los testimonios -que luego serán el material de comparación- pudieran tener para promover categorías. Ya hemos explicado anteriormente las causas de nuestra elección de los casos, pertinente con lo recién descrito. En nuestra investigación, los testimonios serán los insumos para construir aquellas categorías que den cuenta acerca de los modos en que las personas entrevistadas significan sus territorios identitarios. Es decir, las

categorías serán el observable que nos permitirá reconstruir los significados depositados en esos territorios.

En primer lugar, y según los lineamientos ya mencionados de la Teoría Fundamentada, realizamos una codificación abierta con el soporte informático del software *ATLAS.ti*. En aras de mostrar el proceso completo y la minuciosidad del trabajo realizado para ubicar -finalmente- a las categorías centrales para esta tesis, hemos decidido presentar nuestra codificación abierta en la Parte 2 de esta tesis.

A continuación de la codificación abierta, se podrá observar la tarea realizada en función del análisis intenso dentro de cada categoría, siendo este proceso parte de la codificación axial. Como hemos explicado, en ella buscamos dar a las categorías mayor consistencia y especificación, con lo cual definiremos, para cada una, a sus propiedades. Algunos de los fragmentos destacados para construir categorías en la codificación abierta serán retomados en la codificación axial. La reiteración, de todas maneras, es sólo aparente. En este segundo paso de codificación se pondrá en evidencia que los testimonios son utilizados como insumos para redefinir, integrar, suprimir y precisar categorías, con lo cual nos parece imprescindible exponer fielmente cómo se ha llevado a cabo esta tarea.

1.4 Marco Teórico

1.4.1 Los pacientes y las adicciones

La institución que será sede de nuestro abordaje se encuentra regulada por la Ley de Salud Mental Argentina (26657). En consonancia, entonces, con esta norma, utilizaremos el término *adicciones* y sus derivaciones, y también *uso problemático de sustancias* (ambos figuran en el Artículo 4). También vale la aclaración de que, haciendo base en la misma ley, hablaremos de personas con *padecimientos mentales* (Artículos 7, 12, y 36) o *pacientes* (Artículo 15) para referirnos a quienes reciben los tratamientos. Vale una breve descripción del tono general de esta reglamentación, que consiste en un abandono del enfoque tutelar de las personas con padecimientos mentales, en búsqueda de una perspectiva de derechos (Gorbacz, 2013; De Lellis, 2011). Queremos decir con esto que el marco teórico que define, para esta tesis, la utilización de estos términos es un documento legal que tiene características inclusivas, de promoción de la interdisciplina y de la autonomía de quienes padecen, y reformista respecto al modelo médico hegemónico. Para justificar lo que enunciamos respecto a la tendencia de la ley, mencionaremos algunas de sus ideas fundamentales y de los documentos que toma como base.

En cuanto a lo segundo, en su Artículo 2 declara como parte integrante de la norma a los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991) -de los cuales ya hemos citado uno en un apartado anterior- que incluye en su texto (citaremos sólo algunos como ejemplos):

- La defensa del trato humano y la dignidad de cualquier persona con enfermedad mental, y la protección para ellas contra cualquier tipo de explotación y de discriminación. A su vez, defiende su capacidad de

acceder a todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (Principio 1)

- El derecho a vivir y trabajar en la comunidad (Principio 3)
- El derecho a recibir el tratamiento menos restrictivo posible (Principio 9)

En el mismo artículo, reconoce como orientador para el diseño de políticas públicas a la Declaración de Caracas (1990) -también mencionada antes- que además de coincidir con los Principios de la ONU expresa, entre otras ideas:

- Que la capacitación de los profesionales de salud mental y psiquiatría debe estar orientada a un modelo comunitario.
- Que las internaciones por salud mental deben realizarse en Hospitales generales (ambas en la Declaración 5).

En la Ley 26657 podemos observar, además, los siguientes conceptos:

- Además de partir la presunción de capacidad de todas las personas, no puede realizarse diagnóstico sobre salud mental tomando como premisas exclusivas la elección o identidad sexual, el status político o socio económico, o la pertenencia a una población religiosa, social o cultural (Artículo 3).
- Reconoce, para las personas con padecimientos mentales diversos derechos, entre los cuales podemos mencionar el de conocer y preservar sus identidades, sus genealogías, sus historias, y sus grupos de pertenencia; ser acompañado antes, durante, y después del tratamiento por sus familiares y afectos; no ser identificado ni discriminado por su condición mental actual o pasada; derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento, y recibir una justa remuneración por participaciones en trabajos comunitarios o laborterapia (Artículo 7).

Si bien estamos al tanto del vínculo que se ha establecido entre el término *paciente* y cierta pasividad o sumisión (Lázaro y otro, 2006), consideramos que el hecho de que el concepto esté incluido en una reglamentación con el trasfondo teórico descripto brinda también otra perspectiva que coincide con la tarea que nos hemos propuesto en esta investigación: conceder absoluta centralidad a las palabras de quienes buscan un tratamiento. Es decir, una perspectiva que los ubica como co conductores de su destino terapéutico.

En cuanto a las adicciones, la OMS (2004) la define según un criterio de *dependencia*. Este mismo es el sentido tomado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM V de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (2014) que dentro de los *Trastornos por consumo de sustancias* incorpora las pautas para diagnosticar ese cuadro según el tipo de sustancias (entre ellas tabaco, cafeína, inhalantes, opiáceos). Los criterios para definir dependencia no varían sustancialmente según la sustancia. Es decir, para cada sustancia, la enumeración de conductas o situaciones que van a determinar el diagnóstico son bastante similares. Tomaremos los diagnósticos de *Trastorno por consumo de cannabis* y el *Trastorno por consumo de estimulantes* por ser las drogas ilícitas más consumidas en Argentina, y particularmente en nuestros entrevistados. Como hemos dicho, el tipo de sustancia no marca una diferencia sustancial. Para ambas, el DMS 5 brinda una serie de signos de los cuales hay que encontrar al menos dos presentes durante un año. Esos signos hablan, básicamente, de intensidad creciente del consumo, deterioro importante de la personalidad y del funcionamiento social y laboral, pérdida o afectación de las responsabilidades y del cuidado personal, consciencia del perjuicio que genera el consumo y aun así incapacidad para detenerlo, necesidad de mayor consumo para obtener el mismo efecto, y síntomas de abstinencia al suspender el consumo.

Levin (2011) cita a Helen Nowlis para definir la clasificación más difundida sobre las cuatro formas en las que las adicciones han sido analizadas durante el siglo XX. Uno es el modelo ético- jurídico, que organiza las sustancias según su

legalidad, y por lo tanto arrastra en esta consideración a quienes las consumen. No tiene interés en el tratamiento, y se centra en el control de la oferta y en la disuasión sobre la demanda. El modelo médico-sanitario es quien introduce el concepto de enfermedad asociado a las adicciones, y por lo tanto también el de tratamiento. Con esta lógica, las drogas se transforman en activas frente a una víctima que es, de algún modo, infectada y que conviene aislar. Es importante para este modelo la severidad o toxicidad de cada sustancia, y la vulnerabilidad de los individuos frente a ellas. Se trabaja esencialmente con la idea de infundir a la población un cierto temor a adquirir la enfermedad, y el tema está inserto en el ámbito de la salud pública. El modelo psico-social, en tanto, desplaza el eje de atención desde la sustancia al sujeto, de quien importa el tipo de vínculo que establece con la sustancia en cuestión. Según esta relación, se podrá determinar si hay uso, abuso, o adicción. Hay una adscripción de la problemática al ámbito más específico de la salud mental, concretamente de las psicoterapias, en las cuales se incluye como población a abordar no solamente al protagonista de la adicción, sino también a sus familias y grupos de pares, es decir lo microsocioal. Por último, el modelo macrosocioal hace énfasis justamente en este aspecto, considerando como las presiones que provienen de la sociedad hacen impacto en quienes consumen problemáticamente. Éstos serían entonces especies de emergentes de un conflicto social amplio.

En esta tesis se hallan incorporados diferentes aspectos de las variantes antes mencionadas. La idea de la dependencia nos parece imprescindible para comprender lo que ocurre en el nivel individuo- sustancia, y dentro de estas últimas estamos haciendo una diferenciación a partir de la población que vamos a abordar: nos interesan las dependencias a drogas ilícitas. Una vez establecida estas coordenadas más pequeñas -duales entre sujeto y sustancia- nos convoca pensar los tratamientos (con lo cual estamos considerando al tema dentro del área de salud), y su relación con los entornos más cercanos a esos pacientes, lo que antes llamamos un enfoque microsocioal. Haremos solamente un breve punteo por los aspectos macrosociales -habrá un breve apartado orientado al tema- porque creemos que merecen un espacio, habida cuenta de que nuestros

entrevistados pertenecen, y no casualmente, a un sector socioeconómico determinado de la población, y que debe existir al menos una lectura sucinta que incluya esa dimensión.

1.4.2 El Territorio

Los objetivos que persigue nuestro trabajo permiten la apertura al concepto de territorio, abordado en su vertiente identitaria, idealista, o simbólico-cultural, que son formas homologables de llamar a una misma lectura. Desde esta perspectiva, los espacios físicos se organizan a partir de la semantización, de los significados puestos en ellos por los individuos o sus grupos. La identidad individual y grupal, volcada en el espacio físico, lo configura, y viceversa.

En el siguiente punto presentaremos, inicialmente, los trazos más gruesos del territorio como objeto de estudio. Luego, iremos conduciendo el desarrollo hacia la vertiente teórica que más convoca a esta tesis. Hay un universo de miradas sobre el concepto que no son de interés específico de esta investigación. Nos parece importante presentar la densidad de líneas que atraviesan la noción, pero hacerlo de una forma concisa, que brinde simplemente la idea puntual de lo abundante de las posibilidades de enfoque. El núcleo de este trabajo de investigación es la intersección entre las identidades de las personas y sus entornos físicos y humanos. De la abundancia existente en materia de perspectivas o enfoques, la aquí reseñada es una orientación conceptual posible, y la presentaremos a través de algunos autores. Prestaremos especial atención a la *multiescalaridad del territorio*, central para el presente análisis, pues nos llevará a entender a qué llamaremos *territorios identitarios*. En los antecedentes del tema, en tanto, hilaremos cerca de nuestro núcleo para observar lo más relevante que se ha investigado en relación a las intersecciones entre territorio -o conceptos afines- y comportamiento humano, y

entre territorio y salud. Y finalmente mostraremos cómo se ha representado más frecuentemente el vínculo entre entorno social/familiar y adicciones.

1.4.3 Consideraciones generales sobre el concepto

Diremos primero que la noción de territorio es central en la geografía, y estructura ese ámbito de conocimiento. Blanco (2007) nos dice que como ciencia social, la geografía tiene a la sociedad como objeto de estudio, objetivada a través de cinco conceptos clave que guardan entre sí un fuerte grado de parentesco, pues todos ellos se refieren a la acción humana modelando la superficie terrestre: paisaje, región, espacio, lugar y territorio.

Desde ese espacio teórico que le ofició de origen, ha sido luego abordado por diversas disciplinas. André Corboz (2001) sostiene que existen tantas definiciones de territorio como miradas vinculadas a él, entre ellas -pero no solamente- las de la sociología, psicología, historia, etnografía, biología, y etología. Pfeilstetter (2011, citado en Capel, 2016, p.4) ha señalado que “la esencia del término territorio en cuanto a sus implicaciones teóricas, es su indefinición y variabilidad”. Benedetti (2011) ha calificado al territorio como el fetiche de las ciencias sociales y la categoría fundamental tanto del pensamiento geográfico académico contemporáneo como del pensamiento social académico en general, y divide su análisis en dos caminos básicos: el espacio absoluto y el social. Haesbaert (2011) explica también los matices con que el objeto de estudio es visto por los diversos ángulos que ofrecen las ciencias. Así, la geografía tiende a poner el foco (aunque no solamente) en su materialidad; la ciencia política se detiene especialmente en las relaciones de poder que lo determinan (la mayoría de las veces vinculada a la concepción de Estado); la economía -que subordina la noción de territorio a la de espacio- suele priorizar el análisis desde las bases de la producción, como fuerza productiva; la antropología resalta su dimensión simbólica; la sociología lo observa a partir de

su intermediación en las relaciones sociales, y la psicología lo ubica dentro del análisis de la construcción de la subjetividad o de la identidad. La polisemia del concepto no se circunscribe a la división por disciplinas. Dentro mismo de cada una de ellas también hay modos de enfocarlo que divergen. Hacia el interior de la geografía, por ejemplo, Blanco (2007) distingue cuatro perspectivas: neopositivista, radical, humanista, y crítica. Brunet, en tanto, ubica seis definiciones del concepto y Lévy, por su parte, identifica nueve de ellas (ambos citados en Haesbaert, 2011).

A fines de simplificar la enorme cantidad de abordajes, Haesbaert y Limonad (1999) agrupan las formas en las que ha sido estudiada esta noción en cuatro vertientes básicas: la política, en la que el territorio es concebido como un espacio delimitado y controlado, a través del cual se ejerce un determinado poder (mayoritariamente, esta dimensión está referenciada con el poder político del Estado). En segundo lugar, la vertiente cultural, o simbólico-cultural, que prioriza la dimensión simbólica y más subjetiva, en la que el territorio es visto, sobre todo, como el producto de la apropiación/valoración simbólica de un grupo en relación con su espacio vivido. En tercer lugar, la variante económica o economicista, que destaca la dimensión espacial de las relaciones económicas, es decir, el territorio como fuente de recursos o incorporado al conflicto entre clases sociales. Por último, la naturalista, interesada en las relaciones entre sociedad y naturaleza, y a la noción de territorio basada en ese vínculo. Giménez (2001) también tiene como objetivo poder esquematizar los enfoques múltiples. Explica que la apropiación del espacio puede ser utilitaria y funcional o -nuevamente- simbólico cultural. Se pone el énfasis en el primer enfoque cuando se mira al territorio como generador de utilidades, fuente de recursos, medio de subsistencia, espacio de jurisdicción de poder, área de control militar, o zona de abrigo. El acento está ubicado en la dimensión simbólico cultural cuando el territorio es considerado como el lugar de inscripción de una historia, de una tradición, sede de antepasados, conjunto de geo símbolos, espacio metonímico de una sociedad o referente de identidad de un grupo.

Benedetti (2011) expresa que en el período 1870-1950 predominó el enfoque positivista, considerado el momento epistemológico clásico de la geografía, de tradición naturalista, y que liga al territorio con la geomorfología, la climatología y la biología. A partir de la década de 1970 y en especial en la de 1980, surge la concepción crítica de la disciplina, que es la que más nos interesa, y que gira alrededor del territorio como espacio social. Como hemos dicho, esta investigación hará anclaje en la dimensión cultural del territorio. Procuraremos rastrear en las palabras de los pacientes aquellos significados puestos en sus territorios. En el próximo apartado, realizaremos un recorrido de algunos trabajos que dan cuenta de esta vertiente del concepto.

1.4.4 El Territorio cultural

El uso del término, como hemos expuesto, es variado y amplio (Sack, 1986), y básicamente se divide entre aquellos que lo naturalizan, y quienes lo consideran un hecho cultural (Carou, 2001). Esta última posición es, claramente, en la que queremos profundizar. Presentaremos cómo la antropología, la geografía, y la psicología han ocupado de esta mirada.

Uno de los trabajos que se concentraron más decisivamente en este tema fue *Antropología del territorio*, de José Luis García, escrito en 1976. Allí, García sustenta el interés de la mirada disciplinar sobre el territorio en el hecho de que, si bien éste arma la base espacial ineludible de toda experiencia humana, el ser humano nunca accede a él directamente, ni a través de las supuestas características físicas del ambiente. El puente para la conexión está hecho a partir de creencias, valores, conocimientos, objetivos; en definitiva un patrón cultural. Esto indica que el territorio es “un espacio socializado y culturizado” (García, 1976, p.26) y el estudio de la territorialidad “un análisis de la actividad humana en lo que respecta a la semantización del espacio territorial” (García,

1976, p.94). Otro antropólogo pionero en el tema, Hall, en *La dimensión oculta* (1986) afirmaba que "el territorio es considerado como un signo cuyo significado solamente es comprensible a partir de los códigos culturales en los cuales se inscribe" (en García, 1976, p.14). Esta significación cultural sobre el espacio ha unido, desde los años 1960, a la antropología y la geografía, que comenzó también a interesarse en la percepción, los mapas mentales, y los comportamientos humanos derivados de ellos (Capel, 2016).

La geografía cultural es la rama que se afianzó, entonces, en esta mirada, poniendo más énfasis que los antropólogos en la dimensión material del territorio. Aun así, algunos geógrafos han brindado también un lugar central a la vertiente ideal-simbólica de los espacios físicos. Tal es el caso de los franceses Bonnemaizon y Cambrézy (1996, citado en Haesbaert, 2011, p.62), quienes afirmaban que "El poder de los lazos territoriales revela que el espacio está investido de valores no sólo materiales sino también éticos, espirituales, simbólicos y afectivos. Es así que el territorio cultural precede al territorio político y con más razón aún precede al espacio económico" y agregaban que, en las sociedades primitivas de cazadores y recolectores, "el territorio no se definía por un principio material de apropiación sino por un principio cultural de identificación o, si lo preferimos, de pertenencia. Este principio explica la intensidad de la relación con el territorio. Éste no puede ser percibido tan sólo como una posesión o como una entidad exterior a la sociedad que lo habita. Es un fragmento de identidad, fuente de una relación de esencia afectiva o incluso amorosa con el espacio". Milton Santos (1997, citado en Benedetti, 2011), otro geógrafo de referencia, ha precisado que el territorio incluye a la tierra sumada a la población, refiriéndose con esto a su identidad y al sentimiento de pertenecer a algo que a la vez le pertenece.

J. Monnet (1999), en tanto, explica que no existe tal cosa como un territorio en sí. El territorio es tal en tanto lo es para alguien, que puede ser un actor individual, social o colectivo. Se transforma de esta manera en el resultado de una experiencia que no solamente es presente (acción y experiencia directa),

sino pasada (experiencias movilizadas por la memoria) y futura (proyectos, esperanzas y anticipaciones). Ayllón Trujillo (2003), por su parte, desarrolla el concepto de arraigo, en el mismo sentido que venimos exponiendo. El sujeto y su ambiente se entrelazan indisolublemente, “como si persona y tierra fueran una sola cosa, de tal guisa que parecieran tener raíces, como una planta, que limitan su capacidad de desplazamiento” (Ayllón Trujillo 2003, p.192). Concluye la autora que la tierra es la identidad subjetiva del individuo con su entorno, definiendo a éste como el lugar cargado de significados culturales.

Como parte de esta forma de pensar el territorio, también es necesario mencionar el concepto de lugar. Especialmente en las últimas décadas, desde la geografía humanista se ha mirado esta noción desde el interés por los lugares frecuentados en determinadas coordenadas espacio-temporales, la identidad y el sentido del lugar, los lugares de memoria, las topofilias, es decir los lazos afectivos entre las personas y el ambiente físico (Tuan, 1974); la relación entre territorialidad y apropiación de los lugares, la construcción material de éstos, la tensión entre lo global y lo local y el armado de redes. En líneas generales, los lugares se asocian fuertemente con las identidades: la pertenencia a un lugar estructura la definición y los cambios de las personas (Souto y Benedetti, 2011), esta es la perspectiva humanista del concepto: un espacio concreto que está cargado afectiva y simbólicamente. Dicho de otra forma, el espacio se transforma en lugar cuando se carga de significados. La geografía cultural también le ha asignado un lugar central a la noción, autores como Castree (2011, citado en Ramírez Velázquez y López Levi, 2015) la vinculan a un espacio más acotado que implica el ámbito de la vida cotidiana, filtrado por la identidad de un individuo o una comunidad. La connotación cultural está dada por la dimensión de la identidad y por la de escala, al adscribirla exclusivamente a la localidad. Es evidente la intersección entre psicología y geografía que está inserta en todas estas lecturas (Souto y Benedetti, 2011), y algunos autores como Buttimer (1985, citada en Castañeda Angarita, 2006) vincula incluso la posible pérdida del propio lugar con eventuales crisis de identidad.

La geografía de la percepción, en tanto, y en el mismo sentido, se ha detenido en conceptualizar los mapas cognitivos, entendidos como

representaciones espaciales a gran escala, que nacen de la vivencia cotidiana de habitar un espacio, en cuya ejecución se valida la experiencia personal como fuente de conocimiento. Los elementos estructurantes del espacio cognitivo, tales como hitos, nodos, vías y límites entre otros son de naturaleza especialmente subjetiva, por lo que no siempre coinciden con las cartografías objetivas de los lugares y las condiciones 'reales' del medio geográfico, sino que son percibidas de manera diferente por cada persona, de acuerdo con los filtros culturales socialmente asignados a cada grupo. (Araya y Soto, 2009, p.13)

Para Valera (1996), psicólogo, el simbolismo del espacio puede observarse desde dos ópticas. La primera toma al aspecto simbólico como una propiedad inherente al espacio. El significado atribuido puede originarse en las características físico-estructurales, en la funcionalidad vinculada a las prácticas sociales que se desarrollan en él o también ser fruto de las interacciones que, a nivel simbólico, se dan entre los individuos que ocupan ese espacio. Además, el significado espacial puede mantenerse en un nivel individual (significación personal) o puede circular por un grupo de individuos o por toda una comunidad (significación social). La segunda perspectiva considera que hay determinados espacios o entornos que pueden concentrar ciertos significados en su seno, es decir, tienen la capacidad de imbuirse de simbolismo definido como un significado social, es decir, reconocido y compartido por un gran número de individuos y, resultando en que ese espacio será considerado simbólico para ese grupo. Una distinción que resulta interesante es la variedad de orígenes que puede tener la carga de significados sobre un espacio. En primer lugar, esa carga puede ser dictaminada desde lugares de poder dominantes, por lo que su significado se orienta hacia un referente político-ideológico o institucional. En segunda instancia, el significado de un determinado espacio puede ser amasado por la propia comunidad, siendo el resultado de una construcción social.

El concepto de identidad social (Valera y Pol, 1994) toma estas teorizaciones. En la delimitación del concepto, se valora especialmente “el concepto de entorno, de manera que la identidad social de un individuo también puede derivarse del conocimiento de su pertenencia a un entorno o entornos concretos, juntamente con el significado valorativo y emocional asociado a estas pertenencias” (Valera y Pol, 1994, p.8).

Según lo que hemos explicado de nuestra intención investigativa, una fracción de nuestra órbita abarca al vínculo entre el territorio humano, y el comportamiento o las conductas que éste favorece en las personas que lo habitan. Nos detendremos primero en los aportes que hizo sobre este aspecto la psicología ambiental.

Capel (1973) define, en este sentido, un trabajo conjunto de la geografía y la psicología, destacando los aportes de una corriente psicológica norteamericana con cierta repercusión en Europa, los mencionados psicólogos ambientales, que se enfocan en el rol que el entorno juega en los procesos psicológicos. Afirman, de hecho, que “los procesos psicológicos sólo se manifiestan en específicos contextos ambientales” (Proshansky, 1970, citado en Capel, 1973, p.60). La psicología ambiental se apoya en la idea de que el medio ambiente es condicionante y condicionado de y por la conducta humana. Piensa al ser humano no como un producto de su ambiente sino como un ser orientado hacia metas, que actúa sobre su medio ambiente, y al hacerlo recibe también su influencia. El principio que guía a la psicología ambiental es, entonces, el de un intercambio dinámico entre el hombre y su contexto (Roth, 2008). Usa como una de sus bases la fórmula de Kurt Lewin, de 1951 (citado en Levy Leboyer, 1985) referida a que la conducta es función tanto de los factores personales, como del medio ambiente o entorno. Tiene como antecedente, también, la psicología ecológica que Barker y Wright desarrollaron en 1954, y que se ocupaba de los fenómenos de la vida real, tal y como acontecen en la vida natural (Carneiro y Pitágoras, 1997). Páramo (1996) reseña una cantidad de definiciones sobre el objeto de estudio de esta corriente de la psicología que la

ubica dentro del interés de este apartado, de las cuales destacamos la de Glifford (1987, citado en Páramo, 1996, p.1), que determina el foco en el estudio de “las transacciones entre los individuos y su ambiente físico”.

La psicología ambiental divide su interés en dos enfoques (Roth, 2008), una hace énfasis en el factor ambiental como influencia decisiva del comportamiento, mientras que el otro analiza las consecuencias de la conducta en el medio ambiente. Dentro de la primera óptica, que es la más afín a nuestra investigación, se ubican tres vertientes: el determinismo ambiental, el posibilismo ambiental y el probabilismo ambiental. En la primera, se afirmaba que el solo hecho de vivir en un lugar determinado, armaba una conducta específica. De esta dimensión de análisis son algunos renombrados estudios que relacionan las tendencias suicidas con la duración de la luz solar, las bajas temperaturas y la presión atmosférica.

En el posibilismo ambiental, se pensaba al ambiente como un generador o un obstáculo para que el hombre acceda a su crecimiento personal. De esta manera, según los desafíos que presente el medio, las personas deberán contar con herramientas propicias para superarlos (tecnología, capital, habilidades por ejemplo).

Finalmente, el probabilismo ambiental enunciaba leyes que tallaban en las relaciones entre la conducta y el medio ambiente; estas leyes daban valor determinante al contexto, en interacción con otros valores que forman parte de la complejidad de la situación. Lo que queremos decir es que, en estas leyes, una persona con determinados rasgos genéticos y constitucionales, actuando en un ambiente con características puntuales, y un objetivo específico, tendría muy probablemente un comportamiento X.

Siempre dentro de la psicología ambiental, mencionaremos ahora dos constructos teóricos que ponen en relación entre sí comportamiento humano y entorno. La primera es la teoría del escenario conductual, delimitada por Roger Barker en 1968 (citado en Páramo, 1996), apunta a escenarios sociales

pequeños compuestos por personas y objetos inanimados, en los cuales, dentro de esa escala, los individuos se comportan de forma adecuada para lo que culturalmente se espera de ellos. En palabras de Barker (1968, citado en Páramo, 1996, p.3) “los escenarios conductuales son entidades dinámicas, supra ordenadas, y auto reguladas, las cuales dirigen el comportamiento de sus componentes humanos hacia un estado de equilibrio para el escenario”. Existe, en este punto, lo que el autor llama sinomorfía conductual-ambiental, definida como los ajustes entre la conducta de la gente, y la configuración de los objetos físicos.

La segunda es la Teoría del Lugar, creada por Canter en 1977. Para este autor, el lugar no puede pensarse separado de la gente que lo habita. Es, en resumen, la ubicación de una acción (Morales y otros, 2008), y la interacción entre los atributos físicos del espacio, las acciones de las personas, y las concepciones que éstas hacen de su entorno. Los patrones de comportamiento en contextos específicos son los que definen, de esta manera, las reglas de cada lugar (Páramo, 1996).

En el mismo campo de conocimiento, y también cercano a nuestra línea de desarrollo se encuentra también el concepto de place-identity (Proshansky, Fabian y Kaminoff, 1983). La identidad de lugar es explicada como estructurante de aspectos básicos de la personalidad, y está compuesta de conocimientos y sensaciones que hacen base en los espacios cotidianos de los individuos. Haciendo el soporte de esta estructura, se encuentra el pasado ambiental, y significados asociados a estos espacios, que configuran relaciones espaciales para el sujeto. El sentido de familiaridad con los entornos es llamado, así, identidad de lugar y brinda para cada persona percepciones de estabilidad, determinando modos de actuar.

Desplazándonos ahora a la geografía como forma de vincular conducta humana y medio, uno de los temas con mayor difusión -y que hemos mencionado en el apartado anterior- resulta *la cognición* (Roth, 2008) que ha estudiado ampliamente el concepto de mapas cognitivos, tomados como condicionantes

de conductas y hábitos cotidianos (Araya y Soto, 2009) y que básicamente incidían en el modo de planificar desplazamientos y concretarlos (Garling, 1989).

Capel (1973) cita los trabajos de dos geógrafos, Downs y Brookfield, valiosos en cuando a la articulación que estamos tratando. El primero elabora su modelo en 1970. En su descripción, al organismo humano llega información proveniente del medio real, pero con el filtrado que producen los valores culturales individuales o colectivos. Este proceso da como resultado una imagen, promoviendo un comportamiento determinado que a su vez efectúa cambios en el mundo real. Brookfield es contemporáneo, en su pensamiento, a Downs, y sus conceptos son parcialmente similares. Define la existencia de un conjunto de técnicas y de informaciones con las que cuentan los grupos humanos para su encuentro con el medio físico. Allí se produce una imagen, o medio percibido inicial, cuyos recursos son analizados y definen una acción que enriquece el medio percibido, y modifica el medio real.

El mismo Capel (1973) remarca también la existencia de un área conjunta de estudio entre la antropología y la psicología (en una tendencia que, dentro de esta última disciplina, llama Cross Cultural Psychology). En esta mixtura, los psicólogos consideran que “los individuos educados en diferentes culturas pueden llegar a adquirir diferentes reglas para procesar la información del mundo circundante” (Lloyd, 1972, citado en Capel, 1973, p.60), mientras que los antropólogos se interesan en una mejor comprensión de la organización de conocimientos y comportamientos de los individuos según su medio cultural.

1.4.5 Los territorios identitarios

Hay una mirada sobre el concepto de territorio que nos interesa particularmente, porque creemos que es la que se pone en juego a la hora de sugerir que los

tratamientos se desarrollen en los ámbitos de origen de los pacientes. Diferentes autores han definido la cuestión con términos diversos, pero el concepto es esencialmente el mismo. En el caso de Gilberto Giménez (2001), lo define como la naturaleza multi escalar del territorio. Según esta óptica, y manteniendo la lógica idealista del concepto, un territorio puede ser aprehendido en diferentes niveles de la escala geográfica. Nos vamos a detener en el nivel que las personas tienen más cercano, aquel que las circunda más inmediatamente. La importancia que le asignamos a este espacio de la escala radica en que es, claramente, el que se pretende sea conservado en los diseños de los tratamientos. Estos territorios -los más cercanos entonces- son de hecho llamados también *identitarios* (Giménez 2000, p.31), y se describen como vivenciales, de circulación cotidiana para el individuo, y transmisores de sensaciones de protección frente a lo externo. Ayllón Trujillo (2003) coincide con este concepto, explicando que la identificación es más fuerte con la patria chica que con el Estado-Nación, y más con el entorno familiar que con el cuadro deportivo al cual se es aficionado, pero que aún con este rango de importancia establecido, todos ellos se constituyen en territorios identitarios.

Giménez (2000, p.26) recorta una interesante frase de Tuan, que puede ilustrarnos más sobre el tema:

El Estado moderno es demasiado amplio, sus límites demasiado arbitrarios, su área demasiado heterogénea para motivar el tipo de afecto que surge de la experiencia y del conocimiento íntimo. En el transcurso de una vida, un hombre -ahora como en el pasado- puede echar raíces profundas sólo en un pequeño rincón del mundo

El nivel más básico sería el de la propia **casa**, territorio íntimo, inmediato, a priori (Giménez, 2001; Monnet, 1999) que media entre el propio ser y el afuera. García (1996), en este sentido, describe compartimentaciones territoriales con base en grupos (es decir, pequeños territorios de la vida cotidiana del sujeto,

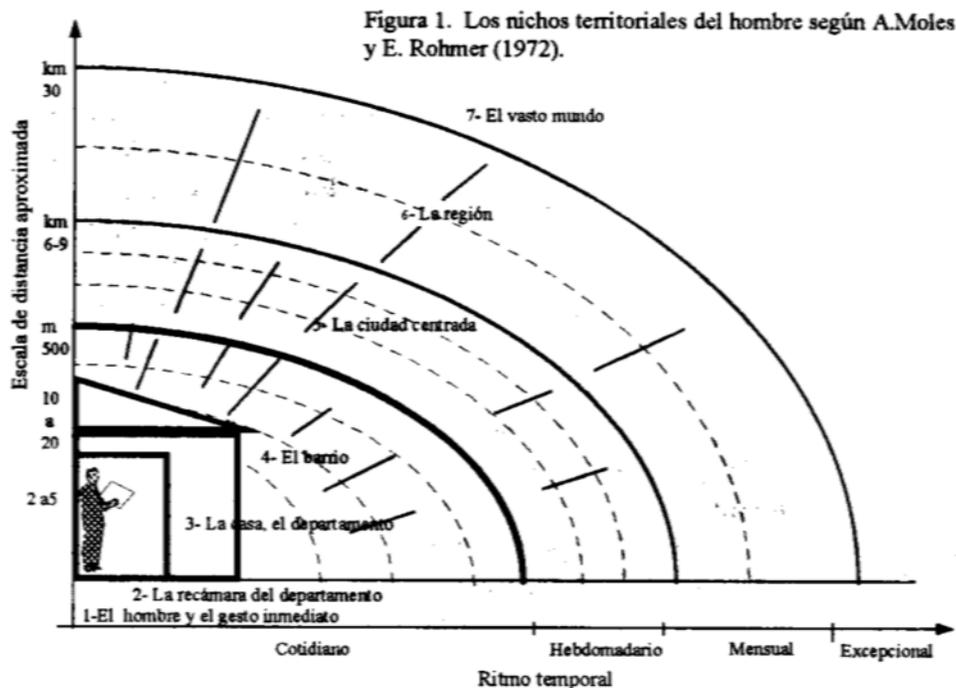
habitados por grupos), de las cuales el **territorio familiar** (entre otros García, 1996; Monnet, 1999) es un ejemplo. El siguiente nivel sería el de los territorios próximos, que continúan simbólicamente la casa. Hablamos del **barrio**, el pueblo, el municipio, la ciudad. Giménez (2001) lo explica como aquel que “frecuentemente es objeto de afección y apego, y cuya función central sería la organización de una vida social de base: la seguridad, la educación, el mantenimiento de caminos y rutas, la solidaridad vecinal, las celebraciones y los entretenimientos”. Después se encontrarían los territorios intermedios entre lo local y el mundo ampliado, representados -si lo explicamos físicamente- por la región. Desde lo funcional, podría describirse como un espacio intermedio entre las rutinas más cercanas, y las excursiones a zonas más lejanas. El siguiente nivel escalar corresponde al Estado-Nación, e incluso se podrían seguir delimitando peldaños hacia arriba, como los territorios supra nacionales (la Unión Europea por ejemplo), o el territorio globalizado. Lacoste (1993, citado en Giménez, 2000, p.24) en tanto, habla de territorios apilados, para cuya comprensión se debería de "clasificar por orden de magnitud los múltiples conjuntos de todos los tamaños que deben tenerse en cuenta [...] y representar estos diferentes órdenes (de lo local a lo planetario) como “una serie de planos superpuestos”. Moles y Romer (1972, citados en Giménez, 2000) diseñaron un célebre gráfico de *nichos territoriales* cada uno de ellos con sus coordenadas espaciales y sus ritmos temporales determinados (Figura 1, en página 41 de esta tesis). En el punto de origen situado en la recámara/habitación se encuentra el “hombre y su gesto inmediato”, luego, cuatro envoltorios lo circundan, que ya hemos mencionado en párrafos anteriores: el barrio, la ciudad, la región y el vasto mundo. Este concepto del primer campo de acción para definir escalas es también tomado por Reyes Tovar (2015), quien habla de diferentes niveles en donde los sujetos pueden identificarse, desarrollar actividades, y apropiarse; el primero de ellos es el contexto familiar, personal y social, y a partir de allí, y usando la movilidad, se puede pasar a un segundo espacio, el reticular, que se encuentra estructurado por un flujos y operaciones a distancia.

Moles (referido en Monnet, 1999) tenía un especial interés en la cuestión de las escalas territoriales. Se refería también a ellas como las “cáscaras” del ser humano, apuntando a la creación de una *psico-geografía*. Esta es una muestra más de que la articulación entre diversas disciplinas se pone habitualmente en juego en el abordaje específico de este enfoque -el cultural- del territorio. En la dirección de seguir ubicando perspectivas análogas que trabajan sobre el aspecto escalar del concepto territorial, diremos que Moles analizaba también de esta manera a la organización que los individuos podían darle a sus entornos. En este sentido, a lo largo de su teorización fue variando el número de cáscaras desde cinco hasta ocho, pero siempre mantuvo cierto orden que incluía como primero al cuerpo, en el lugar central a la casa, y último al mundo. En esta visión se ponen en evidencia dos formas opuestas de vincularse con el entorno. La cáscara del cuerpo permite una relación casi puramente física con el ambiente circundante, mientras que el vínculo con el vasto mundo desconocido es contactado mediante el puente de la imaginación. Los cambios de escala son acompañados por cambios en la naturaleza de esos territorios. De esta manera, la percepción desde la cáscara del cuerpo es eminentemente egocéntrica, y su experiencia es directa e inmediata. La casa en este sentido tiene una gran diferencia, es presentada ya como una escala más claramente territorial, con la particularidad de que la intimidad de la experiencia es el resultado de la percepción directa y la familiaridad registrada en la memoria. A esta escala, es indudable desde lo cognitivo y absolutamente evidente que hay una habitación inmodificable y conocida detrás de una puerta que se encuentra cerrada. Hay un límite allí a la imaginación que se encuentra impuesto por los datos conocidos de la vida cotidiana.

Siguiendo la misma lógica, Monnet (1999) refleja que según su tamaño, los distintos territorios pueden ser definidos de distintas maneras. Una es la actualización permanente de la apropiación física que puede realizarse de una pequeña extensión, como por ejemplo la casa, el jardín, o la habitación. Este nivel escalar sería el correspondiente a los territorios de la intimidad. Otra forma sería a través de la apropiación que genera la repetición de trayectorias,

usos y hábitos dentro de una extensión aumentada (la calle, el barrio, los pueblos, los campos). En este nivel, hay un cuerpo social de representaciones que posibilita un determinado uso de la imaginación. Estamos hablando aquí de los territorios de la familiaridad. También existe la posibilidad de apropiación de una extensión mayor aun (la ciudad, la región, el país) a partir de la representación social de su constitución por una comunidad imaginada. Esto se encontraría apoyado por la experiencia directa, aunque no tan cotidiana, de algunos sitios concretos entre los cuales se pueden enumerar monumentos, terminales de transporte, centros comerciales, oficinas administrativas públicas, casas de gobierno, y destinos vacacionales. Estos serían los territorios de la gobernabilidad, pues soportan en general los estratos más básicos de gobierno y organización política de una sociedad determinada, funcionando como articulación entre las escalas de la familiaridad y la alteridad. Finalmente, se encuentra la determinación de partes del universo (el planeta, el continente) cuya existencia encuentra su validación casi exclusivamente por la suma de representaciones que se encuentran disponibles a nivel cultural en una sociedad específica. En esta escala se encuentran los territorios de la alteridad, que deben su nombre a que son conocidos como porciones de existencia de aquello que es ajeno.

El criterio de mantener un paciente de salud mental dentro de sus *territorios identitarios* supone que ese contacto se traduce en mayores posibilidades de bienestar emocional. La frecuente afección y apego, como define Giménez (2001), derivaría en sensaciones positivas, en contención, y esto apoyaría a un mejor pronóstico.



Fuente: Giménez, G. (2000, p. 30)

1.5 Antecedentes del tema

Se han realizado diversas investigaciones sobre poblaciones impregnando de sentido el territorio. Es decir, con la orientación que venimos describiendo y la que usaremos en nuestro trabajo. Uno de estos abordajes se ha centrado, por caso, en el valle de Atlixco, Puebla (Giménez, 2005), donde se comprobó, a través de una encuesta, el arraigo de los emigrantes de primera generación de ese lugar, aún a pesar de la fuerte inmigración acontecida sobre el mismo. El mismo Giménez (2007) analizó los territorios desérticos de la Gran Chichimeca como el producto final de varias representaciones contrapuestas: la de los españoles en la época colonial, prolongada por la de los políticos liberales del México independiente en el siglo diecinueve; la de los colonos

angloamericanos y europeos que ocuparon el suroeste de los Estados Unidos en el mismo siglo, y, en medio, la de los pueblos originarios. En Argentina, Sassone (2007) investigó cómo, en Buenos Aires, la combinación de factores de vivienda, el trabajo, la familia, la relación con los connacionales y estrategias culturales transformaban, para los inmigrantes bolivianos, la identidad étnica en identidad territorial, creando lugares vinculados estrechamente con su país de origen. En Mendoza, en tanto, Montaña (2007) desarrolló la construcción de ese territorio a partir de los significados cruzados que aportaron los grupos indígenas, los oligarcas, los nuevos y viejos inmigrantes, los capitales extranjeros, y la identidad oficial aportada por el Estado. Carla Lois (2002), geógrafa argentina, escribió un interesante trabajo sobre cómo los militares y funcionarios gubernamentales del en aquel momento -1879- recién fundado Instituto Geográfico Argentino incidieron, orientando su influencia en función de los intereses políticos de la época, en la producción, circulación, resignificación, mitificación y abandono de imágenes territoriales respecto del Chaco; una región categorizada como desértica y habitada por una grupos indígenas, cuyo sometimiento solo se logró tras una serie de campañas militares entre 1886 y 1911. El trabajo del IGA consistió en, gradualmente, instalar una imagen de no desierto que derivara, efectivamente, en la transformación del Chaco en un no desierto.

En la presente tesis apuntamos a que desde el análisis del concepto de territorio, podamos derivar conclusiones que incidan en el ámbito de la salud. Esta conexión ha sido investigada ya desde algunas perspectivas de las que daremos cuenta a continuación.

Molina Jaramillo (2018) realiza un muy interesante trabajo sobre el tema donde aborda, inicialmente, la historia de este vínculo. En una etapa inicial, hacia el siglo XVIII en Europa, los aspectos ambientales en salud pública se miraban desde la óptica higienista, que los ubicaban como factores externos (en especial analizados desde sus características primarias) que favorecían, o no, procesos de enfermedad en las personas. Aquí, la salud pública se encontraba

especialmente interesada en mejorar las condiciones de vida, como factor que podía auspiciar enfermedades, y en circunscribir cuáles eran las responsabilidades del Estado en este ámbito. Concretamente, se vigilaba la aparición de epidemias urbanas, se atacaban focos de enfermedad, y de esta manera se pudieron construir técnicas de control científico y político del ambiente. Como consecuencia de esta óptica, la definición del territorio en la salud pública se unió, para parte de quienes estudian el tema, a la imagen de un espacio físico externo que enferma o cura, y que determina áreas salubres o insalubres, configurándose como un ente separado de la sociedad, y en el que hay que observar con especial énfasis su base natural.

En la página web de la OMS (citado en Molina Jaramillo, 2018, párr. 8), de hecho, podemos encontrar una definición de salud ambiental heredada de este modo de analizar el tema:

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social y económico y con la genética”.

Es decir, surge de la lectura que la función de la salud pública es proteger a los sujetos de su medio ambiente, que incide como factor de riesgo de posibles padecimientos físicos. Las poblaciones son consideradas como receptoras pasivas de estas influencias, y de las políticas de salud que se apliquen sobre ella; los territorios en tanto serían áreas delimitadas bajo poder estatal, que aportan riesgos naturales y funcionan sin intersección con cualquier proceso social.

La rama de la geografía que ha investigado la conexión entre ambiente y salud de forma más clásica es la geografía médica. Esta vertiente se ocupa,

centralmente, de la aplicación de los conocimientos geográficos a la investigación en salud, y en especial a la prevención de enfermedades. Sus campos de interés se dividen, en la mayoría de los estudios, en dos: la geografía médica tradicional, que se ocupa de identificar y analizar las formas de distribución espacial de las patologías, y la geografía de la atención médica o de salud, observadora de la distribución de recursos humanos del sistema de atención médica (Iñíguez Rojas, 1998). Sus conceptos fundamentales son los de enfermedad, morbilidad, prevalencia, endemia, epidemia, pandemia, incidencia, mortalidad, patógeno, vector, factores de riesgo, zona básica y distrito de salud (Barbosa, 2012). La disciplina también define factores de salud ambiental, que son entre otros el manejo de residuos, el transporte y ruido, los espacios para recreación, la existencia de insectos, etc. En el inter juego entre estas variables se definen poblaciones más, o menos vulnerables a enfermar.

En el siglo XX, la geografía social, en búsqueda de explicar enfermedades crónicas y no infecciosas comienza a mirar categorías como los ingresos y el nivel de vida, la densidad poblacional, la comunicación, y las costumbres de las personas. Esta perspectiva favorece el inicio de la concepción del territorio como un sistema de relaciones, que se agrega a sus dimensiones física y político administrativa (Da Silva, J. 1997), y refiere a las enfermedades como productos de su complejidad. Desde esta vertiente, las variables económicas, políticas y culturales accionan por separado para determinar posiciones en salud (un ejemplo de esta forma de entender la relación es un trabajo de Diez Roux y Mair, *Neighborhoods and health*, de 2010, analizando el contexto barrial como contenedor de atributos físicos y sociales que explican la salud de sus habitantes). La superación de la etapa ecológica del ambiente como fuente de patologías, hacia una visión del territorio como red social, llegó a América Latina desde teóricos de la llamada epidemiología social o epidemiología crítica, tales como Breilh, Granda, Laurell, y Castellanos. Éste último (1990, citado en Monken y otros 2008) explicaba que las condiciones sociales que se daban en los espacios físicos debían considerarse un factor central en los procesos de enfermedad de las poblaciones.

En nuestro continente, esta vertiente es tomada por autores como Almeida Filho, Barreto, Silva, Sabroza, y Rojas (Monken y otros 2008). Este movimiento, denominado Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana (Borde y Torres Tovar, 2017) se interesaba en cómo se determinaban socialmente las desigualdades en los procesos de salud-enfermedad y muerte. Iñiguez (2003), en tanto, citan varios estudios referidos a la conexión entre condiciones de vida y salud, y al uso de sistemas de información geográfico en esta área. Mencionan, también, los procesos que en América Latina dan importancia al espacio y el territorio en la salud pública. Esto se produce, según su opinión, a partir del llamado enfoque de planificación “estratégico”, que buscaba una nueva óptica para abordar la problemática social (un ejemplo es un trabajo para la OPS de Chorny y Paganini, en 1990). En este enfoque, se unían, por un lado, el deterioro del sector salud para dar respuesta a las necesidades de la población. Por el otro, el establecimiento de un objetivo de la atención primaria de la Salud, en el sentido de una “Salud para todos en el año 2000”, disminuyendo las desigualdades en la región. Como tercer condicionante, la necesidad de dejar atrás las prácticas biologicistas en salud, y darle prioridad a los determinantes sociales. Por último, el impulso a que la sociedad se involucre en transformar los sistemas de salud. Es decir, se ponía el horizonte en “ordenar y planificar a partir de principios tales como equidad, eficiencia, eficacia, universalidad, integralidad, flexibilidad, descentralización y regionalización, todo lo relacionado íntimamente con el territorio” (Iñiguez, 2003, párr. 28).

Borde y Torres Tovar (2017), en la misma línea, trabajan al territorio como expresión del bienestar y el malestar de la sociedad. Dividen las posibles expresiones del territorio en tres variantes: territorios de acumulación extractivista, territorios de sacrificio urbano y territorios de configuración de la vida. En el primero, se hace foco sobre la extracción de recursos naturales con fines de explotación económica (deforestaciones, minería sin control, contaminación de aguas), dejando como saldo poblaciones con diversos grados de discapacidad y enfermedad. Dentro de los segundos, interesa a los autores

puntualizar en la contaminación industrial del aire, del agua y del suelo, pero también refieren a zonas de sacrificio social donde se niegan los derechos fundamentales y se ejerce violencia para adecuar los espacios a las necesidades de grandes emprendimientos y de los grupos sociales históricamente privilegiados.

También se detienen en definir las condiciones deplorables de transporte, alimentación y descanso de la mayoría de los actores sociales que determinan cuerpos enfermos. Los territorios de la configuración de la vida, por último se oponen a los anteriores, en el sentido de que son vistos a la luz de la defensa territorial (anclada en valores como la valentía y la dignidad), en base a argumentos sociales y culturales, por parte de los sectores más postergados socio económicamente.

Un aspecto del tema que no puede soslayarse es la concepción de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), que va en esta vía de ver al territorio. Se ubica el énfasis en las condiciones sociales de vida, categorizando los DSS para poder comprender en diversas escalas el estado de salud de las poblaciones. En líneas generales, se pone en evidencia la distribución en el espacio de las enfermedades y sus causas, y la correlación de recursos del sistema de salud. M. Jaramillo (2018) critica esta posición, aún a pesar del avance con respecto al higienismo, ya que deja por fuera del análisis las condiciones macro políticas, de índole neo liberal, que favorecen la distribución de las personas en determinados territorios. La autora reclama, en la actualidad, y desde una noción de territorio afín a la cultural que hemos descripto: “descentrar el análisis de los factores biológicos, físicos y químicos del ambiente para dar cabida a una comprensión de los modos de hacer salud, enfermar y morir, como procesos sociales que se asientan en los lugares donde se construye la vida” (M. Jaramillo, 2018, p.2). Propone, para esto, ubicar la co existencia de lo global y lo local en los escenarios cotidianos de los individuos, y las acciones de éstos sobre sus territorios. Determina como central el considerar las categorías de apego al lugar, identidad de lugar, sentido de

comunidad, entre otras que venimos trabajando, para ponderar la relación entre salud y territorio. Plantea un desafío para la salud pública, a la que considera en deuda: el de considerar el diseño de territorios dado, justamente por la apropiación simbólica de los territorios. Es decir, dar importancia a la constitución de territorialidades alternativas, que van más allá de las ordenaciones oficiales. En definitiva, que la salud pública atienda la existencia de lo que llama “territorios diversos” (M. Jaramillo, 2018, p.8).

Desplazándonos específicamente al estudio de las adicciones, y cómo los ambientes favorecen o protegen su desencadenamiento, diremos que ya hemos abordado el tema en apartados anteriores, con lo cual le dedicaremos poco espacio en este apartado. Recordamos que uno de los enfoques predominantes son los estudios sobre *factores de riesgo*. Citaremos algunos de los múltiples que existen. Jiménez (2016) expresa que dentro de las relaciones familiares existen mecanismos nocivos que promueven las conductas adictivas. En este sentido, propone una intervención familiar, a través de mediadores especialistas en la materia que colaboren en diseñar una atmósfera colaborativa en el grupo primario. El plan terapéutico consistiría en el trazo de un mapa de interacciones tanto intra como extrafamiliares para cada miembro, en búsqueda de un cambio estable que mejore el entorno. Grau López y otros (2012) se centraron en estudiar factores que incidían en recaídas de pacientes externados desde un dispositivo de desintoxicación hospitalaria, encontrando, entre otros datos, que el consumo de opioides configuraba un riesgo. Esto era coherente con estudios que indicaban que esa adicción estaba asociada a disfunciones sociales y familiares, entre otras dificultades. Vázquez y Becoña (2000) analizan especialmente los factores de riesgo que inciden en el inicio de consumo de marihuana y su escalada, encontrando entre ellos baja satisfacción escolar, bajo rendimiento académico, sentirse no querido por la familia, problemas de salud mental, no ser popular y formar parte de un grupo de compañeros que consumen drogas. Para finalizar este panorama de las numerosas investigaciones dedicadas al tema, Lucas Choez y otros (2017) describen factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas en adolescentes en

Ecuador, encontrando como central la ausencia de normas claras a nivel familiar, los conflictos entre padres, y el consumo de alcohol como parte de la cotidianeidad dentro de los hogares. Finalmente, y como hemos señalado, otra de las formas que son centrales para articular ambiente y adicciones es aquella vinculada a la vulnerabilidad social, que revisaremos más adelante en esta tesis.

2. Relevancia de este trabajo: El problema de las adicciones

Esta tesis se enmarca dentro de un Doctorado en Ciencias Sociales. Su relevancia, sin embargo, se ubica más específicamente dentro del ámbito de la salud mental. Decimos esto porque el trasfondo que buscamos movilizar es, como ya hemos mencionado, el del universo del diseño de los tratamientos para adicción a sustancias ilícitas. En este sentido, nos parece atinado en el actual apartado ubicar brevemente en qué consiste, cuál el nivel de importancia que tiene este problema mundial (OMS, 2016). Por momentos, haremos especial hincapié en la Argentina, por ser éste el territorio donde pertenece la institución y las personas abordadas.

Si las dificultades que ofrecen las adicciones continúan siendo importantes, es evidente que dentro de las herramientas para atenuarlo hay aspectos para repensar, y por supuesto que los tratamientos son un soporte importante de esa malla de contención.

Destacamos que esos efectos negativos a los que hacemos referencia, además, tienen influencia en múltiples esferas de la vida humana. Un Informe de la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas reflejaba:

La toxicomanía genera problemas sociales graves, generalizados y costosos (...) la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar “el problema del abuso de drogas” sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias, y el uso desproporcionado de atención médica causados por las drogas (Innamoratto y otros, 2020, pp 7-8)

Mencionaremos que el crecimiento del consumo de sustancias ilícitas (y de alcohol) es, por otra parte, un tema de absoluta actualidad. El contexto de pandemia COVID 19 provocó tanto ese aumento, en cantidad y frecuencia,

como el de la demanda de tratamientos. Un informe de la SEDRONAR (2020) indica, al respecto, que en diecisiete provincias argentinas se habían acrecentado los pedidos de atención y seguimiento terapéutico en dispositivos de tipo telefónico. En trece provincias, en tanto, había crecido la búsqueda de tratamientos ambulatorios de consultorio, y en diez, por su parte, había una búsqueda mayor de abordajes comunitarios. Según los referentes de las Agencias Provinciales del organismo nacional dedicado a la problemática, los principales motivos de consulta estaban relacionados con las adicciones. Específicamente, las referencias eran sobre necesidad y recaída de consumo, empeoramiento de cuadros preexistentes, o situaciones de intoxicación aguda. En lo concreto, se hallaron situaciones problemáticas en relación al alcohol, psicofármacos, marihuana, inhalantes, y de poli consumo. Las sensaciones vinculadas a la mayor frecuencia e intensidad de la ingesta de sustancias estaban registradas dentro del espectro ansioso, depresivo, de la incertidumbre y los miedos. La pandemia trajo asociada además, según el mismo Informe, una mayor visibilización de los consumos por parte de las familias. Es decir, los círculos familiares adquirieron mayor consciencia de las dificultades que atravesaban alguno de sus miembros en relación al tema que nos ocupa. Esto también trajo aparejado que madres, padres, hermanos, entre otros familiares, se acerquen a los diferentes servicios de salud a pedir ayuda. Los datos expuestos no son llamativos, en las epidemias es más frecuente y mayor la cantidad de afectaciones por salud mental que por la infección misma. A su vez, como método de afrontamiento del estrés que va hilado a la difusión de la enfermedad epidémica, es habitual el incremento del consumo de alcohol, tabaco y drogas diversas (Jiménez, 2000).

El aumento en el consumo de sustancias venía activo en Argentina, de todas maneras, desde antes de la pandemia. Un informe de 2017 de la SEDRONAR sobre la magnitud del consumo de drogas ilícitas, concluyó en que la variación había sido desde 3,6% en 2010 al 8,3% en el año de la publicación. Yendo al caso específico de la cocaína, el estudio reflejó que la había consumido el 5,3%

de la población de entre 12 y 65 años lo que significaba un incremento del 100% respecto a 2010.

Llegados a este punto nos haremos preguntas que consideramos fundamentales para entender uno de los objetivos centrales de esta tesis. **¿A qué consecuencias se enfrentan las sociedades al no poder atenuar las dificultades que generan las adicciones a sustancias ilícitas? Lo preguntaremos de otra forma, que apunta más a la relevancia de esta tesis, ¿qué problemas podrían aliviarse si se encontraran formas mejores de tratar las adicciones a sustancias ilícitas?**

Para responder al menos parcialmente este interrogante -pues sería imposible dar una respuesta completa de todos los problemas que generan las adicciones a sustancias ilícitas, tanto a sujetos como a sociedades- intentaremos realizar un breve punteo de algunas de las contrariedades más relevantes a las cuales colabora este tipo de consumo problemático. Nos centraremos en las repercusiones que se dan en el área de la salud, y en la del gasto público, pues ambas se reflejan en las situaciones de nuestros entrevistados. Decimos esto porque se encuentran internados a partir del deterioro de su salud, y becados por un organismo del Estado.

2.1 La incidencia de las adicciones en la salud

Las repercusiones del consumo problemático de sustancias ilícitas en el ámbito de la salud son notables. Diremos inicialmente que aumenta exponencialmente las chances de lesiones y es factor de riesgo de más de sesenta enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis C y B entre ellas) y crónicas, tal como la cirrosis, el cáncer, y patologías cardiovasculares (Medina Mora y otros, 2013).

Para ejemplificar de manera concreta el efecto de las adicciones a sustancias ilícitas en una población determinada, nos centraremos en las mujeres embarazadas, sus fetos, y sus neonatos. Consideramos que al ser éste un sector vulnerable de la sociedad (Miranda Novales y otros, 2019), es interesante observar brevemente cómo se desenvuelve en él un consumo problemático de este tipo de sustancias. Flores Ramos (2012) explica que en el embarazo, los riesgos corresponden tanto al consumo en sí, como a conductas que se asocian a él, como una mala alimentación, o menor rigurosidad en los controles pre natales. Las consecuencias directas dependerán del tipo de sustancia de la cual se depende, aunque a veces es difícil evaluar cuál ha impactado sobre el neonato, pues las usuarias padecen de un poli consumo. Hablaremos de las repercusiones de las dos sustancias ilícitas más usadas en Argentina -cocaína y marihuana- cuando son consumidas durante la etapa de gravidez.

La incorporación de cocaína al organismo durante el embarazo se ha vinculado con mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas, con disminución de peso, talla, y perímetro cefálico al momento del nacimiento del bebé, y también con malformaciones cardíacas y maduración pulmonar en el feto, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y parto pre término como obstáculos obstétricos centrales. También se ha informado sobre el riesgo tres veces mayor para los recién nacidos de muerte súbita en los primeros seis meses de vida, y ocho veces más de posibilidades de presentar sordera u otras alteraciones auditivas (Gutiérrez Padilla y otros, 2014). Una vez nacidos, pueden padecer síndrome de abstinencia neonatal, cuyos síntomas aparecen a las 48 a 72 hs. después del parto, remitiendo en los primeros meses de vida. Tres de cada diez recién nacidos que han tenido exposición a la cocaína en su vida intrauterina manifiestan síntomas de abstinencia, cuyas expresiones más frecuentes son alteraciones del reflejo de succión, problemas de alimentación, irritabilidad y rigidez muscular generalizada. En ocasiones esporádicas se dan a lugar convulsiones, dos a tres días posteriores al parto, que también desaparecen en los primeros meses de vida, y en algunos casos requieren abordaje farmacológico. Un estudio de Celada Quezada (1998) sobre mujeres

embarazadas adictas a la cocaína encontró que el promedio de abortos para ese grupo era 5 veces mayor que para madres no consumidoras, el porcentaje de apoyo de la pareja al momento del parto era más de 4 veces menor que en el del grupo control, el bajo peso al nacer se presentó en un promedio de diez veces más en las madres adictas que en las abstinentes, y las malformaciones se dieron con una prevalencia de 625 cada 10.000 contra 19 por 10.000 en madres sin antecedentes de consumo. En cuanto al control prenatal, el 60% de las madres adictas no los realizó, mientras que esa cifra en las madres que no tuvieron contacto con la sustancia llegó al 15%. Referido al promedio de días de estancia en el servicio de neonatología, para los hijos de madres usuarias de cocaína fue de 14 días, mientras que para el otro grupo el número fue de 7,3 días.

Moraes y otros (2010) recuerdan que en la década de 1980 se creó el término *crack baby* en base a estudios descriptivos pequeños y de reportes de casos que asociaban la presencia de múltiples malformaciones congénitas con el consumo al cual nos estamos refiriendo. La sustancia tiene la capacidad de penetrar rápidamente la barrera de la placenta y el sistema sanguíneo del cerebro, impactando directamente en el desarrollo del cerebro del feto. La gravedad de esos efectos dependerán de la etapa del embarazo, del consumo complementario de otras sustancias (como el alcohol o los sedantes, habituales con la cocaína), y de la intensidad del consumo en cantidad y frecuencia. Asimismo, se han observado alteraciones neuro conductuales en hijos de madres consumidoras de cocaína, afectando el comportamiento y las funciones ejecutivas (trastornos de atención, hiperactividad, control de los impulsos). Estas disfunciones provocan a su vez repercusiones negativas en el ámbito escolar y en las relaciones sociales e interpersonales.

Además, la cocaína y sus metabolitos se excretan por la leche materna. Existen reportes de algunos casos clínicos y estudios de detección de sustancias psicoactivas en leche materna de consumidoras de cocaína que han dado positivo hasta 72 hs. después del último contacto con la droga. La confirmación

clínica de esta situación se ha dado a partir de reportes de complicaciones secundarias a la ingesta de cocaína a través de la leche materna por parte de los neonatos.

En relación a la marihuana, atraviesa muy fácilmente la placenta y se deposita en el líquido amniótico. Una dosis incluso pequeña puede permanecer varias semanas en el organismo, con el consecuente riesgo de exposición para el feto. En el organismo humano existe un sistema de receptores que se enlazan a los componentes activos de la marihuana, y ese sistema se encuentra presente desde muy tempranas etapas de la gestación. De acuerdo a estudios realizados en animales, esta interacción deviene en interferencias en el crecimiento, diferenciación y migración neuronal, es decir dificultades graves en el desarrollo neurológico. Además, el consumo regular de cannabis por parte de la madre reduce la disponibilidad de oxígeno para el feto, como derivación de los altos niveles de monóxido de carbono y de la función respiratoria comprometida de la madre (Moraes y otros, 2013). Otras consecuencias que se han relevado son retraso de crecimiento uterino, déficit de memoria y de adaptación a estímulos nuevos, alteración de la interacción entre los sistemas hormonales de la madre y el feto, y vulnerabilidad de algunas zonas específicas del cerebro como el hipocampo y la amígdala (Flores Ramos, 2012).

Un interesante estudio observacional, prospectivo, longitudinal de Arroyo Cabrales y otros (2012) realizó un seguimiento de 57 pacientes (sus madres se atendían en la unidad de toco cirugía del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, perteneciente a la Secretaría de Salud de México) cuyas madres habían consumido diferentes drogas -entre ellas cocaína y marihuana- durante el embarazo o en el año previo al mismo. En tres de los casos se produjeron malformaciones mayores que ocasionaron muerte neonatal temprana: en uno de ellos se produjo el fallecimiento al segundo día por una hernia diafragmática, y en dos (hijos de madres adictas a la marihuana e inhalantes) diversas malformaciones óseas produjeron los decesos en la primera hora de vida. Del total de casos analizados, el 60% no presentaron enfermedad

al momento de nacer. Por otro lado, el 24% manifestó problemas respiratorios y se diagnosticaron un caso con ictericia, uno con sífilis, y uno con hepatitis C. En cuanto al reporte de drogas presentes en el control umbilical, la sangre materna, y la leche materna al mes del nacimiento, se dio que en el 7,5% la leche materna dio positiva para cocaína y en el 39% para marihuana. En cuanto a otras sustancias, el 26% resultó positivo para opioides, el 2% para anfetaminas, y el 33% para tranquilizantes. Todos estos datos acompañan la idea de la vulnerabilidad del binomio madre e hijo durante el embarazo si hay consumo problemático de sustancias ilícitas asociado.

Siguiendo en el ámbito de la salud, hablaremos más precisamente de las consecuencias letales que pueden originar las adicciones. En cuanto a este tema, el Indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas se centra en la cantidad de fallecimientos anuales relacionados directa o indirectamente con sustancias psicoactivas para un espacio determinado (SEDRONAR, 2021). En el caso de la mortalidad directa, incluye las defunciones que puede atribuirse de manera completa al consumo de sustancias. Es decir que una muerte directa se inscribe dentro de las respuestas agudas al consumo de una o varias drogas, constituyendo el motivo básico de muerte. Ejemplo de ello son el envenenamiento, o la exposición a alucinógenos y narcóticos. También se incluyen las muertes directas que son derivadas del uso habitual de sustancias. Citaremos como muestras de ellas a los decesos por enfermedad alcohólica del hígado, degeneración del sistema nervioso por alcohol y trastornos mentales o del comportamiento originados en el consumo de sedantes o hipnóticos.

En lo referente a las muertes indirectas, se trata de aquellas que son consecuencia parcialmente del consumo de sustancias. Como hemos dicho, se parte de la base de que el consumo habitual de drogas incrementa la probabilidad de sufrir ciertas enfermedades o de padecer lesiones. Es decir, el consumo se transforma aquí en un factor de riesgo que posee un impacto mensurable en la salud de la población. El cálculo de ese impacto es la atribución de mortalidad, basada en el riesgo atribuido, o la fracción atribuible

poblacional. Para calcular ese impacto, es decir, para estimar la cantidad de muertes indirectas por consumo de sustancias, se utiliza una fórmula llamada “fracción atribuible”, que cambia según la carga atribuible de cada factor de riesgo vinculado a una enfermedad o lesión, la edad, el sexo, la sustancia y la causa de muerte.

Para Argentina, en 2019, y dentro de la población de 15 a 64 años, las muertes relacionadas con consumo de drogas representaron el 16,3% de las muertes totales, con una tasa bruta del 45,7 cada 100000 habitantes para ese período. En cuanto a muertes directas, el 6,2% fue atribuible a esa exposición, mientras que el 93,8% estuvieron parcialmente relacionadas al consumo (SEDRONAR, 2021).

Como parte de las muertes indirectas a las que nos hemos referido, nos centraremos ahora en un tema que es prioritario para la salud pública: el suicidio (OMS, 2021). Se han realizado numerosos estudios sobre la intersección entre suicidios y adicciones, y nos interesa describir cómo se ha descrito esta interrelación.

Sánchez Loyo (2013) cita a la OMS para comentar que el comportamiento suicida se compone de una gama de conductas posibles, entre las cuales se encuentran las ideas y la planificación suicida, la obtención de los medios para llevar a cabo el intento, el desarrollo de éste, y la consecución misma. Vale aquí la aclaración de que el suicidio es un acto complejo, con factores que se interrelacionan en menor o mayor medida y en cada caso en particular. Algunos de estos factores reconocidos son los padecimientos mentales como la depresión, la esquizofrenia, la bipolaridad, o los trastornos límites de la personalidad. Son variados los aspectos sociodemográficos vinculados con las conductas suicidas, entre ellos la precariedad económica, que produce mayor dificultad en cubrir las necesidades básicas personales; también los antecedentes individuales y familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados (es decir, si existen estos antecedentes, hay entonces mayor probabilidad de que un sujeto determinado lleve a cabo un intento), la

exposición a situaciones traumáticas en la infancia o la adolescencia, ser víctima de abuso sexual, físico o emocional y la deserción escolar entre otros. Uno de estos factores es, también, el consumo de sustancias. Sánchez Loyo (2013, p.164) refiere que “cualquier tipo de adicción eleva el riesgo para presentar conductas suicidas”, y enfocándonos en las drogas ilícitas -que son el tema que nos ocupa- cita algunas investigaciones. Una de ellas, de seguimiento, concluyó en que el consumo de drogas y alcohol aumenta en tres veces la posibilidad del intento de suicidio; en otro -sobre población femenina con adicciones múltiples- se halló que un 44% se había intentado suicidar en promedio 2,4 veces. Un tercero, también de seguimiento de pacientes con múltiples tentativas de suicidio, determinó que el abuso de alcohol y drogas predice la reincidencia de conductas suicidas en un lapso de 12 meses.

Ocampo y otros (2009) expresan que la población con consumo de sustancias y de alcohol intenta suicidarse 2,6 veces más que la que no padece esa dependencia. Entre las sustancias que más se encuentran presentes en estos casos están la marihuana, los opioides (heroína, morfina) los sedantes y la cocaína. La investigación indica que en los estudios epidemiológicos se ha demostrado que la dependencia a sustancias actual predice por sí sola y de manera consistente la conducta suicida. Sus conclusiones indicaron que la detección de sustancias en la población que abordaron fue más frecuente en los suicidios que en el resto de las defunciones, y que a un mayor número de sustancias correspondió una mayor probabilidad de muerte por suicidio. Algunas explicaciones que formulan para aclarar esta interrelación -que aparenta ser estrecha- son por un lado la desinhibición que provoca en ocasiones el consumo de drogas, es decir, la mayor tendencia a la impulsividad; y por otro, tanto el período de intoxicación como el de abstinencia pueden alterar seriamente el juicio y propender a conductas de riesgo.

Gálvez (2014), por su parte realiza un muy interesante análisis que resulta específico de la intersección entre sustancias ilícitas y suicidio (es decir, excluye al alcohol). Cita un estudio de 1995 que indicaba que la probabilidad

de cometer un suicidio en población dependiente de sustancias ilegales era casi 6 veces mayor que la de la concierne al resto de la población, y aclaraba que dicha cifra -de por sí llamativa- había quedado relegada con otras investigaciones que daban como resultado que la variación era de hasta 19 veces de un grupo por sobre el otro. Coincide con Ocampo y otros (2009) en relación a que a mayor cantidad de sustancias consumidas, aumenta el riesgo de suicidio, y que éste es un factor que supera en importancia al tipo de droga que se incorpora al cuerpo. Es significativo el recorrido que el autor realiza en cuanto al incremento de la tentativa suicida según la sustancia consumida. Para opioides (como ilegal, la heroína es la más utilizada) cita un estudio que revela que el riesgo se ubica en un 13,5% mayor entre usuarios de esa droga y población abstinentes. Para cocaína (la sustancia a la que eran dependientes, en forma total o parcial, todas las personas que entrevistamos para esta tesis), califica a la asociación entre ella y la conducta suicida como íntima. Refiere que entre el 9,4 y el 20% de los suicidas han tenido alguna exposición a ese estimulante en los días previos a cometerse el acto. En servicios de urgencia, en tanto, se ha registrado que el 44% de los pacientes con abuso de cocaína presentaban ideas de auto eliminación, mientras que esa cifra bajaba al 17% en usuarios de otras drogas. Cita, por otra parte, una publicación donde se abordó a 406 adictos a la cocaína que se encontraban en tratamiento, encontrando que el 43,5% presentaba antecedentes de intento de suicidio. Con este breve desarrollo tuvimos la intención, creemos concretada, de mostrar que las adicciones configuran un factor predisponente de importancia para la conducta suicida.

Continuando con las muertes indirectas originadas por el consumo problemático de sustancias -que vinculamos con las consecuencias negativas que éste tiene para las sociedades, y cuya ocurrencia merece una re lectura de los métodos para paliarlas- revisaremos el vínculo entre adicciones a sustancias ilegales y una de las principales causas de muerte a nivel mundial: los accidentes de tránsito. Estos eventos constituyen el décimo motivo de fallecimiento en los países de ingresos medianos bajos y en los de ingresos medianos altos (OMS, 2020). Además, entre 20 y 50 millones de personas en el

mundo sufren traumatismos no mortales, pero que les dejan como secuela alguna consecuencia discapacitante permanente. Las lesiones causadas por el tránsito son consideradas una verdadera epidemia, generando en la mayoría de los países un costo del 3% del PBI. Además, es primera causa de muerte para la Argentina en la población entre 5 y 29 años, y los años perdidos por fallecimientos o en condiciones de discapacidad costaron -para 2018 en ese país- lo equivalente a casi el 2% del PBI (Observatorio Nacional Vial, 2019).

Según la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y la Salud de 2018 (EEUU), 12,6 millones de personas habían conducido ese año bajo los efectos de drogas ilegales. El National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2019) explica que los efectos que las drogas tienen sobre la capacidad del manejo de los vehículos son diversos, y dependen de cómo es el efecto de esa sustancia a nivel neurológico. Aun así, pueden describirse algunas consecuencias típicas del consumo para algunas drogas. En cuanto a la marihuana, disminuye la coordinación, el tiempo de una posible reacción, y la capacidad adecuada para medir tiempos y distancias; puede provocar formas de conducir asociadas a zigzagueos entre carriles y falta de atención y concentración. Aquellas personas que hayan incorporado cocaína a sus organismos, en tanto, pueden conducir de forma temeraria, con pocas capacidades preventivas e imprudentemente. En cuanto a los opioides, se encuentran vinculados a mareos, aletargamiento, y disminución del funcionamiento cognitivo; algunos estudios han mostrado que se duplica la probabilidad de accidentes en uso de este tipo de droga. El mismo resultado -la duplicación de las chances- han dado investigaciones referidas a conductores con consumo de marihuana. Para 2016, un estudio que la NIDA cita -producido por la Governors Highway Safety Association- encontró que el 43,6% de los conductores fallecidos en accidentes había dado positivo para algún tipo de droga, y más de la mitad de ellos tenía dos o más sustancias dentro de su cuerpo. En estudiantes universitarios, una encuesta citada por el mismo organismo dio como resultado que casi el 17% había conducido más de una vez al año intoxicado con algún tipo de droga ilícita, entre las cuales las más populares fueron la cocaína y la marihuana. Otra publicación de la NIDA

(2013), en tanto, traía a la luz una encuesta de más de tres mil conductores heridos de muerte en Australia que mostraba que cuando el THC (componente activo del cannabis, es decir, fumadores de marihuana) estaba presente en la sangre, era más probable que ese sujeto fuera culpable de la colisión. Y que cuanto más alta era la concentración en sangre, mayor era la chance de que fuera principal responsable del choque.

La articulación entre consumo problemático de sustancias ilícitas y los accidentes de tránsito no es algo novedoso. La preocupación viene de hace décadas. Willette y Walsh (1984) publicaron un texto sobre el tema, editado por la Organización Panamericana de la Salud, donde ya se citaba que casi la mitad de los conductores incluidos en accidentes mortales habían consumido marihuana y que, para población adolescente, aquellos que fumaban esa sustancia al menos seis veces al mes tenían más del doble de probabilidades de estar involucrados en accidentes de tránsito que aquellos que no lo hacían.

En la Argentina, el Observatorio Nacional Vial (2019) publicó un informe que enunciaba la escasez de estudios nacionales referidos a la ocurrencia de accidentes de tránsito en contexto de intoxicación con alcohol u otras sustancias psicoactivas. Dada la importancia del tema, se proponía en ese momento generar conclusiones a partir de una investigación llevada a cabo en pacientes conductores de vehículos ingresados a salas de emergencia de 32 hospitales públicos a raíz de lesiones originadas en siniestros de tránsito, durante una semana. Se tomaron en cuenta las 24 jurisdicciones del país. Se encontró que la segunda causa de ingreso a las salas de emergencia eran los accidentes de tránsito -confirmando una vez el peso que tiene en el sistema de salud el evento- y que 3 de cada 10 accidentados declararon haber consumido alguna sustancia psicoactiva antes de conducir. El 20% de las drogas incorporadas por esas personas eran ilegales: en primer lugar la marihuana con casi un 13%, y en segundo la cocaína con el 7%. Un dato interesante es que, en el 85% de los casos, los médicos tuvieron la impresión de que el consumo de sustancias había influido en el accidente vial.

Otra de las principales causas de muerte en el mundo son los accidentes cerebro vasculares (ACV). Es, de hecho, el segundo motivo de fallecimientos a nivel global, representando el 11% de los decesos. Ocupa, además, el cuarto puesto en las causas de defunción en los países de ingresos bajos, el tercero en los de ingresos altos, y el segundo en países de ingresos medianos bajos y medianos altos (OMS, 2020). Si bien la marihuana está descrita como base riesgosa para los ACV (Aguilar, 2014) es el consumo de cocaína el definido como un factor especialmente sensible en cuanto a la predisposición. Diversos autores (Xarau y otros, 2009; Etiopatogenia, C.Y., 2009; Cortés Bejarano y otros, 2019; entre otros) lo han definido como una conocida causa de esos accidentes, a tal punto que entre 1 y 3 de cada 10 ACV en menores de 40 años están vinculados al uso de drogas, y más particularmente al de cocaína. Explican los autores que, para el ACV isquémico, los factores principales son la capacidad de contracción de vasos sanguíneos de la cocaína y su poder trombogénico. En tanto que para los ACV hemorrágicos, el motivo fundamental es la hipertensión arterial momentánea que puede ocasionar el consumo de la sustancia en cuestión.

En cuanto a los problemas vinculados específicamente a salud mental en concomitancia con las adicciones -que son también parte integrante de ese universo, es decir sería una comorbilidad de dos padecimientos mentales: el consumo problemático, y uno más que coexiste con él- no es tan simple dilucidar cuál es el papel específico de las sustancias psicoactivas. La relación entre las drogas y la psicopatología se pueden analizar básicamente en dos niveles: la sustancia como factor de riesgo de desarrollar un cuadro determinado asociado (es decir, aquí funcionaría como causa), y como consecuencia de padecer éste último. Es decir, a veces el consumo problemático precede al desencadenamiento de un desequilibrio en la salud mental, a veces es exactamente al revés, o en otras ocasiones son coincidentes en el tiempo. Aun así no es fácil establecer una relación causa-efecto (Contreras Olive y otros, 2020). Lo que es indudable es que la presencia de las adicciones empeora cualquier pronóstico cuando complementa de alguna manera a una presentación psicopatológica. Nos concentraremos en algunos cuadros de salud mental

especialmente relevantes por su prevalencia y las consecuencias negativas que traen a la población mundial, y veremos de qué manera se relacionan con la presencia de consumo problemático de sustancias ilegales cuando éste coexiste en el mismo individuo.

Según la OMS (2021), la estimación de la cifra del padecimiento de depresión en adultos a nivel mundial es el 5% -y a casi el 4% tomando en cuenta todos los rangos etarios, siendo especialmente vulnerable la población de adultos mayores, donde llega prácticamente al 6%- constituyendo la primera causa de discapacidad a nivel global, y contribuyendo significativamente a la carga de mortalidad. Además, es factor de riesgo central para el suicidio. Casi 280 millones de personas alrededor del planeta sufren depresión. Sus consecuencias pueden influir en todas las áreas de la vida de una persona: familiar, laboral, escolar, social, cuidado personal, recreativa, sexual, etc. Algunos de sus síntomas más característicos son la tristeza constante o persistente, la pérdida de interés en actividades que se solían disfrutar, la disfunción sexual, la pérdida de la libido, las sensaciones de culpa y de perjuicio, la falta de esperanza, la pérdida de apetito, la irritabilidad, el insomnio, la falta de voluntad, las ideas de muerte, el cansancio, las fallas en la memoria y la concentración, y los dolores físicos.

En el grupo de las patologías mentales duales -es decir, aquellas que involucran a las adicciones, y a un padecimiento mental más- la depresión es uno de los diagnósticos más asociados al consumo (Olive y otros, 2020). Moral y otros (2011) coinciden en que la interrelación entre depresión y adicciones es habitual, alguien puede recurrir a las sustancias para apaciguar su estado depresivo, y también los efectos de la intoxicación constante pueden llevar a las manifestaciones clínicas que son inherentes a la depresión. Los autores citan un estudio de la *Encuesta Nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas*, de 2004, donde se encontró que mientras el 6,35% de la población general padecía de depresión, para las personas con dependencia a sustancias, este número ascendía a 15,15%. Muñoz y otros (2017) observan que los pacientes con

depresión tienen el doble de posibilidades de generar una adicción a las drogas, mientras que éstos últimos tienen también el doble de riesgo de padecer una depresión. Además, y como ya hemos comentado en general, cuando alguien cursa los dos cuadros a la vez, hay mayores chances de un desarrollo desfavorable y peor pronóstico (que incluye mayor probabilidad de conductas suicidas) por una deficitaria respuesta a los tratamientos. Existe allí una retroalimentación negativa, se ha observado que episodios depresivos favorecen recaídas en el consumo, y también el sentido opuesto. Se encontró, además, que a mayor tiempo de consumo, mayores chances de presentar síntomas depresivos (Contreras Olive y otros, 2020).

Referiremos brevemente a la interacción entre las sustancias psicoactivas ilícitas y los trastornos de ansiedad. Diremos primero que la OMS revela que constituyen la segunda causa de salud mental incapacitante en la mayoría de los países de América, y que más de 260 millones de personas en el mundo los padecen. En la Unión Europea, Suiza, Islandia y Noruega, es el tipo de cuadro de salud mental más común (Chacón Delgado y otros, 2020). Básicamente, pueden describirse como sensaciones de preocupación y miedo excesivas a lo largo del ciclo vital, o en tramos de él, y que no se basan en ningún peligro real de acuerdo a la dimensión que toman para el sujeto en cuestión. Irurtia y otros (2009) describen, para la ansiedad, algo similar a lo que explicábamos para la depresión. Es decir, su relación con el consumo de sustancias ilegales es bidireccional. Por un lado, algunos trastornos de ansiedad pueden desarrollarse con ese consumo de sustancias agregado. Por el otro, el consumo en continuado de dichas sustancia puede traer síntomas incluso generalizados de ansiedad (taquicardia, malestares, irritabilidad, fobias, obsesiones y compulsiones, inhibición social entre otros) transformándose en una condición más duradera. Ya sea por intoxicación o por abstinencia, hay varias sustancias que pueden provocar esta sintomatología, entre las cuales se encuentran la cocaína y la marihuana. En este sentido, es interesante mencionar que la Sociedad Española de Toxicomanías, en 2006, refirió que dentro de los trastornos de ansiedad había una prevalencia de consumo de sustancias en el 24% de esa población

(otros estudios, consignados por Martínez y otros, 2014, llevan ese número hasta 37%). La combinación más habitual, incluso, era con drogas ilícitas. La cocaína se vincula, en general, con ataques de pánico; en la población que consume marihuana, por otro lado, hay un incremento de episodios ansiosos respecto a quienes no están expuestos, y en opiáceos los síntomas prevalentes son las fobias, en especial la social. Por otra parte, los consumidores de drogas ilegales presentan más posibilidades de generar niveles ansiosos aún después de años de permanecer abstinentes.

Martínez y otros (2014) confirman un aspecto al cual hicimos referencia respecto al pronóstico de los pacientes duales: lo empeora el agregado del consumo de sustancias ilícitas a los cuadros ansiosos. Los autores realizan un muy útil esquema de cómo este tipo de consumo problemático de drogas puede mezclarse con los trastornos de ansiedad, agravando el estado de la persona. En la primera forma de asociación, el trastorno de ansiedad es primario, y las sustancias forman parte de un intento de la persona por aliviar su sufrimiento; en la segunda, el cuadro de consumo es la base, y los síntomas ansiosos aparecen como respuesta al uso o a la abstinencia de la sustancia. En el tercer caso, la presentación ansiosa y la adicción no están unidas como una continuidad, pero interfieren entre sí, contaminando la presentación y el pronóstico mutuamente; y finalmente en el cuarto, ambos son consecuencia de una base biológica o psicosocial que los une.

Comentaremos ahora sucintamente algunos aspectos referidos a la interrelación entre dependencia a las drogas ilegales y dos condiciones de salud mental menos prevalentes que las anteriormente descriptas, pero aun así frecuentes. Nos referimos a la esquizofrenia y a la bipolaridad.

La esquizofrenia es un padecimiento mental grave, que afecta a 1 de cada 300 personas, es decir, unos 24 millones de personas en el mundo. Se caracteriza por un déficit en la forma de percibir la realidad, apoyado en la persistencia de alucinaciones e ideas delirantes; la vivencia de ser influido, controlado, o de estar pasivo frente al dominio de otra persona que maneja los pensamientos y

las conductas; razonamientos y comportamientos desorganizados, de los cuáles es difícil discernir la motivación o el objetivo; retracción social, inhibición, falta de expresividad gestual, los llamados *síntomas negativos*; y condicionamiento de habilidades cognitivas como la memoria, la atención, la concentración, y la resolución de problemas (OMS, 2021).

Larrañaga (2006) muestra que casi la mitad de la población que padece esquizofrenia presenta un abuso de sustancias a lo largo de su vida. La adición del consumo al padecimiento de base -o sea, a la esquizofrenia- aumenta exponencialmente el riesgo de hospitalizaciones, y también su frecuencia y la duración de las estadias, además de que es indicador de menor cumplimiento de los planes farmacológicos y las indicaciones de los equipos tratantes. Siguiendo con las consecuencias negativas, las personas con esta presentación diagnóstica dual también poseen mayor riesgo de caer en posición de vulnerabilidad social y habitacional, y de cometer agresiones contra sí mismos o contra terceros. A su vez, son más pasibles de contraer HIV, tuberculosis, cirrosis hepática e infecciones.

Tal como venimos presentando en las condiciones de salud mental anteriores, la esquizofrenia puede ser un sostén para el abuso de sustancias, y también ocurre lo mismo en sentido opuesto. Cuando una persona con este padecimiento mental suma un abuso de sustancias, los problemas tienden a multiplicarse más allá de lo referido estrictamente a la salud. Queremos decir que las dificultades que surgen son -además de las vulnerabilidades ya mencionadas- de índole legal, laboral y familiar (Frances, 2013).

La relación del consumo de cannabis como factor predisponente a la esquizofrenia es un tema controversial, que ha concertado interés en la comunidad científica, y también en la población general a partir del incremento global en el volumen de consumo de los últimos años, en especial en población adolescente. Los trabajos que revisan la relación entre cannabis y esquizofrenia son innumerables (entre otros Fernández y otros, 2009; Ventriglio y otros, 2017; Rentero y otros, 2021).

Horcajadas (2007) realiza una revisión sobre diferentes miradas que se han generado al respecto. Inicialmente aclara que hay algunos aspectos que hacen sólida la relación entre consumo de cannabis y esquizofrenia: ellos son, en primera medida, que un porcentaje elevado de los esquizofrénicos consume cannabis, siendo ésta de hecho la sustancia ilícita de la cual más abuso existe por parte de esa población; como segundo punto, el cannabis puede producir síntomas psicóticos, existiendo incluso estudios que refieren que un 15% de quienes lo consumen padecen delirios persecutorios y alucinaciones auditivas; tercero, ese consumo en ocasiones genera cuadros psicóticos (aquí se incluyen las esquizofrenias); como cuarto aspecto, el cannabis aumenta en intensidad las alucinaciones y los delirios. Además, el consumo de marihuana incrementa la posibilidad de recaídas en hospitalizaciones por sintomatología asociada a la esquizofrenia, y, finalmente, hay una disminución de los llamados síntomas negativos en consumidores de cannabis. Por otra vía, hay estudios discrepantes sobre la dimensión antes mencionada del vínculo: si la sustancia origina al padecimiento mental, y si existe o no en definitiva una esquizofrenia cannábica. Con la información con la que se cuenta, pareciera que la marihuana podría ser un factor de riesgo, pero no hay suficiente material para contabilizar qué otros deberían estar presentes para un desencadenamiento del cuadro psicótico. En cuanto a esto último, es decir, el debut en un cuadro esquizofrénico, algunas investigaciones vinculan el uso de cannabis a un adelantamiento en la edad de hasta 7 años respecto a aquellos que padecen esquizofrenia y no han probado la sustancia (Cardeillac, 2016). En resumen, es difícil establecer con precisión cuánto de vulnerabilidad previa existe en los sujetos que desarrollan síntomas propios de la esquizofrenia a partir del consumo de marihuana. En este caso, entonces, la sustancia colaboraría parcialmente con el inicio del cuadro, pues habría una base previa de personalidad predisponente. Por otra parte, sí pareciera vinculante asociar el consumo a un empeoramiento del cuadro.

Finalmente nos centraremos de manera concisa en el vínculo entre consumo problemático de sustancias ilícitas y bipolaridad. Martínez Hernández y otros (2019) citan a la OMS para ubicar a la bipolaridad entre los seis problemas

médicos más frecuentes, y uno de los padecimientos mentales más severos y persistentes, con fuertes repercusiones en los ámbitos familiar, económico y sanitario, siendo uno de los temas más discutidos en el ámbito de la psiquiatría. Afecta a alrededor de 45 millones de personas en el mundo (Dutazaka y otros, 2021), es decir entre el 1 y el 2% de la población. A grandes rasgos, se caracteriza por su cronicidad, los frecuentes y episódicos cambios en el estado de ánimo, nivel de energía y actividad, que pueden llegar desde la manía - máxima expresión del nivel de actividad a nivel conductual y-o de pensamiento, que ocurre de manera disfuncional y desorganizada- hasta la depresión, que se encuentra en el polo opuesto y con las características que ya hemos descripto para este cuadro. Las personas con bipolaridad pueden padecer una gama de síntomas amplia, que afectan funciones de la vida cotidiana como el sueño, la alimentación o la sexualidad. Tienen además mayores chances que el resto de la población de contraer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas e infecciosas (Forastero 2017).

En lo referente a la dualidad entre consumo problemático de sustancias y bipolaridad, Szerman y otros (2017) explican que es de las combinaciones más relevantes tanto por sus consecuencias sociales y sanitarias, como por su prevalencia. En este último sentido, algunos estudios allí citados indican que la bipolaridad es el padecimiento más asociado a las adicciones.

2.2 La incidencia de las adicciones en el gasto público

Como hemos expresado nos interesa mostrar particularmente algunos datos concernientes al problema del consumo de sustancias en la Argentina, por ser la sede de nuestra tesis. Ubicándonos en el aspecto del gasto público, en 2011 la SEDRONAR publicó un informe sobre el impacto presupuestario y el esfuerzo

del Estado apuntado al uso, abuso, y tráfico de drogas. El estudio arrojó que, para 2008, los gastos superaban a los ingresos en casi 1.100.000 dólares al año. En el rubro de ingresos, la casi totalidad -99.96%- se debía a los tributos correspondientes a los impuestos con los que son gravados las drogas legales. El resto de 0,04% estaba atribuido a los bienes decomisados en las causas por narcotráfico. Los gastos, en tanto, están conformados por el presupuesto de drogas (PD). Éste es un indicador de política pública que realiza una medición del esfuerzo de gasto estatal para paliar el problema de las adicciones. Están comprendidos aquí todos los gastos directos gubernamentales dirigidos a las drogas. Para todos los niveles de gobierno, el presupuesto de drogas representaba el 1,2% del PBI. En cuanto a la Administración Nacional, el PD configuraba el 0,33% del gasto público total, y el 0,58% de ese gasto público en Servicios Sociales. La mayor parte de estos gastos directos -95%- responde a las iniciativas para reducir la oferta. Dentro de este porcentaje, el 81% pertenece al Poder Judicial, y se utiliza para el desarrollo de las causas judiciales por las transgresiones a la Ley de Estupefacientes, y los delitos asociados al consumo y al tráfico de drogas. Este último es un aspecto particular dentro del mundo del consumo problemático de sustancias, y convocante para analizar por parte de múltiples sectores a raíz del gran impacto social que tiene. En unos momentos nos detendremos brevemente, entonces, en esta puntual dimensión. Volviendo a la distribución de gastos, lo restante reside en la mantención dentro del sistema penitenciario -responsabilidad del Sistema Penitenciario Federal y Provinciales- de aquellas personas condenadas por delitos asociados directa o indirectamente a las sustancias ilícitas y al alcohol.

Existen también gastos para la reducción de la demanda. Aquí se encuentra como protagonista el escenario que buscamos que sea movilizado en nuestra tesis: el de los tratamientos. El 83,4% de lo asignado para este rubro corresponde a esas actividades, mientras que el 16,4% va a las de prevención. Tres cuartas partes de los gastos en reducción de la demanda en tratamiento se ubican en gastos directos de todos los niveles del Estado en servicios de atención médica vinculados directa o indirectamente con el consumo de

sustancias psicoactivas. El 25% restante va a costear los tratamientos especializados para personas con adicción a las drogas; aquí se ubican como actores de financiación la SEDRONAR -que es quien beca a los pacientes que asisten a Del Prado- el Ministerio de Salud de la Nación, y los gobiernos locales. Enfocándonos específicamente a la SEDRONAR como organismo nacional encargado de coordinar las políticas de lucha contra las drogas y las adicciones -y participe necesario de esta investigación ya que permitió a nuestros entrevistados estar insertos en un tratamiento- la asignación de su presupuesto representaba un 0,02% del correspondiente a la Administración Nacional, y desde 2012 a 2018 se incrementó en valores netos casi un 200% (ACIJ, 2021). Consideramos que este sucinto recorrido da cuenta del costo económico que conllevan las drogas.

3. Pacientes en sus territorios identitarios: una respuesta a la historia de los tratamientos por Salud Mental

Como hemos referido anteriormente, los tratamientos de adicciones se enmarcan dentro del ámbito de los tratamientos de salud mental. Constituye una habitualidad que los encuadres terapéuticos incluyan protagónicamente a profesionales del campo disciplinar mencionado. Hay psiquiatras y psicólogos conduciendo espacios y definiendo conductas y estrategias, y la ya citada Ley 26657 de Argentina contiene explícitamente a las adicciones dentro de las estipulaciones que la conforman.

Una vez planteado este escenario, nos preguntaremos en este capítulo **por qué** en los últimos 50 años se ha desarrollado a nivel mundial una tendencia que sugiere mantener a los pacientes de salud mental en sus territorios identitarios. Hasta aquí hemos observado el carácter indudable, internacional, y perdurable durante estas décadas de dicha maniobra terapéutica, pero no hemos ahondado en su origen argumental, es decir **con qué medidas discute, qué estructuras vino a movilizar**. Vimos, además, que este criterio ha quedado estrechamente unido a los derechos de los pacientes; todos los documentos que recomiendan el contacto de las personas con sus territorios identitarios tienen como base ideológica -tal como hemos reseñado para la Ley 26657- el respeto por la autonomía y los diversos derechos de las personas con padecimientos mentales. Este punto tampoco lo hemos iluminado, es decir, por qué se presenta tan persistentemente el tema de derechos humanos en las recomendaciones sobre cómo tratar los padecimientos mentales. En este capítulo buscaremos entonces hallar algunas de estas respuestas. Principalmente nos interesa responder **de dónde, o en respuesta a qué** surge esta formulación referida a la ubicación de los pacientes en sus territorios identitarios que es, precisamente, la que intentamos poner en debate de manera específica para las personas con consumo problemático de sustancias ilegales.

En este punto, creemos entonces que la respuesta a esta pregunta no puede encontrarse ni comprenderse si se desconocen algunos aspectos de la historia de los tratamientos en salud mental. El diseño de los tratamientos que determina a los pacientes insertos dentro de sus territorios identitarios no nace desde la sinrazón o el capricho. Busca rescatar algunos derechos que se encontraban difusos desde hace siglos. Si en esta investigación pondremos en cuestión el mantener a los pacientes adictos a sustancias ilícitas en contacto con sus familias, sus casas y sus barrios, debemos describir momentos y episodios de la historia que expliquen, en primer lugar, cómo se ha llegado a las indicaciones actuales que provienen desde tantas fuentes trascendentales. Esto permitirá una mejor asimilación de los contenidos de esta tesis, y a la vez la protegerá de un sentido potencialmente riesgoso: el que se infiera que lo que se busca instalar en esta discusión es un retorno a escenarios pasados de la salud mental.

Como se imaginará, las dimensiones que pueden pesquisararse dentro de la historia de los tratamientos de salud mental son innumerables, y los lugares que les han servido de escenario son inabarcables. En el recorrido que proponemos, nos enfocaremos en aquello que nos interesa abordar concretamente en la presente investigación, inspirándonos en distintos trabajos de Michel Foucault (2007a, 2007b, 2015a, 2015b), autor de referencia en el tema, quien se concentra especialmente en un sector del mundo (Europa) que tendrá influencia en cómo tratar la salud mental especialmente en Occidente.

Los pacientes ubicados en los entornos inherentes a su identidad mantienen, en teoría, el contacto afectivo, y desde allí se les supone mejores condiciones para la recuperación y la reinserción. Hay en esta indicación un rescate de la humanidad de esas personas y respeto por su trayecto de vida. Clarificando: hay un aspecto geográfico, de locación (dónde se sugiere que residan los pacientes mientras realizan sus tratamientos), y uno emocional, anímico (producto del reconocimiento de su autonomía y sus vínculos). Con estos preceptos como orientadores de lo que consideramos el fundamento del contacto con los territorios identitarios, presentaremos qué aspectos de la historia de los

tratamientos de salud mental oficiaron como contrapunto para el nacimiento de la actual tendencia. Específicamente nos referiremos al aislamiento, el encierro, el estigma y la exclusión, y también a los métodos terapéuticos complementarios a ellos que se han implementado a lo largo de la historia para los pacientes de salud mental. Son estos puntos los que creemos que se ponen en diálogo con los aspectos geográficos y emocionales antes mencionados. Es decir, estos últimos intentan ser una opción superadora de lo que a continuación describiremos.

3.2 El encierro, los tratamientos y la estigmatización

Que los Estados y los organismos internacionales de derechos humanos y salud hayan establecido que la mejor manera de tratar a los pacientes de salud mental sea con ellos insertos en sus territorios identitarios constituye un punto de llegada. Tanto el punto de partida como el desarrollo de este camino, durante siglos, estuvo marcada por la tendencia exactamente opuesta, es decir el encierro, la estigmatización y la exclusión. Con una base que orillaba el control social o lo terapéutico en distintas proporciones y según la época, las instituciones en juego, o dependiendo de quiénes comandaran las acciones, las personas con padecimientos mentales de diversa índole -en especial aquellas con menor capacidad de adaptación a la cultura vigente en cada momento histórico- fueron sistemáticamente apartadas de sus lugares de origen y castigadas. Foucault (2015a) emparenta las características del camino que ha transitado la locura con el que antes efectuó la lepra. Explica el autor (2007b) que su apartamiento implicaba la rigurosidad de una partición, la necesidad de una distancia infranqueable, la imposibilidad de contacto alguno entre un individuo o grupos de ellos, y otros. Complementariamente a ello, era precisa la expulsión de ese individuo a “un mundo exterior, confuso, más allá de las murallas de la ciudad, más allá de los límites de la comunidad (...) hacia las

tinieblas exteriores” (Foucault, 2007b, pp 50-51). En el citado desarrollo se ubica, entonces, a los leprosos como los antecesores de los locos; sobre ambos se aplican las mismas prácticas de marginación.

Foucault (2015a) recoge experiencias de ese estilo desde fines del siglo XIV y durante una porción importante del siglo XV, describiendo a la existencia cotidiana de estas personas como absolutamente errantes. Eran expulsadas de las ciudades de manera contundente, y parte del destino habitual con el que se encontraban era el de vagar por zonas rurales, siguiendo en ocasiones a mercaderes o peregrinos de forma aleatoria. En Alemania, especialmente, la medida era acostumbrada. La mitad de las personas registradas con padecimientos mentales en Núremberg durante la primera mitad del siglo XV fueron echadas de la ciudad, y decenas siguieron el mismo camino en los siguientes 50 años. Otra práctica de exclusión que se ejercía en los centros urbanos era el de usar a los barcos para trasladar a los *locos* (así los llama Foucault a lo largo de *Historia de la locura*) a puertos inciertos, con el único objetivo de apartarlas de donde residían para que no alteren el día a día de la comunidad. En Fráncfort, por caso, existe documentación que prueba que hacia 1399 se solicitó a unos marineros que lleven de la ciudad sin rumbo fijo a un hombre que se paseaba desnudo por las calles. También hay antecedentes de otro que, dentro de su condición mental, cometió un crimen y se solicitó a una embarcación que lo remita a otra ciudad alemana, Maguncia. En ocasiones, estos pasajeros forzados daban a lugar a situaciones incómodas dentro del barco, por lo cual eran depositados en tierra antes del lugar estipulado como receptor, o también se producía que las embarcaciones retornen a los puertos de base (uno de esos casos, un herrero que partió y regresó dos veces a Fráncfort antes de que el viaje definitivo a Kreuznach pudiera completarse). Otra forma de destierro que se encuentra consignada de esa época consiste en una según la cual, previo azotamiento público, se llevaba a cabo una suerte de juego en el cual se simulaba una carrera en la que los locos eran llevados -vara en mano- hasta las fronteras de las poblaciones. La noción de ajenidad de estas personas con respecto a su comunidad era tan aguda, que Foucault (2015a) los describe

como parte del paisaje, pero con un tenor de llegados de otro mundo. Y como vimos, además, parte de las ideas que se tenían sobre ellos era enviarlos a esos otros mundos.

En Oriente, en tanto, el tratamiento de la locura añadía otras variantes, siempre dentro del ámbito de la exclusión. Hospitales destinados estrictamente para ese tipo de pacientes figuran en crónicas como existiendo potencialmente en Fez en el siglo VII y en Bagdad en el siglo XII, y con certeza en El Cairo en el siglo XIII. Durante el siglo XV esos dispositivos aparecen en diferentes países de Europa. Dentro de España, funcionaron hospitales reservados para los problemas mentales en Valencia (1409), Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1483) y Valladolid (1489). En Italia -Padua- se encontraban la Casa de Maniaci y, en Bérgamo, el Asilo; en Alemania, en tanto, existía el Narrhäuslern de Núremberg, y dentro del Hospital de Fráncfort, una construcción destinada para este tipo de población. Lo que queremos mostrar con estos antecedentes es que los problemas mentales eran tratados siempre fuera del ámbito comunitario, por supuesto, pero además, dentro del sistema de salud de aquellos tiempos también ocupaban un lugar circunscripto. Es decir, no había integración con la comunidad, pero tampoco era fácil la comunión con pacientes que evidenciaran dificultades de otra índole, sino que su trayecto dentro del ámbito se daba por carriles especiales.

Dentro de esta lógica, es curiosa la historia del pueblo de Gheel, una pequeña población belga. Huertas García (1998) cuenta que durante el siglo VI se produjo allí una cruenta ejecución pública de una princesa, luego canonizada. El impacto que eso generó entre quienes la observaron, produjo, según la leyenda, algunos efectos curativos en personas con alteraciones mentales. Eso fue el inicio para que Gheel ocupara un lugar particular en el espacio europeo de la salud mental en los siglos siguientes. A partir del siglo XII, esa localidad se convirtió en un lugar de peregrinación de gente que no veía resultados en la compensación de su sufrimiento emocional. Se estableció allí una iglesia con una *cámara de enfermos* ubicada contiguamente, en donde los pacientes eran

encerrados nueve días antes de pasar por un ritual en el que debían transitar en cuclillas bajo una pieza de tela de cierto lujo, sostenida por columnas, y en contacto con una urna que contenía las cenizas de aquella princesa malograda. El objetivo era exorcizar al paciente en cuestión. Con el correr del tiempo, Gheel se transformó en un espacio interesante para los temas que nos ocupan. En primera medida, y como dijimos, el modo de curación que proporcionaba se vinculaba con el encierro. Pero lo que sucedió luego fue que quienes no encontraban alivio de sus síntomas eran referidos a familias de la localidad por quienes comandaban la iglesia. Es decir, no volvían a sus lugares de origen, donde nadie los esperaba ya. De esta manera, hacia el siglo XIX el 5% de los habitantes de la pequeña ciudad eran personas con problemas mentales de cierta severidad, tendencia que se consolidó cuando diversas poblaciones (Bruselas, Malines, Lier, Tirlemont, entre otros) comenzaron a enviar allí a las personas con dificultades mentales que consideraban incurables.

Durante el siglo XVI se genera un movimiento que vendrá a influir en el establecimiento de los espacios que alojarán a los pacientes de salud mental en las décadas posteriores. Hacemos referencia a la Reforma, que entre sus iniciativas auspicia la transformación de los bienes de la Iglesia en lugares que no tuvieran que ver con lo católico. Los primeros grandes asilos de Alemania e Inglaterra provinieron de conventos, de hecho uno de los primeros hospitales para salud mental en países protestantes data de 1533, en Inglaterra y fue establecido en un antiguo convento. En Lubeck, Alemania, en 1601 se determinó que todos los testamentos que contengan cierta envergadura económica deben contener en su legado algún beneficio para con las personas que reciben ayuda por parte de la ciudad; en Inglaterra se establece también de manera general en ese siglo un impuesto que apunta directamente a mejorar las condiciones de vida de los sectores empobrecidos. De esta manera, los Estados apuntan a ordenar el tema de la pobreza, no en cuanto a una solución de fondo, sino en suprimirla de la escenografía, en desalentar su circulación por las calles, por los barrios. En este movimiento, la caridad se hace laica, y también se castiga moralmente a los marginales encerrándolos. Pero la Iglesia no tarda en

unirse a esta percepción, dividiendo a la pobreza en dos dimensiones: la sumisa, que acepta ser ubicada en los internados para colaborar con el orden público, y la rebelde, que se niega a ello y por lo tanto merece ser coaccionada para establecerse en esos sitios. De esta manera, para el catolicismo los asilos se convierten en lugares de beneficio o de castigo según la disposición de aquellos que van a ir a parar allí. Las personas con padecimientos mentales entrarán en este exacto grupo. Descoordinados del funcionamiento comunitario, sin obligaciones productivas para su sociedad, incomodando a sus vecinos, acompañan a la decadencia y la condena social a la pobreza y van desde ese momento a residir bajo los mismos techos que la albergan. Resulta curiosa la vigencia de esta disposición espacial. En Concepción del Uruguay, ciudad donde se encuentran nuestros entrevistados, existe un albergue municipal para gente en situación de calle, que tiene 15 camas. En ese lugar -que no es un parador ocasional, sino un lugar de residencia- conviven actualmente 13 personas con la condición social descrita, y dos pacientes externados del servicio de salud mental del Hospital local, que se encuentran separados de sus territorios identitarios a partir del rechazo de sus familias.

Volvamos a esos lugares de encierro, exclusión y castigo de la ociosidad y la mendicidad que se van conformando en los siglos XVI y XVII. Nos interesa representarlos porque la locura, al decir de Foucault, se introduce y va a crecer rápidamente en esos sitios de aislamiento “hasta el extremo de anexárselos” (Foucault 2015a, p.64); el mismo autor lo explica de otra manera, que mantiene conexión con los conceptos que nos interesan: las tierras que ocupaban miserables, desocupados, vagabundos y locos, “sitios ocupados por fantasmas” (Foucault 2015a, p. 64) serán transferidas exclusivamente a estos últimos en un proceso que se solidificará en el siglo XIX. Se conforma así, pues, un antecedente central del apartamiento de las personas con sufrimiento mental de sus territorios. No es inaugural de esta época el encerrar a esta población (hemos visto que esta medida provenía de siglos antes en algunos lugares del mundo), pero sí es el inicio de un *gran encierro* (Foucault 2015a, p.43) para grupos que impresionaban afines.

Las prácticas de marginación serán progresivas a partir de esta base desde el siglo XVI y se fortalecerán especialmente durante el siglo XVII; ya en la segunda mitad del siglo XVIII podría decirse que la internación era el sitio natural de la *locura*. De todas formas, en aquellos encierros no imperaba -como hemos dicho- el sentido médico terapéutico que tendría recién a partir de la segunda mitad del siglo XIX; el motivo más bien fue otro, y la implementación respondió a este sentido: el imperativo social del trabajo, o su reverso, la condena del ocio; en esa proscripción quedaron incluidos los problemas mentales: desocupados, mendigos y locos eran tratados de la misma manera; es decir, la lectura de la *locura* se realizaba desde la improductividad laboral. Las medidas de los Estados, en este punto, eran contundentes. En 1532 el Parlamento de París ordenó arrestar a los mendigos para hacerlos trabajar en las alcantarillas, encadenados de a dos; en 1606 un edicto de la misma ciudad instruye a las autoridades para que los vagabundos sean azotados en las plazas públicas, lastimados específicamente en los hombros, rapados, y luego echados de la ciudad. En 1607 una ordenanza refuerza la expulsión de esta población de *locos* e indigentes del centro urbano: compañías de arqueros deben apostarse en las fronteras para impedir su ingreso. En 1622 un folleto que circuló por Inglaterra insta a desterrarlos a las Indias Orientales y Occidentales. Otro edicto de 1656 prohíbe al mismo grupo, sin importar la edad, mendigar en los barrios a ningún horario del día; la pena es de látigo la primera vez que se los capture, y de cárcel la segunda. Esto para varones, a las mujeres les corresponde el destierro. En mayo de 1657 los arqueros salen a cazar marginales y a enviarlos al Hospital; cuatro años más tarde de 5000 a 6000 personas se encuentran internadas.

Una vez dentro de los establecimientos, existía la obligación de trabajar, y allí encontramos a los *locos* de la época, que en numerosas ocasiones se encontraban incapacitados para seguir las rutinas y exigencias laborales diarias que les imprimían las instituciones. El sentido del trabajo consistía en una corrección de lo que eran interpretadas como debilidades: vida licenciosa, pereza, relajamiento de los usos y costumbres que hacían a una buena sociedad.

Inclusive había una especie de progresión de las actividades laborales forzadas: una primera instancia consistía en el tipo de trabajo más duro físicamente que pudiera hacer el interno, si este paso era realizado con buena disposición, confirmaba la intención de esa persona de rehabilitarse como ciudadano. Recién allí se daba un segundo escalón consistente en instruirlo en algún oficio afin con sus inclinaciones. Por supuesto también había penalidades para los insurrectos, entre ellas el aumento del trabajo, la disminución de la alimentación, o la prisión. En coherencia con el sentido de re orientación de las cualidades y valores, también se obligaba a los internados a otras medidas como lo era, por ejemplo, la lectura de libros vinculados con enseñanzas religiosas y morales. No hay que desdeñar, por otro lado, la enorme crisis económica que asolaba a Europa en el siglo XVII: descenso de salarios, falta de empleo, escasez del circulante, y aumento de la pobreza. Esto hacía más visibles, más numerosos y más ruidosos a quienes quedaban al margen de los sistemas de trabajo. Por otro lado, cuando la economía mejoraba, quienes quedaban bajo las condiciones de internamiento se convertían en mano de obra barata.

Claramente, ninguno de estos establecimientos donde encontramos a las personas con padecimiento mental de los siglos XVII y XVIII contaba con un perfil orientado al área de salud siquiera desde su concepción. Describe Foucault (2007) que el castillo de Bicetre, en París fue construido en 1634 para ser asilo de pobres y heridos, y en 1656 se incorpora al Hospital General con el objeto de encerrar a los mendigos y lograr que éstos trabajen, según su edicto de creación. Hacia 1737 había una división allí entre diferentes usos posibles del espacio: manicomio, calabozos, jaulas y celdas en un grupo; pobres dóciles y paralíticos en otro; alienados y *locos* en un tercero; y, por último, pacientes con enfermedades venéreas y convalecientes. La primera dirección médica del lugar -a cargo de Pinel, de quien ya hablaremos- llegó recién en 1793, y unos años antes aún se observaba en la composición de sus internados la homogeneización entre salud mental y otras poblaciones que mencionamos anteriormente. Si había visitas médicas allí no era por la consciencia de estar encerrando personas con problemas de salud, sino por miedo a que las

condiciones del confinamiento provocaran en los internos diversas enfermedades. Aquí vale la pena una brevísima descripción del modo en el cual se encontraban una persona internada en Bicetre en el siglo XIX, y que podría justificar el temor a adquirir algún malestar físico: se hallaba dentro de un espacio físico pequeño, con un camastro con paja como único mueble, y adherido al muro por la cabeza, los pies y el cuerpo. De las paredes chorreaba agua, y frente a la imposibilidad de moverse, la persona no podía dejar de mojarse ni aún durante el período donde dormía.

Continuando con el origen de los lugares que incluyeron a la población con padecimiento mental, La Salpêtrière (“la salitería”), otro de los centros de encierro en París, obtiene su nombre a partir de que ocupó una construcción destinada originalmente a la fabricación de pólvora. También en 1656 es incorporada al Hospital General con el objeto de alojar allí a pobres pordioseras, *locas*, y mujeres incorregibles. Las condiciones habitacionales de la Salpêtrière no eran mejores que las descritas para Bicetre. En invierno, cuando subía el Sena, existían cuartos a la altura de las alcantarillas que se volvían extremadamente húmedos, y se poblaban de ratas que atacaban por la noche a quienes dormían allí, mordiéndolos en diversas partes de su cuerpo. Algunos registros de la época mencionan que se han encontrado *locas* con los pies, las manos, y la cara tan desfigurados por esos ataques que han culminado en el fallecimiento.

Saint Lazare, en tanto, ubicado en la misma ciudad, había contenido en sus inicios -siglo IX- a leprosos, para pasar luego a ser habitado hacia 1632, y en base a un edicto, a presos y a personas con problemas mentales (Foucault, 2007). En este último lugar, de hecho, era notorio cómo confluía el mismo tipo de tratamiento para ambos grupos. Foucault (2015a) recupera un testimonio escrito de inicio del siglo XVIII donde se consigna que se hacía pasear por el patio, después de la comida, a los habitantes del lugar. Este ejercicio se comandaba bastón en mano por parte de los guardianes, como si se estuviera conduciendo un rebaño de animales. Si alguno se apartaba del grupo, o no

podía seguir el ritmo, eran atacados con los bastones resultando, en ocasiones, en muerte o discapacidad de la víctima. Este tipo de escena no habrá sido superada del todo aún en el siglo XIX. Foucault (2015a, pp.45-46) cita un escrito de Esquirol donde dice que

Yo los he visto desnudos, cubiertos de harapos, no teniendo más que paja para librarse de la fría humedad del empedrado en que están tendidos. Los he visto mal alimentados, privados de aire que respirar, de agua para calmar su sed de las cosas más necesarias de la vida. Los he visto entregados a auténticos carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los he visto en recintos estrechos, sucios, infectos, sin aire, sin luz, encerrados en antros donde no se encerraría a los animales feroces que el lujo de los gobiernos mantiene con grandes gastos en las capitales.

La forma de trato adquiriría otra intensidad cuando la persona estaba en estado de agitación, o por sus características podía llegar a él. Lo más habitual era encadenarlos a las paredes y a las camas. En Bethlelehem, Inglaterra –siglo XVIII- a las mujeres se las encadenaba por los tobillos al muro de una extensa galería, y se encontraban vestidas solamente con una tela de lana. Los varones eran sujetos con una larga cadena que atravesaba la pared, con lo cual el guardián podía contenerlo y conducirlo desde el exterior a través de esa cadena. En el cuello tenía ajustada una argolla de hierro, unida con una cadena corta a otra argolla que podía moverse verticalmente a una barra metálica ajustada al techo y al suelo de la celda. Se ha tenido registro de un hombre que estuvo en esa situación durante 12 años. En Bethnal Green, también ubicado en Londres, una mujer sufría grandes crisis en las cuales era violenta físicamente; cuando padecía una de ellas, era llevada atada de pies y manos a una porqueriza. Si llegaba la calma, la ataban a su cama cubierta con una manta, y si le permitían caminar le disponían una barra de hierro entre las piernas que se encontraba fijada a los tobillos, y unas esposas unidas a la barra por una cadena corta. El aura que cubre los asilos de esta época es el de la animalidad de quienes los habitan. Resulta difícil para Foucault (2015a) encontrar en estas medidas y en el

clima que se genera algo vinculado con una corrección de costumbres, o la intención de una curación. Más bien la impresión es de jaula de zoológico, con bestias que se dejan llevar por la furia que les ha brindado la naturaleza. Es importante recordar que estamos hablando aquí de escenas que se dieron a lugar, en términos de historia, en un período que no dista demasiado del nuestro. Nuestros entrevistados pertenecen, en el trazo grueso, a la misma categoría -personas con padecimientos mentales- de aquellos de quienes estamos describiendo el trato al cual eran sometidos. Sería ingenuo pensar que esta historia reciente no está presente de alguna manera en la actualidad, incluso como referencia negativa a la cual no hay que retornar.

Para la Salpetriere, a fines del siglo XVIII, pueden encontrarse relatos que dan cuenta de que las *locas* a las que se percibía con accesos violentos eran sujetadas con cadenas a las puertas de los cuartos, y separadas del resto de la población por un pasillo extenso que culminaba en una verja de hierro. A través de esos barrotes se les pasaba la comida y la paja para que se recuesten sobre ella; la limpieza del lugar se hacía mediante largos rastrillos para evitar el contacto directo. En el Hospital de Nantes se podía observar una seguidilla de celdas individuales con puertas cerradas mediante candados, barras de hierro y cerraduras, y ventanas con barrotes y postigos. Cerca de la puerta se encontraba un pequeño recipiente de hierro encadenado a la pared, que pasaba a través de los barrotes y de donde el interno se alimentaba. En el Hospital de Estrasburgo, al extremo de las salas más grandes, se habían ubicado especies de reductos hechos con tablas donde podía caber alguien de estatura mediana. Estaban destinados a personas que no podían mantener una conducta tranquila, o su higiene personal; arriba de las tablas se apoyaba la paja en donde el habitante del pequeño lugar dormía y también orinaba y defecaba. En Inglaterra, a inicios del siglo XIX, una institución mantenía a una mujer acostada sobre paja, sin cobertura alguna, cuando la temperatura marcaba 18 grados bajo cero. En un establecimiento del sur de Francia, a quienes se rehusaban a comer o acostarse se les aplicaban diez latigazos con nervios de buey, o azotes en los dedos con una vara. Es claro que una de las sensaciones que más se buscaba despertar en

las personas con padecimientos mentales que se encontraban en estos sitios era el miedo, y había formulaciones teóricas incluso que relacionaban el miedo a una fijación, a una petrificación de nervios que se hallaban demasiado descontrolados. El miedo entonces era una manera de aquietar componentes internos que revestían demasiado movimiento, condicionando las emociones y la conducta.

La mezcla de poblaciones con enfermedades venéreas y con padecimientos mentales que referíamos respecto de lo que ocurría en Bicetre merece un paréntesis, pues forma parte de un tema más amplio que es la estigmatización, promotora directa del aislamiento. Inicialmente, es interesante aclarar que la relación mencionada data de siglos anteriores: hasta el final del siglo XIII existían las llamadas “Casas Pequeñas” en París destinadas especialmente a estos dos grupos. Como segundo punto, destacar que esta vinculación no es menor, pues este “parentesco oscuro” (Foucault 2015a, p.76) favoreció también la estigmatización, la exclusión y la expulsión de aquellos con sufrimiento mental de sus territorios identitarios. Se formuló de alguna manera, y con esta base asociativa, un anudamiento entre locura y pecado que perdura aun en nuestros días. El siglo XVII afianzó la posición de tratar en un mismo lugar los desvíos que esa sociedad juzgaba contra la razón, por un lado, y contra las afrentas a la buena moral sexual por el otro. Además, la asociación entre *pecados carnales* y padecimiento mental -que uno se haya encadenado simbólicamente con el otro- es importante por la dimensión de las penas que durante siglos se han aplicado a los primeros, y que explican parte del tratamiento social que se ha dado al segundo. La *sodomía*, de hecho, era castigada con la pena capital en Francia hasta entrado el siglo XVIII; concretamente se quemaba vivos a esos pecadores, y se les confiscaban los bienes. Otras condenas alternativas eran -y nuevamente aparece el factor de la expulsión- el destierro, la internación, o la prisión.

Si dejamos de lado las penalidades, y nos enfocamos en los tratamientos médicos aplicados a las enfermedades venéreas y a los padecimientos mentales,

Foucault (2015a) observa también una intersección, afirmando que los esquemas terapéuticos implementados con las primeras durante el siglo XVIII, en especial en la sífilis, configuraron por desplazamiento la base de las terapias de los siglos XIX y XX. Como ejemplo de estos tratamientos que luego se verán reflejados en los correspondientes a la *locura*, cita uno consistente en la provocación de una sangría, seguida de una purga, y una exhaustiva y larga confesión que cerraría la primera fase. En la segunda, se aplicaban fricciones con mercurio durante un mes, a lo que seguirían dos purgas más y una sangría.

Siguiendo con asociaciones estigmatizantes que provienen de esa época histórica -y que perduraron incidiendo en los prejuicios modernos sobre la salud mental (entre algunos de los numerosos trabajos al respecto mencionaremos al de Arnaiz y Uriarte, de 2006, que mencionan como principales estigmas a la infantilización, la irresponsabilidad, y la violencia; y el de López y otros, de 2008, que destacan como algunos prejuicios centrales a la impredecibilidad, la extrañeza, la incurabilidad y el merecimiento de la compasión)- mencionaremos al vínculo entre blasfemia y *locura*, que Foucault (2015a) define a partir de lo imperceptible de sus diferencias. Desde mediados del siglo XVI el castigo a la blasfemia se apoyaba fuertemente en el paradigma religioso: picota, incisión de los labios con hierros hirvientes, corte de la lengua y, en caso de reincidir, la hoguera.

Las penas de muerte fueron bajando pronunciadamente hacia fines de ese siglo, pero no por una relajación de las leyes, sino porque las mismas casas de internamiento que alojaban a las personas con padecimientos mentales fueron de a poco recibiendo a cada vez más cantidad de blasfemos. De esta manera la blasfemia también se ha incorporado, junto a la mendicidad, la vagancia y la *locura*, en una perturbación del orden. Un ejemplo claro de la relación entre blasfemia -leída como una profanación de lo sagrado- y salud mental es, para Foucault (2015a), cómo se ha tratado en gran parte de la historia a un asunto central de salud mental como el suicidio, que ha sido considerado dentro de los sacrilegios y los crímenes durante décadas. En ello se ve cómo un aspecto de

salud mental es leído a la luz de la transgresión de lo religioso, tal como blasfemos y *locos* eran agrupados alrededor de las mismas paredes. Para el autor, en este punto, la forma de considerar al suicidio configura una progresión del régimen de las blasfemias y las profanaciones. El suicida que fallaba, en el siglo XVII, era condenado a muerte y su acción interpretada como un homicidio fallido de sí mismo, homologable a una acción de lesa majestad divina. En el siglo XVIII el suicida se encontrará entre los primeros con los que se han aplicado -ya en el encierro y no en la condena a muerte- los aparatos de coacción terapéutica: la jaula de mimbre -que contenía una tapa abierta para la cabeza, y en la cual la persona permanecía con las manos atadas- o “el armario”, donde el cuerpo completo quedaba encerrado y solo permanecía al descubierto la cabeza.

Otro ejemplo del hilo que unía a desafíos individuales contra el catolicismo y *locura* -y que producía que ambos tengan el mismo destino social vinculado al estigma- estaba dado por el ateísmo (también ubicado entre las transgresiones al orden). El internamiento oficiaba para esta población como una posibilidad de reforma moral que la acerque a una verdad que estaba negando. Otros acompañantes de los *locos* en los asilos de la época, y que a partir de allí confundieron también su posición social con ese grupo, fueron los brujos, adivinos y astrólogos. Las determinaciones que se tomaban sobre ellos por parte de algunos Estados dan cuenta de la vía compartida que tenían con el padecimiento mental. Un edicto de 1682 en Inglaterra anunciaba que cualquier persona que presumiera de adivinar debía ser automáticamente desterrada. A fines de ese siglo el Hospital General de París recibía en gran número a magos, hechiceros y alquimistas.

Si los *locos* llegaban en la Edad Media como provenientes de otra dimensión, de territorios imposibles de rastrear, a partir del siglo XVI y hasta fines del siglo XVIII se destacarán entonces sobre un trasfondo de autoridad. Es decir, desafiando un clima de orden, y ocupando un lugar entre los pobres y los vagabundos en su incapacidad para producir e integrarse a los grupos, con ellos

compartirá el *gran encierro* que se diseminó por Europa (Inglaterra, Holanda, Italia, Francia, España) con una rapidez asombrosa. La verdadera red de Hospitales que fue armada se apresuró a separar a esta población incluso con más urgencia que la que se había aplicado con los leprosos (por caso, poco después de su fundación, el Hospital General de París encerraba al 1% de la población total de la ciudad). De esta manera, el lugar dejado vacante por los leprosos hacia fines del siglo XVI se ocupó por una mezcla heterogénea de individuos que incluía a las personas con problemas de salud mental, y que, evidentemente, no era tan diversa en la visión de las sociedades de aquella época. Incluía, entre otros, a mendigos, vagabundos, homosexuales, suicidas, hechiceros, ateos, criminales y blasfemos. Dentro de estos Hospitales Generales, se reservaba a los *locos* las construcciones más húmedas, inadecuadas, descuidadas, con excepción hecha de las mazmorras donde ubicaban -en una especie de doble aislamiento- a los considerados peligrosos. Así aparece entonces uno de los primeros indicios históricos institucionales de la intersección de encierro, pobreza y variada marginalidad, y padecimiento mental, una condensación que no ha cedido hasta hoy -hemos citado un ejemplo de la misma ciudad donde se encuentra Del Prado- tal como veremos adicionalmente más adelante, tanto en nuestro apartado sobre vulnerabilidad social y adicciones como en los testimonios de nuestros entrevistados internados.

Había también, en la misma época histórica, algunas experiencias laterales de cómo tratar con la *locura*. En ellas, se podía encontrar una particularización de la población. Es decir, no se encontraba amalgamada con otras, indiferenciada y portando prejuicios ajenos además de los estrictamente atribuidos a la condición mental. Aún con esta segmentación que la depositaba en circuitos que le eran propios, los padecimientos mentales seguían portando, en su tratamiento social, las características que estructuran este apartado. Es decir, el aislamiento, la exclusión, la marginación y un manejo terapéutico al menos singular. El Hotel Dieu, en París -con tradición en recibir este tipo de población desde la Edad Media- admitía en el siglo XVII a personas pobres con

problemas mentales que tuvieran un pronóstico esperanzador en cuanto a su curación. Allí se implementaban, entre otras medidas, sangrías, purgas, baños, y se encerraba a los pacientes en habitaciones con ventanas que servían para pasar elementos de un lugar a otro. En el siglo XVIII una descripción del lugar presentaba, en el aspecto general, una división de dos porciones: una destinada a varones y otra a mujeres. La primera se componía, dentro de un espacio muy reducido, de una sala con doce camas. En dos de ellas se podían ubicar dos pacientes por lecho, y en diez se acostaban cuatro pacientes por litera. Las mujeres no se ubicaban estrictamente en una sala. Más bien era una división, hecha con un delgado tabique, dentro del sector de las afiebradas. Allí se ubicaban seis camas para cuatro personas, y ocho camas pequeñas. A esta población se le brindaban algunas semanas para que mejoren de sus síntomas. Si esto no sucedía, los varones eran derivados a Bicetre, y las mujeres a la Salpêtrière; ese envío determinaba que iniciaran un trayecto fuera del ámbito del área de salud y de los tratamientos y la posible curación.

Como hemos visto, esos establecimientos albergaban ya un universo indiferenciado y heterogéneo donde los pacientes de salud mental ingresaban en otra lógica más vinculada al control social; de hecho el orden allí era prescripto por la Ordenanza penal. En Londres, en tanto, se encontraba Bedlam, también reservado a situaciones de salud mental. Se trataba de un hospital fundado en el siglo XIII, que en el inicio del XV ya contaba con 6 personas encerradas con cadenas y hierros, cantidad que se había triplicado para fines del siglo siguiente. En el siglo XVII se construyeron allí doce cámaras nuevas, ocho de las cuales se destinaron exclusivamente para padecimientos mentales que no fueran considerados incurables. Esto variará en el siglo posterior, cuando se concretaron dos edificios para esta población. El tratamiento, en esta época, consistía en que los pacientes eran sangrados a fines de mayo, y posteriormente debían ingerir vomitivos una vez por semana durante algunos meses, antes de ser purgados.

Pero como decíamos, encontrar personas con padecimientos mentales ubicadas exclusivamente en un circuito de tratamientos médicos era una rareza: un diez por ciento aproximadamente (Foucault 2015a). Además del tipo de instituciones que hemos citado como receptoras de esta población, Foucault (2015a) menciona un documento del siglo XVIII en donde se explicita que frente a la incertidumbre de dónde podría ser un buen sitio de exclusión, era muchas veces inserta en prisiones o casas correccionales. Se aclaraba además que no se les prestaba la más mínima atención, a pesar de que había circunstancias en las cuales atemorizaban o desorientaban por su comportamiento al resto de los habitantes. El destino que allí enfrentaban los situaba como sujetos de divertimento cruel por parte de los otros presos, o como curiosidades a los ojos de visitantes. Esto último no consistía una novedad histórica. En algunos de los asilos alemanes de la Edad Media había ventanas con rejas, y desde el exterior se podía observar a los *locos* encadenados. En el Hospital de Bethlehem, en 1815, se llevaba cabo una recorrida paga los domingos para ver a los internados más furiosos; los domingos ocurría lo mismo en Bicetre, y a algunos internos se los llevaba mediante latigazos a realizar acrobacias y piruetas.

Encontramos entonces, hasta aquí, en este recorrido a la *locura* aislada, estigmatizada, ridiculizada, sometida, y encerrada. Los lugares que la contienen son eminentemente vinculados al mantenimiento del orden social, y por ello el estatuto de las personas con padecimientos mentales es difícil de individualizar. Se encuentra unido a los grupos que desafían la estructura de las sociedades por su bizarría, su ociosidad, su pobreza, o sus transgresiones a la moral y la religiosidad vigentes. No existe, hasta el siglo XIX, nada que se parezca a un tratamiento de salud como forma protagónica de tratar con los *locos*. La lógica que comandaba es la del manejo conductual mediante el confinamiento físico, las limitaciones del movimiento, y las privaciones de diverso tipo. Foucault (2015b) explica que uno de los orígenes de un acercamiento médico más decisivo al área de la salud mental puede encontrarse en un hecho que nos interesa pues refiere a aspectos de esta tesis. A fines del siglo XVIII una

epidemia se expandía por París, y la sociedad comenzó a atribuir la responsabilidad de la enfermedad a la existencia del Hospital General. Es decir, el aislamiento de esa población no alcanzaba para proteger al resto de la comunidad de la posibilidad de ser contagiados de alguna forma de sus males. Se ve aquí no solamente cómo la lógica de la lepra seguía viviendo casi dos siglos después en el aura que rodeaba a la marginalidad -con la *locura* dentro de ella- sino que también puede observarse que los resquemores y la necesidad de exclusión no eran suficientes ni aun habiendo muros de por medio. El permanecer en la misma ciudad, en los mismos barrios que aquellos que había que aislar, podía derivar en malestares posibles que las paredes no podían contener. De hecho, las acciones se dieron de tal forma que existía la amenaza de que una turba incendie Bicetre. Es a raíz de este peligro que el teniente de policía envió allí una comisión de investigación con la misión de pesquisar si se daba alguna conexión entre la atmósfera interna de la institución y la peste que se diseminaba fuera. La comitiva estaba compuesta por algunos doctores regentes, el decano de la Facultad, y el médico del Hospital General, quienes generan un informe que niega que el origen de la enfermedad esté en esos muros. Esto no aplacó de todas formas a la población de París, y fue necesaria una segunda visita médica con su correspondiente informe para convencer más a quienes habitaban en el exterior. Es entonces a partir del miedo, la repulsión, la necesidad de distancia, y la contención de la agresividad hacia ellos que la medicina comienza a asomarse al destino de las personas con padecimientos mentales. No se advierte un motivo que nazca del sufrimiento de éstas, sino más bien de la necesidad de las personas sanas en alejarse de un peligro.

Esta impresión de hacinamiento y putrefacción que despertaban los internados (y que más allá de la conexión con la peste que corroía la ciudad, fue confirmada por los informes de la comisión) se apoyaba también en un aspecto cuantitativo referido a quienes habitaban dentro de las instituciones. Por la ya mencionada heterogeneidad de quienes estaban allí, es difícil discernir a los *locos* del resto del grupo, pero lo cierto es que cada vez había más gente aislada y encerrada. La Salpêtrière había superado la duplicación de su población entre

finis del siglo XVII y el mismo período del siglo XVIII; Bicetre había también multiplicado por dos en idéntico rango temporal; en un internamiento de los Hermanos San Juan de Dios, en Senlis, las plazas se han reproducido, de 1665 a 1780, de cuatro a noventa y una. La rigurosidad para encerrar a estos grupos según el clima político jugaba también un papel fundamental. Si bien tendía a crecer, a veces la curva adquiría mayor o menor pendiente. Ya en la segunda mitad del siglo XVIII, de todas formas, se puede seguir con mayor facilidad la trayectoria institucional de la población de salud mental, pues comienzan a funcionar lugares destinados exclusivamente a ella. Aparecen, por ejemplo, emprendimientos privados en Francia, Alemania, Austria, y diferentes Hospitales exclusivos en Inglaterra. De todas formas es útil aclarar que el surgimiento de estos lugares precede al carácter médico de la conducción de los tratamientos. Es decir, la lógica seguía siendo la de la conservación del orden social; de hecho ninguno de las casas privadas de París destinadas a las personas con padecimiento mental admitía siquiera la visita de un médico. Más allá de esta circunstancia, que no es irrelevante, sí es para destacar que la *locura* comenzaba a adquirir condiciones exclusivas para su encierro.

Es curioso también recuperar algunas ideas que ubicaron a la salud mental por fuera de la mezcla de poblaciones; estas ideas resultaban coherentes con la estigmatización que le era inherente. Nos referimos a un informe que Foucault (2015b) cita, dirigido al Comité de mendicidad de la Constituyente de París, en 1789. En él, se describe que los *locos* degradan el sistema interior de los internamientos, transformando en indignas las condiciones de vida del resto de la población. Acusa de negligentes a aquellos que deciden sobre el ingreso y la permanencia de las personas con padecimientos mentales en esos lugares; éstas últimas contaminan el clima del establecimiento, y a su vez merecen un cuidado particular. En 1790, la Declaración de los Derechos del Hombre indica que las personas detenidas en internamientos, y que tengan problemas de salud mental, deben ser visitadas por un médico, puestas a disposición de los jueces, y tratadas en Hospitales que les sean específicos. Es interesante mencionar también que frente a la falta de esos efectores de salud exclusivos, existió un

período de incertidumbre respecto de qué hacer, cómo controlar a esta población que dejaba los internados. Una de las medidas tomadas -una Ley promulgada cinco meses después de la citada Declaración de los Derechos del Hombre- homologaba el trato que debía dispensarse a los *locos* con el correspondiente a *bestias peligrosas*, concretamente confiaba a los vigilantes y autoridades municipales la misión de “remediar los acontecimientos desagradables que podrían ser ocasionados por los insensatos o los furiosos dejados en libertad y por los animales nocivos y feroces” (Foucault 2015b, p.69). En este tiempo de desorden frente a la ausencia de lugares que recepten a la población de salud mental (una especie de período de adaptación a la determinación de su especificidad como grupo), volvieron a encontrarse derivaciones que eran presentadas como medidas del momento, hasta concretarse la solución de fondo que significaría la creación de Hospitales especiales. Así, Bicetre y la Salpêtrière volvieron a recibir a personas con padecimiento mental, y en las provincias francesas las cárceles siguieron el mismo camino.

Es decir, estamos ubicando tres situaciones que se daban en paralelo, y que nos interesan en función de que se estaba moviendo la condición de encierro y aislamiento de la población que estudiamos. Por un lado, la separación simbólica de la locura respecto de la masa más indiferenciada que la contenía; por otro, su ubicación física en lugares específicos; y por último, algunas medidas que se consideraban soluciones puntuales y transicionales hasta lograr lo planteado en el punto anterior. Una disposición de 1785 en Francia ejemplifica bien este período en el cual de manera vacilante se van dando algunas definiciones sobre la posición que asumirán las sociedades respecto a la *locura*, se trató de la *Instrucción impresa por orden y a expensas del gobierno, sobre la manera de gobernar y tratar a los insensatos*. En él, por un lado se refuerza el estigma, describiendo a esta población desde la imperiosa necesidad que transmiten de alejarse de ellos, pues brindaban un espectáculo horrible a partir de sus rasgos repulsivos en rostro y cuerpo, de la pérdida de la razón, y la

potencial violencia que pueden ejercer. Por el otro, se les reconoce la justicia de recibir una asistencia.

Ambas vías encontrarán una conjugación en una nueva forma de la internación, en donde se genera paulatinamente una cobertura de salud desde el aislamiento. Como dijimos, para 1793 un médico, Pinel, dirigía Bicetre. En el ejercicio inicial de su función, aborda a 12 personas que se encontraban encadenadas. Una de ellas es un capitán inglés que se encontraba en la mazmorra hacía 40 años, quien al momento de su liberación corrió a ver el sol, alabándolo. Pasó todo el día recorriendo arriba y abajo las escaleras, y para cuando llegó el momento de dormir en la noche, retornó a su mazmorra. Con el arribo de la conducción médica a los Hospitales comenzaba una nueva etapa. Uno de los aspectos que nos interesa mencionar de ella es que las personas que allí estuvieran encerradas, de ahí en más, recibirían el sometimiento de otras maneras más sutiles, menos ruidosas, pero no por ello menos efectivas o más humanizadas. La dominación que se había hecho de la locura en los siglos anteriores sirvió para que Pinel y aquellos que lo sucedieron, en general, pudieran mostrar su autoridad de una forma que no incluía varas, cadenas o grilletes.

Foucault (2015b) lo grafica de un modo muy claro cuando explica que las limitaciones que se imponían desde el cuerpo de los locos pasan a suplirse con elementos tales como la indiferencia, la soledad, o la vergüenza. Lo que queremos decir con esto es que se generará en ese universo asilar un clima de juicio permanente, donde la autoridad del médico y sus acompañantes es percibida de manera constante, y permite la percepción de una condena que está siempre a punto de sobrevenir ante cualquier conducta o palabra que se interprete como falta. El aplastamiento de la voluntad, el sometimiento, se emitirá ahora con otros resortes, pero el resultado no es muy diverso del que existía en los siglos anteriores. Los métodos represivos, de todas maneras, existían. Para ejemplificar con uno que metaforiza esta suavización de su instrumentación, se suplía hierro por agua. Explicamos esta idea: especialmente

en los siglos XVII y XVIII, y también en la primera mitad del siglo XIX, baños y duchas eran usados como terapias; esto se debía a la concepción médica que se tenía sobre el sistema nervioso, al cual se consideraba de alguna manera ardiente y con necesidad de frescos. En Charenton, en el siglo XVII y principios del XIX, se aplicaba un método llamado *baño por sorpresa*, en el cual la persona descendía hacia una bóveda en planta baja, y era empujada por sorpresa para caer de espaldas en un estanque con agua debidamente ubicado. Con Pinel, el uso de la ducha y el agua se convierte en un instrumento del juicio permanente que citábamos; era aplicada ante diversas transgresiones tales como rehusarse a trabajar, a alimentarse, o ante faltas de conducta. Mientras se implementaba la ducha fría, le era comunicado a la persona que el método era llevado a cabo con tristeza, y por su bien. También existía en este nuevo asilo médico un lugar destinado para aquellos que no escarmentaran ni aún frente a las múltiples medidas que habían sido direccionadas hacia ellos para buscar reencauzarlos. Esta población daba a lugar a un segundo encierro dentro del primero. Foucault (2007) describe el clima imperante como el de una ceremonia permanente de soberanía, compuesta de elementos tales como sumisión, desposesión, acatamiento, coronación, rendición y restauración.

La psiquiatría del siglo XIX, de esta manera, libera a los que padecen de unas cadenas, y les ata automáticamente otras. Y estas nuevas cadenas, además, no están firmemente atadas a las paredes concretas de una celda, sino que se extienden hacia el discurso social de esa época y llegan hasta el siglo XX. Nos convoca a mencionar esta idea el hecho de que colabora para el estigma y la exclusión de la población de salud mental. Foucault (2007b) lo analiza desde el concepto de anormalidad, los psiquiatras del siglo XIX se transforman en especialistas en detectar no solo anormales, sino también en prevenir que sus consecuencias alteren a su descendencia y a su entorno social. En este punto, la función de la psiquiatría en cuanto la potestad de encerrar a quienes identificaba como peligrosos, y en especial el objetivo que esto tenía de conservar un orden en la comunidad no difería demasiado de lo que efectuaban las autoridades civiles y judiciales de la época de los internados de los siglos XVII y XVIII.

Nuestra intención es marcar la posición de aquellos que reciben los efectos de esta autoridad. Si bien algunas pautas escenográficas cambian, junto a guiones y personajes, hay un lugar social de culpabilidad, marca perjudicial y exclusión que no deja de presentarse del todo para ellos. La preservación del orden social y el aislamiento que se pretende a partir de esa premisa incluye por supuesto el apartamiento de uno de los territorios identitarios que estudiamos en esta tesis: me refiero a la familia. No hemos abordado hasta aquí, dentro de este breve recorrido por algunos aspectos de la historia de la salud mental, la indicación de excluir a las personas con padecimiento mental de ese territorio identitario, tal como sí hemos hecho con sus casas, ciudades y barrios.

Foucault (2007b) cita un escrito de Trélat, un psiquiatra francés de la segunda mitad del siglo XIX, donde se brinda una visión del vínculo entre una persona con padecimiento mental y su familia. La descripción de la influencia representa una vía unidireccional -del primero hacia la segunda- y el efecto es devastador. Cuando el psiquiatra -que es el único profesional de salud mental de la época- interviene en las relaciones paciente- familia no se detiene en las causas ni en los síntomas que son inherentes al padecimiento, sino que su concentración gira alrededor de “las torturas infinitas que seres afectados por un mal a veces incurable imponen a naturalezas excelentes, vivaces y productivas” aclarando que el accionar del elemento perjudicial en ese ámbito armonioso “mata todo lo que hay de bueno” (Foucault, 2007b, p.141). La enumeración de cualidades positivas corresponde, por supuesto, al círculo familiar de los pacientes. Esta óptica condicionará absolutamente la permanencia de estas personas en el territorio identitario familiar. Explica Foucault (2007a) que respecto a este tema incluso se establecerá un precepto nuclear en la conducción de los tratamientos de salud mental que tendrá vigencia hasta el siglo XX, esto es, la imposibilidad tajante y absoluta de tratar a alguien que sufra por condiciones mentales, si es que éste está inserto dentro del medio ambiente familiar. Durante todo el siglo XIX pueden encontrarse gran cantidad de aseveraciones y sugerencias dentro de los textos psiquiátricos que apoyan y promueven la exclusión directa de las personas con padecimiento mental de su

grupo primario, e incluso algunos expresan a la letra (más allá de que en todos los encierros que venimos describiendo está implícito que se ha aislado al paciente de su casa, su barrio y su familia) la necesidad de separarlo también de su círculo social y del territorio identitario de su casa. Esto que estamos marcando es importante, porque como hemos visto, la exclusión social de estas personas se había realizado durante siglos en aras del orden de la comunidad, e incluso en ese encierro eran mezclados con otras poblaciones que, se suponía, también alteraban esa armonía. Lo que ocurre en la época en que encontramos ya un encierro exclusivo para la población de salud mental, y un desarrollo de ese encierro que se encuentra comandado por médicos y una lógica más cercana al intento de curación, es que el confinamiento se encuentra específicamente indicado para ellos por su tinte terapéutico: es provechoso tanto para ellos como para sus contactos afectivos habituales.

Dos trabajos del siglo XIX que citaremos como ejemplo formulaban los pasos fundamentales sobre qué conducta terapéutica requiere quien ingresa a una internación. Uno, de la primera mitad de ese siglo determinaba que aquel que se interna “entra a un mundo nuevo y en el que debe quedar completamente separado de sus padres, amigos y conocidos”. Otro, de la segunda mitad de ese período, decía que “En las primeras vislumbres de la locura, separad al enfermo de su familia, sus amigos, y su hogar” (Foucault, 2007, pp. 118-119). Es importante aclarar que la medida de apartamiento no sólo es inicial, sino que durante la aplicación de todo el esquema terapéutico, sea cual fuera su duración, la permanencia del paciente fuera de sus ámbitos identitarios debe ser estrictamente necesaria; en esta misma línea Esquirol, en 1852, recomienda sacar a las personas con padecimientos mentales de todas sus costumbres y lugares conocidos, y rodearlo de extraños. Foucault (2007) llama a esto el principio del mundo ajeno, esencial en los tratamientos, y cuyo mero nombre remite fuertemente a intereses de nuestra investigación. No es tanto el aislamiento en sí lo central, pues incluso puede interpretarse a este concepto como que el paciente se encontrará solo, sino el traslado del individuo desde un medio ambiente que le es cercano a su identidad, hacia otro en el cual todo le es

extraño. Los fundamentos para realizar este movimiento son, en primer lugar lo que el autor llama *principio de distracción*, esto es que el paciente no asocie nunca su situación con la *locura*, que pueda guardarla en un rincón de su mente, que no salga a la luz, y que tampoco nadie conocido pueda atestiguar sobre ella. El segundo principio tiene que ver con el territorio identitario familiar de manera directa, pues éste es señalado como uno de los resortes más probables del desencadenamiento del padecimiento. Concretamente lo que podría producir el sufrimiento tiene que ver con situaciones habituales que rodean al ámbito familiar como deudas, penas, separaciones, ruina, miserias; estos y otros factores no solo propulsan los síntomas sino que los alimentarían. Foucault (2007) se apoya en Esquirol para explicar que los primeros signos de desequilibrio se dan muy habitualmente en la propia casa del sujeto en cuestión y rodeado de amigos, familiares y conocidos, lo cual constituye una buena razón para el aislamiento. Otro buen argumento para apoyar la marginación radica en que durante los primeros signos patológicos puede darse a lugar una suerte de confusión en la cual la persona que padece ve alteradas sus facultades para percibir de manera visual o auditiva los estímulos que le eran cotidianos; también pueden verse modificadas las sensaciones, las impresiones, las ideas, y a todo esto sobre agregarse la presencia de alucinaciones. Ahora bien, la propia condición produce, también, que haya una escasa consciencia de que los cambios displacenteros provienen de sí mismo, con lo cual la tendencia más común será buscar la causa de lo que le ocurre dentro de su entorno, de sus relaciones más cotidianas, y esta asignación de responsabilidad lo podrá volver agresivo, suspicaz, y por otra parte se alejaría de la verdad. Con lo cual esa desconexión con sus territorios identitarios favorecería una visión menos contaminada y confusa de su condición, acercándolo a la verdad y por lo tanto a la posibilidad de la resolución de sus síntomas.

Otra de las razones para el corte con los vínculos familiares son los roles que se juegan dentro de este ámbito de manera natural, y que podrían aumentar ciertos síntomas específicos. Por ejemplo, si un padre se conduce de manera despótica en la vida diaria de la familia, ello podría resultar un aliciente para ideas de

grandeza. Si una mujer ve satisfechos todos sus caprichos y necesidades en detrimento del bienestar del resto de su círculo familiar, también podría considerarse un combustible para su *locura*. Existen relatos de la época que dan cuenta, por otro lado, del empeoramiento de los cuadros de salud mental de las personas internadas cuando se les permite recibir visitas de sus familiares. Es decir que apartarlos de sus territorios identitarios ni siquiera es un reaseguro de salud si es que esos territorios luego van a acercarse a ellos dentro de su aislamiento: el corte debe ser absoluto.

Tenemos aquí entonces a los internados del siglo XIX, en absoluto aislamiento respecto a sus casas, sus barrios y sus familias. En circuitos terapéuticos propios y diferenciados que eran conducidos por psiquiatras indicando permanecer en los internados, y excluidos de todo ambiente conocido. Allí, estaban expuestos a los diferentes tratamientos que pudieran brindarse complementariamente al confinamiento (que como hemos visto, ya de por sí era considerado terapéutico), sea, entre otros, a través del agua, de la exposición al poder y la influencia médica, o de los diferentes instrumentos de la época.

El *restraint* representaba un concepto, el de la restricción física, del cual ya hemos dado algunos ejemplos y que se fue diluyendo hacia la mitad del siglo XIX en el llamado período del *no restraint*. Aun así, dentro de este momento de abandono de esas formas de condicionamiento del cuerpo, en los hospitales de la época continuaban en acción diversos aparatos que persistían en la misma lógica. Algunos ejemplos de ellos eran la silla móvil (que se fijaba a un fuelle de manera tal que, frente al mínimo movimiento de la persona que se encontraba atada a ella, la silla acompañaba agitándola violentamente en todos los sentidos, con lo cual el estar quieta era la única manera de no recibir esa sensación desagradable), las esposas (que por su cobertura de cuero eran menos dañinas para el cuerpo que sus antecesoras de puro hierro), los manguitos de fuerza (un tejido que unía a las manos por delante del paciente), la camisa de fuerza (compuesta de una tela fuerte, abierta por detrás y con mangas extensas que se cruzaban por delante y se unían en la espalda, haciendo imposible la

movilidad de los brazos), el traje con forma de guante (que ceñido al cuello provocaba que se mantengan fijas las manos contra los muslos), el féretro de mimbre (una caja del tamaño de la persona, que se depositaba en un colchón, con un hueco para dejar libre solamente la cabeza) y los collares de perro con puntas bajo el mentón (que tenían como objeto mantener la cabeza erguida; es decir, el castigo se siente si se baja la cabeza).

Un brevísimo relato al respecto del uso de estos aparatos lo escribió el director de un asilo de Lille, quien refirió en ese texto que al asumir el mando del lugar, ingresó al establecimiento y lo espantaron los gritos desgarradores que escuchaba por todo el sitio. Al adentrarse en las salas, se tranquilizó al ver que los pacientes gritaban, pero que se encontraban bajo control visual, pues estaban sentados todos en el mismo espacio, sujetos a sillones que a la vez se hallaban fijos al muro. Esta limitación de la libertad se sumaba a otras, igualmente importantes para el método terapéutico de esos años. Una de estas limitaciones adicionales era la de la comida, siempre servida por debajo de la media en cuanto a cantidad, y que por otro lado se transformó en instrumento de castigo (supresión, ayuno) una vez que los aparatos entraron cada vez más en desuso. Otra de las carencias provocadas se ubicaba en la ropa, en especial en cuanto a calidad, y con la que había que ser cuidadoso en ese recorte, pues los pacientes podían optar por deambular desnudos.

Estamos describiendo algunas particularidades de los primeros tratamientos puramente psiquiátricos, que datan del siglo XIX. Existió un psiquiatra, especialmente interesante por la meticulosidad de sus escritos, y porque representa fielmente estos momentos históricos. Según Foucault (2007) se trata del hombre que definió con mayor precisión los tratamientos de su generación, y además quien llevó a esas prácticas a un punto de elevación tal que permite comprender los mecanismos generales de toda su época, y también de la mentalidad de sus contemporáneos. Consideramos que podemos concluir este apartado con algunas breves referencias de su trabajo, que graficará concluyentemente la base histórica de los tratamientos de salud mental.

Hablamos de Francois Leuret, quien fue director de Bicetre, discípulo de nuestros citados Pinel y Esquirol, y promotor del *tratamiento moral*. Explica Huertas en su prólogo (en Leuret, 2001) que este encuadre apuntaba a que el paciente reconozca una posición errónea, devolverle su responsabilidad moral, y propiciar un retorno a un estado anterior más noble. Los pasos necesarios incluían la destrucción de la idea delirante, con un modo que hacía equilibrio entre la amabilidad y la firmeza. Si la primera no era suficiente para conseguir los resultados esperados, entonces llegaban métodos más coactivos.

Leuret cuestionaba, primero, las medidas más habituales para trabajar con los pacientes de salud mental: los juegos, la música, los viajes, la charla, el trabajo, la lectura, y el encierro. Algunos por económicamente costosos, otros por poco interesantes para la mayoría de estas personas, limitaciones físicas o cognitivas, todos resultaban escasamente auspiciosos. Incluso el confinamiento era cuestionado por Leuret, pues promovía la pérdida de las facultades y la aparición de las demencias. Proponía, entonces, su tratamiento moral como forma más efectiva de tratamiento. El texto de Leuret contiene veintidós casos en los cuales describe los síntomas, y cuáles son las medidas tomadas en cada cual. Citaremos uno de ellos como muestra de una de las formas más típicas de tratar con padecimientos mentales en estos albores de la clínica.

Se trata de Urbain, de 30 años, que ingresa a Bicetre derivado desde el Hotel Dieu por falta de resultados en su tratamiento. En su primera observación Leuret lo encuentra pálido, delgado, acostado, y sin voluntad de comer, beber ni moverse. El psiquiatra supone que ciertas ideas religiosas y pensamientos tristes deben estar interfiriendo en su alimentación; lleva casi 10 días de ayuno. Hasta el momento de que Leuret lo conoce, no había querido hablar con nadie del lugar, se había rehusado a los interrogatorios. Temiendo que la conducta se replicara con él, Leuret no le habla tampoco, para no quedar desde el inicio disminuido a la vista del paciente. Enseña el psiquiatra que “siendo la acción del médico totalmente moral, éste debe siempre aureolarse de cierto prestigio, sin aparentar que cede, para que su autoridad permanezca intacta” (Leuret 2001,

p. 124). Lo que sucede entonces es que, siendo absolutamente indiferente a si hablaba o no, y haciendo notar esa indiferencia, Leuret anuncia que Urbain debe beber algo. Le tapa entonces la nariz y lo fuerza a ingerir un caldo con ayuda de un biberón. El paciente no acusa recibo de ese movimiento, sigue sin moverse, no traga ni respira; ante esto el psiquiatra pregunta ruidosamente a sus ayudantes si pusieron hielo en el cuarto de baño, agregando que si Urbain escupiera lo que le está dando, iría a parar inmediatamente allí. El hombre entonces bebe el caldo, y hace un gesto como agradeciendo, a lo cual el médico no responde ni con palabras ni corporalmente y se retira del recinto. Por la noche el paciente se orina en la cama, no se le hace ningún reproche pero vuelve a obligárselo con el mismo sistema (nariz tapada y biberón) a beber otro caldo, lo visten a la fuerza, lo paran y lo conducen al jardín de Bicetre donde se une tímidamente al trabajo de sus compañeros. Tras ello, almuerza también al ritmo del grupo entre el cual se hace circular un solo vaso para todos. El objetivo de esto era probar a Urbain, de quien Leuret (que permanecía cerca pero mostrándole una intencionada falta de atención) sospechaba un miedo a ser envenenado. Después de la jornada de trabajo, el paciente se niega a comer, y se rehúsa a escuchar consejos que se le dan. Como conducta llamativa, sólo ingiere el contenido de una escupidera que había en el lugar. Los dos días posteriores experimenta cierta mejoría. Come, bebe, trabaja, y -aunque obligado- limpia su habitación. El cuarto día se niega a comer y a hablar, por lo cual es llevado a la ducha, que lo atormenta, lo cual demuestra gritando en alemán. Con esta medida aplicada, decide comer y beber. Durante los nueve días siguientes se lo alimenta obligadamente a través de una sonda dirigida al esófago. Después de este tiempo, toda obstinación cede. Habla y se alimenta sin protestas. Después de dos meses de tratamiento, Leuret da fin al tratamiento, diagnosticando que el origen de la enfermedad era indudablemente moral, y que a esa base correspondió el trato pertinente.

4. Algunas conclusiones parciales

¿Cuáles son las nociones, los razonamientos, las ideas centrales que debemos tener en mente para la lectura de los testimonios, y el trabajo de las comparaciones que realizaremos en la Parte 2 de esta tesis?

Comentaremos brevemente algunas de estas conclusiones parciales para poder así remarcar lo nodular que hemos encontrado hasta aquí.

Existe una forma de realizar tratamientos de salud mental que es, en la actualidad, la más recomendada. Estas sugerencias provienen desde varios sectores, que van desde leyes a documentos internacionales. El contenido es, básicamente, que los tratamientos de salud mental deben realizarse dentro de la comunidad de la cual el paciente es parte.

El territorio como concepto de las ciencias sociales ha sido estudiado desde muy diversas dimensiones. Para este trabajo utilizaremos la vertiente simbólica, o cultural. Esta mirada le da valor a los significados que individuos y grupos depositan sobre sus territorios; éstos se constituyen a partir de esos significados. A su vez, diferentes autores han determinado que los territorios se organizan en capas, cáscaras, escalas. Las más cercanas a esos individuos o grupos, las que permiten su acción directa, aquellas con las que tienen contacto cotidiano, son contenedoras de sus identidades, a las cuales a la vez ayudan a configurar. Esos son los territorios identitarios que nos interesan: la casa, el barrio, la familia. Nos preguntaremos cómo significan nuestros entrevistados a sus territorios identitarios, y cómo esa semantización influye en sus tratamientos. Para ello recurriremos a personas internadas en una institución que, por su localización, recibe población de otros territorios. Valiéndonos de los preceptos de la Teoría Fundamentada, los testimonios nos permitirán construir categorías, y ellas serán los observables a partir de las cuales determinaremos los significados puestos en los territorios identitarios de nuestros entrevistados. Ubicaremos, entonces, esos significados y eso nos permitirá realizar un aporte sobre la sugerencia de

que las personas en tratamiento por adicción a sustancias ilegales se encuentren insertas en los territorios mencionados.

El armado de mejores tratamientos de adicciones a sustancias ilícitas es relevante por el gran costo que tienen estos cuadros, entre otros lugares de impacto, en los niveles de salud de la población general, y en economía de los Estados. En cuanto al primer punto, es origen y agudiza algunas de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial. Por otro lado, diseñar un tratamiento de adicciones de manera adecuada es central, pues la población que recurre a ellos tiene, en general, poca consciencia de enfermedad y alta tendencia a desertar.

Consideramos, además, que el paradigma que ponemos en cuestión en esta investigación para los adictos a sustancias -es decir, la permanencia en sus territorios identitarios mientras realizan sus tratamientos- corresponde parcialmente a un intento de superación respecto a lo ocurrido durante siglos en los cuales se los apartaba de sus familias, sus casas, sus calles, y se los encerraba para brindarles tratamientos que los sometían en varios aspectos. Durante siglos, incluso, se los desconocía como población que precisaba una atención especializada, simplemente se los encerraba con otros marginales. Cuando llegó el momento histórico de ese reconocimiento, ya entrado el siglo XIX, los tratamientos se basaban en diferentes grados de restricciones y sometimientos. Sin conocer estos hechos, no puede comprenderse la actual tendencia. Ha sido necesario, para una cabal comprensión de esta tesis, presentar este punto de partida contra el cual se presenta una nueva forma de trabajar con los pacientes de salud mental. Quedará para otros trabajos posibles el evaluar cuán exitosa está resultando esta propuesta al menos en la Argentina, país de nuestros entrevistados. Nos genera esta pregunta, entre otras cuestiones, la necesidad de incluir en la Ley 26657 la aclaración de que nunca debe administrarse la medicación como castigo (Artículo 12), o que en ningún caso las internaciones pueden iniciarse y prolongarse para suplir problemas vinculados con la vivienda y los recursos económicos. En diálogo

especialmente con esto último, rescatamos también ciertos datos del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivo de Salud Mental (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019). Algunos de estos resultados no son producto solamente de lo actuado en el sector salud, pero más allá de esto es interesante remarcar que de las conclusiones del estudio (resaltaremos los que se vinculan con nuestra área de interés) se desprendió que el 37% de los internados no se encontraba en esa condición por razones de salud, sino por no tener casa y/o círculo afectivo con quien vivir -mal podrían entonces hacer tratamiento con esos entornos cerca- y que, a consecuencia de estas carencias, un 25% de los internados había permanecido encerrado durante 11 años o más, y un 11% estaba en ese estado desde hacía 6 a 10 años. Por supuesto ninguna descompensación pura de salud mental dura tanto en una forma aguda. Lo que sucede es, simplemente, que esas personas no tienen dónde ir. En esta situación, la indicación de hacer tratamiento en los territorios identitarios termina siendo de dudoso cumplimiento. Quienes aún pelean por los derechos de las personas internadas lo hacen, ahora, pidiendo el cumplimiento de las leyes y documentos que hemos citado abundantemente. Es decir, los reclamos respecto a estos derechos aún existen, y hay violaciones evidentes -como las que citamos a partir del Censo- que apoyan estos reclamos. Las situaciones que marcamos eran, hace siglos, acorde a las disposiciones, y hoy son en contra. Más allá de este cambio, que no es menor, resta la duda de cuáles cambios y en qué proporción se han generado -al menos en el territorio correspondiente a nuestros entrevistados- a partir de las variaciones tendientes a la protección de derechos que se han generado en las políticas mundiales de tratamientos de salud mental.

Parte 2: Los territorios identitarios de esta tesis

1. Los testimonios

1.1 Nuestros entrevistados: Adicciones y vulnerabilidad social

Daremos a conocer la palabra de personas con problemas de adicciones que, además, se encuentran insertas en un contexto socio-familiar-económico vulnerable. Leandro González (2009) describe la vulnerabilidad de un individuo, hogar, o comunidad en función de un resultado conjunto que proviene de múltiples factores; éstos determinan una situación o síndrome de vulnerabilidad social. Si bien estos factores varían según los numerosos estudios que se han publicado sobre el tema, existe un alto nivel de coincidencia en orientar el análisis bajo los parámetros de la trayectoria educativa, el modo de inserción laboral -o la ausencia de éste- y la calidad de los lazos familiares y sociales (entre otros: Pizarro Hofer, 2001; Golovanevsky, 2007; Sosto y otro, 2012).

Intentaremos describir cómo diferentes investigaciones han explicado el vínculo entre estos factores -las vulnerabilidades y las adicciones- para así poder tener una lectura más completa de sus palabras, que es finalmente lo que nos interesa rescatar en este trabajo. En sus testimonios, se traslucen los lugares sociales de donde provienen, y entendiendo que estos lugares son de vulnerabilidad podremos comprender mejor el contenido de las historias. Es interesante para nuestra mirada observar que aun siendo tan similares los relatos que se pueden recuperar de esta población, no ha habido un cuestionamiento que se refiera al impacto que puede tener en ella el contacto con sus territorios durante el período de recuperación de las adicciones. Es decir, se ha observado

en detención y durante años el entorno que ha colaborado para el desarrollo del problema en cada una de estas personas, pero esto no ha alcanzado para poder generar una pregunta sobre la conveniencia de la cercanía o lejanía con respecto a ese entorno en el crítico momento del tratamiento.

Esta tesis se pone, entonces, en diálogo con trabajos que han abordado a una población de similares características en cuanto a entornos, y en cuanto a cómo estas características han incidido en su salud. Es decir, en estos trabajos que presentaremos, no solo se habla de una población que se identifica fácilmente con la que nosotros hemos abordado, sino que también se interesan en las causas y consecuencias de la adicción a sustancias que padecen.

Es interesante recuperar en esta instancia, un trabajo que se realizó desde la propia institución en 2016. En ese momento, el establecimiento tenía otro nombre -“El Edén”- pero se encontraba conformado por el mismo equipo profesional, la comisión directiva de la Asociación Civil era idéntica, y el modo de admisión y derivación era también igual al actual. Es decir, recibían a los pacientes con una beca desde la SEDRONAR, lo cual colaboraba en definir un perfil de paciente ingresante. Tampoco había diferencias en cuanto a su situación territorial estratégica, era también en aquel momento referencia absoluta en cuanto a la problemática para toda el área de la costa del Río Uruguay. El estudio fue declarado de interés por la Municipalidad de Concepción del Uruguay (Decreto 24972 del 11 de abril de 2017) y presentado en la trigésimo segunda edición del Congreso Nacional de la Asociación de Psiquiatras Argentinos *Compromiso de la Psiquiatría y de la Salud Mental en los consumos problemáticos Contemporáneos* (2017). En el trabajo, se abordó a las 87 personas que hicieron tratamiento en la institución entre mayo y diciembre de 2016, con el objetivo de relevar algunas variables que les eran relativas, y vincularlas con el concepto de vulnerabilidad social. Algunos datos centrales que se recabaron fueron que solamente el 10% de los pacientes tenía trabajo formal, mientras que la cifra de desocupación alcanzaba el 47%, y la informalidad el 31% (el resto se dividía entre estudiantes y privados de su

libertad que iban con permiso especial al tratamiento). En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado, casi un 36% había llegado a completar la primaria y prácticamente un 52% tenía el secundario incompleto. Referido a los antecedentes judiciales, el 47% contaba con algún episodio vinculado a acusaciones en ese ámbito, siendo el robo el más frecuente.

Un trabajo de Canavessi y otros (2016) estudia la relación entre vulnerabilidad social, consumo de sustancias, y conductas delictivas para jóvenes de ciudad de Buenos Aires, conurbano bonaerense, y algunas ciudades del Interior de la Argentina. No sólo la población de Del Prado, como dijimos, cuenta con antecedentes vinculados a este tema, sino que dentro de los relatos que presentaremos -y que son actuales por supuesto- existen fragmentos que describen el protagonismo de nuestros entrevistados en situaciones delictivas, relacionadas en general a su etapa más aciaga de adicción. El hecho de ver involucrados a los protagonistas de esta tesis dentro de esas tramas nos motiva a presentar algunas ideas y conclusiones que se han hallado al respecto.

En el estudio mencionado, se abordó a personas en tratamiento por adicciones (más de 5000 en total), encontrando presentes varios de los factores de riesgo que hemos mencionado antes, y que volveremos a encontrar en los testimonios. Por ejemplo, el abandono escolar: casi el 60% de los encuestados habían dejado de concurrir a los espacios escolares entre séptimo grado y segundo año, una ínfima porción había completado el secundario, y gran parte de las deserciones se habían producido por causa del consumo de sustancias. Sobre la condición de inserción laboral, el 70% se encontraba desocupado o en trabajos informales y ocasionales. Otro factor que formaba parte de la vida cotidiana de las personas encuestadas, que configura también un factor de riesgo -y que ubicaremos abundantemente en los testimonios que presentaremos, teniendo además una forma íntima de relacionarse con nuestro interés en los territorios- es un determinado modo de “estar en la calle”, muy vinculado a las “malas juntas”. Más de la mitad habían sufrido algún tipo de violencia en su casa, siendo heridos incluso, y los progenitores habían sido los agresores en la mayor

parte de los casos. En cuanto al consumo de sustancias entre la familia conviviente (que observaremos también con asiduidad en los fragmentos que forman parte de esta tesis), entre un tercio y la mitad de aquellos que fueron relevados por el estudio manifestaron haber experimentado esta situación durante su niñez y adolescencia. Y un tercio, también, refirió tener parientes (primos, tíos, hermanos entre los más habituales) en condición de privación de su libertad.

En relación a los motivos que los llevaron a consumir de manera problemática diversas sustancias, las conclusiones de quienes participaron en el estudio atribuían ese impulso negativo a los maltratos sufridos durante la infancia, influencias perjudiciales en los momentos de la formación de la personalidad y la identidad, y las dificultades en poder procesar de manera operativa los conflictos inherentes a las etapas de la adolescencia y la juventud. Estos factores a su vez eran vinculados con la ausencia de referentes, la falta de inserciones institucionales, y el diseño de vínculos inestables. En relación a las dinámicas familiares, ubicaban como relevantes la falta de límites y la ausencia total o parcial de afecto y contención. A esto referiremos posteriormente como abandono emocional en nuestra tesis, pero como observamos es un rasgo afectivo que suele acompañar la construcción de este problema de salud. Haciendo alusión los efectos del ambiente descrito en las cualidades del carácter y la personalidad, la investigación consignaba baja autoestima, frustración, angustia, inseguridad y timidez. Otras sensaciones que ubicaban los encuestados como importantes en el desarrollo de su adicción eran los sentimientos de vacío, tendencia a evitar los problemas, y situaciones de pérdida.

Dos tercios de las personas consultadas habían cometido delitos fuera del ámbito familiar, y dentro de lo que consistió en la revisión de este hecho las respuestas más numerosas reflejaron que los motivos residían en que necesitaban comprar drogas. Y acerca del estado de intoxicación que se encontraban al momento de llevar a cabo la actividad delictiva, un poco más de

la mitad mencionó haber estado alterado por la ingesta de drogas o alcohol. Además, dos tercios también refirieron haber usado armas para cometer al menos un delito. Los mismos encuestados vincularon fuertemente la presencia en sus vidas de la adicción con la concreción de actividades que los ubicaban por fuera de la ley. Tres cuartas partes de ellos afirmaban convencidos esta relación; lo describían como “una cosa lleva a la otra”, ya sea por la necesidad de medios materiales para seguir adquiriendo la sustancia, o por el estado emocional y conductual que promovía el consumo.

Algunas conclusiones del trabajo de Canavessi (2016) que nos resultan interesantes para mostrar en nuestra tesis se detienen en la importancia del contexto doméstico y las pautas de cómo la familia lleva adelante su socialización. Esto podrá armar factores de riesgo, o no, en relación a la práctica de consumo problemático de sustancias. Hay también un entrecruce entre algunos de estos factores que promueven a una adicción, y también a prácticas delictivas. Entre ellos se encuentran el funcionamiento del contexto social y familiar, el camino desandado por el sistema educativo, y las posibilidades de inserción laboral. No podría afirmarse categóricamente que las adicciones llevan al delito, o viceversa, pero sí es posible verificar la presencia de relaciones entre consumo problemático de sustancias y actividades delictivas, ya que ambas son parte integrante de una gama de conductas de riesgo que proceden de raíces que son coincidentes en muchos puntos. De aquí que los autores señalan como importante no centrarse en trabajar cada una de las dos ramas por separado, sino en enfocarse justamente en esas raíces que funcionan como rasgo común y posibilitador de ambas.

Como hemos dicho, el objetivo general del trabajo de Canavessi (2016) era justamente bucear en este vínculo posible entre delito y adicciones, y cómo ambas hallan un auspicio en los medio ambientes que acompañan el crecimiento de los individuos involucrados. Estos medio ambientes, que forman parte sustantiva de esta tesis, pueden ser interpretados entonces como parte de las piedras de base centrales de ambas. Es una trama que también observaremos

en algunos de los testimonios producidos en la situación de entrevista: contextos relevantes para el individuo, consumo problemático y conductas delictivas. La población con las vulnerabilidades que hemos descripto, a las cuales se suma el consumo y en algunas ocasiones posteriormente el delito ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años en la Argentina. Los principales han sido diseñados y llevados a cabo por el Observatorio Argentino de Drogas correspondiente a la SEDRONAR, que desde 2004 a 2017 ha efectuado once investigaciones de índole cualitativa y cuantitativa en personas privadas de su libertad acerca del tema que nos ocupa. La relación entre delito y consumo problemático de sustancias también ha sido abordada por informes, respectivamente, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (en 2010, 2013 y 2016), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (en 2010, 2015, 2017 y 2019) y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015-2019).

Innamoratto y otros (2020) realizaron un interesante trabajo con conclusiones coincidentes con las recién expuestas, y agregando a los costos que la sociedad paga por las adicciones aquellos relativos al movimiento de sus fuerzas de seguridad y de la Justicia Penal. En este sentido, insta a reflexionar sobre el error de hacer circular por el sistema judicial y carcelario a los adictos, sin considerar la posibilidad de brindar un enfoque terapéutico a la problemática que se combine adecuadamente con el avance de las causas correspondientes. Explica que ha sido evidente la insuficiencia de la respuesta que el sistema punitivo como reacción pura ha brindado a la reiteración de situaciones vinculadas con personas adictas y delitos. Esto deriva en una victimización múltiple que incluye no solo a quien consume, sino a sus familiares, y al funcionamiento social y económico de la comunidad.

2. Codificación de los testimonios

2.1 Codificación abierta

A continuación presentaremos las categorías desarrolladas a partir de las actividades de clasificación y categorización incluidas en las codificaciones, tanto abierta como axial, según los lineamientos incluidos en la estrategia de la Teoría Fundamentada. Recorreremos testimonios referidos a tres territorios que, por lo cotidiano de lo vivencial y el arraigo afectivo, constituyen a la identidad de nuestros entrevistados en un proceso de ida y vuelta. Nos referimos, según lo que hemos ya presentado en nuestro marco teórico, a la familia, la casa, y el barrio.

A. Territorio identitario: La familia

A.1 “Recuerdos negativos de la familia relacionados con violencia”

Esta categoría fue elaborada a partir de respuestas en las cuales los entrevistados desplegaban escenas o sensaciones relativas a su círculo familiar donde prevalecen las situaciones de violencia, ya sea verbal o física. Entre paréntesis, luego de cada fragmento, especificaremos el territorio de origen de quien lo produjo:

“De mi familia me acuerdo que era chico y nos sentábamos todos en la mesa a comer y mi viejo con mi mama y mis hermanos y era algo muy feo porque no se podía hablar en la mesa porque mi viejo nos retaba nos pegaba si nos reíamos o algo por el estilo” (Gualeguaychú).

*“Mi papá si se emborrachaba se ponía agresivo, les pegaba a todos”
(Guauguaychú).*

*“Mis viejos tenían discusiones como cualquier pareja y yo buscaba la excusa para drogarme como porque después todas parejas tienen discusiones”
(Concordia).*

“Yo me acuerdo que mi papá cuando yo era chico le pegaba a mi mamá y le hacía revisar abajo de las cama porque mi papá se drogaba y le hacía mal la droga” (Guauguaychú).

“Hay otras cosas también porque yo era más chico y tenía 9 o 10 años y mi hermano el mayor abusaba de mí, abusaba hasta como los 12 años y yo tenía miedo de decirle a mis padres por miedo a que me peguen” (Guauguaychú).

“Tenemos recuerdo cuando yo era chico era muy compañero con mi padre eee después tenía agresiones de mi padre ¿no? me pegaba mucho, le pegaba a mi mamá” (Guauguaychú).

*“si me pegaban a mí, mi papá, y la agredía a mi mamá también”
(Guauguaychú).*

“Yo cuando empecé a consumir no me empezó a importar nada que mi papa me pegara que le pegara a mi mama” (Guauguaychú).

*“El consumo no sé si lo agarré por mi padre pero el tema de andar robando haciendo esas macanas yo lo veía a él porque mi padre hacía esas cosas”
(Paraná).*

A.2 Recuerdos negativos de familia relacionados con abandonos

En otros fragmentos lo que parece ser más central es cierto clima de abandono, negligencia o duelo:

“Por ejemplo más recuerdo tengo que yo me hice persona me hice como hombre siendo yo sólo porque tengo recuerdos de mi madre pero no muy siempre estuvo ella, pero ella después que se separó de mi papá tuvo un marido que por ejemplo a mí no me aceptaba por más allá de las cosas que yo hacía con el consumo yo andaba en cosas malas andaba con armas y todas esas cosas y él como que si no me aceptaba y de ahí yo me fui del todo a la calle, me dormía en la calle” (Paraná).

“Cuando era chico iban a mi casa a esconder kilos de cocaína en el tocadisco” (Paraná).

“En mi casa no estaba mucho o sea yo por ahí mi papá los domingos se sentaban a tomar mate y a mirar televisión y yo me iba a la casa de un compañero o yo me sentía más cómodo en la casa de un amigo, sentía más cariño con los padres de ellos que los padres míos y era así mi relación con mi padre para sentarme a comer nomas de vez en cuando o hola cómo estás, era muy cortante la relación” (Gualeguaychú).

“ Me acuerdo que mi mama me abandonó a los cuatro años más o menos se fue nos dejó a mí y a todos mis hermanos de los cuales nos separaron por diferentes familias porque somos de diferentes padres yo viví con mis abuelos paternos y con ellos me crie” (Colón).

“Mi padre ya había empezado a vender los terrenos la casa de él después vendieron la casa de mi abuela y me quede en la calle no tenía donde vivir hasta que una familia amiga me dio lugar donde vivir” (Colón).

“Mi sobrina también mi sobrina porque la que falleció ella me golpeó mucho, porque falleció mi mamá mi sobrina siempre fueron golpes así uno atrás del otro” (Paraná).

A.3 Recuerdos negativos de la familia relacionados con separaciones

En otros fragmentos, finalmente, predomina la disgregación del grupo familiar:

“Se separaron mis viejos y ahí como que la familia se descontroló un poco ¿no? A través de la separación de ellos agarramos uno pa un lado otro pal otro y entre hermanos como que no hubo esa conexión que siempre hubo desde chicos esa niñez que teníamos” (Gualeguaychú).

“Yo me crié con mis abuelos mi mamá hizo su vida aparte se juntó con mi padrastro, tuvieron dos hijos a la misma vez mi padrastro estaba tenía con otra mujer al mismo tiempo dejó embarazada a mi mamá de mi hermana dejó embarazada a otra mujer y convivían todos juntos una familia no común algo raro” (Barranquera).

Más allá de lo específico de las tres categorías expuestas, el contenido de los recuerdos tiene un tinte negativo para el entrevistado. Las situaciones expuestas se ubican temporalmente en etapas de niñez o adolescencia de quienes las relatan, cuando la dependencia emocional al entorno familiar se supone más intensa que en períodos posteriores del ciclo vital. Dentro de los tratamientos, es habitual que se intenten vincular vivencias tempranas con el desencadenamiento del padecimiento. En los fragmentos presentados, los recuerdos aparecen con una carga que transmite una impresión de perjuicio para la formación de su personalidad.

Nos desplazaremos de los contenidos negativos para presentar a continuación aquellas categorías elaboradas a partir de recuerdos cargados de significados positivos.

A.4 Recuerdos positivos de la familia

En otros fragmentos podemos observar recuerdos familiares con un tinte positivo. Ello nos permitió generar la presente categoría.

“Están los asados, cosas que quiero recuperar” (Concordia).

“Momentos muy lindos de que mi vieja me llevaba al jardín me llevaba a futbol los fines de semana nos íbamos todos a la chacra de un tío que teníamos y pasábamos todo el finde ahí todos en familia comiendo asados, guisos pero eran momentos momentos muy lindos tengo” (Gualeguaychú).

“Mi madre fue muy trabajadora siempre luchó por sus hijos y siempre estuvo presente, estuvo presente para sus hijos” (Corrientes).

“Recuerdo que siempre tuve una esposa una compañera de vida ¿no? Muy responsable que siempre estuvo pendiente de sus hijos” (Corrientes).

En ocasiones, quienes conducen la impresión positiva son miembros de la familia ampliada: abuelos, abuelas, tíos y tías.

“Me acuerdo cuando por ejemplo mi papá íbamos a cazar cuando él tenía patos, me acuerdo él tenía muchos animales más y recuerdo tengo cuando íbamos a una laguna y nos metíamos con el yo era muy chico tenía 5, 6 años eeh después a los 7 años él se separó de mi mamá yo me fui a vivir con mi abuela tengo recuerdos con mi abuela muy buenos de ella porque ella hizo todo lo posible para que yo fuera a la escuela estudiara” (Paraná).

“De parte de mi abuelo recibí una crianza buena me enseñaron siempre a trabajar hacer las cosas bien y con mis tíos me crié mucho, soy muy apegado a mis tíos y a mis tías”. (Barranquera).

Vemos en estos fragmentos que lo positivo está puesto en el afecto recibido, los valores inculcados, y las reuniones armoniosas. Continuaremos ahora con otra categoría que hemos podido elaborar a partir de los discursos de los entrevistados.

A.5 Inicio del consumo problemático relacionado con la presencia de adicciones en la familia

Esta categoría fue formada desde testimonios que daban cuenta del vínculo entre la presencia de sustancias y/o de adicciones del territorio identitario familiar, y el inicio del consumo por parte del entrevistado. Los padres vuelven a ser protagonistas reiterados de algunas escenas:

“Yo creo de ver tantos kilos de cocaína empecé a consumirlo y ese fue la ruina de mi vida digamos” (Paraná).

“Como mi papa lo hacía diariamente adentro de mi casa a delante nuestro me decidí probarlo, decidí probarlo” (Gualeduaychú).

“Mi papá al principio se enojó, se enojó él se enteró a la semana que yo empecé a fumar porque le empecé a robar su marihuana para fumar yo en la escuela y se enojó al principio pero después terminamos fumando juntos” (Gualeduaychú).

“Empecé a tomar alcohol desde chico a los 13 años más o menos antes ya lo imitaba a mi padre cuando le veía tomando en el bar hacia como si tomaba en un vaso de a poquito whisky empecé a fumar a escondido robándole los cigarrillos a él para imitarlo” (Colón).

“Lo veía a mi papá que fumaba marihuana antes de ver una película o algo con nosotros conmigo y mi hermano y sí después me acostumbré mucho a la droga” (Gualeduaychú).

“Empecé a consumir con mi papá cuando tenía 13 años, estuve mucho tiempo drogándome con él” (Gualeduaychú).

También aparecen otras figuras familiares -tíos y tías- como conductoras del impulso inicial para consumir:

“Mi familia si mis tíos siempre iban a casa la mayoría de veces que iban a visitar a mi abuela iban borrachos y se quedaban un día día y medio comiendo asado hablando pavadas todo y yo veía todo eso todo mi entorno de mi familia los amigos de mi padre que iban continuamente también todos en consumo de alcohol y bueno eso es lo que yo veo” (Colón).

“Dentro de mi familia había una persona que era mi tía que era la más allegada a mí y un poco también eso me llevo a todo esto” (Paraná).

“Algunos malos hábitos puede ser que lo haya tenido por parte de un tío mío que fue que consumía que él siempre yo lo veía consumido y desde chico yo como que quise seguir sus pasos” (Paraná).

A.6 Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia

En estos fragmentos se advierten también las consecuencias emocionales que provienen de las sensaciones de abandono:

“Lo que incidió hoy en día creo que más o menos en el tiempo que llevo acá que fue la falta de padre que nunca lo conocí” (Corrientes).

“Todo mi de niño de chico durante mi adolescencia me sentí muy desvalorizado cuando me iba al jardín a la primaria yo veía que todos se iban con su padre lo buscaban lo acompañaban y yo me tenía que ir solo, eso creo que tengo muy pocos recuerdos de que me llevaban al jardín y en primaria toda la primaria me fui solo a la primaria” (Corrientes).

“Después que mi abuela falleció ahí es como si yo me tiré a la calle y agarré el consumo” (San Justo).

“El tiempo que pasé solo de niño sí creo me influenció mucho a drogarme” (San Justo).

A.7 Inicio de la adicción relacionado con negligencia en la familia

Para la construcción de esta categoría nos valemos del enfoque de Cuñat y otros (2021) sobre la negligencia parental en cuanto a las necesidades psíquicas del niño/a, que tiene en cuenta como variables a la interacción y el afecto, la estimulación, la atención a los problemas emocionales, y las normas, límites y transmisión de valores positivos. En los siguientes fragmentos veremos el déficit de estas variables.

“Yo siento agarré más aunque nada lo que fue el camino de las drogas porque no me pusieron límites mis viejos que me deberían poner, yo quise dejar el colegio y no me pusieron mucho freno que digamos ahí capaz tendrían que haber estado un poco más firmes” (Gualeguaychú).

“Empecé a consumir un poco de la parte de mi mamá. Yo tengo mucho rechazo hacia mi mamá porque cuando era niño me faltó mucho, ella trató siempre de estar para mí una mujer trabajadora crió a mis dos hermanos estando en esta situación teniendo a la ex pareja de mi padrastro estando con ella la engañó la dejó embarazada a ella la dejó embarazada a la ex pareja mi padrastro y convivían todos juntos ahí a una casa de distancia y eso me tocó mucho y me hirió mucho los sentimientos hacia mi padrastro hacia mi mamá también mucho rechazo mucho le reclamo mucho” (Barranquera).

“Una parte del inicio de mi consumo fue por eso agresiones que yo tuve esas cosas que vi” (Gualeguaychú).

A.8 Consumo en la familia

Presentaremos ahora los testimonios que permitieron construir esta categoría. En algunas escenas, el consumo es protagonizado por el grupo primario:

“Adentro de la familia el único que consumía era el mayor, era mi hermano” (Paraná).

“Mi papá sí se emborrachaba se ponía agresivo” (Gualeguaychú).

“Mi hermano vivía consumido, todo el tiempo” (Gualeguaychú).

“Mi papá se drogaba y le hacía mal la droga” (San Justo).

“Un hermano que se hizo un tratamiento en Rosario en un lugar de iglesia” (Paraná).

Existen también fragmentos que muestran el consumo dentro de la familia ampliada:

“En la parte de la familia de mi mamá y mi padrastro que yo también lo tengo como familia ellos sí consumían alcohol por ahí lo tenía a mi cuñado nomás que se drogaba” (Barranquera).

“Mi familia si mis tíos siempre iban a casa la mayoría de veces que iban a visitar a mi abuela iban borrachos y se quedaban un día día y medio comiendo asado hablando pavadas todo y yo veía todo eso todo mi entorno de mi familia los amigos de mi padre que iban continuamente también todos en consumo de alcohol” (Colón).

“Había consumo por parte de tíos y primos” (Paraná).

En algunas descripciones, el entrevistado consumía junto a algún miembro de su familia

“Mi hermano se drogaba con nosotros también” (San Justo).

A.9 Relación negativa con la familia durante la adicción

Esta categoría fue elaborada partir de aquellos fragmentos que describían un empeoramiento de los vínculos familiares durante el período de consumo problemático de los entrevistados. En algunos de estos testimonios, este deterioro culmina en expulsiones o en abandonos de la casa:

“Yo no estaba nunca en mi familia en realidad estaba siempre en la calle consumiendo iba a dormir a comer capaz que un domingo estaba en familia pero ya estaba buscando una excusa una discusión para irme de vuelta a la calle a drogarme” (Concordia).

“Cambió rotundamente todo ya empezó todo a mirarme diferente siempre me hablaban de un buen lugar y uno nunca quiere escuchar entonces yo hacía lo que quería, igual me ponían límites, me echaron como cuatro veces de mi casa porque le había robado ya les faltaba el respeto no hacía caso les contestaba” (Concordia).

“Que me traten diferente me lastimó y me hirió mucho y yo le hacia la contra consumía el doble ya de dos por ahí eran cuatro días y después golpeaba arrepentido no lo voy hacer más abríme por favor que no tengo donde dormir que tengo hambre y pasaban dos días limpios y lo volvía hacer” (Concordia).

“Me echaban, estaba en la calle me echaban” (Paraná).

“Mi madre me hizo una perimetral y tuve que ir a alquilar alquilé creo que 4 meses después me fui a vivir con mi hermana creo 2 meses y un día salí de mi casa terminé de trabajar y salí un 25 de diciembre después de la fiesta salí por decirlo así disfrutar de la noche y nunca más volví a mi casa” (Corrientes).

“Más allá de las cosas que yo hacía con el consumo yo andaba en cosas malas andaba con armas y todas esas cosas y él (Nota: marido de la madre) como que si no me aceptaba y de ahí yo me fui del todo a la calle, me dormía en la calle” (Paraná).

“Me venían a buscar porque robaba en mi casa y me querían echar, antes que me echen yo agarraba mis cosas y ya me iba solo” (Barranquera).

“Mi abuelo sufría mucho por mí, todo el tiempo me pasaba en la calle, 7 días a la semana me pasaba en la calle no aparecía en mi casa mi abuelo no dormía no comía y fue enfermado hasta que un día caí preso dejó de comer absolutamente no comía nada cayó en una depresión que estuve con él un corto tiempo limpio y volvía a caer en las drogas de vuelta en la delincuencia hasta que después volví cuando caí preso de vuelta salgo a los 10 días lo pierdo se muere” (Barranquera).

Las familias suelen aparecer como incapaces de lograr un control de la situación, lo cual llevaba en ocasiones a aumentar el desgaste de las relaciones:

“Cuando se enteró mi mamá se enojó muchísimo mi mamá se enojó mucho con mi papá y mi papá le decía a ella como que la manipulaba le decía que era preferible que fume acá conmigo” (Guauguaychú).

“Mi mamá me retaba, por ahí me pegaba unos empujones para que deje de vender las cosas pero yo no podía con mi decisión” (Paraná).

“Si supieron a muy temprano tiempo que yo empecé a consumir, ellos supieron y no no no yo creo que no supieron nunca cómo ponerme un freno tampoco” (Guauguaychú).

“Al sentirme medio desvalorizado, solo, fue como que si yo me metí más en eso pero tampoco acuso a mis hermanos porque me parece que todo problema todo lo tenía yo solo yo estuve 4 años sin hablar con ellos” (Paraná).

“Al dejar el colegio mi abuela se enojó mucho me dijo que tenía que trabajar que trabajar y bueno empecé a trabajar a trabajar y después de lo tomaba consumía los fines de semana y luego se me empezó a atrapar la droga la adicción” (Barranquera).

“Me hizo que consuma más porque no sabían cómo desenvolverse conmigo no entendían la enfermedad “(Corrientes).

“Mi familia comenzó a sentir vergüenza ¿no? por lo que yo hacía en mi casa y todo eso porque mi familia siempre fue bien vista en el barrio” (Corrientes).

“Mi papá al principio se enojó, se enojó él se enteró a la semana que yo empecé a fumar porque le empecé a robar su marihuana para fumar yo en la escuela y se enojó al principio pero después terminamos fumando juntos” (Gualeguaychú).

“Fue un desastre mi vida con los objetivos hacia mi familia ¿no? empecé a tener problemas con mi padre con mi abuelo, mi abuela, mi abuelo había fallecido con mis hermanos me empezaron medio como a mirar diferente a dejarme a un costado, de lado y me fui aislando con la junta mala” (Colón).

“Mi padre me decía que no lo haga pero siempre cuestionándome, retándome, dejándome de lado“ (Colón).

“Mi papá me decía que estaba loco, cómo me iba a internar” (Gualeguaychú).

En otros fragmentos prevalece, en los entornos familiares, una conducta de apartarse de la situación problemática:

“Tenía acompañamiento pero ellos me ayudaron y me apoyaron mientras me veían bien y cuando me veían mal me dejaban de ayudar un poco” (Paraná).

“Me dejaban de ayudar por ahí en lo económico” (Gualeguaychú).

“No sentí mucho acompañamiento de parte de mis viejos” (Gualeguaychú).

“Mis tíos y mis hermanos ellos me dejaron de lado” (San Justo).

Las sensaciones de culpa también se encuentran presentes en esta categoría:

“Yo me seguí metiendo metiendo metiendo y cuando me dí cuenta estaba haciendo daño a mi familia me estaba haciendo daño yo” (Barranquera).

“Mi tío se fue de la casa por el tema de la adicción que hubo problemas conmigo que no me quería recibir en la casa y mi abuela se terminó peleando con mi tío así que de esa parte siento culpa porque como que destruí la familia” (Barranquera).

A.10 Relación positiva con la familia durante la adicción

Esta categoría fue construida a partir de respuestas que indicaban una reacción positiva de la familia frente a la problemática, en términos de apoyo, comprensión, o búsqueda de tratamientos

“Mi madre con todos los años apareció y entre ella y mi viejo hablaron y me hicieron hacer un tratamiento” (Colón).

“Bien la verdad que me acompañaron no me soltaron los brazos” (Gualeguaychú).

“Mi abuelo y mi abuela siempre me hablaron para mi bien mi tíos todo el mundo en realidad me quiso ayudar pero era para bien siempre para bien” (Barranquera).

“Mi hermana porque la que siempre estuvo en el tema éste que cuando yo caía preso o en algo en la Alcaldía, en la comisaría siempre la que estuvo fue mi madre” (Paraná).

“Mi hermana eeh dijeron que tenía que dejarme de hincharme las bolas que me dejara de joder porque yo iba a terminar mal y por ejemplo el año pasado tuve una conversación con ella y eso fue ella también me ayudaron mucho después del fallecimiento de mi madre fue que tuvimos ese percance pero ellas siempre estuvieron” (Paraná).

“Me vio mi mamá y pidió ayuda acá” (San Justo).

Veremos también que en algunas circunstancias la ayuda brindada no daba resultados, o eran acciones restrictivas que hoy son bien valoradas por el entrevistado.

“Me quiso internar en un lugar pero me escapé a la semana” (Gualeguaychú).

“De a poco iba progresando me contuvieron un cierto tiempo, después decidieron creo que lo mejor que hicieron es cerrarme las puertas de mi casa” (Corrientes).

“Trataban de ayudarme de hablarme pero cuando caí en la adicción no escuchaba a nadie agarraba la calle para mí y me olvidaba de mi familia” (Barranquera).

“Me cuidaban me protegían mucho, me hablaban, me decían mira no andes en esto deja esa porquería no te juntes con aquel con el otro, donde vas que venís tarde, estamos preocupados no sabemos si estás muerto, preso” (Concordia).

“A veces me salían a buscar y me iba para otro barrio y la droga que yo consumo es la brava y me iba me iba me iba cada vez más entonces por eso amanecía cuatro tres días y ellos no sabían nada de mi” (Concordia).

A.11 Autocrítica de la familia frente a la adicción

Es habitual que dentro de los tratamientos para adicciones se genere un espacio -que puede incluir a la familia- de historización del padecimiento. Estos momentos pueden generarse con algún profesional presente, o también en alguna conversación informal del paciente con su círculo. Los siguientes fragmentos dan cuenta de si, dentro de esas instancias, existió alguna autocrítica o manifestación de responsabilidad de la familia sobre la adicción del entrevistado.

“Nunca lo hablamos bien de un buen lugar” (San Justo).

“Nunca hablaron de si podrían haber hecho algo mejor” (San Justo).

“Nunca escuché una parte de que se responsabilicen” (Gualeguaychú.)

“Creo que hoy en día reflexionan que si yo hubiese tomado consciencia anteriormente de la enfermedad ellos me hubieran podido ayudar de otra manera” (Corrientes).

“Nunca hablamos de lo que ellos hicieron” (San Justo).

“Mi madre sí mi madre por ahí se arrepiente del tiempo que me dejó solo con mi abuela” (Barranquera).

“No tocamos el tema de ellos, tratamos de hablar de cosas que nunca pudimos hablar” (Gualeguaychú).

A.12 Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento

Las siguientes citas dan cuenta de un acompañamiento familiar activo durante el tratamiento de internación de las personas que fueron abordadas para esta tesis:

“Me llama mi hija y mi familia” (Paraná).

“Me llama mi mamá” (Gualeguaychú).

“Vienen a las visitas mis viejos” (Concordia).

“Me llaman mi mamá y mi hermano” (Paraná).

“El acompañamiento fue constante porque este es mi segundo año internado desde el 2014 que vengo luchando con esta adicción” (Corrientes).

“Ella me ayudan de arriba abajo no me sueltan la mano ella y mi tía mi tía es alguien que amo mucho” (Barranquera).

“Mi tía mi madre y mi abuela todo el tiempo me están acompañando igual que mi hermana todo el tiempo están preocupado por mí quieren lo mejor” (Barranquera).

“Bien la verdad que me acompañaron no me soltaron los brazos, yo primero antes de venir para acá ellos iba a los grupos intenté cambiar por ahí, no me funcionó tenía mi familia tenía mi padrino, mi tío, todos me acompañaban a los grupos la verdad que el apoyo de mi familia está” (Gualeguaychú).

“Durante el tratamiento me llaman, si los días de llamado me llama mi mamá, me llama mi padrino, mi madrina mi tía, mi hermana que yo había perdido la comunicación la relación con mi hermana yo tuve ocho años sin hablarme con ella y empezó todo de vuelta esa relación de hermanos eso me hace bien, no me han venido a visitar todavía por los días de frío que hace y eso pero ya me van a venir a visitar, ya me dijeron” (Gualeguaychú).

A.13 Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento

Ahora relevaremos aquellos fragmentos que determinan la falta total o parcial de acompañamiento durante el tratamiento en curso:

“Hoy en día mi viejo hablamos por teléfono un rato está ahí como que te vaya bien pero nada más no es como que si se interioriza en lo que yo estoy haciendo, mi vieja no tengo relación y mis hermanos tampoco o sea digamos que estoy solo” (Colón)

“Yo me hice de lado y no necesito pedirle nada a ellos yo me la arreglo solo” (Paraná).

“Hoy en día les cuesta entender la enfermedad y reconocer que tiene un hijo adicto, un hermano adicto, un padre adicto y cuesta mucho” (Corrientes).

“No vienen” (Gualeduaychú).

“Vinieron una vez a visitarme” (Concordia).

“No viene nadie porque yo me interné sin decirle nada a nadie de mi familia” (Gualeduaychú).

“Yo he tenido dos visitas acá por parte de mi mamá y mi padrastro, una para, tuve una para Navidad para el 24” (Paraná).

“No vienen, me llaman mi familia y mi hija” (Paraná).

“Tengo llamado los martes miércoles y sábados, eeh tengo complicaciones con la comunicación porque constantemente tengo intentando el llamado pero no es porque ellos no quieran sino por una cuestión de que mi familia trabaja de las 5 de la mañana hasta las 11 12 de la noche” (Corrientes).

A.14 Familia como protección adecuada frente a recaídas

Esta categoría responde a las expectativas de los entrevistados respecto a que sus familias constituyan, al momento del alta, un territorio de protección frente a posibles recaídas en su consumo de sustancias:

“No voy a tener creo problemas en mi casa con atraer una recaída todas esas cosas, ellos sé que si pido ayuda me van a contener o sea no hay ambiente de consumo en mi casa ni de alcohol ni nada o sea no creo que haiga motivo de una recaída ahí” (Paraná).

“Si me ayuda mucho” (Paraná).

“Si porque me protegen mucho, me protegían mucho ellos cuando yo estaba en consumo, me controlaban, me a lo último me llegaban a poner candado en todos lados, viste para que no salga” (Concordia).

“En mi casa cambiaron muchos las cosas ya no va hacer lo mismo, me van a acompañar hasta el baño a ver qué hago aunque yo salgo de acá y voy a estar de las 6 de la mañana hasta las 6 de la tarde trabajando con mis dos hermanos después mi hermano mayor se va a su casa y yo me quedo con mi hermano mellizo y mi mamá, y ahí voy a estar con ellos nomás no voy a tener un acto de ir a consumir o comprar droga, no me dejan tocar plata tampoco ahora nadie consume” (Paraná).

“Creo que me van a dar la contención adecuada porque hoy en día tienen las herramientas ellos para contenerme a mí” (Corrientes).

“Voy a estar bien en ese sentido ellos porque no hay consumo ahí, ni siquiera fuman mi primo hermano el que fuma cigarrillo” (Paraná).

“Mi hermano gracias a Dios está limpio, ya tuvo tres internaciones y tiene su pareja y está trabajando está limpio él y mi mamá no consume y mi papá ya no está y faltaba yo recuperarme, tengo un hijo también quiero ser un buen padre el día de mañana cuando pueda salir de acá” (Gualeguaychú).

A.15 Familia como riesgo frente a recaídas

La presente categoría se construyó a partir de los fragmentos que describen a las familias como un territorio que promueve el riesgo de recaer en el consumo de sustancias

“Me trae sí un poco de inquietud por ahí porque sé cómo es mi mamá y por ahí ella es muy sobreprotectora y creo que capaz a lo primero puede ser son pensamientos míos que puede ser que ella me quiera tener como muy atado y

yo siempre fui una persona muy liberal y eso puede ser que me moleste” (Paraná).

“Tal vez estando con ellos me exponga un poco porque nunca me dieron el cuidado que yo necesitaba” (Gualeguaychú).

“No es bueno o sea no voy a tener vínculo con ellos más que hablar de vez en cuando, no es bueno” (Colón).

B. Territorio identitario: La casa

Como hemos expuesto en nuestro marco teórico, uno de los territorios más íntimos, más inmediatos de cada sujeto, es su propia casa. Dentro de nuestra guía de pautas, tomamos en consideración este concepto para preguntar específicamente sobre el vínculo de cada paciente con su casa.

B.1 Recuerdos de la casa

A continuación consignaremos las citas que hicieron de base para la construcción de esta categoría.

“Nunca tuve una habitación firme por el tema de que mi abuelo y mi abuela se pelearon cuando yo tenía una temprana edad mi abuelo fue a vivir a mi habitación porque fumaba mucho yo salía de mi habitación porque no me gustaba no me gustaba vivir dormir en la misma habitación con mi abuelo me armé una habitación en un lugar donde era una cocina no tenía puerta no tenía nada estaba cero comodidad y mi madre estaba en construcción de una nueva casa le faltaba todo le faltaba bastante años terminar y vivían todos medio todos juntos apretados pero tengo comodidad y cariño amor no me faltó pero

comodidad sí me faltó un poco en mi niñez y hasta ahora de grande” (San Justo).

“De chiquito viví eso que te conté que veía a mi papá que le pegaba a mi mamá pero es más hemos comido asados y esas cosas es más me quedo con las cosas buenas que las malas” (Gualeguaychú).

“Uuuu me trae recuerdos lindos, mi abuelo de chico me empezó a enseñar a cocinar, me sentaba en la punta de la mesa es lo primero que se me viene a la mente, mi abuela ayudándome en todo siempre apañándome por todo lo que hacía, fueron buenos fueron mis padres mis abuelos, con el tiempo, mi abuelo falleció cuando yo tenía 13, 14 años estaba en la escuela y ahí quedé con mi abuela y mi abuela siempre trato de darme todo lo que pudo, no pudo darme mucho porque era jubilado pero trato de darme todo lo que pudo, afecto, cariño fue una madre para mí, la extraño mucho y después de eso tuvimos una casa nueva porque vivíamos en una casita muy precaria, pudimos hacer una casa nueva y ahí vivimos con mi abuela hasta que falleció, ella fue mi sostén yo tenía lo que yo necesitaba.” (Colón).

“Yo tengo muchos recuerdos y extraño a mi perra pitbull que dormía conmigo todos los días cuando yo me adormecía por la ketamina ella se acostaba conmigo y extraño mucho a mi perra pitbull” (Paraná).

“Bueno de mi casa lo que más extraño es los recuerdos de mis perros porque ponele yo me iba a trabajar yo venía los primeros que me recibían eran ellos más allá de que después yo por ejemplo llegaba a mi casa hacía todas las tareas que tenía que hacer adentro eeh mi sobrina también mi sobrina porque la que falleció ella me golpeó mucho, porque falleció mi mamá mi sobrina siempre fueron golpes así uno atrás del otro y también los recuerdos que tengo de mi casa es cuando mi hermana llevó a mi sobrina fue a mi otra sobrina Sofía porque yo nunca estuve enterado que ella tenía otra hija” (Paraná).

“Mi mama era umbanda y había muchas imágenes y eso me hacía mal siempre yo que me hacía mal yo también me involucré en eso por temas de curiosidad el

día de hoy me lleva una carga bárbara con eso, y a veces siento como que me molesta eso hasta el día de hoy acá en el tratamiento” (Paraná).

B.2 Consumo en la casa

Durante las entrevistas se dieron a lugar descripciones de situaciones de consumo dentro de este territorio identitario, lo cual permitió la construcción de esta categoría:

“El baño muchas veces he fumado en el baño de mi casa” (Concordia).

“En mi casa me pasaban cosas feas sobre consumo” (Paraná).

“Tengo en el baño recuerdos mirándome al espejo para inyectarme” (Paraná).

“Últimamente últimamente siempre consumía en el baño o en la pieza me encerraba” (Gualeguaychú).

“Me duele decirlo consumía en el baño, en la habitación, me encerraba 3, 4 días hasta 10 inclusive sin dormir consumiendo” (Corrientes).

“Estos últimos años empecé a consumir en mi casa” (Barranquera).

“Yo por ejemplo los recuerdos que a mí me vienen del baño de mi habitación, eso eso es lo me va a costar si algún día que yo me vaya de acá porque yo consumía mucho en mi habitación en el baño después de los otros lados partes de la casa lindos recuerdos tengo pero esos dos, esas dos el baño y la habitación me va a traer como ese registro el día que yo me vaya ¿no? porque yo consumía mucho ahí” (Gualeguaychú).

“Yo por ahí me encerraba en mi pieza cuando consumía cocaína, me encerraba y consumía con una pareja que yo tenía, después lo que era tema alcohol, salvo

esas noches que me quedaba con mi pareja, consumíamos alcohol pero después en la casa no yo trataba de no tener alcohol en la casa, de que no haya ni en la heladera que a la hora de comer al medio día era jugo, agua, gaseosa y adelante de mi abuela no tomaba ni alcohol ni me drogaba tampoco, me escondía , pero porque yo no quería que ella viera eso porque ya lo vivía con mis tíos cuando llegaban o mis padres cuando llegaban borracho entonces yo no quería hacerle pasar esos momentos de quedarme con ella” (San Justo).

B.3 Casa como protección adecuada frente a recaídas

Esta categoría es la resultante de las expresiones positivas de los entrevistados sobre cómo este territorio identitario podría protegerlos, al momento del alta, de una recaída.

“Hoy en día que adquirí conocimientos durante los terapeutas me ayudaron a que lo vea como al lugar que es como ese ambiente, una habitación es para habitación y no un lugar de consumo y el baño también así hay que darle su uso y pensar de esa manera” (Corrientes).

“Yo amo mi casa quiero ir ahí” (Barranquera).

“O sea si un buen ámbito mi casa son cosas que yo voy a tener que afrontar porque yo un día de mañana voy a pegar la vuelta de la esquina y también me va a traer registro pero yo voy a tener las herramientas para poder afrontar esa realidad” (Gualeguaychú).

B.4 Casa como riesgo frente a recaídas

En algunos de los fragmentos que expondremos ahora, los pacientes determinan a sus casas como un territorio que podría predisponerlos a recaer, de allí la construcción de esta categoría.

“Creo yo que no debería volver a vivir a esa casa me gustaría no vivir más en esa casa porque me trae registro la cocina, la habitación la habitación de mis padres cuando discutían se peleaban mi papa le pegaba a mi mama me trae muchos registros” (Gualeguaychú).

“Puede ser que me traiga registros, yo pienso igual que a mi casa por un tiempo bastante largo no voy a volver” (Gualeguaychú).

“Tuve problemas con mi hermano más chico, está viviendo él, viste, se quedó con la casa de mis viejos y tuvimos un conflicto con él por lo tanto creería que me traería un registro yo calculo” (Gualeguaychú).

“No lo creo, porque el último año que mi abuela no estuvo, estuvo internada en un geriátrico fue un casa en la que yo hice mucha joda con toda los que yo pensaba que eran amigos porque estábamos en consumo yo en esa casa después que mi abuela se fue el último año en el geriátrico yo ahí hice de todo lo que se pueda imaginar” (Colón).

C. Territorio identitario: El barrio

C.1 Recuerdos del barrio

Esta categoría se construyó a partir de testimonios que recuperaban, en las entrevistas, diferentes recuerdos sobre los barrios de cada uno de los pacientes.

“Éramos un grupo de chicos todos de distintas familias que éramos como hermanos unidos íbamos a un merendero todos juntos, algunos pedíamos

carros prestados salíamos a tirar basura, a juntar cobre aluminio esas cosas y en ese momento ya empezamos a practicar la delincuencia recuerdo que también había mucho tiroteo la policía iba y venía había muchas mujeres en prostitución” (Barranquera).

“Si yo me salgo a la calle y me voy a encontrar con un montón de recuerdos y un montón de cosas, o sea porque yo siempre anduve en la calle a los 13 o 10 años ya era vendedor ambulante siempre me anduve en el entorno así en la calle vendedor ambulante, me conoce mucha gente siempre anduve por los negocios de los autos compra y venta trabajé en la Municipalidad, en el Hospital San Martín o sea donde voy alguien siempre me conoce y me saluda por donde paso” (Paraná).

“También andaba en el ambiente de la Municipalidad y todas esas cosas siempre era de conseguir bolsones y toda esas cosas ropa para la gente más humilde de ahí del barrio y nunca tuve problema, es más me abrían las puertas entraba a las casas o sea no nunca tuve ese problema en el barrio” (Paraná).

“Del barrio tengo muchos recuerdos de cuando era chico que me divertía en mi infancia estando en la calle me divertía jugando a la pelota tirando piedras a los techos de las personas” (Paraná).

C.2 Barrio e inicio de consumo

Recortaremos en esta categoría aquellas citas que dan cuenta de la relación entre el territorio identitario del barrio, y el inicio del consumo de sustancias ilegales

“Cuando yo inicié el consumo sí hubo una relación en el barrio con compañeros. Eran compañeros de infancia porque éramos chicos y sí hay como un círculo hubo toda una vinculación sí sí” (Paraná).

“El consumo por primera vez lo agarre a través de una chica de una chica con la que salía tenía 13 años fue la primera vez que me dio marihuana, la tuve en la mano, después, consumí con unos compañeros de barrio, éramos adolescente teníamos 13 años como estoy diciendo y fue ahí cuando la empecé a consumir a la marihuana” (Paraná).

“Recuerdo de grande no tengo muchos recuerdos pero de consumo cuando estaba en la esquina con los chicos yo tengo mi casa ahí en el barrio Molinari que tengo un árbol un algarrobo grande tengo una placita en frente nos sentábamos todos ahí a consumir a tomar vino, cerveza, todo lo que sea todo lo que sea sustancia más para allá arriba de mi barrio a la entrada de mi barrio hay un tanque verde que es el que da la tensión de luz a todo el barrio nos sentábamos todos los chicos también a consumir, ahí había hay un campo que hacíamos unas casitas del campo consumíamos, esos recuerdos creo yo que en ese barrio no voy a poder vivir más” (Gualeguaychú).

“Estar en ese barrio me ayudó a que me drogue” (Paraná).

C.3 Relación positiva con los vecinos

Un aspecto que surgió también en las respuestas referidas al territorio identitario del barrio fue la relación con los vecinos en el contexto de la adicción. A partir de esas apreciaciones se pudo construir esta categoría, que refiere a estos vínculos cuando eran evaluados como positivos.

“Cuando me drogaba robaba y los vecinos te escondían viste” (Concordia).

“Con los vecinos bien me quieren mucho los vecinos” (San Justo).

“Los vecinos siempre me cuidaron” (Paraná).

*“Los vecinos siempre como que me daban consejos para que deje esa vida”
(Gualeguaychú).*

“Tengo vecinos buenos y vecinos que estoy muy apegados y familiarizados con ellos son una familia de ocho hermanos y con ellos yo me crié con ellos pase momentos lindos de mi vida y los vecinos no no se meten conmigo no se meten conmigo” (Barranquera).

“Hay chicos que fuman marihuana dos por tres pero no hay rejunte en una esquina te quiero decir viste así, un barrio es muy tranquilo porque es de gente grande, la verdad muy lindo barrio, muy compañerismo” (Gualeguaychú).

“Yo siempre con mis vecinos nunca les falte el respeto nada al contrario siempre me lleve bien con mis vecinos y ahora me preguntan todos como estoy yo ¿no? porque ya la ultimo cuando yo me empecé a perder del consumo me perdí la gente se empieza a dar cuenta ¿no? cuando te ven caminando por la calle y eso y se ponían mal los vecinos porque y ahora todos me mandan saludos y están contentos de que yo estoy acá asique eso me da mucha fuerza para seguir” (Gualeguaychú).

“Si mi barrio es un buen ámbito, un buen ámbito porque como yo te digo toda gente grande vecinos que vos estas afuera y paran a conversar cosas sanas eeee la verdad si es un buen barrio” (Gualeguaychú).

“Un buen barrio, lindo me llevaba bien con casi todos los vecinos digamos con el 90% de los vecinos me llevaba bien tenia buen trato, siempre fueron buenos para conmigo porque me veían o sea yo no podía tener lo que tenía todos ellos, un barrio que relativamente está bien económicamente al respecto como estamos nosotros, siempre trataban de ayudarme de una u otra manera” (Colón).

C.4 Relación negativa con los vecinos

En otros casos, los vínculos con los vecinos eran descriptos de manera negativa. A partir de ello se construyó esta categoría.

“Con una de las hijas de mi vecino teníamos un vínculo sí muy grande, muy apegado y sí cuando ellos se enteraron que consumía perdí toda la relación que había. Con los demás vecinos no” (Paraná).

“Cuando empecé con el consumo todos me empezaron a mirar con otra cara porque yo empecé a hacer quilombo en el barrio tocaba cosas que no eran mías” (Gualeguaychú).

“Yo le pedía plata a todos los vecinos para conseguir ketamina” (Paraná).

“Se sentían atacados lastimados por mi ¿no? En el sentido mucho el maltrato verbal lo mío, físico si era con hombres en sí si por ahí era impulsivo” (Gualeguaychú).

“Mis vecinos tenían una buena imagen de mi pero a causa del consumo tenían otra mirada hacia mí” (Corrientes).

“Con los vecinos me cuando estuve en el primer barrio donde me crié después de los 13 años ahí sí pero también era por las cagadas que yo me mandaba porque no me la mandaba en el barrio era un Monoblock yo me las mandaba ponele por el centro y siempre caía la policía ahí y viste cuando te señalan con el dedo ahí ya pero a lo primero eran buenos vecinos me ayudaban y después también un poco me llevó a eso por el tema el problema que yo causaba” (Paraná).

“Cuando venía la policía en vez de decirte ahí se metió te decían no para allá fue, malos recuerdos” (Concordia).

“Yo con los vecinos me conocen de tan chicos que, yo siempre fui siendo el mismo de siempre, con la actitud fui cambiando actitudes fui adquiriendo actitudes malas” (Gualeguaychí).

“Si yo en frente tenía una despensa, a la vuelta tenía una despensa, a la vuelta de la otra manzana también y a una cuadra había un hombre que era alcohólico, los hijos también fueron alcohólicos con el tiempo porque pudieron hacer lo que veían de chicos y esa casa si yo me escondía a fumar a tomar” (Colón).

“Es totalmente malo porque justamente una de las personas del barrio ahí que me dieron techo, el padre es una excelente persona pero con el hijo consumía pastillas, alcohol, se drogaba, no puedo volver a ese barrio” (Colón).

C.5 Consumo en el barrio

Leyendo y seleccionando fragmentos que identificaban situaciones relativas al consumo dentro del territorio del barrio, se dio a lugar a la construcción de esta categoría.

“Me iba a consumir ahí a la plaza a la vuelta de mi casa hay una plaza”(Concordia).

“Malos recuerdos del barrio porque me drogaba robaba, los vecinos te escondían viste”(Concordia).

“Todo ahí venden vendían, todo ahí en el barrio”(Concordia).

“Si conocía donde compraba cerquita ahí en el negocio”(Paraná).

“Mucha gente que consume en el barrio”(Paraná).

“Tengo amigos, de ahí del club del barrio por ahí en el club de barrio había porque yo jugaba ahí en el club y consumíamos juntos” (Gualeguaychú).

“En mi barrio sí me drogué por todos lados en mi barrio me paseaba drogándome todos me veían todos los vecinos me veían que yo me drogaba que llevaba mi tubo en la mano de crack ¿no? donde fumaba crack y sí yo agachaba la cabeza porque me daba un poco de vergüenza también andar así pero pero sí sí sí me trae mi barrio si hay mucha droga” (Gualeguaychú).

“Tengo buenos recuerdos pero a la vez también malos porque en frente de mi casa había nos juntábamos con unos chicos a consumir hay mucho consumo en el barrio hace pocos años” (Corrientes).

“Estoy en un barrio que abunda la droga abunda la delincuencia todo tipo de cosas malas” (Barranquera).

“Mi barrio siempre fue un barrio, no nunca hubo consumo en mi barrio, no no hay gente que vende falopa vamo a decir hay chicos que fuman marihuana dos por tres pero no hay rejunte en una esquina te quiero decir viste así, un barrio es muy tranquilo porque es de gente grande, la verdad muy lindo barrio, muy compañerismo” (Gualeguaychú).

“Yo en frente tenía una despensa, a la vuelta tenía una despensa, a la vuelta de la otra manzana también y a una cuadra había una un hombre que era alcohólico, los hijos también fueron alcohólicos con el tiempo porque pudieron hacer lo que veían de chicos y esa casa si yo me escondía a fumar a tomar” (Colón).

“Es totalmente malo porque justamente una de las personas del barrio ahí que me dieron techo, el padre es una excelente persona pero con el hijo consumía pastillas, alcohol, se drogaba, no puedo volver a ese barrio” (Colón).

C.6 Barrio como riesgo frente a recaídas

En esta categoría se exponen las expresiones que demuestran que el territorio barrial podría configurar un riesgo para que los entrevistados recaigan una vez dada el alta de los tratamientos.

“Para mí que vuelvo a mi barrio vuelvo a lo mismo tengo otro pensamiento y otro proyecto que lo hablé con mi psicóloga y me gustaría que ella me ayude cuando yo termine el tratamiento para hacer un currículum y yo empezar a trabajar acá”(Barranquera).

“Amo mi casa el tema es que estoy rodeado de tranzas, de narcos, de delincuentes”(Barranquera).

“Tengo que aprender a desprenderme de ello porque voy a volver a recaer si vuelvo ahí porque yo estoy buscando mi cambio”(Barranquera).

“Cosas así que me vayan a tentar a querer comprar porque saben cómo soy que me cuesta por ahí el tema de la ambición con querer tener cosas y me quieran comprar por el lado de lo material o querer darme consumo como ya pasó”(Paraná).

“Es totalmente malo porque justamente una de las personas del barrio ahí que me dieron techo, el padre es una excelente persona pero con el hijo consumía pastillas, alcohol, se drogaba, no puedo volver a ese barrio”(Colón).

“Mi idea es no volver a mi ciudad, yo no quiero volver a mi ciudad directamente” (Colón).

“Tengo personas que no consumen pero los que se me pueden acercar o a los que yo pueda ir a acercarme son factores de riesgo para mí” (Colón).

C.7 Barrios vecinos

Esta categoría surge desde comentarios relativos a barrios lindantes con el de la residencia de los entrevistados.

“Mi barrio no sí los barrios aledaños que son zonas donde hay venta de consumo” (Corrientes).

“No es que había una venta de consumo en la esquina, no, tenías que irte un poquito más lejos, un barrio muy tranquilo en lo cual no pasaba nada” (Gualeguaychú).

“Si hay un barrio cerca ponele a cinco cuadras hay y ahí donde yo arranque mucho a consumir y yo me perdí ahí a lo último yo me iba a esconder ahí por mi tipo de consumo porque yo no quería que nadie me vea, la verdad que eso sí” (Gualeguaychú).

“El barrio mucha gente que consume en esa parte de mi barrio pero después tengo es todo buena gente porque no no hay mucho que consumen en ese barrio más para allá atrás qué hay otros barrios ahí sí” (Paraná).

C.8 Elegir tratamiento dentro del barrio de origen

En esta categoría podremos encontrar los fragmentos que indican que los entrevistados elegirían hacer sus tratamientos dentro de sus barrios de origen.

“Obviamente prefería hacerlo en mi casa yo tengo mi hijo y hace un año que no lo veo casi lo hablo por teléfono con él pero y eso pero sí preferiría hacerlo” (Gualeguaychú).

“Yo pienso que si hubiera un lugar de internación ahí con mi postura yo te diría no me iría de la internación, por la postura que yo tengo, porque yo sé que no me tengo que ir y tengo que hacerlo por mi cuenta estoy obligado a hacerlo, por mí mismo” (Colón).

C.9 Elegir tratamiento fuera del barrio de origen

Esta categoría se elaboró con las citas que mostraban una preferencia por realizar los respectivos tratamientos fuera de su barrio de origen. Algunas de las razones remiten al conocimiento de quienes pueden suministrarle la sustancia adictiva:

“Yo sabía que podía haber alguien pasar o siempre estaba a la expectativa pensando de que si pasaba alguien de consumo para decirle pasame consumo o cosas así se me jugaban esas cosas en contra, o de ir escaparme y volver se te pasan esas a mí se me pasaban cosas a mí se me pasaban personalmente esas cosas por la cabeza “ (Paraná).

“Yo creo que hubiera sido lo mismo que nada porque si hubiese sido ambulatorio el tratamiento yo hubiese seguido consumiendo porque tengo los tranzas alrededor de mi casa tengo todo servido en bandeja” (Gualeguaychú).

“Iba a fracasar no iba a ser buen tratamiento me iba a levantar un día iba a salir a la vuelta y me choco con todo sin plata porque hay siempre pibes fumando todo el tiempo te están ofreciendo te ofrecen para que después vos vayas hagas una cagada y le compres algo así” (Concordia).

“La verdad que varias veces lo pensé y no hubiese sido el lugar correcto porque durante las internaciones en la misma internación tenía compañeros de mi barrio o barrio aledaños que consumían conmigo y siempre no tomábamos en serio el tratamiento” (Corrientes).

“Yo ya probé ya un tratamiento cerca de mi zona y me fue bien un tiempo pero volví a caer era muy débil al caer a las tentaciones de juntarme de juntarme con amigos con amistades malas no sabía separar y me llevó a una recaída” (Barranquera).

“Mejor lejos de mi barrio. Yo le pedía plata a todos los vecinos para conseguir Ketamina” (Paraná).

“Yo calculo que me hubiera costado un poco más, vos decís estas cerca y es como que vos pensas dos veces en decir vos sabes dónde está el consumo vos sabes cómo salir, como volver es distinto que vos estar en la ciudad que no conoces” (Gualeguaychú).

“Cuando lo hice allá hice el tratamiento pero iba drogado nomas al tratamiento” (Paraná).

Otros esgrimen argumentos que tienen que ver con lo afectivo. Es decir, tener cerca a sus seres queridos hubiera conspirado contra la adherencia al tratamiento

“Yo lo viví porque estuve cuatro meses ya internado allá una vez en una comunidad terapéutica en Paraná y sí se me hizo difícil porque sabía que pasaba la tranquera y en media hora estaba en mi casa era como un esfuerzo más que tenía que hacer extra en ese momento” (Paraná).

“No me hubiera servido no me hubiera servido para nada calculo yo si lo hubiera hecho en mi zona porque acá estando lejos de mi familia viéndola cada tanto no tener un abrazo por el contexto pandémico que hay me hace valorar más las cosas” (San Justo).

“Creo yo que no sé si hubiese aguantado mucho ya me hubiese ido si me hubiese ido” (Paraná).

2.2. Codificación axial

A. Territorio identitario: la familia

A.1 Recuerdos negativos de la familia relacionados con violencia

Esta categoría fue elaborada a partir de fragmentos de entrevista donde predominaba, casi sin excepciones, la figura del padre como aquel que ejercía la violencia. En este sentido, podemos encontrar dos descripciones principales, que serán las propiedades de esta categoría: las del *Padre golpeando a la madre* y la del *Padre golpeando a todo el grupo familiar*. En las primeras escenas los entrevistados destacaban la angustia de observar esas situaciones aun no participando en ellas activamente (“*Yo me acuerdo que mi papá cuando yo era chico le pegaba a mi mamá y le hacía revisar abajo de las cama porque mi papá se drogaba y le hacía mal la droga*”). En cuanto a las segundas (“*Mi papá si se emborrachaba se ponía agresivo, les pegaba a todos*”; “*mi viejo nos retaba nos pegaba si nos reíamos*”; “*si me pegaban a mí, mi papá, y la agredía a mi mamá también*”) se agregaba al sufrimiento mencionado el hecho de padecer en sus cuerpos las consecuencias del maltrato.

A.2 Recuerdos negativos de familia relacionados con abandonos

A partir de esta esta categoría podemos leer los abandonos de dos maneras diferentes, siendo una de ellas el *Abandono emocional y físico*. Moreno Manso (2004) define a estos abandonos de manera diferencial. En cuanto al físico, hace

referencia a la omisión de necesidades básicas como lo son el cuidado de su salud, la alimentación, la vestimenta, vigilancia y educación. Sobre el abandono emocional, consiste en la ausencia total o parcial de las interacciones entre padres e hijos, falta de estimulación y negación de la respuesta ante señales de proximidad, contacto e interacción por parte de los hijos. Este vínculo que los pacientes presentaban como de un vacío afectivo se generaba, además, durante etapas de fuerte dependencia como son la niñez, la adolescencia, o el transcurso mismo de la adicción. Los siguientes fragmentos permiten ilustrar esta propiedad:

“Yo quise dejar el colegio y no me pusieron mucho freno”.

“Después que se separó de mi papá tuvo un marido que por ejemplo a mí no me aceptaba por más allá de las cosas que yo hacía con el consumo yo andaba en cosas malas andaba con armas y todas esas cosas y él como que si no me aceptaba y de ahí yo me fui del todo a la calle”.

“Mi relación con mi padre para sentarme a comer nomas de vez en cuando o hola cómo estás, era muy cortante la relación”.

“Cuando era chico iban a mi casa a esconder kilos de cocaína en el tocadisco”.

La segunda manera de leer los abandonos, por su parte, es la *Partida definitiva de los padres* (“*Me acuerdo que mi mamá me abandonó a los cuatro años más o menos se fue nos dejó a mí y a todos mis hermanos*”; “*Mi padre ya había empezado a vender los terrenos la casa de él después vendieron la casa de mi abuela y me quede en la calle*”) que ocurría dejando incluso a los entrevistados en situación de calle, o al cuidado de otras familias. Por motivos que presentaremos más adelante, incluiremos a esta categoría dentro de la **A.7 *Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia***

A.3 Recuerdos negativos de la familia relacionados con separaciones

Con esta categoría hacemos referencia a separaciones del grupo familiar, pero lo central en ella son las consecuencias a nivel anímico que expresan los entrevistados. Estas sensaciones son lindantes con las de los abandonos físico y emocional. Por lo cual consideramos también adecuado incluir esta categoría dentro de la **A.7 Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia**

A.4 Recuerdos positivos de la familia

En aquellos fragmentos o testimonios a partir de los cuales se construyó esta categoría, los entrevistados se conectaban con algunos escenarios felices de su infancia. En algunas ocasiones, las descripciones correspondían –en términos de las propiedades de la categoría– a *Recuerdos positivos con los padres*, que generalmente se basaban en actividades compartidas como paseos o comidas (“*Están los asados, cosas que quiero recuperar*”; “*Momentos muy lindos de que mi vieja me llevaba al jardín me llevaba a futbol los fines de semana nos íbamos todos a la chacra de un tío que teníamos y pasábamos todo el finde ahí todos en familia comiendo asados, guisos*”; “*Me acuerdo cuando por ejemplo mi papá íbamos a cazar cuando él tenía patos, me acuerdo él tenía muchos animales más y recuerdo tengo cuando íbamos a una laguna y nos metíamos con él*”). En otros fragmentos, ubicaban *Recuerdos positivos con los abuelos/as*, entre los cuales destacaban especialmente la transmisión de valores (“*tengo recuerdos con mi abuela muy buenos de ella porque ella hizo todo lo posible para que yo fuera a la escuela estudiara*”; “*De parte de mi abuelo recibí una crianza buena me enseñaron siempre a trabajar hacer las cosas bien*”).

A.5 Inicio de la adicción relacionado con la presencia de adicciones en la familia

Con esta categoría pretendemos mostrar como los entrevistados identificaban a la presencia de adicciones en la familia como un factor que los indujo a iniciar el consumo de sustancias. Es importante destacar que estas adicciones en el grupo familiar configuraban un elemento central en la vida de estas personas, pues se referían muchas veces a familiares convivientes. Tal como ocurría con el padre como figura protagonista de la violencia familiar, el *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo* se constituyó en una escena repetida:

“Como mi papa lo hacia diariamente adentro de mi casa a delante nuestro me decidí probarlo, decidí probarlo” (Gualeguaychú).

“Mi papá al principio se enojó, se enojó él se enteró a la semana que yo empecé a fumar porque le empecé a robar su marihuana para fumar yo en la escuela y se enojó al principio pero después terminamos fumando juntos” (Gualeguaychú).

“A los 13 años más o menos antes ya lo imitaba a mi padre cuando le veía tomando en el bar hacia como si tomaba en un vaso de a poquito whisky empecé a fumar a escondido robándole los cigarrillos a él para imitarlo” (Colón).

“Lo veía a mi papá que fumaba marihuana antes de ver una película o algo con nosotros conmigo y mi hermano y sí después me acostumbré mucho a la droga” (Gualeguaychú).

También sucedía que los entrevistados encontraban este impulso a consumir por parte de familiares por fuera del grupo primario. En este sentido, pudimos especificar como propiedad de esta categoría a los *Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos* (“*Mis tíos siempre iban a casa la mayoría de veces que iban a visitar a mi abuela iban borrachos y se quedaban*

un día día y medio comiendo asado hablando pavadas todo y yo veía todo eso”; “Dentro de mi familia había una persona que era mi tía que era la más allegada a mí y un poco también eso me llevo a todo esto”; “Algunos malos hábitos puede ser que lo haya tenido por parte de un tío mío que fue que consumía que él siempre yo lo veía consumido y desde chico yo como que quise seguir sus pasos”) .

A.6 Inicio de la adicción relacionado con negligencia en la familia

Ya hemos definido, en nuestra codificación abierta, el enfoque teórico que utilizamos para la delimitación del concepto. Para dotar de mayor especificación a esta categoría, podemos destacar, entre sus propiedades, a la *Ausencia de límites* (“Yo siento agarré más aunque nada lo que fue el camino de las drogas porque no me pusieron límites mis viejos que me deberían poner, yo quise dejar el colegio y no me pusieron mucho freno que digamos ahí capaz tendrían que haber estado un poco más firmes”), el *Rechazo* (“Yo tengo mucho rechazo hacia mi mamá porque cuando era niño me faltó mucho”), y el *Convivir con agresiones* (“Una parte del inicio de mi consumo fue por eso agresiones que yo tuve esas cosas que vi”; “Yo cuando empecé a consumir no me empezó a importar nada que mi papa me pegara que le pegara a mi mamá”). Todas vivencias que horadaron en su momento el ánimo de los entrevistados y afectaron su conducta. En este sentido, vemos que esta categoría también puede ser incluida dentro de los abandonos físicos y emocionales que fueron parte del origen de la adicción, con lo cual la incluimos dentro de la categoría que se presenta a continuación.

A.7 Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia

Los testimonios aquí seleccionados indicaban que las sensaciones negativas provenientes tanto de los *Abandonos físicos* como de los *Abandonos emocionales* habían promovido el inicio de consumo de sustancias (“*Todo mi de niño de chico durante mi adolescencia me sentí muy desvalorizado cuando me iba al jardín a la primaria yo veía que todos se iban con su padre lo buscaban lo acompañaban y yo me tenía que ir solo*”; “*El tiempo que pasé solo de niño sí creo me influenció mucho a drogarme*”). En este sentido, para dotar de un mayor nivel de síntesis el desarrollo de las categorías-y teniendo en cuenta sus afinidades teóricas- consideramos que esta categoría podría perfectamente integrar a **A.1 Recuerdos negativos de la familia relacionados con violencia**, pues tanto en el castigo físico al propio entrevistado, como en el castigo físico que éste presenció se ponen en evidencia ambos tipos de abandono. También integraremos a **A.2 Recuerdos negativos de familia relacionados con abandonos**, ya que estas rememoraciones son sobre hechos que tuvieron como consecuencia el comienzo de la adicción, y los entrevistados realizaban esta vinculación. Incluiremos asimismo dentro de esta categoría a la **A.3 Recuerdos negativos de la familia relacionados con separaciones** (que ya habíamos integrado a la **A.2**) y a la **A.5 Inicio de la adicción relacionado con la presencia de adicciones en la familia**. Esto último se debe a que los entrevistados destacaban que los padres, tíos y tías adictas habían favorecido que ellos ingresen al consumo, pero el énfasis en ese escenario se basaba en el abandono emocional que había permitido ese hecho. Es decir, no bastaba con la mera presencia de un adicto en el círculo familiar, sino que esto debía coronarse con una actitud indiferente o incluso activa para que ese hijo o sobrino accediera a la sustancia en cuestión. También sumaremos a esta categoría, como ya hemos explicado, a la **A.6 Inicio de la adicción relacionado con negligencia en la familia**.

A.8 Consumo en la familia

Los entrevistados comentaron en sus respuestas que varios de los integrantes de su grupo familiar consumían sustancias, sin que hayan registrado que esto hubiera incidido en su propia adicción. Las propiedades que identificamos en esta categoría son el *Consumo en el padre* (“*Mi papá sí se emborrachaba se ponía agresivo*”, “*Mi papá se drogaba y le hacía mal la droga*”), *Consumo en el hermano* (“*Un hermano que se hizo un tratamiento en Rosario en un lugar de iglesia*”; “*Mi hermano vivía consumido, todo el tiempo*”; “*Mi hermano se drogaba con nosotros también*”), *Consumo en otros familiares* (“*Había consumo por parte de tíos y primos*”; “*mi padrastro que yo también lo tengo como familia ellos sí consumían alcohol por ahí lo tenía a mi cuñado nomás que se drogaba*”).

A.9 Relación negativa con la familia durante la adicción

Un aspecto central de los testimonios fue el abordaje de cómo el período de adicción había empeorado severamente las relaciones familiares por distintos motivos. Las medidas que las familias tomaban eran diversas, aunque en general, éstas no tenían resultado concreto en el consumo del entrevistado. Como hemos marcado en la codificación abierta, una de ellas habitual era la *Expulsión de la casa*:

“Igual me ponían límites, me echaron como cuatro veces de mi casa porque le había robado” (Concordia).

“Después golpeaba arrepentido no lo voy hacer más abríme por favor que no tengo donde dormir que tengo hambre” (Gualeguaychú).

“Me echaban, estaba en la calle me echaban” (Paraná).

“Mi madre me hizo una perimetral” (Corrientes).

“Me venían a buscar porque robaba en mi casa y me querían echar, antes que me echen yo agarraba mis cosas y ya me iba solo” (Barranquera).

En estas escenas se ponía de manifiesto también la *Desesperación de los familiares* (“no aparecía en mi casa mi abuelo no dormía no comía y fue enfermado hasta que un día caí preso dejó de comer absolutamente no comía nada cayó en una depresión”; “Mi mamá me retaba, por ahí me pegaba unos empujones para que deje de vender las cosas pero yo no podía con mi decisión”; “mi abuela se enojó mucho me dijo que tenía que trabajar que trabajar”) , y la *Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto* (“Me hizo que consuma más porque no sabían cómo desenvolverse conmigo no entendían la enfermedad “;“Si supieron a muy temprano tiempo que yo empecé a consumir, ellos supieron y no no no yo creo que no supieron nunca cómo ponerme un freno tampoco”; “Mi familia comenzó a sentir vergüenza ¿no? por lo que yo hacía en mi casa y todo eso porque mi familia siempre fue bien vista en el barrio”) , cuestión que muchas veces terminaba en que éste aumente su consumo. Otra reacción que surgió de parte de las familias fue el *Aislamiento* del entrevistado, que tampoco lograba impactar positivamente en el desarrollo del cuadro:

“Mi padre me decía que no lo haga pero siempre cuestionándome, retándome, dejándome de lado“ (Colón).

“Fue un desastre mi vida con los objetivos hacia mi familia ¿no? empecé a tener problemas con mi padre con mi abuelo, mi abuela, mi abuelo había fallecido con mis hermanos me empezaron medio como a mirar diferente a dejarme a un costado, de lado y me fui aislando” (Colón).

“Tenía acompañamiento pero ellos me ayudaron y me apoyaron mientras me veían bien y cuando me veían mal me dejaban de ayudar un poco” (Paraná).

“Mis tíos y mis hermanos ellos me dejaron de lado” (San Justo).

A.10 Relación positiva con la familia durante la adicción

En otras circunstancias, los entrevistados valoraron positivamente lo que la familia pudo brindarles durante el período de consumo problemático. En algunos casos los familiares realizaban la *Búsqueda de un tratamiento* (“*Mi madre con todos los años apareció y entre ella y mi viejo hablaron y me hicieron hacer un tratamiento*”; “*Me vio mi mamá y pidió ayuda acá*”; “*Me quiso internar en un lugar pero me escapé a la semana*”). En otros intentaban *Lograr la consciencia de enfermedad* mediante charlas con el paciente que, más allá de los resultados, eran realizadas positivamente en las entrevistas:

“Mi abuelo y mi abuela siempre me hablaron para mi bien mi tíos todo el mundo en realidad me quiso ayudar pero era para bien siempre para bien” (Barranquera).

“Mi hermana eeh dijeron que tenía que dejarme de hincharme las bolas que me dejara de joder porque yo iba a terminar mal y por ejemplo el año pasado tuve una conversación con ella y eso fue ella también me ayudaron mucho” (Paraná).

“Me cuidaban me protegían mucho, me hablaban, me decían mira no andes en esto deja esa porquería no te juntes con aquel con el otro, donde vas que venís tarde, estamos preocupados no sabemos si estás muerto, preso” (Concordia).

A.11 Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento¹

¹Integraremos dentro de esta categoría a *Autocrítica de la familia frente a la adicción* (construida en nuestra codificación abierta) por dos razones. Una es que en ninguna de las entrevistas el tema surgió espontáneamente por parte del entrevistado, sino que hubo que consultarlo específicamente, y aun así las respuestas eran de poca intensidad y con pocas palabras. Considero, además, que fácilmente puede incluirse el contenido-y así también lo haremos- dentro de lo que es el *Acompañamiento (ya sea insuficiente o activo)* y la *Relación (positiva o negativa) familiar durante el tratamiento y durante la adicción*, categorías éstas que trabajamos en esta codificación axial

Esta categoría se construyó a partir de los fragmentos que daban cuenta de un acompañamiento fehaciente de las familias hacia los entrevistados durante sus tratamientos. El acompañamiento podía ser telefónico o presencial, pero lo importante era la evaluación que el paciente hacía respecto de él. Es decir, si lo consideraba o no una verdadera contención. Como dijimos, en general había una clara división. Por un lado estaba la *presencia de la familia a través del teléfono*:

“Me llama mi hija y mi familia” (Paraná).

“Me llama mi mamá” (Gualeguaychú).

“Me llaman mi mamá y mi hermano” (Paraná).

“Durante el tratamiento me llaman, si los días de llamado me llama mi mamá, me llama mi padrino, mi madrina mi tía, mi hermana que yo había perdido la comunicación la relación con mi hermana yo tuve ocho años sin hablarme con ella y empezó todo de vuelta esa relación de hermanos eso me hace bien” (Gualeguaychú).

Por otro lado, se encontraba *Presencia de la familia a través de las visitas* (“*Vienen a las visitas mis viejos*”; “*tenía mi familia tenía mi padrino, mi tío, todos me acompañaban a los grupos la verdad que el apoyo de mi familia está*”; “*Mi tía mi madre y mi abuela todo el tiempo me están acompañando igual que mi hermana todo el tiempo*”). Ambas formas de presencia se encontraban bien valoradas.

A.12 Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento

La presente categoría se elaboró a raíz de los testimonios que juzgaban que el acompañamiento que los entrevistados recibían de sus familias durante el tratamiento era inexistente, o por debajo de las expectativas acerca de lo que ellos necesitaban. En algunos casos, se da esa *Falta de acompañamiento por decisión de la familia* (“Hoy en día mi viejo hablamos por teléfono un rato está ahí como que te vaya bien pero nada más no es como que si se interioriza en lo que yo estoy haciendo, mi vieja no tengo relación y mis hermanos tampoco o sea digamos que estoy solo”; “Hoy en día les cuesta entender la enfermedad y reconocer que tiene un hijo adicto, un hermano adicto, un padre adicto y cuesta mucho” ; “Yo he tenido dos visitas acá por parte de mi mamá y mi padrastro, una pará, tuve una para Navidad para el 24”), y en otras se presenta una *Falta de acompañamiento por decisión del paciente* (“Yo me hice de lado y no necesito pedirle nada a ellos yo me la arreglo solo”; “No viene nadie porque yo me interné sin decirle nada a nadie de mi familia”). En los primeros casos, la medida puede estar dada por imposibilidades originadas en dificultades económicas, obligaciones laborales, o en el deterioro que sufrió el vínculo. En los segundos casos, la decisión suele estar basada exclusivamente en la manera en que el propio entrevistado concibe los lazos afectivos con su familia.

A.13 Familia como protección adecuada frente a recaídas

Con esta categoría queremos describir los modos en que los entrevistados imaginaban que el territorio familiar podía officiar para ellos como un lugar protector frente a posibles recaídas al momento del alta. Es decir, una vez que obtuvieran la externación valoraban como positivo poder estar insertos en sus

familias en términos de un mejor pronóstico para mantener la abstinencia. Estas expectativas se basan principalmente en la existencia de un *Control por parte de la familia* (“*En mi casa cambiaron muchos las cosas ya no va a ser lo mismo, me van a acompañar hasta el baño a ver qué hago*”), en la *Contención afectiva*:

“*Ellos sé que si pido ayuda me van a contener*” (Paraná).

“*Me ayuda mucho estar en contacto con la familia*” (Paraná).

“*Creo que la contención es adecuada porque ellos tienen hoy en día las herramientas para contenerme a mí*” (Corrientes).

“*Hoy en día me siento bien con la familia porque estando con ellos no voy a volver a recaer*” (Paraná).

“*Mi mamá se separó de mi padrastro y está con mi abuela, son las dos que están en mi casa y ellas me ayudan de arriba abajo, no me sueltan la mano ella y mi tía, mi tía es alguien que amo mucho*” (Barranquera).

“*Si, mi familia es un buen lugar para que vaya*” (Gualeguaychú).

Y en la *Ausencia de consumo de sustancias dentro del círculo familiar*:

“*Ahora nadie consume*” (Paraná).

“*Voy a estar bien en ese sentido ellos porque no hay consumo ahí, ni siquiera fuman mi primo hermano el que fuma cigarrillo*” (Paraná).

“*No hay ambiente de consumo en mi casa ni de alcohol ni de nada*” (Paraná).

“*Mi hermano gracias a Dios está limpio, ya tuvo tres internaciones y tiene su pareja y está trabajando está limpio él y mi mamá no consume y mi papá ya no está y faltaba yo recuperarme*” (Gualeguaychú).

A.14 Familia como riesgo frente a recaídas

La elaboración de esta categoría responde a la noción de que el territorio familiar operaría como un espacio que podría propender a una recaída una vez obtenido el alta de la internación. Los argumentos en que apoyaban este pensamiento se producen a partir de la *Falta de contención afectiva* (“*Tal vez estando con ellos me exponga un poco porque nunca me dieron el cuidado que yo necesitaba*”; “*No es bueno o sea no voy a tener vínculo con ellos más que hablar de vez en cuando, no es bueno*”), y en una *Sobreprotección asfixiante* (“*puede ser que ella me quiera tener como muy atado y yo siempre fui una persona muy liberal y eso puede ser que moleste*”). Ambos atributos constituyen las propiedades de esta categoría.

Síntesis de categorías para el territorio identitario de la familia

En la siguiente tabla se sintetizan las categorías que fueron elaboradas para el territorio identitario de la familia:

Tabla 1

Categorías y Propiedades para el Territorio Identitario de la Familia

Categorías	Propiedades
<i>Recuerdos positivos de la familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recuerdos positivos con los padres</i> • <i>Recuerdos positivos con los abuelos-as</i>

Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia

- *Abandono físico*
- *Abandono emocional*
- *Padre golpeando a la madre*
- *Padre golpeando a todo el grupo familiar.*
- *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo*
- *Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos*
- *Ausencia de límites*
- *Rechazo*
- *Convivir con agresiones*
- *Partida definitiva de los padres.*

Consumo en la familia

- *Consumo en el padre*
- *Consumo en el hermano*
- *Consumo en otros familiares*

Relación negativa con la familia durante la adicción

- *Expulsión de la casa*
- *Desesperación de los familiares*
- *Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto*
- *Aislamiento*

Relación positiva con la familia durante la adicción

- *Búsqueda de un tratamiento*
- *Lograr la consciencia de enfermedad*

Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento

- *Presencia de la familia a través del teléfono*

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Presencia de la familia a través de visitas</i>
<i>Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falta de acompañamiento por decisión de la familia</i> • <i>Falta de acompañamiento por decisión del paciente</i>
<i>Familia como riesgo frente a recaídas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falta de contención afectiva</i> • <i>Sobreprotección asfixiante</i>
<i>Familia como protección adecuada frente a recaídas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Control por parte de la familia</i> • <i>Contención afectiva</i> • <i>Ausencia de consumo dentro del ámbito familiar</i>

B. Territorio identitario de la casa

B.1 Recuerdos positivos de la casa

Dentro de este territorio identitario, los entrevistados desplegaron algunos recuerdos con diferentes matices. Estuvieron presentes las rememoraciones vinculadas al *Afecto recibido por los habitantes de la casa* que consistían en padres, abuelos, y también mascotas:

“Cariño amor no me faltó” (San Justo).

“Hemos comido asados y esas cosas es más me quedo con las cosas buenas que las malas” (Gualeguaychú).

“Mi abuelo de chico me empezó a enseñar a cocinar, me sentaba en la punta de la mesa es lo primero que se me viene a la mente, mi abuela ayudándome en todo siempre apañándome por todo lo que hacía, fueron buenos fueron mis padres mis abuelos” (Colón).

“Mi abuela siempre trato de darme todo lo que pudo, no pudo darme mucho porque era jubilado pero trato de darme todo lo que pudo, afecto, cariño fue una madre para mí, la extraño mucho” (Colón).

“Extraño a mi perra pitbull que dormía conmigo todos los días cuando yo me adormecía por la ketamina ella se acostaba conmigo” (Paraná).

“Lo que más extraño es los recuerdos de mis perros porque ponele yo me iba a trabajar yo venía los primeros que me recibían eran ellos” (Paraná).

B.2 Recuerdos negativos de la casa

Aquellos previamente presentados serían los fragmentos con tonalidad más positiva. En términos de la especificación de la categoría, ubicamos como propiedades de ésta a algunas *Escenas traumáticas* :

“Mi sobrina también mi sobrina porque la que falleció ella me golpeó mucho, porque falleció mi mamá mi sobrina siempre fueron golpes así uno atrás del otro” (Paraná).

“Con mi abuela hasta que falleció, ella fue mi sostén yo tenía lo que yo necesitaba” (Colón).

“De chiquito viví eso que te conté que veía a mi papá que le pegaba a mi mamá” (Gualeduaychú).

“Mi mama era umbanda y había muchas imágenes y eso me hacía mal siempre yo que me hacía mal yo también me involucré en eso por temas de curiosidad el

día de hoy me lleva una carga bárbara con eso, y a veces siento como que me molesta eso hasta el día de hoy acá en el tratamiento”(Paraná).

También destacamos como propiedad a la *Incomodidad del espacio físico* (“vivíamos en una casita muy precaria”; “Nunca tuve una habitación firme por el tema de que mi abuelo y mi abuela se pelearon cuando yo tenía una temprana edad mi abuelo fue a vivir a mi habitación porque fumaba mucho yo salía de mi habitación porque no me gustaba no me gustaba vivir dormir en la misma habitación con mi abuelo me armé una habitación en un lugar donde era una cocina no tenía puerta no tenía nada estaba cero comodidad y mi madre estaba en construcción de una nueva casa le faltaba todo le faltaba bastante años terminar y vivían todos medio todos juntos apretados”) que condicionaba la cotidianeidad dentro de la casa.

B.3 Consumo en la casa

La casa se transformaba habitualmente en un espacio para el consumo de sustancias, esto fue abundantemente descrito en los testimonios, siempre cargado de un tono negativo. Seguramente a partir de la privacidad que propician esos ambientes, el *Consumo en el baño* y el *Consumo en la habitación* eran de las escenas más comunes relacionadas con el tema:

“El baño muchas veces he fumado en el baño de mi casa” (Concordia).

“Tengo en el baño recuerdos mirándome al espejo para inyectarme” (Paraná).

“Últimamente últimamente siempre consumía en el baño o en la pieza me encerraba” (Gualeduaychú).

“Me duele decirlo consumía en el baño, en la habitación” (Corrientes).

“Yo por ejemplo los recuerdos que a mí me vienen del baño de mi habitación, eso eso es lo me va a costar si algún día que yo me vaya de acá porque yo consumía mucho en mi habitación en el baño después de los otros lados partes de la casa lindos recuerdos tengo pero esos dos, esas dos el baño y la habitación me va a traer como ese registro el día que yo me vaya ¿no? porque yo consumía mucho ahí” (Gualeguaychú).

“Yo por ahí me encerraba en mi pieza cuando consumía cocaína, me encerraba y consumía con una pareja que yo tenía” (San Justo).

B.4 Casa como protección adecuada frente a recaídas

Esta categoría fue elaborada a partir de las expresiones positivas de los entrevistados sobre cómo este territorio identitario podría protegerlos, al momento del alta, de una recaída. La esperanza de que sus casas funcionen de esta manera se basa, en especial, en las *Herramientas adquiridas durante el tratamiento* (“Hoy en día que adquirí conocimientos durante los terapeutas me ayudaron a que lo vea como al lugar que es como ese ambiente, una habitación es para habitación y no un lugar de consumo y el baño también así hay que darle su uso y pensar de esa manera”; “O sea si un buen ámbito mi casa son cosas que yo voy a tener que afrontar porque yo un día de mañana voy a pegar la vuelta de la esquina y también me va a traer registro pero yo voy a tener las herramientas para poder afrontar esa realidad”).

B.5 Casa como riesgo frente a recaídas

En algunos de los fragmentos que expondremos ahora, los pacientes determinan a sus casas como un territorio que podría predisponerlos a recaer, de allí la

construcción de esta categoría. En los testimonios surgieron especialmente los *Registros negativos* como parte de una posible desestabilización (“*Creo yo que no debería volver a vivir a esa casa me gustaría no vivir más en esa casa porque me trae registro la cocina, la habitación la habitación de mis padres cuando discutían se peleaban mi papa le pegaba a mi mama me trae muchos registros*”; “*No lo creo, porque el último año que mi abuela no estuvo, estuvo internada en un geriátrico fue un casa en la que yo hice mucha joda con toda los que yo pensaba que eran amigos porque estábamos en consumo yo en esa casa después que mi abuela se fue el último año en el geriátrico yo ahí hice de todo lo que se pueda imaginar*”).

Consideramos adecuado pensar a las categorías ***B.2 Recuerdos negativos de la casa*** y ***B.3 Consumo en la casa*** como pasibles de ser incluidas como sub categorías de ***B.5 Casa como riesgo frente a recaídas***, ya que, como hemos explicado, los riesgos que advierten los entrevistados se basan especialmente en las vivencias negativas transitadas en ese territorio identitario.

Síntesis de categorías para el territorio identitario de la casa

En la siguiente tabla se sintetizan las categorías que fueron elaboradas para el territorio identitario de la casa:

Tabla 2

Categorías y Propiedades para el territorio identitario de la casa

Categorías	Sub Categorías	Propiedades
<i>Casa como riesgo frente a recaídas</i>	<i>Recuerdos negativos de la casa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incomodidad del espacio físico</i> • <i>Escenas traumáticas</i>
	<i>Consumo en la casa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Registros negativos</i> • <i>Consumo en el baño</i> • <i>Consumo en la habitación</i>
<i>Recuerdos positivos de la casa</i>	---	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Afecto recibido por los habitantes de la casa</i>
<i>Casa como protección adecuada frente a recaídas</i>	---	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Herramientas adquiridas durante el tratamiento</i>

C. Territorio identitario del barrio

C.1 Relación positiva con los vecinos²

Un aspecto que surgió en las respuestas referidas al territorio identitario del barrio fue la relación con los vecinos. A partir de esas apreciaciones se pudo construir esta categoría, que refiere a estos vínculos cuando eran evaluados

² Hacemos la aclaración de que las categorías *Relación positiva con los vecinos* y *Relación negativa con los vecinos* incluyen asimismo aquellos fragmentos que fueron rotulados –durante la codificación abierta– como *Recuerdos del barrio* y *Barrio e inicio de consumo*, considerando que se ajustan mejor al contenido de aquellas dos.

como positivos. En algunos casos, los entrevistados agradecían la *Contención durante la adicción*:

“Cuando te ven caminando por la calle y eso y se ponían mal los vecinos porque y ahora todos me mandan saludos y están contentos de que yo estoy acá asíque eso me da mucha fuerza para seguir” (Gualeguaychú).

“Los vecinos siempre me cuidaron” (Paraná).

“Los vecinos siempre como que me daban consejos para que deje esa vida” (Gualeguaychú).

“Cuando me drogaba robaba y los vecinos te escondían viste” (Concordia).

“Un barrio que relativamente está bien económicamente al respecto como estamos nosotros, siempre trataban de ayudarme de una u otra manera” (Colón).

En otros testimonios, en tanto, destacaban *La historia conjunta*:

“Si yo me salgo a la calle y me voy a encontrar con un montón de recuerdos y un montón de cosas, o sea porque yo siempre anduve en la calle a los 13 o 10 años ya era vendedor ambulante siempre me anduve en el entorno así en la calle vendedor ambulante, me conoce mucha gente siempre anduve por los negocios de los autos compra y venta trabaje en la Municipalidad, en el Hospital San Martín o sea donde voy alguien siempre me conoce y me saluda por donde paso” (Paraná).

“Éramos un grupo de chicos todos de distintas familias que éramos como hermanos unidos íbamos a un merendero todos juntos, algunos pedíamos carros prestados salíamos a tirar basura, a juntar cobre aluminio esas cosas” (Barranquera).

“Del barrio tengo muchos recuerdos de cuando era chico que me divertía en mi infancia estando en la calle me divertía jugando a la pelota tirando piedras a los techos de las personas” (Paraná).

“Tengo vecinos buenos y vecinos que estoy muy apegados y familiarizados con ellos son una familia de ocho hermanos y con ellos yo me crié con ellos pase momentos lindos de mi vida” (Barranquera).

“Un barrio es muy tranquilo porque es de gente grande, la verdad muy lindo barrio, muy compañerismo” (Gualeguaychú).

“Un buen barrio, lindo me llevaba bien con casi todos los vecinos digamos con el 90% de los vecinos me llevaba bien tenia buen trato, siempre fueron buenos para conmigo” (Colón).

C.2 Relación negativa con los vecinos

En otros casos, los vínculos con los vecinos eran descriptos de manera negativa. A partir de ello se construyó esta categoría. Algunos de los fragmentos ilustran *Vínculos empeorados a partir de la adicción:*

“Con una de las hijas de mi vecino teníamos un vínculo sí muy grande, muy apegado y sí cuando ellos se enteraron que consumía perdí toda la relación que había” (Paraná).

“Cuando empecé con el consumo todos me empezaron a mirar con otra cara porque yo empecé a hacer quilombo en el barrio tocaba cosas que no eran mías” (Gualeguaychú).

“Se sentían atacados lastimados por mi ¿no? En el sentido mucho el maltrato verbal lo mío, físico si era con hombres en sí si por ahí era impulsivo” (Gualeguaychú).

“En mi barrio sí me drogué por todos lados en mi barrio me paseaba drogándome todos me veían todos los vecinos me veían que yo me drogaba que llevaba mi tubo en la mano de crack ¿no? donde fumaba crack y sí yo

agachaba la cabeza porque me daba un poco de vergüenza también” (Gualeguaychú).

“Mis vecinos tenían una buena imagen de mí pero a causa del consumo tenían otra mirada hacia mí” (Corrientes).

Otros fragmentos describen con afectación de qué manera *La relación* ayudó a iniciar o potenciar el consumo (*“Recuerdo de grande no tengo muchos recuerdos pero de consumo cuando estaba en la esquina con los chicos yo tengo mi casa ahí en el barrio Molinari que tengo un árbol un algarrobo grande tengo una placita en frente nos sentábamos todos ahí a consumir a tomar vino, cerveza, todo lo que sea todo lo que sea sustancia más para allá arriba de mi barrio a la entrada de mi barrio hay un tanque verde que es el que da la tensión de luz a todo el barrio nos sentábamos todos los chicos también a consumir”*; *“El consumo por primera vez lo agarre a través de una chica de una chica con la que salía tenía 13 años fue la primera vez que me dio marihuana, la tuve en la mano, después, consumí con unos compañeros de barrio”*; *“a una cuadra había un hombre que era alcohólico, los hijos también fueron alcohólicos con el tiempo porque pudieron hacer lo que veían de chicos y esa casa si yo me escondía a fumar a tomar”*)

C.3 Consumo en el barrio

Esta categoría construida en la codificación abierta tiene como propiedad el *Conocer dónde comprar sustancias en el barrio*. El sentido de los testimonios brindados al respecto apuntaba a lamentarse de la accesibilidad que los entrevistados tienen a la sustancia adictiva. Es decir, la preocupación es al respecto de que este conocimiento dificultaba la posibilidad de recuperación:

“Si yo en frente tenía una despensa, a la vuelta tenía una despensa, a la vuelta de la otra manzana también” (Colón).

“Todo ahí venden vendían, todo ahí en el barrio” (Concordia).

“Si conocía donde compraba cerquita ahí en el negocio” (Paraná)

“Tengo buenos recuerdos pero a la vez también malos porque en frente de mi casa había nos juntábamos con unos chicos a consumir hay mucho consumo en el barrio hace pocos años” (Corrientes)

“Amo mi casa el tema es que estoy rodeado de tranzas, de narcos, de delincuentes (Barranquera).

En este sentido, lo expresado representa un riesgo al momento del alta, por lo cual incluiremos esta categoría dentro de la siguiente: ***C.4 Barrio como riesgo frente a recaídas***

C.4 Barrio como riesgo frente a recaídas³

Más allá de la propiedad citada para la categoría anterior (*Conocer dónde comprar sustancias en el barrio*), el riesgo que los entrevistados ubican radica también en conocer a *Personas dentro del barrio que pueden tentarlos a consumir* (*“Tengo personas que no consumen pero los que se me pueden acercar o a los que yo pueda ir a acercarme son factores de riesgo para mí”*, *“Es totalmente malo porque justamente una de las personas del barrio ahí que me dieron techo, el padre es una excelente persona pero con el hijo consumía pastillas, alcohol, se drogaba, no puedo volver a ese barrio”*; *“Cosas así que*

³ Dentro de esta categoría también integraremos a la desarrollada en la codificación abierta ***Barrios vecinos***, ya que si bien en estos fragmentos la sede del consumo se encuentra geográficamente ubicado en barrios lindantes, no por ello deja de tener influencia en la vida cotidiana de los pacientes, sino todo lo contrario (*“Si hay un barrio cerca ponele a cinco cuadras hay y ahí donde yo arranque mucho a consumir y yo me perdí ahí a lo último yo me iba a esconder ahí por mi tipo de consumo porque yo no quería que nadie me vea, la verdad que eso sí”*; *“Mi barrio no sí los barrios aledaños que son zonas donde hay venta de consumo”*; *“No es que había una venta de consumo en la esquina, no, tenías que irte un poquito más lejos”*)

me vayan a tentar a querer comprar porque saben cómo soy que me cuesta por ahí el tema de la ambición con querer tener cosas y me quieran comprar por el lado de lo material o querer darme consumo como ya pasó”).

C.5 Elegir tratamiento dentro del barrio de origen

Es importante aquí considerar la diferencia que hay entre esta categoría y la de sentido opuesto (***C.6 Elegir tratamiento fuera del barrio de origen***), desarrollada en base a mucha más cantidad y riqueza de testimonios. los fragmentos que sirvieron como insumo para construir esta categoría refieren sobre todo a la *Cercanía con la familia* (“*Obviamente prefería hacerlo en mi casa yo tengo mi hijo y hace un año que no lo veo casi lo hablo por teléfono con él pero y eso pero sí preferiría hacerlo*”) y a la evidencia de cierta *Determinación para recuperarse* (“*Yo pienso que si hubiera un lugar de internación ahí con mi postura yo te diría no me iría de la internación, por la postura que yo tengo, porque yo sé que no me tengo que ir y tengo que hacerlo por mi cuenta estoy obligado a hacerlo, por mí mismo*”)

C.6 Elegir tratamiento fuera del barrio de origen

Las categorías ***C.3 Consumo en el barrio***, ***C.4 Barrio como riesgo frente a recaídas*** y ***C.7 Barrios vecinos*** son subsumidas dentro de la presente categoría. Para decir esto, nos apoyamos en que todos los fragmentos incluidos en ***C.9 Elegir tratamiento fuera del barrio de origen*** aluden de una u otra manera a propiedades de las tres anteriormente citadas. La mayoría de nuestros entrevistados consideran como mejor opción hacer tratamiento lejos de su

territorio identitario barrial. Es válido además aclarar que algunos de los pacientes ya habían realizado tratamiento en sus territorios, con mal resultado. Si revisamos las razones, encontramos las propiedades que presentamos en las categorías que hemos integrado. Vuelven a destacarse como riesgos el que haya *Personas dentro del barrio que pueden tentarlos a consumir:*

“Yo sabía que podía haber alguien pasar o siempre estaba a la expectativa pensando de que si pasaba alguien de consumo para decirle pasame consumo o cosas así se me jugaban esas cosas en contra, o de ir escaparme y volver se te pasan esas a mí se me pasaban cosas a mí se me pasaban personalmente esas cosas por la cabeza”

“Iba a fracasar no iba a ser buen tratamiento me iba a levantar un día iba a salir a la vuelta y me choco con todo sin plata porque hay siempre pibes fumando todo el tiempo te están ofreciendo te ofrecen para que después vos vayas hagas una cagada y le compres algo así” (Concordia).

“La verdad que varias veces lo pensé y no hubiese sido el lugar correcto porque durante las internaciones en la misma internación tenía compañeros de mi barrio o barrio aledaños que consumían conmigo y siempre no tomábamos en serio el tratamiento” (Corrientes).

“Yo ya probé ya un tratamiento cerca de mi zona y me fue bien un tiempo pero volví a caer era muy débil al caer a las tentaciones de juntarme de juntarme con amigos con amistades malas no sabía separar y me llevó a una recaída” (Barranquera).

“Mejor lejos de mi barrio. Yo le pedía plata a todos los vecinos para conseguir Ketamina” (Paraná)

Y también se resalta la importancia de *Conocer dónde comprar sustancias en el barrio* (“Yo creo que hubiera sido lo mismo que nada porque si hubiese sido ambulatorio el tratamiento yo hubiese seguido consumiendo porque tengo los tranzas alrededor de mi casa tengo todo servido en bandeja”; “Yo calculo que

me hubiera costado un poco más, vos decís estas cerca y es como que vos pensas dos veces en decir vos sabes dónde está el consumo vos sabes cómo salir, como volver es distinto que vos estar en la ciudad que no conoces”; “Yo lo viví porque estuve cuatro meses ya internado allá una vez en una comunidad terapéutica en Paraná y sí se me hizo difícil porque sabía que pasaba la tranquera y en media hora estaba en mi casa era como un esfuerzo más que tenía que hacer extra en ese momento”).

Síntesis de categorías para el territorio identitario del barrio

En la siguiente tabla se sintetizan las categorías que fueron elaboradas para el territorio identitario del barrio.

Tabla 3

Categorías y Propiedades para el territorio identitario del barrio

Categorías	Propiedades
<i>Relación positiva con los vecinos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contención durante la adicción</i> • <i>La historia conjunta</i>
<i>Relación negativa con los vecinos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vínculos empeorados a partir de la adicción</i> • <i>La relación ayudó a iniciar o potenciar el consumo.</i>
<i>Elegir tratamiento dentro del barrio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Determinación para recuperarse</i>

de origen

- *Cercanía con la familia*

*Elegir tratamiento fuera del barrio
de origen*

- *Conocer dónde comprar sustancias dentro del barrio*
- *Personas dentro del barrio que pueden tentarlos a consumir.*

3. Significados de los territorios identitarios

3.1 Los significados del territorio identitario familiar

En los siguientes capítulos, observaremos qué similitudes y diferencias existen entre los significados que nuestros entrevistados depositan entre estos sus territorios identitarios, y también al interior de cada uno de ellos. Consideramos, por otra parte, que a este nivel de lectura de la tesis, y ya habiendo atravesado abundantemente por los testimonios de sus protagonistas, resulta útil refrescar algunas ideas que conducen nuestra tarea. Entre ellas, señalamos que los significados a los que nos referimos están expresados en las categorías que hemos elaborado oportunamente a partir de los discursos de los entrevistados. De esta manera, iremos acercándonos de a poco a poder precisar algunas ideas sobre cómo se vinculan sus tratamientos con la semantización de los territorios que mejor expresan sus identidades.

Tomamos al concepto de identidad en su vertiente moderna, cuyo origen está en Hegel. En este sentido, la identidad es tomada como una identificación, una especie de membresía o adscripción de un sujeto determinado a valores o referentes específicos que lo caracterizan. Esos valores y referentes inician siendo meros descriptores, pero con la afiliación de cada persona al grupo que definen, se termina dando a lugar un doble movimiento, consistente en la vinculación estrecha a ese grupo, y la separación de aquellos individuos que ni pertenezcan a él. Existe entonces una doble identificación, del sujeto hacia el grupo y del grupo con él, según el grado con que suscriba, represente y lleve a cabo los rasgos objetivos que definan al grupo (Sedano y Masota, 2004).

D'Argemir y Muñoz (1991) observan, de manera coincidente con respecto a nuestra investigación, que los marcos de referencia de las categorías de identidad se asientan muy fuertemente en el papel de la familia y de la vecindad, y que éstas preceden y reemplazan incluso a formas más amplias y

difusas de identidad colectiva. Es decir, los sujetos depositan gran parte de su formación identitaria en esa relación con los grupos más cercanos, que son aquellos que abordaremos a continuación. Cualquier inscripción de su identidad dentro de grupos más lejanos es secundaria a la que nos ocupa. Específicamente enfocándonos en el territorio familiar, no es extraño que hayan proliferado una diversidad de expresiones que fueron rotuladas a partir de la construcción de siete categorías. Durkheim (1975, citado en González, 2009) marcaba que la familia había dejado atrás un período en el cual se erigía como una entidad que regulaba los patrimonios, y que el ingreso a una nueva etapa se encontraba signado por la estrechez de los lazos afectivos que promovía el parentesco. De esta manera lo que ocurre centralmente es una ligazón de sentimientos entre personas que ocupan ese grupo. Polaino Lorente (2010), por su parte, determina que el papel de la familia es el más importante dentro del armado de la identidad de las personas, y que la explicación de la conformación definitiva o transitoria de cada quien no puede entenderse si se sustrae de ella a su origen familiar. La enumeración de las formas y estilos de cada individuo que pueden ser justificadas desde su inserción en un territorio familiar determinado son sumamente amplias: la forma de comunicarse verbalmente, los gestos que utiliza para vincularse con las otras personas, el modo en el cual organiza sus pensamientos para conocer y reflexionar, dan cuenta de un sello personal e inconfundible que se imprime en cada sujeto.

Ubicándonos al interior del territorio identitario familiar, y observando las categorías que fueron elaboradas tras el análisis efectuado, hay una enorme prevalencia de aquellas relacionadas con la historia vincular entre el paciente y los componentes de este territorio. Es decir, desde un punto de vista exclusivamente cuantitativo, existen más categorías vinculadas con el pasado de esas relaciones (nos referimos a *Recuerdos positivos de la familia, Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia, Consumo en la familia y Relación negativa con la familia durante la adicción*) que con perspectivas futuras (*Familia como protección adecuada frente a recaídas y Familia como riesgo frente a recaídas*) o rasgos del presente (*Acompañamiento activo de la*

familia durante el tratamiento). Se pone de manifiesto de este modo que existe para nuestros entrevistados un subrayado de la familia como fuente de una identidad fundamental, que es a su vez base de otros aspectos de la identidad que serán desarrollados con posterioridad. En esa asociación del territorio familiar con recuerdos y eventos variados de la niñez y la adolescencia -es decir, del pasado de los entrevistados- se encuentra integrada la idea de que parte importante de la centralidad de la familia se encuentra en que ha colaborado de manera protagónica con el diseño inicial de cada personalidad. García Cruz (2016) explica que la profundidad de las relaciones entre los miembros de la familia marca la diferencia con lo que sucede, en ese sentido, en otros grupos. La pertenencia que se genera a partir de esta profundidad no es casual ni temporal, sino que se transforma en esencial y definitiva de posiciones concretas de ese sujeto respecto de sí mismo y de su entorno social. La abundancia de significados ubicados en momentos constituyentes de la personalidad de los entrevistados puede vincularse, asimismo, con la dependencia radical y prolongada de los primeros años de vida respecto del ambiente familiar.

En este sentido, Giannotti y otros (citados en García Cruz, 2006) ubican como sustancial precisamente a la articulación entre estas dos variables: la dependencia aguda y el intervalo extenso de tiempo durante el cual aquella se da a lugar; marcando además que es el primer círculo social con el cual se crea este tipo de relación. En ese ambiente, mentes adultas -que pueden ser las de los padres o cualquier persona que cumpla el rol de crianza- interactúan de manera concentrada y en ocasiones exclusiva con mentes en formación, obteniendo así un efecto de modelación. Esa dinámica llevada a cabo de manera recurrente, colabora en generar una interdependencia entre los miembros que es parte de la fortaleza de los lazos.

Las entrevistas que hemos efectuado se encuentran ubicadas en un contexto sumamente específico, pues las personas que responden a nuestras pautas se encuentran internadas por una adicción a sustancias ilegales. Con esto

queremos decir que no desconocemos que las respuestas que vinculan tan fuertemente al territorio familiar con la adicción tienen ese trasfondo de revisión de la historia, y de reflexión que es, en muchas ocasiones, inherente a los tratamientos de salud mental. Teixeira y otros (2017) refieren que la relación entre el estrés que se sufre durante los primeros años de vida, y el uso indebido de sustancias psicoactivas que se da en los años posteriores se encuentra absolutamente fundada en la literatura científica. Este vínculo se genera de una manera tal que el consumo problemático se inscribe en la personalidad del individuo como un modo de hacer frente a los efectos del estrés de su infancia (en las investigaciones citadas no primaba ningún sub tipo de estresor, dividiéndose de manera uniforme los abusos físicos, sexuales, psicológicos, y los abandonos físicos y emocionales).

Es interesante que podamos entender de mejor forma cómo se ponen en marcha estos mecanismos psíquicos que vinculan experiencias traumáticas con las adicciones. Estas últimas podrían entenderse, según lo que hemos referido, como una posibilidad de afrontamiento frente a situaciones de estrés. Teixeira y otros (2017) explican que el afrontamiento se ubica como un conjunto de acciones que abarcan la conducta y la cognición, y que las personas ponen en marcha durante toda su vida como resultado de haber sido expuestas a diversas situaciones estresantes. Ese grupo de acciones tiene como objetivo poder modificar el vínculo con sus entornos, regulando el impacto que los mismos ejercen sobre ese individuo. Las estrategias de afrontamiento se activan cuando esos impactos se consideran excesivos respecto a los recursos que cada sujeto tiene para poder asimilarlos, y pueden ser variables de acuerdo a los cambios que experimente en el desarrollo de su vida tanto la persona como el medio que lo circunda; el objetivo último podría evaluarse como un requerimiento de re establecer un equilibrio interno que se encontraba en vías de ser vulnerado. Esta es la explicación que brinda el modelo transaccional del estrés, que evaluamos como posible de ser considerado para vincular el contenido nuestros testimonios con las conductas adictivas de los entrevistados. Este modelo interpreta que la relación entre la persona y su medio (territorios identitarios,

según nuestro marco teórico) está construida como una interacción dinámica entre ellos, y que el estrés es el resultado de un desequilibrio entre los recursos disponibles de ese individuo, y las exigencias a las que es sometido. El valor o la importancia que se le brinda a una situación, y que la transforma en una exigencia excesiva, se encuentran determinados por una determinada forma de relacionarse con el mundo que es particular de cada sujeto. Esta cosmovisión a su vez tiene una conformación compleja, apoyada en factores genéticos, sociales, personales y ambientales.

Una vez que el estímulo proveniente del entorno es identificado como estresante, los tipos de afrontamiento que pueden llevarse a cabo para contrarrestarlo se dividen entre el afrontamiento centrado en el problema -que apunta a modificar el medio para anular esa dificultad que éste le propone- o el afrontamiento centrado en las emociones. En este último caso, el individuo intenta aliviar el sufrimiento emocional que la situación estresante le ha provocado, y puede ser interpretado como un método para eludir la confrontación directa con el estresor en cuestión. Es por ello que también es llamado afrontamiento evitativo, siendo una estrategia subjetiva que se adapta al análisis de la conducta adictiva. Es decir, las adicciones desde esta perspectiva pueden ser leídas como una vía de afrontamiento evitativo que aplican algunas personas con una vida de estresores variados y que les permite “escapar de recuerdos dolorosos” (Teixeira y otros, 2017, p.6).

En la misma línea, Llorens y otros (2002) vinculan las adicciones a la experiencia del estrés postraumático, definiendo éste como la respuesta emocional -caracterizada por síntomas diversos- de un sujeto determinado como producto de su exposición a acontecimientos estresantes, o situaciones amenazadoras para su propia vida o la de otros. Los autores explican que las adicciones se encuentran absolutamente asociadas a esta respuesta emocional posible, generándose un circuito (que ya hemos visto en otras categorías diagnósticas dentro del capítulo “La incidencia de las adicciones en la salud”) mediante el cual el estrés post traumático precede al uso problemático de las

sustancias, que a su vez son utilizadas para aminorar los efectos del estrés post traumático. Vale la pena mencionar que en el estudio citado, uno de los estresores mencionados -de frecuente aparición en nuestros testimonios- es el de *malos tratos*.

Lo expresado suscribe aquello que también hemos presentado con anterioridad en esta tesis sobre la existencia de abundante apoyatura teórica que da cuenta del funcionamiento incidente de los territorios identitarios sobre el inicio y el desarrollo de una adicción. Con estos elementos, resultaba esperable que en las entrevistas surgieran abundantes escenas pasadas vinculadas al ámbito del territorio familiar, y que se efectuara una conexión de ello con el padecimiento presente. Entonces lo que intentamos remarcar es que ha emergido desde los testimonios un interesante caudal de significados asociados al territorio familiar. Y que esto es coherente con la posición central que tiene la familia como dadora y desarrolladora de rasgos de identidad que son centrales y permanentes. Además, que estos significados remitan al pasado también resulta lógico, pues esos momentos del primer tramo del ciclo vital arman el esqueleto donde se soportan las identificaciones y también, por otro lado, porque el contexto de un tratamiento de salud mental favorece, en numerosos encuadres, la rememoración. Por otra parte, el vínculo entre esos recuerdos y la dependencia a sustancias ilícitas puede ser interpretado de acuerdo a que la segunda podría configurar un modo de afrontar los primeros, en especial cuando éstos tienen un matiz negativo. En este punto, resulta inmediata la articulación con la investigación de Canavessi y otros (2016) que hemos mencionado en el capítulo “Nuestros entrevistados: Adicciones y vulnerabilidad social”. En ese estudio -recordamos- las personas abordadas vinculaban el inicio de su adicción a los momentos fundantes de la personalidad, y específicamente a una relación con el entorno que incluía maltrato, influencias perjudiciales, y falta de orientación sobre la resolución de conflictos inherentes a esas etapas vitales. Esta es otra forma que nos permite encontrar razonable el hecho de que las entrevistas aludan al territorio familiar pues, como hemos dicho, ese entorno influye en los padecimientos que nuestros

entrevistados intentaban trabajar intensamente en el período en que fueron solicitados para esta tesis.

Si observamos la tonalidad de las categorías que refieren al pasado, hay una prevalencia clara de aquellas con un tinte negativo respecto a las que poseen uno positivo. De estas últimas, de hecho, solamente hay dos: ***Recuerdos positivos de la familia*** y ***Relación positiva con la familia durante la adicción***. La primera de ella tiene dos propiedades (*Recuerdos positivos con los padres* y *Recuerdos positivos con los abuelos-as*), y se encuentra construida a partir de una breve cantidad de fragmentos. Éstos, además, se basan en situaciones puntuales, de efímera duración en el tiempo, en especial en cuanto a los recuerdos positivos con los padres:

“Momentos muy lindos de que mi vieja me llevaba al jardín me llevaba a fútbol los fines de semana nos íbamos todos a la chacra de un tío que teníamos y pasábamos todo el finde ahí todos en familia comiendo asados, guisos” (Gualeguaychú).

“Me acuerdo cuando por ejemplo mi papá íbamos a cazar cuando él tenía patos, me acuerdo él tenía muchos animales más y recuerdo tengo cuando íbamos a una laguna y nos metíamos con él” (Paraná).

En cuanto a los recuerdos positivos con los abuelos, los entrevistados recataban algunos valores tradicionales que les fueron transmitidos por estos familiares:

“Tengo recuerdos con mi abuela muy buenos de ella porque ella hizo todo lo posible para que yo fuera a la escuela estudiara” (Paraná).

“De parte de mi abuelo recibí una crianza buena me enseñaron siempre a trabajar hacer las cosas bien” (Barranquera).

Lo que nos interesa subrayar sobre ello es que si bien estas escenas eran valoradas positivamente durante las entrevistas, también existía irremediabilmente un contrapunto con el estado actual de la situación de esos pacientes. Es decir, el clima que se generaba cuando los entrevistados relataban

esos valores que recibieron por parte de sus abuelos revestía cierta tristeza. Con lo cual si bien los recuerdos eran positivos respecto del territorio familiar, no generaban actualmente algo enteramente favorable, pues se destacaba que -por diversas razones- esas enseñanzas no habían podido generar un impacto decisivo, al menos hasta ese momento, en la vida de esas personas.

En cuanto a ***Relación positiva con la familia durante la adicción*** es similar en cuanto a su consistencia a ***Recuerdos positivos de la familia***: su especificación consta de dos propiedades (*Búsqueda de un tratamiento* y *Lograr la consciencia de enfermedad*), y se construyó con un número menor de fragmentos. Tal como ocurría con *Recuerdos positivos con los abuelos-as*, no todos los testimonios -a pesar de estar en una categoría que revestía un tono positivo- transmitían sensaciones favorables a los entrevistados durante el desarrollo del trabajo de campo. Nuevamente, la razón principal de ello consistía en lo infructuosa que había resultado, finalmente, la pretendida influencia positiva que los familiares habían ejercido sobre ellos. Por ejemplo, en la construcción de *Búsqueda de un tratamiento*, se rescataba en uno de los fragmentos el hecho de la ayuda en conseguir un espacio para tratar la adicción. Aun así, resulta sumamente relevante, en el escenario que reflejaba ese trayecto de historia (“*Me quiso internar en un lugar pero me escapé a la semana*”), un hecho que ya hemos destacado en nuestro desarrollo. Nos referimos a las dificultades que manifiestan las personas adictas en registrar la necesidad de ingresar a un espacio terapéutico, a reconocer el padecimiento que tienen, o bien -aun si tienen esta consciencia- a contar con la voluntad que requiere iniciar y mantener la abstinencia. Es decir, en ese fragmento se evidencian dos movimientos, que son la búsqueda de un tratamiento por parte de un familiar, y el fracaso de ese dispositivo por el abandono por parte del protagonista, y este segundo resulta definitivo, y finalmente negativo.

Lograr la consciencia de enfermedad es otra de las propiedades de ***Relación positiva con la familia durante la adicción***, y sobre ella, una de las conclusiones posibles es análoga a las que venimos definiendo sobre las

anteriores propiedades que componen las dos categorías de tinte positivo respecto al territorio familiar. Esto es, si bien los recuerdos sobre esa interacción específica depositan un significado positivo sobre dicho territorio en cuanto a los recuerdos, el efecto hacia el presente no tiene del todo esa tendencia. Concretamente en cuanto a *Lograr la consciencia de enfermedad*, resulta evidente que los intentos de los integrantes del territorio familiar por cumplir ese objetivo resultaron -al menos durante un tiempo prolongado que acompañó el avance del consumo- insuficientes. Algunos ejemplos de esta situación se pueden identificar en el siguiente fragmento: “*Me cuidaban me protegían mucho, me hablaban, me decían mira no andes en esto deja esa porquería no te juntes con aquel con el otro, donde vas que venís tarde, estamos preocupados no sabemos si estás muerto, preso*”. En esa escena se ve claramente lo que estamos planteando. En diferentes dimensiones de ella puede verse, por un lado, la intención de los familiares en obtener de parte del entrevistado una consciencia real de su necesidad de ayuda. También se inserta, en otra de las dimensiones de este recuerdo, la angustia de quienes eran emisores de ese mensaje (la preocupación explícita, de hecho). Se produce aquí, incluso, cierta mixtura con una de las propiedades de ***Relación negativa con la familia durante la adicción***, nos referimos concretamente a *Desesperación de los familiares*. Finalmente como tercer aspecto que emerge de la lectura de este fragmento, se encuentra una vez más el hecho de que la persona que lo produce no ha podido generar, de aquel consejo familiar, una consecuencia provechosa para sí mismo.

Lo que queremos expresar hasta aquí sobre las categorías construidas de tenor positivo sobre el pasado del territorio familiar: es que no son, de alguna manera, enteramente positivas; a la vez que más cercanas al instante que a la persistencia en cuanto a su desarrollo en el tiempo. Esta especie de contaminación de la positividad -como hemos dicho ya de por sí escasa, además, en el resultado de la comparación con las categorías negativas- hace que el pasado del territorio familiar tenga prevalencia de significados negativos para nuestros entrevistados.

Siguiendo con esta línea, y continuando con la categoría que veníamos revisando, resulta interesante la comparación con la categoría que marcaría una idea exactamente opuesta a ***Relación positiva con la familia durante la adicción***, es decir la ***Relación negativa con la familia durante la adicción***, cuya especificación incluye cuatro propiedades (*Expulsión de la casa, Desesperación de los familiares, Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto y Aislamiento*) abundantemente apoyadas por numerosos testimonios. Es decir, hay una riqueza de fragmentos, e intensidad, duración y profundidad de las consecuencias de las situaciones descritas alimentando esta última categoría que resulta incomparable con respecto a las que componen a ***Relación positiva con la familia durante la adicción***.

Tomemos la primera de las propiedades enumeradas, *Expulsión de la casa*. El nombre de la propiedad alude solamente a un factor desencadenante de una gama de situaciones desagradables, perjudiciales y traumáticas para el entrevistado, extensas además en su duración e influyentes en su destino. Rescataremos algunos de los testimonios que representan esta idea que estamos expresando:

“Igual me ponían límites, me echaron como cuatro veces de mi casa porque le había robado” (Concordia).

“Mi madre me hizo una perimetral” (Corrientes).

“Me venían a buscar porque robaba en mi casa y me querían echar” (Barranquera).

En estos fragmentos se ve el entrecruzamiento entre problemas vinculados con lo legal y las adicciones, que ya hemos revisado en el capítulo “Nuestros entrevistados: Adicciones y vulnerabilidad social”. Según Ruiz Martínez y otros (2014) la familia es el primer círculo afectado por la adicción de uno de sus integrantes. En su investigación, que constaba de tres muestras independientes divididas de acuerdo a las respuestas que habían brindado en un cuestionario sobre consumo de sustancias, y sobre conductas delictivas -

consumidores que delinquen, consumidores que no delinquen, y no consumidores que no delinquen- encontraron que dentro del primer grupo el principal delito en cuanto a su frecuencia de ocurrencia era el robo a los miembros de la familia. Teixeira y otros (2017), en este sentido, resaltan estudios donde las conclusiones marcan que el delito configura una especie de estación final de una trayectoria que, tal como venimos viendo en nuestros entrevistados, está signada previamente por cierto grado de desamparo y maltrato en la infancia, al cual se agrega a continuación un consumo problemático de sustancias.

No deja de ser llamativo que siglos después de aquellos destierros que describimos que las sociedades -o, según nuestro marco teórico, sus territorios intermedios- ejercían sobre aquellas personas con padecimiento mental, seguimos encontrando que la expulsión, el apartamiento de los territorios que les son íntimos siga siendo una opción frente a una problemática de la misma índole. Incluso entre el expulsado y sus territorios identitarios pueden, como en aquella época, interponerse interdicciones de tipo legal como la restricción perimetral que surgía de uno de los fragmentos expuestos. Ese límite legal, además, seguramente era necesario para asegurar la marginación de la persona adicta a sustancias ilícitas, pues se advierte en los testimonios que ésta tiene en ocasiones la voluntad de retornar a sus territorios identitarios. La restricción perimetral pone en evidencia allí que la expulsión es real en el sentido de su unilateralidad, aun ante la situación de vulnerabilidad extrema en la cual quedaba quien era apartado. No sólo por el padecimiento propio de la adicción, sino también por la situación de calle que se iniciaba desde ese momento. Es decir, no se dirigía desde el territorio identitario de su casa hacia otro sitio donde tuviera al menos algunas necesidades básicas cubiertas. Directamente pasaba a vivir a la intemperie:

“Después golpeaba arrepentido no lo voy hacer más abríme por favor que no tengo donde dormir que tengo hambre” (Concordia)

“Me echaban, estaba en la calle me echaban” (Paraná)

Otro dato significativo es que la situación de calle promueve el consumo, favorece su inicio y su potenciación (Folgar, 2016), es decir, si bien la expulsión se origina en una situación de consumo -y las derivaciones de ésta- que la familia juzga insostenible, la medida tomada resulta iatrogénica, ya que impulsa aún más el padecimiento que se busca aminorar.

Desesperación de los familiares es otra de las propiedades de **Relación negativa con la familia durante la adicción**. En estos fragmentos se advierte diferentes variantes que los familiares de los entrevistados tenían para mostrar la *desesperación* a la que alude el rótulo de la propiedad. Entre ellas, mencionaremos al desequilibrio emocional que lleva a un padecimiento mental como la depresión -con el condicionamiento adicionado de la alteración de funciones de la vida diaria como la alimentación-, la violencia física, o los consejos repetidos, que por su reiteración se sospechan ya sin capacidad de impacto

“No aparecía en mi casa mi abuelo no dormía no comía y fue enfermado hasta que un día caí preso dejó de comer absolutamente no comía nada cayó en una depresión”(Barranquera).

“Mi mamá me retaba, por ahí me pegaba unos empujones para que deje de vender las cosas pero yo no podía con mi decisión” (Paraná).

Se refleja en esta propiedad, además, muy consistentemente uno de los signos que marcamos en el capítulo -dentro del “Marco Teórico”- que llamamos “Los pacientes y sus adicciones”. Nos referimos a que estas personas, al ver las transformaciones negativas que son disparadas a partir de su consumo en el territorio familiar, pueden conectarse plenamente con el perjuicio que genera el consumo y aun así evidencian una absoluta incapacidad para detenerlo. Andrés y otros (2014) explican que las escenas transmitidas por los testimonios son habituales en las familias que cuentan con un miembro con consumo problemático de sustancias. Algunas de las experiencias negativas que se dan a lugar cotidianamente en ese círculo afectivo pueden ser: sentimientos de

culpabilidad originados en que se percibe que el descuido hacia ese familiar formó parte de su problema; conflictos basados en la consideración de que no le han dedicado suficiente tiempo a la crianza de ese sujeto, y que ello colaboró para llegar a la situación de dependencia de una sustancia; sensaciones angustiosas provenientes de la idea de que el resto de la familia ha dedicado un tiempo desproporcionado a actividades laborales, o a lograr aportes económicos variados, perdiendo de vista otros aspectos de la convivencia; agresiones físicas y psicológicas ante los reproches cruzados sobre la responsabilidad de la adicción del familiar en cuestión; y diferentes formas de expresión de frustración ante la imposibilidad de solucionar la adicción del miembro que se encuentra con esa problemática.

Una tercera propiedad de esta categoría es *Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto*. En este punto, la impresión es que en el territorio identitario familiar se reproduce, en una escala menor, una desorientación sobre cómo tratar estos casos que resuena en todos los estratos existentes a nivel social. Evidentemente, si hubiera un modo probado de conducir este problema, los datos no serían los que hemos reflejado en el capítulo “Relevancia de este trabajo: el problema de las adicciones”. La tensión de la cotidianidad con un familiar adicto es tal, que los integrantes de ese territorio que no manifiestan el consumo problemático adquieren rasgos de *co adicción*. La descripción que Loss (2020) realiza para este concepto tiene afinidad con los contenidos que podemos identificar en nuestros fragmentos de entrevista. Los familiares de las personas con consumo problemático -y todos aquellos que se involucren afectivamente con éstas- manifiestan, según esta forma de considerarlos, baja autoestima, rigidez de pensamiento, estrés, dolor emocional, ansiedad, descuido por sus propias necesidades, y problemas para conciliar el sueño.

Proponemos considerar, al igual que en la propiedad *Expulsión de la casa*, cómo el trato que recibe la persona con consumo problemático dentro de su territorio identitario familiar se transforma en un acelerador de esa adicción (“*Me hizo que consuma más porque no sabían cómo desenvolverse conmigo no*

entendían la enfermedad”). Los objetivos de esta tesis apuntan a poder construir los significados que se inscriben en los territorios identitarios por parte de los pacientes adictos a sustancias ilícitas, y vincularlos con sus tratamientos; en este sentido, entonces, es interesante pensar que encontramos algunos de estos significados vinculados directamente con el proceso de consumo a manera de un impulsor de éste. Las cuatro propiedades de la categoría ***Relación negativa con la familia durante la adicción*** difieren en detalles, pero justamente convergen alrededor de una categoría porque comparten una base común. Si esa relación fue negativa, lo fue a partir de que lo recibido por parte de quienes habitaban el territorio identitario familiar -tanto afectivamente como en cuanto a las medidas tomadas hacia él- producía evidentemente un deterioro del vínculo, y una profundización del padecimiento. Esto último es lo que nos interesa marcar en esta instancia. También podemos observar esto, muy claramente, en la última de las propiedades que le otorga mayor especificación a la categoría, que es el *Aislamiento*:

“Mi padre me decía que no lo haga pero siempre cuestionándome, retándome, dejándome de lado” (Colón).

“Fue un desastre mi vida con los objetivos hacia mi familia ¿no? empecé a tener problemas con mi padre con mi abuelo, mi abuela, mi abuelo había fallecido con mis hermanos me empezaron medio como a mirar diferente a dejarme a un costado, de lado y me fui aislando” (Colón).

“Tenía acompañamiento pero ellos me ayudaron y me apoyaron mientras me veían bien y cuando me veían mal me dejaban de ayudar un poco” (Paraná).

“Mis tíos y mis hermanos ellos me dejaron de lado” (Paraná)

Este aislamiento al que eran sometidos nuestros entrevistados tiene puntos de conexión con algunas de las medidas tomadas durante siglos -y que relatamos en el capítulo “Pacientes en sus territorios identitarios: una respuesta a la historia de los tratamientos por Salud Mental”- en el sentido de que si aquellas eran tomadas en base a una pretensión de control social, estas actuales -en una

escala territorial más íntima- responden a un propósito parecido, que es la recuperación de cierta organización en la rutina familiar que se encuentra amenazada por la conducta del familiar adicto. Así como aquellos *locos* ejercían un efecto disruptivo sobre la cotidianidad social y por ellos debían ser encerrados o expulsados, las personas con problemas de adicciones interrumpen de manera sostenida y brutal la forma de vida de sus familias, y a raíz de esto son, como dicen los testimonios, dejados a un costado, de lado. Y las consecuencias de estas decisiones por parte de quienes rodeaban a nuestros entrevistados dentro de su territorio familiar eran, como hemos marcado, favorables a una continuidad o un acrecentamiento del consumo, tal como marcó la evolución de las personas entrevistadas.

Nos interesa, entonces, resaltar que los significados de los entrevistados referidos a la *Relación con la familia durante la adicción* tienen, primordialmente, un tono negativo. Esta afirmación se basa en que los significados negativos están contruidos a partir de una gran riqueza de fragmentos, cuyo contenido además da cuenta de intensas experiencias traumáticas de variada índole (afectiva, legal, de marginación social) muchas veces extendidas en el tiempo, que además resultaban promotoras de un crecimiento del consumo de sustancias ilícitas. Por el contrario, los significados positivos se construyeron a partir de una significativamente menor cantidad de testimonios que describían de manera mayoritaria escenas puntuales, y que además eran recordadas -al día de hoy- con cierta tristeza, pues el efecto de esas situaciones positivas no había encontrado un real impacto en el desarrollo de la problemática del entrevistado. De esta manera, esos recuerdos positivos eran vivenciados, al momento de realizarse las entrevistas, con una tonalidad negativa.

La categoría *Consumo en la familia* se construyó en una especie de terreno particular ubicado entre otras categorías. Como si ocupara un espacio que conecta con algunas, sin poder de todas formas abarcar a un grupo o ser subsumida por otro. Nos referimos a que si bien hay fragmentos que identifican

situaciones de consumo de sustancias dentro del territorio identitario familiar, el discurso no vinculaba a estas escenas con el desencadenamiento de la adicción en el entrevistado. Eran presentadas como recuerdos negativos del territorio familiar, con lo cual podría haber sido nombrada de esa manera, pero el detalle del contenido merecía un rótulo para la categoría que posea mayor especificidad. Es decir, identificarla solamente en base a que esos testimonios conformaban recuerdos negativos, le hubiera restado una precisión que es vital para incluir explícitamente uno de los factores de riesgo centrales para las adicciones. En esta línea, la comparación más interesante resulta con dos de las propiedades de *Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia*, nos referimos a *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo* y a *Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos*. Estas propiedades refieren a consumo en la familia, por supuesto, pero la experiencia subjetiva pone el límite entre ellas y la categoría que lleva ese título. En los fragmentos que sirvieron como insumo para la construcción de las propiedades que dieron especificidad a *Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia*, existía una apropiación de esas escenas como parte integrante de la propia adicción. En *Consumo en la familia*, en cambio, las descripciones transmitían sufrimiento, pero se encontraban deslindadas del consumo problemático del entrevistado.

Si comparamos los testimonios entre sí, las diferencias son ostensibles en cuanto a lo que mencionamos.

Tabla 4

Comparación entre Consumo en la familia y Padre adicto que favorece el consumo en el hijo / Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos

<i>Consumo en la familia</i>	<i>Padre adicto que favorece el consumo en el hijo/Tíos/as adictos/as que favorecen el</i>
------------------------------	--

	<i>consumo en sus sobrinos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Mi papá sí se emborrachaba se ponía agresivo”</i> • <i>“Mi papá se drogaba y le hacía mal la droga”</i> • <i>“Un hermano que se hizo un tratamiento en Rosario en un lugar de iglesia”</i> • <i>“Mi hermano vivía consumido, todo el tiempo”</i> • <i>“ Había consumo por parte de tíos y primos”</i> • <i>“mi padrastro que yo también lo tengo como familia ellos sí consumían alcohol por ahí lo tenía a mi cuñado nomás que se drogaba”</i> • <i>“Mi hermano se drogaba con nosotros también”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Como mi papa lo hacía diariamente adentro de mi casa a delante nuestro me decidí probarlo, decidí probarlo”</i> • <i>“Mi papá al principio se enojó, se enojó él se enteró a la semana que yo empecé a fumar porque le empecé a robar su marihuana para fumar yo en la escuela y se enojó al principio pero después terminamos fumando juntos”</i> • <i>“Dentro de mi familia había una persona que era mi tía que era la más allegada a mí y un poco también eso me llevo a todo esto”</i> • <i>“Mis tíos siempre iban a casa la mayoría de veces que iban a visitar a mi abuela iban borrachos y se quedaban un día día y medio comiendo asado hablando pavadas todo y yo veía todo eso”</i> • <i>“Algunos malos hábitos puede ser que lo haya tenido por parte de un tío mío que fue</i>

*que consumía que él siempre
yo lo veía consumido y desde
chico yo como que quise
seguir sus pasos”)*

Resulta más simple comprender a quienes han podido vincular estas escenas con su propio padecimiento que a quienes lo presentan desconectado con éste. Para explicar esto último, nos parece adecuado relacionarlo con que el consumo de sustancias se transforma, en algunos territorios familiares, en parte del paisaje interno habitual. Es decir, puede ser presentado como algo negativo, pero no recibe un análisis que permita la profundidad de verlo como el desencadenamiento de algo tan condicionante como la propia dependencia de sustancias. Si nos detenemos en la lectura de las dos columnas, efectuando este movimiento de manera comparativa, encontraremos que hay una diferencia evidente en la superficialidad de cómo se exponen unas secuencias y otras: los correspondientes a ***Consumo en la familia*** son testimonios sin implicación alguna del entrevistado, donde se refleja desapasionadamente una imagen. En *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo* y *Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos* aún el lenguaje escrito es capaz de transmitir su pesar al percibir que eso que describen tiene que ver con el propio destino de sufrimiento en relación a las sustancias ilícitas. Esto es más esperable, si tomamos en cuenta que quienes sufren en mayor medida las adicciones dentro de un grupo familiar son los hijos (Santana, 2017).

Peña Gutiérrez y otros (2019) sostienen que las adicciones son naturalizadas en algunos miembros de la familia, tanto en quienes padecen la adicción como en quienes no, y que en esos ámbitos se generan pautas de interacción que impiden reconocer el daño generado, ocultando y negando la situación problemática. Santana ubica a esta negación en relación a la construcción de un secreto familiar basado en la denegación, la falta de confianza, de sentimientos y de comunicación. Observamos, asimismo, que los testimonios que reflejan esta

naturalización o negación de la gravedad de la situación son protagonizados mayormente por figuras masculina, algunas de ellas en roles paternos. En este sentido, Peña Gutiérrez y otros (2019) explican que parte de la falta de cuestionamiento del consumo en varones se explica a partir de los roles de género, y la consideración de que el consumo de sustancias alimenta la virilidad. Santana (2017) refiere que la presencia de una figura paternal con adicciones puede resultar perturbadora, confusa, y también peligrosa. Esto último se ubica en el hecho de que los padres son modelos de identificación, lo cual disminuye la posibilidad de crítica hacia ellos, y aumenta la probabilidad de que se termine imitando la conducta adictiva, incluso -como hemos observado en algunos de nuestros fragmentos- con la misma sustancia como estímulo. Esto explica parcialmente que los hijos de padres adictos tengan un riesgo de dos a nueve veces más alto de padecer una dependencia a sustancias con respecto a quienes no tienen padres adictos (Kumpfer y otros, 2013). Santana (2017) resalta que también es importante considerar que las habilidades de crianza son afectadas por las conductas adictivas. En este sentido, podemos ver en nuestros fragmentos que más allá del impacto emocional que han tenido en nuestros entrevistados las escenas de consumo de sustancias de las figuras parentales, se derivan de ellas situaciones diversas que no se encuentran acordes a un espacio de cuidado para una personalidad en desarrollo.

Es decir, siguiendo a lo que planteaba Santana (2017), hay cierta disminución allí en las habilidades de crianza, pues no se establecen adecuadamente las pautas de protección para ese hijo/a. No hace falta más que recorrer nuevamente los testimonios que hemos ubicado dentro de la propiedad *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo* para concluir que los entrevistados estaban expuestos a realidades que excedían sus recursos personales para tramitarlas, tal como veíamos en nuestra explicación sobre el concepto de estrés. Esta suerte de ausencia parental (se encuentran presentes físicamente, pero parcialmente ausentes en sus responsabilidades de crianza como efecto de la dependencia a las sustancias adictivas) favorece además que los hijos asuman posiciones del mundo adulto de manera prematura; es decir, que comiencen a

transitar espacios físicos y simbólicos que tienen que ver con etapas vitales a las que aún no han arribado, sin poseer por lo tanto la madurez para habitarlos. Algunos fragmentos que tienen que ver con este tipo de vivencias podemos encontrarlos en las propiedades *Ausencia de límites* (“Yo siento agarré más aunque nada lo que fue el camino de las drogas porque no me pusieron límites mis viejos que me deberían poner, yo quise dejar el colegio y no me pusieron mucho freno que digamos ahí capaz tendrían que haber estado un poco más firmes”); en *Rechazo* (“Yo tengo mucho rechazo hacia mi mamá porque cuando era niño me faltó mucho”), y en *Abandono físico* y *Abandono emocional*, de la misma categoría (“Todo mi de niño de chico durante mi adolescencia me sentí muy desvalorizado cuando me iba al jardín a la primaria yo veía que todos se iban con su padre lo buscaban lo acompañaban y yo me tenía que ir solo”; “El tiempo que pasé solo de niño sí creo me influyó mucho a drogarme”), todas correspondientes a la categoría ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia.***

Continuamos en este mismo sentido para continuar abordando a tres propiedades de la misma categoría: se trata de *Convivir con agresiones*, *Padre golpeando a la madre* y *Padre golpeando a todo el grupo familiar*. Entre ellas existe afinidad teórica, pero hay un límite que se evidencia de manera más explícita en el nombre de la propiedad en cuanto a dos de ellas -el *golpeando a la madre* y el *golpeando a todo el grupo familiar* arma una diferencia entre ellas, y a su vez con *Convivir con agresiones*- y a su vez hay una distancia entre *Convivir con agresiones* y las otras dos propiedades que se encuentra basada en una razón más sutil y ya presentada en esta tesis. Nos pareció valioso diferenciar en una propiedad singular a los fragmentos que ubicamos en *Convivir con agresiones* -“Una parte del inicio de mi consumo fue por eso agresiones que yo tuve esas cosas que vi”, “Yo cuando empecé a consumir no me empezó a importar nada que mi papa me pegara que le pegara a mi mama”- justamente porque dan cuenta de esta vinculación entre la exposición a cierta situación, y el padecimiento posterior del entrevistado. Este puente no está establecido en los fragmentos de entrevista que se contienen en *Padre*

golpeando a la madre y Padre golpeando a todo el grupo familiar. Se advierte la negatividad de la experiencia, pero nuevamente las escenas son reflejadas sin establecer una relación de influencia entre ellas y el desencadenamiento del consumo problemático del protagonista:

*“Mi papá si se emborrachaba se ponía agresivo, les pegaba a todos “
(Gualeguaychú).*

“Mi viejo nos retaba nos pegaba si nos reíamos” (Gualeguaychú).

“Si me pegaban a mí, mi papá, y la agredía a mi mamá también” (Gualeguaychú).

“Yo me acuerdo que mi papá cuando yo era chico le pegaba a mi mamá y le hacía revisar abajo de la cama porque mi papá se drogaba y le hacía mal la droga” (Gualeguaychú).

Así como hemos explicado que existe la naturalización del consumo, ocurre de manera similar con la violencia intra familiar, en especial con cierto tipo de ella. Luévano Martínez (2021) refiere que una de las instancias fundamentales en donde se naturalizan las violencias es en la vivencia de los vínculos con este tinte que incluyen a las figuras paternas y maternas, tanto en los lazos entre ellas con los hijos, como en la relación entre las figuras mencionadas. El primer momento de esta naturalización se apoya en la observación del vínculo entre los padres, si es que en esa relación hay incluida violencia física o psicológica. Y el segundo momento se da en la vivencia de la relación entre los padres y sus hijos. Sin embargo, como hemos dicho, hay un escenario de la violencia intra familiar que tiende con más fuerza hacia la naturalización, y es el que está determinado por la presencia protagónica de los padres como agresores. Esto coincide con las reacciones que hemos descripto para las categorías *Padre golpeando a la madre y Padre golpeando a todo el grupo familiar.* En este punto, Rita Segato (2003) conceptualiza el mandato de masculinidad, destacando en él que se ha impuesto a todos los géneros, determinando la construcción de las relaciones a través de la agresividad. La instauración de una

cultura de la violencia sirve aquí para perpetuar posiciones de privilegio de las figuras masculinas; este ambiente permanente que además existe hace generaciones favorece la naturalización de la que estamos hablando.

Entonces, dentro de los territorios identitarios familiares de nuestros entrevistados existen significados divididos por la línea de la naturalización, tanto en el ámbito del consumo como de la violencia de ese entorno. Es decir, algunos significados dan cuenta de que lo vivenciado ingresó en un circuito donde nuestros entrevistados pueden mirarlos de manera crítica y unirlos a su padecimiento adictivo, mientras que otros permanecen sustentados en escenas negativas pero no existe un compromiso entre ellos y el consumo problemático de quienes después pasaron por dicha experiencia. Esa falta de cuestionamiento o problematización de lo observado y vivido no es inocuo, en principio porque dificulta un cabal entendimiento de la historia de esa adicción, eliminando del panorama a algunos de los factores de riesgo que incidieron en su conformación.

Antes de pasar a categorías que hacen referencia a etapas presente y futuras del territorio identitario familiar de nuestros entrevistados, haremos un breve relevamiento de algunas ideas obtenidas hasta aquí en este capítulo. Nos encontramos, entonces, en el proceso de revisar algunos significados ubicados por nuestros entrevistados en sus territorios identitarios familiares. En primera medida, volver a recalcar que las categorías que aluden al pasado tienen clara prevalencia por sobre las que refieren a presente y futuro, y que entre los significados del pasado hay mayor peso de los negativos que de los positivos. Vemos, además, que algunas de las categorías más sustentadas por variedad y riqueza de testimonios son aquellas relativas al consumo problemático de sustancias por parte de quienes pertenecen a ese territorio identitario, en especial familiares en la línea de ascendencia. Es decir, impresiona ser uno de los significados centrales para este nivel de escala territorial. Y las líneas que hemos derivado además de estos significados y que nos gustaría remarcar son, hasta aquí, que en algunos casos se produce una naturalización de esa situación

(partes de esa naturalización se justifican en roles tradicionales de género; en la denegación del hecho, sustentada en la instalación de un secreto familiar; y en la identificación con esa figura familiar, que dificulta el cuestionamiento), y en otros la consciencia real de que hay un vínculo entre la exposición a esa problemática, y el propio padecimiento adictivo. Esta última posición remarca con claridad el hecho de que el consumo problemático en el ámbito del territorio identitario familiar, y específicamente dentro del territorio identitario de la casa, sea considerado como un factor de riesgo para las adicciones. Y encontramos en nuestros testimonios, además, diversas escenas en los que nuestros entrevistados eran expuestos a una edad prematura a situaciones de diversa índole, a partir de la disminución en las habilidades de crianza de quienes los sostenían a su cargo.

Es interesante que vuelven a darse, a partir de las derivaciones del consumo problemático en el territorio identitario familiar, puntos de apoyo para la adicción de, en este caso, los protagonistas de nuestra investigación. Es decir, tenemos hasta aquí que algunos de los significados centrales encontrados tienen que ver con regar ese inicio del consumo (a partir del acceso a las sustancias dentro del territorio familiar, de la naturalización de ese consumo, de la identificación con quien consume, y de la falta de cuidado para quienes se encuentran en una etapa formativa de la personalidad), y de potenciar luego el crecimiento con el manejo inadecuado del mismo (que incluye *Abandonos, Rechazo, Ausencia de límites, Expulsión de la casa, Aislamiento y Desesperación de los familiares* entre otras variantes). Esto se da en un contexto evocativo de los entrevistados donde los significados negativos tienen preponderancia sobre los positivos, como ya hemos presentado con anterioridad.

Con respecto a los significados que hablan sobre violencia en la familia, volvemos a encontrar una división entre, por un lado, aquellos entrevistados que naturalizan estos hechos (aquí juegan nuevamente algunos roles de género impuestos en la cultura) aun considerándolos negativos, y por ello no pueden

establecer una conexión con su propia adicción. Y por otro lado quienes vinculan directamente las escenas violentas dentro de la familia con su consumo problemático de sustancias. El hecho de poder o no realizar esta relación no es un detalle menor, pues hacerlo implica comprender mejor la construcción del padecimiento. Nuevamente, entonces, nos encontramos con significados del territorio identitario familiar que son impulsores de la adicción, en este caso los referidos a la violencia en la familia.

La categoría sobre el pasado del territorio familiar que es más robusta teóricamente, por cantidad de dimensiones, y por peso de los testimonios, es la de *Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia*, ahí se depositan los significados más sólidos y variados de nuestros entrevistados. En sus familias ellos ubican, con especial énfasis, sentidos que remiten a su adicción, y a cómo el desarrollo de los vínculos, las circunstancias, decisiones, personalidades, y reacciones dentro de esa escala territorial íntima los condicionó para comenzar su consumo problemático.

Las dos categorías que hacen referencia a un vínculo con el territorio familiar que es presente, o sea que está dándose en momentos contemporáneos a la entrevista, son las de *Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento* y *Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento*. Debemos tener en cuenta los antecedentes inmediatamente previos a que se instale la situación de los diferentes tipos de acompañamiento que las familias realizan a los miembros que se encuentran en el proceso terapéutico. Esto es, recordar que tal como venimos remarcando, la situación del consumo problemático generó fuertes interferencias en el vínculo entre el paciente y su entorno. En algunas ocasiones el período de adicción agudizó dificultades previas que se hallaban expuestas, en otras descubrió problemas que se encontraban solapados, y finalmente en una porción minoritaria (si tenemos en cuenta el concepto de factores de riesgo, que habla de una disfuncionalidad variada que es previa al momento del padecimiento), puede

haber inaugurado ríspideces de las cuales es difícil pesquisar momentos anteriores.

En todo caso, más allá de estas alternativas tomadas como generalidades y yendo a nuestros testimonios en particular, lo que es claro es que los significados depositados en el territorio familiar que refieren a la historia de ese sujeto previa al desencadenamiento de la adicción son -como hemos visto- de tono eminentemente negativo. Con lo cual podemos pensar que el tiempo de consumo del entrevistado aumentó la gravedad de problemas pre existentes, o hizo notar dificultades escondidas o silenciadas. Este es el tipo de vínculo que es puesto a prueba durante el tratamiento. Los significados en este punto son opuestos, pero no se advierte una preponderancia de uno sobre otro. En las dos categorías hay una construcción que se apoya en fragmentos de entrevista similares no solo en cuanto a riqueza, sino en el efecto emocional -opuesto pero similar en intensidad- que encuentran en los respectivos acompañamientos: contención en el acompañamiento activo, resignación en el negativo.

Es probable, por lo lógico, que aquel que cuente con un *Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento* provenga de una historia con mayores componentes tanto de una *Relación positiva con la familia durante la adicción* como de *Recuerdos positivos de la familia*; y la vía paralela y en sentido contrario consistiría en que un *Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento* podría ser el corolario de haber pasado por episodios mayoritarios derivados de una *Relación negativa con la familia durante la adicción* y de *Recuerdos negativos de la familia*. Por supuesto hay también posibilidad de que la perspectiva de recuperación genere un quiebre al menos de momento en vínculos que se hallaban muy heridos o discontinuados, y que recuperan una forma mejorada a partir de esta esperanza (“*mi hermana que yo había perdido la comunicación la relación con mi hermana yo tuve ocho años sin hablarme con ella y empezó todo de vuelta esa relación de hermanos eso me hace bien*”).

En este punto, nos resulta interesante reflexionar un instante sobre esta última posibilidad expuesta. Si consideramos que nuestro recorrido señalaba una preponderancia de significados negativos con respecto a los positivos asociados al pasado del territorio familiar; si por otro lado es lógico pensar en una continuidad de la calidad de los vínculos en cuanto a que antecedentes negativos llevan a consecuencias negativas, y viceversa; y si finalmente con estas premisas encontramos, sin embargo, que son parejos los significados depositados en cuanto al acompañamiento actual -activo o ausente- en el tratamiento, podríamos pensar entonces que realmente el tratamiento permite remontar la calidad de los vínculos dentro del territorio familiar. Dicho de otra manera, tomando en cuenta los antecedentes, deberíamos haber hallado una supremacía de los acompañamientos ausentes o insuficientes respecto de los activos, y no fue así: ambos se encuentran en paridad. Volveremos sobre este punto cuando trabajemos, a continuación, sobre la visión que tienen nuestros entrevistados de su inserción en esa escala territorial, la familiar, al momento del alta.

Se construyeron dos categorías en relación al territorio familiar como un lugar posible para los entrevistados al momento de finalizar sus tratamientos: *Familia como protección adecuada frente a recaídas* y *Familia como riesgo frente a recaídas*. Estas son, además, las únicas dos categorías que hablan sobre una visión a futuro de ese territorio identitario. Esa visión se encuentra, por lo que vemos, asociada a cómo se transformará ese espacio en un lugar que cuide el progreso obtenido en el tratamiento, o por lo contrario, que lo derrumbe.

Si comparamos los dos significados entre sí, veremos que hay una enorme disparidad entre ellos. Concretamente, la categoría *Familia como protección adecuada frente a recaídas* contiene más fragmentos que la sostiene, más propiedades, mayor riqueza en su especificación y en su conformación que la categoría *Familia como riesgo frente a recaídas*. Ubicándonos dentro del análisis de las dimensiones de *Familia como protección adecuada frente a recaídas*, encontramos que una de ellas -*Ausencia de consumo dentro del*

ámbito familiar- alude directamente a dos dimensiones de ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia*** que hemos identificado como fundamentales: *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo, Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos*. Los testimonios que están incluidos en *Ausencia de consumo dentro del ámbito familiar* destacan justamente que la sustracción de esa variable de riesgo en el entorno familiar es un elemento que les brinda confianza, y de esa manera suscriben y confirman el impulso que la exposición a esas situaciones dio a su padecimiento. En una categoría que se inscribe en vivencias del pasado del entrevistado encontramos los factores predisponentes al cuadro de adicción; el corrimiento de esos factores es evaluado hoy como un signo positivo para considerar a ese ambiente receptivo para que esa persona pueda consolidar su recuperación.

Algo parecido ocurre con otras de las propiedades de la misma categoría, que son *Contención afectiva y Control por parte de la familia*. Lo que queremos expresar es que resulta simple establecer un diálogo entre ellas y otras dimensiones de diferentes categorías que les ofician de contraposición. Una de estas articulaciones puede generarse a partir de los testimonios “*Creo que la contención es adecuada porque ellos tienen hoy en día las herramientas para contenerme a mí*”, o “*En mi casa cambiaron muchos las cosas ya no va a ser lo mismo*” que se ubican en la cara opuesta de aquellos que encontrábamos en *Desesperación de los familiares, Falta de orientación sobre cómo tratar a un adicto, Expulsión de la casa, y Aislamiento* ambas pertenecientes a ***Relación negativa con la familia durante la adicción***. Lo que se observa aquí es que el paso por el tratamiento ha generado alguna variación en el vínculo entre el territorio identitario familiar y la persona adicta. Este cambio, que hemos identificado en el análisis de la categoría ***Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento***, nos parece central para acercarnos a los objetivos de nuestra tesis. Es decir, tenemos un recorrido a través de las categorías que expresa un pasado en general negativo a traumático hasta el inicio del tratamiento.

Lo diremos de otra manera: hasta el momento del ingreso al proceso terapéutico, el territorio identitario familiar pareciera tener un significado más asociado a experiencias y sensaciones que acercan a las personas adictas a su padecimiento. Con el transcurrir del tratamiento, algunas de estas vivencias negativas mantienen su sentido y su intensidad en el presente (en *Falta de acompañamiento por decisión del paciente*, de la categoría ***Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento***: “Yo me hice de lado y no necesito pedirle nada a ellos yo me la arreglo solo”; y en *Falta de acompañamiento por decisión de la familia* de la misma categoría: “Hoy en día mi viejo hablamos por teléfono un rato está ahí como que te vaya bien pero nada más no es como que si se interioriza en lo que yo estoy haciendo, mi vieja no tengo relación y mis hermanos tampoco o sea digamos que estoy solo”), y en el futuro (en *Falta de contención afectiva*, una de las propiedades de ***Familia como riesgo frente a recaídas***: “No es bueno o sea no voy a tener vínculo con ellos más que hablar de vez en cuando, no es bueno). Otras experiencias, en cambio, mutan desde su forma inicial negativa, permitiendo que los significados se tornen positivos, y esto también ocurre en sentidos que tienen que ver con el presente y el futuro de la relación con ese territorio (en *Contención afectiva*: “Hoy en día me siento bien con la familia porque estando con ellos no voy a volver a recaer”).

Si, tal como señalamos, la categoría ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia*** ocupaba un lugar de preponderancia en cuanto a los significados pasados del entorno familiar, *Contención afectiva* impresiona ser - desde su lugar de propiedad- lo más sustancioso de esa capa territorial por aptitud comparativa. Los testimonios que la componen no solo pueden ser ubicados como una oposición positiva a todos los que sostienen ***Relación negativa con la familia durante la adicción***, sino también a *Abandono físico*, *Abandono emocional* (“Después que se separó de mi papá tuvo un marido que por ejemplo a mí no me aceptaba por más allá de las cosas que yo hacía con el consumo yo andaba en cosas malas andaba con armas y todas esas cosas y él como que si no me aceptaba y de ahí yo me fui del todo a la calle”) y a *Partida*

definitiva de los padres (“Me acuerdo que mi mamá me abandonó a los cuatro años más o menos se fue nos dejó a mí y a todos mis hermanos”), estas tres últimas propiedades de ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia.***

Si tuviéramos que representar en un esquema el contrapunto más contundente entre significados pasados y presentes según lo expresado en nuestro análisis de las entrevistas hasta el momento dentro del territorio familiar, pondríamos del lado de las categorías referidas al pasado, y marcadas con un tono negativo, a ***Relación negativa con la familia durante la adicción*** y a ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia***; y del lado de las categorías referidas al presente, y con un tono positivo a *Contención afectiva*, de ***Familia como protección adecuada frente a recaídas*** y a ***Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento.*** Entre ambos lados se encuentra el inicio y cierto tramo transitado del tratamiento.

3.2 Conclusiones sobre los significados del territorio identitario familiar

El recorrido por las categorías del territorio identitario familiar nos ha llevado a algunas conclusiones que resumiremos a continuación. Un mayor detalle de la argumentación y articulación de cada una de estas conclusiones puede encontrarse en el desarrollo del punto anterior. Sólo expondremos aquí las ideas centrales, y esta misma lógica será retomada para las conclusiones sobre los territorios de la casa y del barrio.

- El territorio familiar es soporte de calidad y cantidad de significados.

- Existe una preponderancia de las categorías referidas al pasado del vínculo entre nuestros entrevistados y su territorio familiar.
- Dentro de esas categorías que hablan sobre el pasado, las de tono negativo superan en riqueza, cantidad y variedad a aquellas de contenido positivo. Un ejemplo de ello es *Relación negativa con la familia durante la adicción* en comparación a *Relación positiva con la familia durante la adicción*.
- Los significados negativos tienen esta tendencia a partir de las sensaciones que ocasionan, pero también porque han colaborado para alimentar el inicio y el desarrollo de la conducta adictiva de los entrevistados.
- Algunas de las situaciones vinculadas al manejo familiar de la adicción de uno de sus miembros nos retrotraen parcialmente a las medidas de exclusión y aislamiento que se han tomado con las personas con padecimientos mentales a lo largo de la historia. Es decir, el lazo afectivo que se supone cercano no impide tomar decisiones análogas a las que tomaban sociedades enteras contra anónimos marginales.
- Ciertas categorías construidas en base a las reacciones del territorio identitario familiar que se dieron una vez instaladas las conductas adictivas, dan cuenta de que estas reacciones promovían aún más el consumo de sustancias en los entrevistados.
- Existen significados negativos a los que las personas abordadas por esta investigación no pueden vincular con su padecimiento. Esto habla, entre otros aspectos, de la naturalización y la negación de esos hechos, lo cual

conspira contra un entendimiento total de la construcción de su problemática. Esta naturalización y negación podría darse por características intrínsecas al territorio familiar (la identificación con figuras parentales, la instauración de un secreto familiar) y también por variables culturales (los roles de género).

- El sentido atribuido al territorio familiar que refiere al pasado, y que aparece como más sustancioso y consistente es el de ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia.***
- De acuerdo a la mayor intensidad y preponderancia de los significados negativos con respecto a los positivos que hemos identificado en el pasado de los territorios familiares, lo esperable hubiera sido encontrar la misma calidad de disparidad en las categorías que refieren al presente. Sin embargo, las dos categorías que hemos construido a partir de los testimonios y que describen el presente de ese vínculo aparecen con el mismo nivel de riqueza e impacto para los entrevistados (***Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento y Acompañamiento insuficiente o ausente de la familia durante el tratamiento***). Consideramos, a partir de ello, que podría existir una frontera entre el pasado y la actualidad de la relación con el territorio identitario familiar que se encuentra marcada por el inicio y el devenir de los tratamientos, influyendo parcialmente en esa modificación de lo lógicamente previsible.
- Que los tonos positivos de significados alcancen al momento del presente -como en una carrera imaginaria- a los negativos, partiendo desde un lugar inicial desventajoso, configura una tendencia que se hace más pronunciada en los significados futuros. Allí la categoría de impacto positivo para los entrevistados supera en solidez a la de tenor negativo. La dimensión de mayor implicancia es la de *Contención*

afectiva, que se ubica en contraposición, si tomamos esa misma medida de intensidad, a ***Relación negativa con la familia durante la adicción y a Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia.***

3.3. Los significados del territorio identitario de la casa

Como hemos visto en la presentación y desarrollo de nuestro marco teórico, el espacio de la casa constituye, también, otro de los territorios identitarios que transitan y habitan las personas y los grupos; en el presente apartado, analizaremos los significados que nuestros entrevistados han depositado en esta escala territorial. Asimismo, iremos estableciendo algunas comparaciones con las categorías construidas a propósito del territorio identitario de la familia. Dentro del apartado final de este capítulo se consignarán algunas conclusiones, que se dividirán entre las identificadas para el análisis al interior de la casa, y aquellas que surjan de la comparación entre los territorios identitarios que hemos mencionado.

García (2005) explica que la vivienda, como territorio personal y grupal, es un referente simbólico de la identidad, y que en su consistencia concreta representa una relación directa entre ésta y las personas que lo habitan. Define a la casa como la prolongación material de una forma de vida perteneciente al conjunto de individuos que allí se encuentran; una extensión del sistema de vida familiar. Este punto, al que volveremos más adelante, resulta interesante para ensayar un paralelismo con el análisis ya efectuado de los significados puestos en el territorio identitario familiar. García (2005) explicita, además, que los apellidos que identifican a los grupos familiares se convierten, de alguna manera, en esa casa en particular y sus detalles, entre los cuales enumera a su número externo, su apariencia exterior, los colores que se han elegido para pintarla, en la forma

en la cual sus habitantes asimilan y transitan los espacios que han sido creados, lo que muestran intencionalmente y lo que ocultan a quienes visitan ese territorio, lo que está disponible o vedado para el uso privado. Las puertas, las ventanas, los muros, el techo, el piso, y cada una de las presencias arquitectónicas constituyen la existencia concreta de un sistema de valores. Esos espacios y sus transformaciones son tan íntimos a las mutaciones de los propios habitantes, que Hammad (1987, citado en García, 2005) llega a plantear que las modificaciones en la materialidad del espacio habitado son necesarias para generar cambios verdaderos en los sujetos.

La construcción de la casa determina al mismo tiempo el armado de un espacio asegurado (Lamure, 1980, citado en García, 2005), que está determinado por la necesidad de un control territorial, y del establecimiento de las distancias interpersonales. En este punto, hay necesidades geométricas simples que deben cumplirse, entre las cuales se cuentan un dominio espacial visual accesible para ese individuo, poseer buena medida de los desplazamientos del resto de quienes transcurren por ese territorio, y ante circunstancias determinadas tener facilidad de salida, de impedimento de ingreso de los demás, o de ocultamiento o camuflaje dentro. Esta pretensión de seguridad, y los aspectos simbólicos que venimos explicando dan cuenta del requerimiento histórico que ha tenido la humanidad -coincidente con el alcance de cierto grado de organización- de generarse un territorio propio. Estos son parámetros básicos de control del espacio, a los cuales se agregan las variables que son producto de las relaciones entre los individuos que lo habitan, y de los recuerdos de situaciones allí vividas, aspecto éste último con el cual nos encontraremos en nuestros testimonios y que ocupará un lugar central entre las categorías que hemos podido construir a partir de ellos. Para García, en cada vivienda hay capas de significación producto de estas experiencias personales y grupales, y en cada una de estas capas se encuentran retenidos la memoria colectiva, la concreción material de diferentes épocas, tendencias, apreciaciones, posibilidades económicas, todo ello mezclado de una manera singular. Cada detalle físico del

espacio refleja, de esta manera, aspectos más o menos profundos de quienes la han creado o transformado.

Elizondo Jiménez (2021) cita a Valera y Pol para establecer que la *apropiación* es un fenómeno que permite entender cómo se relacionan las personas con su medio ambiente, ya sea como depósito de significados, o como una categoría donde se ponen en juego ciertos aspectos de la identidad, o como la inclinación a desarrollar *apego* por un lugar. En relación a la identidad, explica que las experiencias que se viven en un sitio determinado conforman la base sobre la cual ella se construye. De esos sitios existentes en la vida cotidiana, la casa es el lugar originario en donde la identidad determina su forma; incluso le agrega intensidad a esta idea al citar a Wise, quien transmite que la casa no es el lugar desde donde venimos, ni meramente el espacio donde se originan nuestros aspectos identitarios, sino que centralmente es el lugar donde somos. La casa se constituye, de esta manera, en un lugar de condensación de la persona. En cuanto al apego, se trata de un concepto que define una conexión cognitiva o emotiva con un lugar o ambiente determinado, y cuyo rasgo fundamental es la tendencia de un sujeto a permanecer cerca de ese espacio. Habitualmente, los individuos no son conscientes del tipo de relación que establecen con estos sitios, y sólo se notifican de la calidad de este vínculo cuando éste es quebrado o puesto en riesgo. El estudio del concepto de apego nace justamente de las investigaciones que tenían a las viviendas como protagonistas.

A través de un filtro cultural, entonces, las personas eligen y reconocen en sus casas las ventajas que ellas les ofrecen para conseguir sus objetivos, que pueden ser o no coherentes con sus necesidades. Cuando lo son, ese individuo se identifica con su vivienda, apropiándose simbólicamente con efectos en su cognición y afectividad. Si fines y necesidades no son congruentes, el sujeto abandonará, rechazará, o transformará ese espacio. Las condiciones del habitar son dinámicas y cambiantes, eso provoca que el proceso de apropiación sostenga ajustes y modificaciones permanentes, y ese mecanismo sostiene que

se solidifique el control del habitar en un desarrollo mutuamente constitutivo entre persona y vivienda.

Las categorías que hemos podido construir a partir de los testimonios para el territorio identitario casa son tres: *Recuerdos positivos de la casa*, *Casa como protección adecuada frente a recaídas*, y *Casa como riesgo frente a recaídas*. De ellas, es la última, por lejos, la que concentra la mayor riqueza y consistencia. Está compuesta por dos sub categorías, que son *Recuerdos negativos de la casa* y *Consumo en la casa*. En nuestra codificación axial explicábamos que los fragmentos de entrevistas que conforman ambas sub categorías, y que son de tono negativo, lo son justamente porque sus contenidos representan para los entrevistados fuentes de riesgo en considerar a su casa como un lugar seguro frente a recaídas. *Recuerdos negativos de la casa* tiene, como una de las propiedades que la especifican, a *Escenas traumáticas*. Más allá de lo concreto de estas escenas, en primera medida diremos que volvemos a encontrarnos aquí con sentidos puestos en el pasado que son preponderantes en su intensidad respecto a los que pudieran haber surgido del tiempo presente - que están ausentes en los testimonios analizados- y del futuro de ese territorio. Y también volvemos a identificar que el pasado dentro de esa escala territorial identitaria tiene una tendencia a ser significado más negativa que positivamente.

Respecto de las *Escenas traumáticas*, si bien ellas estaban insertas, en la entrevista, en un contexto donde los entrevistados estaban rememorando sobre el espacio específico de su vivienda, los testimonios no aluden a éste sino a situaciones del territorio familiar. Es decir, es como si este último avanzara sobre el territorio de la casa, tomándolo con su influencia. Queremos decir con esto que hay dimensiones de los significados depositados en la casa que no llegan a conectarse exclusivamente con esta escala territorial, sino que se yuxtaponen con la de la familia, e incluso la potencia de este territorio parece opacar por momentos el de la vivienda.

“Mi sobrina también mi sobrina porque la que falleció ella me golpeó mucho, porque falleció mi mamá mi sobrina siempre fueron golpes así uno atrás del otro” (Paraná)

“Con mi abuela hasta que falleció, ella fue mi sostén yo tenía lo que yo necesitaba” (Colón)

“De chiquito viví eso que te conté que veía a mi papá que le pegaba a mi mamá” (Gualeduaychú)

En estos fragmentos no hay ninguna alusión al territorio de la casa, el contexto del momento de la entrevista donde fueron producidos los ubican en la categoría que estamos analizando, pero bien -tomados literalmente- podrían haber sido parte de la conformación del territorio identitario familiar. Entre duelos y violencia se desenvuelven los temas que hemos recortado para determinar esta dimensión de la categoría, que por otra parte vuelve a afirmar el papel que las vivencias traumáticas tienen en la conformación de las conductas adictivas. El único testimonio que describe concretamente algo de la casa de manera traumática, y por ello forma parte de esta propiedad, expresaba que

“Mi mama era umbanda y había muchas imágenes y eso me hacía mal siempre yo que me hacía mal yo también me involucré en eso por temas de curiosidad el día de hoy me lleva una carga bárbara con eso, y a veces siento como que me molesta eso hasta el día de hoy acá en el tratamiento” (Paraná)

Vemos que aún en él puede advertirse como figura central, disparadora de la imagen sobre el espacio físico, a la madre del entrevistado.

Algo similar puede decirse sobre la *Incomodidad del espacio físico*, en uno de los dos testimonios que nos permitieron identificar esta propiedad puede advertirse, en el malestar expresado, el soporte del territorio identitario familiar:

“Nunca tuve una habitación firme por el tema de que mi abuelo y mi abuela se pelearon cuando yo tenía una temprana edad mi abuelo fue a vivir a mi habitación porque fumaba mucho yo salía de mi habitación porque no me

gustaba no me gustaba vivir dormir en la misma habitación con mi abuelo me armé una habitación en un lugar donde era una cocina no tenía puerta no tenía nada estaba cero comodidad y mi madre estaba en construcción de una nueva casa le faltaba todo le faltaba bastante años terminar y vivían todos medio todos juntos apretados”(San Justo).

Esta escena resulta interesante porque reúne algunos de los factores de riesgo que venimos teniendo en cuenta para el desarrollo de los consumos problemáticos de sustancias ilícitas: el conflicto o las desavenencias a nivel del grupo afectivo primario, la existencia de una adicción en la familia (al tabaco en este caso), y la vulnerabilidad social que hemos analizado en la Parte 1 de esta tesis.

En *Registros negativos*, propiedad de ***Casa como riesgo frente a recaídas***, puede definirse una tendencia parecida. Si observamos los testimonios que nos permitieron elaborar y especificar esta propiedad (“*Creo yo que no debería volver a vivir a esa casa me gustaría no vivir más en esa casa porque me trae registro la cocina, la habitación la habitación de mis padres cuando discutían se peleaban mi papa le pegaba a mi mama me trae muchos registros*”; “*No lo creo, porque el último año que mi abuela no estuvo, estuvo internada en un geriátrico fue un casa en la que yo hice mucha joda con toda los que yo pensaba que eran amigos porque estábamos en consumo yo en esa casa después que mi abuela se fue el último año en el geriátrico yo ahí hice de todo lo que se pueda imaginar*”) puede definirse nuevamente esa condición de base que algunas situaciones negativas del territorio familiar ofician para que en ellas se apoyen luego significados negativos del territorio de la casa. En estos fragmentos en particular, las propiedades del territorio familiar que aparentan incorporarse en la articulación con la casa son *Convivir con agresiones* y el *Abandono físico*, ambas de la categoría más rica de esa escala territorial, es decir ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia***.

Lo que estamos observando, entonces, es la presentación en una suerte de mixtura entre territorios casa y familia donde el primero, aún en los testimonios

que le son propios, no puede determinarse así como exclusivo. Esta ocupación simbólica de un territorio identitario sobre otro no ocurría en nuestro análisis del territorio familiar, con lo cual lo que observamos es que la consistencia y amplitud de significados depositados en éste -que hemos remarcado como una de nuestras conclusiones en el capítulo anterior- no sólo hace más contundente ese ámbito con respecto a los otros si los tomamos de manera independiente, sino que permite el avance -una cierta invasión figurada- hacia la casa.

Otra de las muestras cabales de lo que estamos expresando se da a partir de la categoría ***Recuerdos positivos de la casa***, cuya especificación de hecho remite explícitamente al territorio familiar -*Afecto recibido por los habitantes de la casa*- y algunos de los testimonios que fueron insumo para su elaboración son más que elocuentes al respecto:

“Cariño amor no me faltó” (San Justo)

“Hemos comido asados y esas cosas es más me quedo con las cosas buenas que las malas” (Guaaleguaychú)

“Mi abuelo de chico me empezó a enseñar a cocinar, me sentaba en la punta de la mesa es lo primero que se me viene a la mente, mi abuela ayudándome en todo siempre apañándome por todo lo que hacía, fueron buenos fueron mis padres mis abuelos” (Colón)

“Mi abuela siempre trato de darme todo lo que pudo, no pudo darme mucho porque era jubilado pero trato de darme todo lo que pudo, afecto, cariño fue una madre para mí, la extraño mucho” (Colón)

Más allá del momento de la situación de entrevista en que estos fragmentos fueron emitidos, y que los ubican dentro del territorio de la casa, no resulta fácil diferenciarlos de aquellos que sostienen a ***Recuerdos positivos de la familia***.

Las propiedades de ***Consumo en la casa***, que son *Consumo en el baño* y *Consumo en la habitación* refieren de manera primaria al territorio de la casa,

pero secundariamente al de la familia. En estas escenas se describen situaciones angustiantes para los entrevistados:

*“Tengo en el baño recuerdos mirándome al espejo para inyectarme”
(Paraná)*

“Me duele decirlo consumía en el baño, en la habitación” (Corrientes)

*“Yo por ejemplo los recuerdos que a mí me vienen del baño de mi habitación, eso eso es lo me va a costar si algún día que yo me vaya de acá”
(Gualeduaychí)*

De trasfondo de estas imágenes, se pueden inferir con un alto grado de certeza algunas bases que las promueven. Suárez (2018) explica que tanto la definición de las adicciones a partir de una conducta desviada que es producto de la falta de control individual, como la categoría de ilegalidad de las sustancias, favorecen una estigmatización de las personas con esta problemática. Y este estigma, a su vez, invita a que el acto de consumir se desarrolle en numerosas ocasiones de manera solitaria o incluso a escondidas. En este sentido, el territorio de la casa brindaba una posibilidad de ocultar ese consumo - justamente a raíz de la particular privacidad que ofrece a quienes la habitan- retrasando la percepción de sus entornos afectivos respecto a que nuestros entrevistados se hallaban en una dificultad grave. Dicho de otra manera, el territorio identitario de la casa es significado en este punto de una manera negativa, porque gracias a sus características de intimidad, resultaba propicio para cronificar o extender las posibilidades de consumo problemático. A partir de las condiciones que hemos visto sobre este espacio, y que referían sobre todo al dominio de quienes lo habitan, y la exclusión de quienes no lo hacen, se daban a lugar coordenadas ideales para que la ayuda terapéutica no llegue a destino.

Goffman (2006) refiere que el estigma puede ubicar a las personas en un sitio de desacreditados, cuando los estigmas son evidentes, o de desacreditables cuando no son tan notorios. Galdós (2008) identifica a los sujetos adictos a las

drogas dentro de esta segunda categoría, ya que los efectos de las sustancias no son tan fácilmente perceptibles para la sociedad, en especial si sus miembros no están educados al respecto. Esta situación en la cual hay una especie de camuflaje de las personas con consumo problemático dificulta la pesquisa de la dificultad y el inicio de la recuperación. Además, definirse y ser definido como adicto a las drogas no sólo requiere un movimiento propio, subjetivo, sino que también implica a un determinado y probable destino de circulación en la comunidad; es decir, repercutirá en la calidad de las relaciones sociales que se obtengan, las oportunidades de empleo, y la calidad de vida en general. Maldonado y Cruz (2014) en tanto, expresan que el padecer una adicción significa la ruptura de los vínculos sociales, y que en este movimiento esas personas sufren el exilio, el apartamiento, la desconfianza, la falta de escucha, y la subestimación.

No podemos dejar, tampoco, de recordar aquí cuáles eran las reacciones más habituales de los integrantes del territorio familiar ante la situación de los entrevistados. En este sentido, podemos decir que existe una relación entre la sub categoría *Consumo en la casa*, y la categoría *Relación negativa con la familia durante la adicción*, del territorio identitario de la familia. Es probable, de esta manera, que las escenas incluidas en las propiedades que hemos definido para *Relación negativa con la familia durante la adicción*, es decir, *Expulsión de la casa*, *Desesperación de los familiares*, *Aislamiento*, y *Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto*, tengan incidencia en las conductas que constituyen a *Consumo en la habitación* y *Consumo en el baño*, en especial en cuanto al carácter de ocultas de aquellas.

El estigma social, en tanto, se vincula con estas propiedades de *Consumo en la casa* de forma directa. Retomamos nuevamente aquí parte de la historia que hemos reflejado en el capítulo “Pacientes en sus territorios identitarios: una respuesta a la historia de los tratamientos por Salud Mental”; esto es, que la respuesta social actual en cuanto al lugar que se le brinda a los padecimientos mentales toca, en algunos puntos, medidas similares a las de aquellos siglos. La

marginación y la exclusión continúan vigentes, desde esa época, como opciones para ser aplicadas a las personas con problemas de salud mental, tanto dentro como fuera de sus territorios identitarios. Esta recepción de escasa contención afectiva desde todas las capas territoriales promueve que la conducta adictiva sea escondida. Para ese ocultamiento, el territorio de la casa ofrece posibilidades concretas, que luego repercuten en los significados negativos que le son adjudicados. Resulta curioso pensar en que el método del aislamiento adquiere aquí un rasgo de medida auto infringida, mostrando una nueva cara posible dentro del universo de los padecimientos mentales. Si lo que veíamos hasta aquí era al individuo que sufre una adicción siendo excluido por diversos entornos, los testimonios de *Consumo en la habitación* y *Consumo en el baño* brindan la alternativa del auto aislamiento como una forma de prevención -fallida en cuanto al saldo- ante la mirada condenatoria de quienes comparten tanto el territorio familiar como las escalas territoriales más amplias. El territorio identitario de la casa se transforma de esta manera, parcialmente, en un espacio de protección, porque cuida a nuestros entrevistados de situaciones que los afectarían negativamente. Pero eso es sólo un aspecto de sus características. En esa protección brindada, determina condicionamientos específicos para su problema de consumo, que al momento de realizar el tratamiento pueden ver con claridad como perjudiciales.

Sobre la categoría más contundente del territorio casa, que es *Casa como riesgo frente a recaídas*, llama la atención un aspecto particular. Si bien su nombre trata sobre el futuro, los testimonios en los cuales se fundamenta describen un pasado negativo. Impresiona, entonces, como una categoría singular, de cierta ambigüedad en cuanto a los tiempos que referencia. Esto no sucedía en la categoría que podríamos ubicar como análoga en el territorio familiar, es decir *Familia como riesgo frente a recaídas*, que refería al futuro, y los testimonios que la constituían eran coherentes con ello. Hay allí un aspecto interesante para pensar; pues en el análisis del territorio como riesgo al momento del alta existe una posibilidad de despegue de escenas del pasado en un territorio, y no en el otro. En la casa las escenas pasadas se mantienen con una solidez (o podría

verse también con una falta de dinamismo o de elaboración) tal que configuran la base para condicionar ese espacio como negativo hacia el futuro. Es decir, no hay allí un movimiento que permita ubicar ese riesgo únicamente en características futuras del espacio, sino que lo que empaña el porvenir del territorio son escenas del pasado; y esto no ocurre para el territorio familiar. Hay, entonces, en el territorio de la casa -y a diferencia de lo que veíamos para el territorio familiar- escenas enquistadas del pasado que permanecen intocadas y que promueven el alejamiento futuro de los entrevistados de ese ámbito identitario.

Esta diferencia con el territorio de la familia amerita una pregunta y una reflexión posible. Si lo que observamos es que el territorio de la casa es eclipsado por momentos de manera importante por el familiar, podríamos consultarnos por qué uno se percibe más como riesgo que como protección -la casa- y el otro se constituye de manera opuesta. Hay alguna explicación que podríamos ensayar al respecto y que se nos ocurre probable. Una es que, como hemos visto, la familia como espacio identitario contiene una variedad y consistencia de significados muy superior al de la casa; esta situación podría favorecer que en el trabajo terapéutico se haya abordado más abundantemente un territorio -el familiar- que el otro, con lo cual los recuerdos más negativos tienen mejores chances de ser elaborados por los entrevistados, y transformados de manera tal que no se constituyan en traumáticos.

Otra diferencia radica en que la casa es un ámbito más móvil que la familia, es decir, puede ser reemplazado más fácilmente por otro que cumpla la misma función. Con lo cual advertir la hostilidad de la casa como perspectiva futura implica, probablemente, una sensación de falta de alternativas menor que percibir lo mismo sobre el territorio familiar. Dicho de otra manera, puede resultar menos desesperante imaginar a la casa como peligrosa, que a la familia, pues la primera puede ser sustituida de manera más simple que la segunda. Esa dificultad mayor para relevar la familia por sobre la casa no es sólo por razones operativas, esto debemos dejarlo claro. Hemos visto ya que dentro de la

organización de la identidad de cada individuo, la familia aparece como un sostén central, principal, y muchas veces permanente.

Casa como protección frente a recaídas es la categoría que se contrapone a *Casa como riesgo frente a recaídas* desde una posición de mayor debilidad en cuanto a su estructura. Su especificación consta de una propiedad, que es *Herramientas adquiridas durante el tratamiento*, y que contiene justamente testimonios que hacen referencia a este aspecto en particular que ya habíamos observado en el análisis de los significados del territorio familiar, es decir el sello que se imprime en el vínculo entre los pacientes y sus ámbitos identitarios a partir del tránsito por los espacios terapéuticos. Recordamos que dentro del territorio familiar el paso por el tratamiento parecía haber impactado en cierta ganancia posicional de categorías positivas con respecto a las negativas, revirtiendo una tendencia que venía desde el pasado. En cuanto a la casa, los testimonios destacan los cambios producidos en los pacientes durante el proceso de recuperación, y que esas variaciones establecen posibilidades mejores de retorno al territorio identitario de sus viviendas. Aun así, queremos destacar que uno de los dos fragmentos de entrevista a través de los cuales se construyó la propiedad habla del territorio de la casa como pasible de ser ubicado como protector, pero asimilándolo a cualquier otro por el que esa persona circule posteriormente a confirmar en sí mismo esas *Herramientas adquiridas durante el tratamiento* (“*O sea si un buen ámbito mi casa son cosas que yo voy a tener que afrontar porque yo un día de mañana voy a pegar la vuelta de la esquina y también me va a traer registro pero yo voy a tener las herramientas para poder afrontar esa realidad*”).

Esta es, entonces, una nueva forma en la cual la casa como espacio identitario se diluye parcialmente en otros, mostrando que su consistencia es relativa. Si tomamos como antecedentes de esta idea la cantidad y calidad de categorías que pudieron construirse, muy disminuidas respecto del territorio familiar, y el carácter protagónico que adquiere este último aún dentro de los significados que se depositan sobre la casa, serían entonces ya tres las señales que nos

hablan de esa cierta difuminación de la intensidad del territorio de la casa. En este testimonio en particular que hemos citado, la equiparación que el entrevistado realiza, o mejor dicho la forma que encuentra en expresar que la casa no le significa algo en particular, sino que es asimilable a cualquier otro ámbito, es a partir de la comparación con el territorio del barrio (“*la vuelta de la esquina*”), que analizaremos en el siguiente apartado.

3.4 Conclusiones sobre los significados del territorio identitario de la casa (y comparación con el territorio familiar)

- Tal como ocurrió en el análisis de los significados del territorio identitario de la familia, en el de la casa los fragmentos de entrevistas primordiales son los referidos al pasado, y el contenido mayoritario de ellos es de índole negativo para los entrevistados.
- La categoría más sustanciosa en su conformación está construida a base de testimonios sobre el pasado, pero refiere al futuro, y es *Casa como riesgo frente a recaídas*. En la comparación con la categoría de mayor similitud a ella dentro del territorio de la familia -*Familia como riesgo frente a recaídas*- se advierte una diferencia, y es que esta última se apoya en fragmentos de entrevista que hablan sobre el futuro. Es decir, hay un condicionamiento de escenas pasadas sobre significados futuros de riesgo que tiene valor para el territorio de la casa, y no para el de la familia.
- Algunas categorías se presentan, de alguna manera, yuxtapuestas por el territorio identitario familiar. Es como si la potencia de este último

influnciara -de manera negativa cuando son referidos al pasado- los significados depositados en el territorio de la casa. Esto no ocurre de manera inversa; es decir, no se advierte que las categorías construidas sobre la casa aparezcan opacando parcialmente a las de la familia.

- En *Registros negativos*, propiedad de ***Casa como riesgo frente a recaídas*** se advierte un vínculo de similitud con dos propiedades de ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia***, que son *Convivir con agresiones* y *Abandono físico*. Concretamente, los testimonios que componen a *Registros negativos* se refieren al territorio de la casa, pero el contenido es compatible con las propiedades mencionadas del territorio familiar, en una ilustración de aquello que fue expresado en la conclusión anterior.
- Lo mismo puede analizarse sobre ***Recuerdos positivos de la casa***, los fragmentos de entrevista que contiene representan escenas familiares, y más allá de que referían en ese momento al territorio casa, se unen de modo casi indiferenciado a los de ***Recuerdos positivos de la familia***
- El territorio identitario de la casa, por sus características de lugar de dominación para quienes lo habitan, y de exclusión de quienes no, ofrece coordenadas aptas para que el consumo de sustancias se desarrolle en su interior. En este sentido, ese consumo se da a lugar a escondidas del resto de los integrantes del territorio familiar. Parte de este ocultamiento (descrito en *Consumo en la habitación* y *Consumo en el baño*) es favorecido por las reacciones de estos integrantes frente al problema, y que tienen que ver con la *Expulsión de la casa*, la *Desesperación de los familiares*, el *Aislamiento*, y la *Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto*. Estas son propiedades de ***Relación negativa con la familia durante la adicción***. Es decir, hay una conexión allí entre categorías de ambos territorios, unas auspician la

aparición de otras. Para clarificar: si no hubieran existido las categorías relativas en este punto al territorio familiar, hubiera sido difícil que se encuentren en los testimonios las escenas que permitieron construir *Consumo en la casa*. Esto nuevamente nos remite nuevamente a las dos conclusiones previas de este apartado.

- Una muestra más de esta tendencia se da a partir de la referencia a la *Casa como protección frente a recaídas*, en la cual uno de los dos testimonios que la soportan asimila ese territorio a cualquier otro, mientras se hayan incorporado fortalezas durante el tratamiento. Concretamente, el territorio que en este caso aparece como diluyendo al de la casa, es el del barrio.
- El *Consumo en el baño* y el *Consumo en la habitación*, significados de manera angustiante, también son provocados parcialmente por la respuesta social a los padecimientos adictivos. El estigma hacia esta población repercute en una circulación por la comunidad que es condicionada negativamente a varios niveles. Esta es parte de las razones que favorecen ese consumo a escondidas dentro del territorio de la casa. Por otra parte, esta conducta dificulta el acceso a tiempo a posibilidades de recuperación.
- Una nueva versión del aislamiento es puesta en juego en los testimonios que son contenidos en *Consumo en el baño* y en *Consumo en la habitación*. Si lo que observamos en “Pacientes en sus territorios identitarios: una respuesta a la historia de los tratamientos por Salud Mental” era sobre todo una exclusión forzada y sistemática de las personas con padecimiento mental, lo que vemos aquí es a personas con adicciones que se auto aíslan para protegerse de los estigmas que ubican en ellos los diferentes entornos por los cuales circulan. El territorio de la

casa se vuelve así un ambiente de contención -por el costado mencionado de la protección frente a cierta hostilidad- pero con aspectos negativos incuestionables que inciden en los significados que se depositan en esa escala territorial.

- Los significados positivos que se depositan sobre las expectativas futuras del vínculo entre los entrevistados y sus casas se sostienen en argumentos derivados del transitar por los tratamientos. Tal como en el territorio familiar, vuelve a advertirse que el paso por el proceso terapéutico brinda en ocasiones las perspectivas de un retorno al territorio identitario con mejor pronóstico. La diferencia con el territorio familiar radica en que aquí *Casa como riesgo frente a recaídas* es una categoría más sólida y rica en los testimonios que sirvieron para su elaboración que *Casa como protección frente a recaídas*.
- A diferencia de lo que ocurría en el territorio familiar, entonces, el territorio casa aparece más consistente como riesgo que como protección en cuanto a las expectativas al momento del alta del tratamiento. Ello ocurre a pesar de que, como hemos visto, los significados sobre el territorio familiar toman parcialmente a los de la casa. Esto puede deberse al mayor trabajo terapéutico sobre uno -la familia- con respecto al otro -la casa- basado en que el primero aparece como preponderante para los entrevistados, lo cual favorecería que en los tratamientos aparezca como un tema central. El carácter de mayor fijeza dentro del marco identitario de la familia por sobre la casa también podría auspiciar que aquella sea percibida con mayor optimismo hacia el futuro.

3.5. Los significados del territorio identitario del barrio

Abordaremos en este capítulo al tercer territorio identitario por el cual nos hemos interesado en esta tesis, completando así el análisis de los significados que corresponden a las tres capas espaciales más íntimas de nuestros entrevistados. Específicamente para el vínculo entre barrio e identidad, existe una abundante cantidad de estudios e investigaciones (además de los que citaremos en el desarrollo, entre otros, los de Sassone en 2007, y Breymann Miranda en 2015). Como hemos hecho en el capítulo anterior, además de centrarnos en las categorías dentro del territorio del barrio, efectuaremos comparaciones de aquellas con las propias de los territorios de la casa y de la familia.

Carrillo (1999) explican que los barrios no pueden reducirse a una fracción física o administrativa que se encuentran dentro de las ciudades, sino que es más adecuado y realista el identificarlos como una entidad con componentes históricos y culturales que componen a los centros urbanos. No deben tampoco confundirse con meros ámbitos donde se reside, se consume, y donde la fuerza de trabajo se sostiene y desarrolla; su descripción se ajusta mejor a la de un espacio donde se desenvuelven las relaciones sociales y distintas experiencias de asociación que permiten la comprensión de quienes los habitan, configurando así un lugar de síntesis de una forma de construir, recrear, y apropiarse cultura, política, y estructura de esa urbe. La relación entre barrio e identidad permite identificar al primero como referente de la segunda, en tanto los habitantes, al vivir, construir, transitar, y muchas veces defender el barrio, generan lazos de pertenencia global que permiten, además, la diferenciación con otros grupos de la ciudad. Asimismo, los conflictos y la fragmentación de la vida urbana se manifiestan también en las identidades colectivas que se ponen en juego en el ambiente barrial. Una urbanización se convierte en barrio, desde esta perspectiva, cuando es escenario de la experiencia compartida de quienes lo habitan, quienes pueden ubicar necesidades comunes, transformarlas

en intereses colectivos, y ejercen luego una planificación para poder conseguir su satisfacción, más allá del grado de organización o el resultado que pueda obtenerse en este plan.

Lo que se resalta aquí es la consecución de un tejido social que es revestido con un universo simbólico que lo une, permitiendo el reconocimiento como “vecino” de un individuo o grupo hacia otro, y que a la vez eso resulte diferencial con otros sujetos y agrupamientos. De esta manera la construcción de un barrio conduce a la construcción de una identidad barrial que no se agota en el tránsito o la ocupación física de un espacio, sino que remite a un sentido compartido, una dimensión significativa que oficia de referencia. En ese tejido de relaciones comunitarias se ubican relaciones familiares y procedencias absolutamente diversas que arman un nuevo organismo colectivo aunado por una plataforma de modas, lenguajes, gustos musicales, juegos, deportes, prácticas religiosas, creencias, rituales, que se constituyen entonces en un conjunto identitario particular. La heterogeneidad dentro de cada barrio no implica una opción siempre desestabilizadora; frente al aglutinamiento que determina la posibilidad de identificación colectiva a una entidad, esa fragmentación interna enriquece en numerosas ocasiones al mundo interno barrial. La apariencia en este sentido puede asimilarse a un caos inconducente a los ojos externos, pero la experiencia desde el interior se asemeja más a un espacio controlado exclusivamente por quienes entienden esas lógicas contradictorias desde la cotidianeidad.

En otro nivel de análisis, los procesos de identificación barriales también funcionan como una suerte de defensa frente a las propuestas de homogeneización que plantea la globalización. Las identidades que se forjan en los barrios, de esta manera, promueven el desarrollo de subjetividades más íntimas, y auspician la aparición de nuevos sujetos sociales, proporcionando de esta manera una forma de democratizar la sociedad.

Suárez Egizábal (2003) en tanto, plantea que el sentimiento de pertenencia y apoyo identitario del individuo hacia el barrio es tan intenso, que la pérdida de

ese vínculo puede derivar en un riesgo para el armado de la propia identidad personal. Y agrega, además, que el vínculo entre las personas y sus barrios se hace más poderoso cuando hay una capacidad concreta de poder alterar diferentes dimensiones de ese espacio por parte de los sujetos. Cuanto mayor es la posibilidad de involucrarse activamente en esa construcción, más fuerte es el reconocimiento de sí mismo que el sujeto puede observar en el ámbito que lo contiene.

La codificación axial que realizamos a partir de los testimonios obtenidos sobre el territorio identitario del barrio dio como resultado la construcción de cuatro categorías. Tres de ellas -*Relación positiva con los vecinos*, *Relación negativa con los vecinos* y *Elegir tratamiento fuera del barrio de origen*- resultaron estar sustentadas en una riqueza y variedad de fragmentos de entrevista que les dan una impresión de solidez mucho más marcada que la restante. Esta última es *Elegir tratamiento dentro del barrio de origen*. En cuanto a los tiempos a los que refieren las categorías -hablaremos aquí sólo de las tres que aparecen como más sustanciosas, pues la otra es casi evanescente-, dos son sobre el pasado (*Relación positiva con los vecinos* y *Relación negativa con los vecinos*), mientras *Elegir tratamiento fuera del barrio de origen* presenta una evaluación de ese territorio como un ámbito con características difícilmente modificables, lo cual produce que la descripción actual funcione prácticamente como un escenario futuro. Las dos categorías que refieren al pasado son similares -una de tono positivo y la otra negativo- en cuanto a la consistencia de los testimonios que las sostienen, mientras que la que habla sobre el presente-futuro es negativa en cuanto al tenor del vínculo que describe entre el entrevistado y el barrio.

Iniciaremos este análisis de los significados ubicados en el barrio a partir del abordaje de la categoría *Relación positiva con los vecinos*. Su especificación cuenta de dos propiedades, que son *Contención durante la adicción* y *La historia conjunta*. Las dos resaltan algunos de los aspectos que hemos mencionado en los párrafos anteriores de este apartado, a propósito de la

integración que puede ser el resultado de la convivencia y construcción colectiva dentro del espacio barrial. En cuanto a *Contención durante la adicción*, advertimos, a partir de la descripción que los entrevistados realizaban de esas escenas, del grado de exposición que ellos mantenían dentro de ese territorio. Lo que nos convoca la atención, en este punto, es la diferencia que podemos encontrar con el territorio de la casa. Si dentro de éste último una conducta habitual, y que había generado por ello significados asociados, era el ocultamiento, el aislamiento dentro mismo de ese espacio identitario (así lo vimos en *Consumo en la habitación* y *Consumo en el baño*), lo que observamos en *Contención durante la adicción* es a la persona adicta a sustancias ilícitas mostrando su padecimiento por el barrio:

“Cuando te ven caminando por la calle y eso y se ponían mal los vecinos” (Gualeguaychú)

“Los vecinos siempre me cuidaron” (Paraná)

“Los vecinos siempre como que me daban consejos para que deje esa vida” (Gualeguaychú)

“Cuando me drogaba robaba y los vecinos te escondían viste” (Concordia)

En algunas de estas escenas la exposición es concreta, física y coincide incluso con el momento mismo de la intoxicación. En otras, lo que queda evidenciado hacia los habitantes del barrio es el problema mediante el relato propio, o de terceros. En uno y en otro caso, de todas formas, lo que se pone en juego es una lógica absolutamente opuesta al ocultamiento. Y desde lo verbal, las acciones, o lo afectivo -los consejos, la colaboración para esconderse, la tristeza al verlo pasar- el entrevistado encontraba reacciones en sus vecinos que lo hacían sentirse contenido. En este punto existe una comparación evidente con lo que ocurría en el territorio de la casa, y en quienes lo habitaban, es decir el entorno familiar. En el análisis de *Consumo en el baño* y *Consumo en la habitación*, parte sustancial de ese aislamiento sufriente que servía para abstraerse de las miradas de los demás se basaba en la *Expulsión de la casa*, la *Desesperación de*

los familiares, el Aislamiento, y la Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto, todas propiedades correspondientes a **Relación negativa con la familia durante la adicción**. Y habíamos explicado que, además, el esconderse representaba un obstáculo para el acceso a los tratamientos. En el territorio identitario del barrio se da, bajo esta categoría (pues está también la de signo opuesto, que veremos más adelante), el movimiento contrario. Es decir, mostrar el problema en ese ámbito invita a reacciones de contención por parte de los habitantes de ese territorio, lo cual seguramente invita al reforzamiento de esa conducta, o sea, potencia el evidenciar la conducta adictiva o los resultados de ella, porque la recepción que tendrá esa mostración es afín al consejo, al cuidado, a la protección. Esto no ocurría en la casa, y sí ocurría, pero de manera débil, en la familia; en este punto recordemos que **Relación positiva con la familia durante la adicción** tenía una consistencia en variedad y riqueza de testimonios muy menor a **Relación negativa con la familia durante la adicción**, y que aun frente a los recuerdos valorados del pasado en ese aspecto, la percepción actual era de frustración por los objetivos no logrados plenamente. Decimos entonces que el territorio con mejor respuesta de contención durante el desarrollo de la adicción ha sido el barrial; tanto en el familiar, como en la casa (muy influenciada por los integrantes del territorio familiar), los significados negativos aparecían con mucha más potencia que los positivos. Además, el apoyo llegaba en el momento más crítico. Expresamos esto porque la *Contención afectiva* -propiedad de **Familia como protección adecuada frente a recaídas**- que se encontraba en el territorio familiar era determinada como un significado positivo esperado para el futuro, como expectativa al momento del alta, mientras que en el caso del territorio del barrio esto llegaba antes.

Resulta interesante que las respuestas de *Contención durante la adicción* que brindaban los vecinos frente al problema de la adicción quizás no eran, en su contenido, muy diferentes a las que encontrábamos en *Búsqueda de un tratamiento*, o en *Lograr la consciencia de enfermedad*, las propiedades de **Relación positiva con la familia durante la adicción**. Aun frente a la similitud

de los mensajes que recibían desde uno y otro territorio, unos eran percibidos con un tenor de tristeza -los de la familia- en la actualidad, y los otros eran señalados como positivos en el pasado, y llegaban con ese mismo sentido al momento presente. Lo que podría estar en juego en la existencia de esa diferencia es la intensidad de los lazos identitarios. Habiendo observado ya que los vínculos familiares tienen una fuerza particular en la conformación de la identidad personal, el decepcionar a los integrantes del territorio identitario familiar podría tener consecuencias más desgastantes para el ánimo que defraudar a quienes transitan por el territorio identitario del barrio. De estos últimos, y por el mismo motivo expuesto -la menor implicancia de esos lazos en la construcción de la identidad- los entrevistados podrían esperar, además, menos compromiso con el padecimiento adictivo. Con lo cual un acercamiento o contención, aunque sea de menor nivel de intensidad, podría ser más valorado. En otras palabras, no sólo se esperaría mayor compromiso con el propio padecimiento de parte de quienes integran el territorio familiar en comparación con quienes habitan el barrio, sino que también sería mayor la sensación de decepción al no poder responder a ese compromiso.

La historia conjunta es otra de las propiedades de ***Relación positiva con los vecinos***. En los testimonios que componen esta propiedad, se destaca aún con mayor notoriedad que en *Contención durante la adicción* el nivel de análisis del barrio que hemos presentado al inicio de este apartado, es decir, el que habla sobre lazos comunitarios, aún en la heterogeneidad, que se generan alrededor de un espacio físico que se vuelve identitario:

“Si yo me salgo a la calle y me voy a encontrar con un montón de recuerdos y un montón de cosas, o sea porque yo siempre anduve en la calle a los 13 o 10 años ya era vendedor ambulante siempre me anduve en el entorno así en la calle vendedor ambulante, me conoce mucha gente” (Paraná)

“Éramos un grupo de chicos todos de distintas familias que éramos como hermanos unidos” (Barranquera)

“Un barrio es muy tranquilo porque es de gente grande, la verdad muy lindo barrio, muy compañerismo” (Gualeguaychú).

Algo evidente, por otra parte, que recorre a ***Relación positiva con los vecinos*** en sus dos propiedades, pero especialmente en *Contención durante la adicción*, es la transmisión de un clima opuesto a las propiedades de ***Relación negativa con la familia durante la adicción***, especialmente *Aislamiento y Expulsión de la casa*. En el territorio barrial, dentro de esta categoría, se observa a los vecinos convocando, queriendo estar cerca de la persona que padece. Sin embargo, podremos ubicar afinidades con ***Relación negativa con la familia durante la adicción*** en el análisis que haremos a continuación.

Aun habiendo destacado el papel contenedor del territorio barrial en el período más intenso de la adicción, hemos referido anteriormente que una parte de la reacción de quienes habitaban ese espacio identitario había sido significada como negativa. Es decir, que las personas hayan encontrado en el territorio barrial algunas respuestas de contención excepcional con respecto a la casa y la familia no implica que no se hayan cruzado, además, con situaciones de rechazo de una intensidad similar. Esto es lo que abordaremos en la categoría ***Relación negativa con los vecinos***, que se encuentra especificada por dos propiedades, *Vínculos empeorados a partir de la adicción*, y *La relación ayudó a iniciar o potenciar el consumo*. En cuanto a la primera, aparece prácticamente como una continuidad de algunas escenas que se daban no solamente en el territorio familiar durante el desarrollo de la adicción, sino también de las reacciones sociales hacia las personas con padecimientos mentales que hemos descripto a lo largo de la historia.

En este sentido, volvemos a encontrar en estos testimonios a ciertas sensaciones que permanecían, durante los siglos pasados, alrededor de esta población mientras circulaban por las calles de sus ciudades. Nos referimos por ejemplo al miedo (*“Se sentían atacados lastimados por mi ¿no? En el sentido mucho el maltrato verbal lo mío, físico si era con hombres en sí si”*), la desconfianza (*“Cuando empecé con el consumo todos me empezaron a mirar con otra cara*

porque yo empecé a hacer quilombo en el barrio tocaba cosas que no eran mías) o la vergüenza (*“En mi barrio sí me drogué por todos lados en mi barrio me paseaba drogándome todos me veían todos los vecinos me veían que yo me drogaba que llevaba mi tubo en la mano de crack ¿no? donde fumaba crack y sí yo agachaba la cabeza porque me daba un poco de vergüenza también”*). La afinidad que hemos mencionado con ***Relación negativa con la familia durante la adicción*** es aquí evidente, aunque una diferencia importante que podemos mencionar entre ambos territorios es que a las reacciones de rechazo social dentro del barrio no se les atribuye por parte de los entrevistados un impulso de las conductas adictivas similar al que provenía de las reacciones análogas desde el territorio familiar. La afectación en este último caso impresionaba ser más profunda en lo afectivo, y más condicionante en lo operativo (la situación de calle posterior a la expulsión, por ejemplo). El lazo identitario con la familia, que ya hemos visto como más fuerte, juega nuevamente un rol a favor del territorio barrial: a una reacción similar corresponde una valoración de menor gravedad para el barrio.

En *La relación ayudó a iniciar o potenciar el consumo* podemos ubicar experiencias que se asemejan a las de *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo* y *Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos* de la categoría ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia***. Recordemos que había una línea entre estas últimas y ***Consumo en la familia*** que estaba dada por el reconocimiento de que las conductas adictivas del entorno familiar habían impactado en el propio. En ***Consumo en la familia*** el sujeto aparecía observando dicha conducta, sin vincular eso con el inicio de la suya. En el caso del territorio barrial, los entrevistados asumieron que la exposición a las sustancias ilícitas presentes en ese ámbito había colaborado para desarrollar su padecimiento. Encontramos así, otra vez, una posible consecuencia de la diferencia de potencia entre los lazos identitarios de las personas con sus familias, respecto a sus barrios. Para la primera, el alto grado de identificación influía en la negación del perjuicio que el consumo, en general de los padres, provocaba en los entrevistados. Para el barrio, la calidad de

relación más débil quizás permita observar sin tantas interferencias afectivas la colaboración que ha tenido en el crecimiento de la propia adicción.

Para el territorio de la casa, lo que proporcionaba como punto de apoyo desde donde propulsar las conductas adictivas es la calidad de ambientes en donde el sujeto puede autoexcluirse; esto era lo que se reflejaba, y era percibido como un significado negativo de ese espacio identitario, tanto en *Consumo en el baño* como en *Consumo en la habitación*. Decimos entonces que cada ambiente identitario tiene sus recursos para potenciar el consumo de sustancias ilícitas en el momento de crecimiento de éste.. En este punto, las propiedades y categorías que se anudan son:

*-Consumo en el baño y Consumo en la habitación, propiedades de **Casa como riesgo frente a recaídas.***

*-La relación ayudó a iniciar o potenciar el consumo, propiedad de **Relación negativa con los vecinos.***

*-Expulsión de la casa, Aislamiento, Falta de orientación sobre cómo tratar al adicto, y Desesperación de los familiares, propiedades de **Relación negativa con la familia durante la adicción.***

Esta malla de significados enhebrado en los tres territorios identitarios configura un soporte desde donde el consumo de sustancias se acelera. Destacamos aquí la debilidad, en comparación, que muestra el dique simbólico que sostienen dos de los tres territorios contra el avance de las conductas adictivas, y que podríamos definir a partir de las siguientes propiedades y categorías:

*-Lograr la consciencia de enfermedad y Búsqueda de un tratamiento, propiedades de **Relación positiva con la familia durante la adicción.***

*-Contención durante la adicción, propiedad de **Relación positiva con los vecinos.***

El territorio de la casa no aporta aquí ningún significado que implique detener o aminorar el consumo durante el período de crecimiento de la adicción.

Podría pensarse que si estas personas fueron abordadas durante sus tratamientos de adicción a sustancias ilícitas, encontrándose incluso internadas por ello, resulta entonces evidente que el impulso pasado por consumir fue más potente que el de mantenerse abstinentes. Lo que queremos destacar aquí es el papel de sus territorios identitarios en ese aumento. El papel del lazo afectivo que las personas tienen con ellos podría haber derivado en que esos ámbitos se mantengan como protectores, o al menos neutrales, durante el desarrollo de la adicción, aun siendo insuficiente esta protección frente a otros estímulos (por ejemplo, provenientes desde capas territoriales más externas). Lo que encontramos es que los territorios identitarios no cumplen este papel beneficioso en ese período, sino que colaboran en potenciar la adicción durante la etapa de mayor desborde de ésta.

Elegir tratamiento dentro del barrio de origen y Elegir tratamiento fuera del barrio de origen son dos categorías que señalan contenidos contrapuestos en los testimonios de los cuales se sostienen. Como hemos dicho, la primera de ellas es sustancialmente más débil en su consistencia que la segunda. De hecho, ninguno de los dos testimonios que la componen, y que fueron insumo para la construcción de las propiedades *Cercanía con la familia* y *Determinación para recuperarse* se refieren específicamente al barrio:

“Obviamente prefería hacerlo en mi casa yo tengo mi hijo y hace un año que no lo veo casi lo hablo por teléfono con él pero y eso pero sí preferiría hacerlo” (Gualeguaychú).

“Yo pienso que si hubiera un lugar de internación ahí con mi postura yo te diría no me iría de la internación, por la postura que yo tengo, porque yo sé que no me tengo que ir y tengo que hacerlo por mi cuenta estoy obligado a hacerlo, por mí mismo” (Colón).

El primer testimonio da cuenta de la fortaleza del lazo con el territorio familiar. El barrio en este caso es meramente un espacio que contiene a aquello que el entrevistado considera con real valor, que es su familia. Podría ser ese barrio o cualquier otro, no hay alusión a ningún significado puesto en ese territorio en concreto. La denominación misma de la propiedad se conecta directamente con el territorio familiar, y si pudiéramos vincularla con alguna categoría de ese espacio identitario, la más adecuada sería *Acompañamiento activo de la familia durante el tratamiento*, pues lo que el testimonio expresa es esa necesidad que en la lejanía no puede satisfacer.

En cuanto al segundo fragmento de entrevista, describe una posición personal respecto a la recuperación de la adicción que implica firmeza en el sostenimiento del rumbo terapéutico, sin hacer tampoco comentario directo alguno sobre el territorio barrial de esa persona. La respuesta expresaba la preferencia enunciada en el nombre de la categoría, pero incluso una segunda lectura del testimonio pareciera indicar una tendencia del territorio barrial a obstaculizar el tratamiento. Como si el sentido de ese fragmento indicara que aún frente a los desafíos que le impone el barrio, él es capaz de permanecer en una dirección convencida e inalterable.

Elegir tratamiento fuera del barrio de origen es una categoría con dos propiedades que se encuentran abundantemente apoyadas en testimonios variados, y que consideramos esenciales. Nos referimos a *Conocer dónde comprar sustancias en el barrio* y *Personas dentro del barrio que pueden tentarlos a consumir*. La revisión de los testimonios de la primera de las propiedades, especialmente, transmite un cierto impacto. A esta altura de la tesis, posiblemente se haya podido evidenciar el enorme esfuerzo que nuestros entrevistados realizan para salir de una situación desfavorable cuya descripción no se agota estrictamente en los aspectos vinculados al consumo de drogas. En su recuperación, dan pelea al propio tránsito por contextos afectivos vulnerables, y también a una historia de discriminación. Que en este contexto, estas personas deban además sumar como perjuicio el acceso sumamente

simplificado a las sustancias adictivas dentro de uno de los territorios identitarios -el barrio- que hubiera podido compensar en este aspecto a la disfuncionalidad de los otros dos, es un aspecto para considerar al menos negativamente. Podemos pensarlo de esta manera: la senda facilitada a las diferentes drogas no era una novedad hasta aquí en nuestro recorrido por los espacios más íntimos de los sujetos. El consumo que se desarrollaba dentro de los territorios familiares proporcionaba en ocasiones la base para el propio, y eso se daba a lugar dentro de las casas. Es decir, tenemos ya a esos dos territorios, los más cercanos (casa y familia) y permanentes para la persona, conteniendo la dificultad del acceso con pocos obstáculos a las sustancias. Con este panorama, el paso a la capa territorial identitaria siguiente, el barrio, con la mayor diversidad que ofrece en cuanto a población, e incluso a extensión espacial, podría haber sido para ellos un tránsito que alivie al menos ese factor de riesgo (la presencia amenazante e inmediata de las drogas). Lo que ellos encuentran, sin embargo, lo repasaremos en sus palabras:

“Amo mi casa el tema es que estoy rodeado de tranzas, de narcos, de delincuentes” (Barranquera).

“Yo en frente tenía una despensa, a la vuelta tenía una despensa, a la vuelta de la otra manzana también y a una cuadra había una un hombre que era alcohólico”(Colón).

“Si hay un barrio cerca ponele a cinco cuadras hay y ahí donde yo arranque mucho a consumir y yo me perdí ahí a lo último yo me iba a esconder ahí por mi tipo de consumo porque yo no quería que nadie me vea, la verdad que eso sí” (Gualeguaychú)

“Tengo los tranzas alrededor de mi casa tengo todo servido en bandeja” (Gualeguaychú).

“Hay siempre pibes fumando todo el tiempo” (Concordia).

Nuestra intención no es hacer ninguna observación sobre la conveniencia o la necesidad del control en la oferta de drogas, sino solamente puntualizar en que el territorio barrial, con características que podrían oficial como diferenciales para estas personas respecto a este punto específico -el del acceso a las sustancias- termina sin embargo reproduciendo lo que vivencian en los espacios identitarios de casa y familia.

Personas dentro del barrio que pueden tentarlos a consumir, en tanto, continúa la misma línea de la propiedad antes analizada, dando cuenta de que el barrio se transforma a veces en un espacio de muy baja contención, pues no es necesario siquiera que los entrevistados busquen la posibilidad de la conducta adictiva, sino que ella se les acerca (*“Tengo personas que no consumen pero los que se me pueden acercar o a los que yo pueda ir a acercarme son factores de riesgo para mí”*; *“Sabén cómo soy que me cuesta por ahí el tema de la ambición con querer tener cosas y me quieran comprar por el lado de lo material o querer darme consumo como ya pasó*).

Como vínculo entre categorías de diferentes territorios, de esta manera, ***Elegir tratamiento fuera del barrio de origen*** se conecta con el territorio familiar en ***Consumo en la familia*** y en *Tíos/as adictos que favorecen el consumo en sus sobrinos* y *Padre adicto que favorece el consumo en el hijo*, de ***Inicio de la adicción relacionado con abandonos en la familia***. Lo que en todos se advierte es una dinámica de la relación con los espacios identitarios en la cual vuelve a darse un efecto perjudicial para el padecimiento, en este caso a partir del acceso a las sustancias adictivas. El territorio de la casa ocupa un lugar aquí algo paradójico. Si bien es claro que en él los entrevistados encuentran un ámbito propicio para consumir, y que el rol de los integrantes del territorio familiar es importante para ello, también es cierto que no surgieron testimonios que vinculen específicamente a la casa con el fácil acceso a las drogas.

3.6 Conclusiones sobre los significados del territorio identitario del barrio (y comparación con los territorios de la casa y familiar)

- En el territorio familiar existía una fuerte preponderancia de las categorías relativas al pasado, y con tono negativo. Incluso algunas que referían al pasado y de tono positivo, se percibían en el presente con un dejo negativo. Las categorías sobre el presente, paso mediante por el tratamiento, producían un crecimiento del tenor positivo, que llegaba a ser preponderante en las categorías referidas al futuro.
- En cuanto al territorio de la casa, los testimonios sobre el pasado tenían mayor nivel de protagonismo, aún dentro de la categoría más sólida, que hablaba sobre el futuro y era advertida negativamente.
- En el caso del territorio barrial, dos de las categorías son referidas al pasado, una de tono positivo y una negativo, y sin que ninguna se destaque claramente por sobre la otra. Hay una tercera categoría, con el mismo nivel de consistencia y referida al futuro de manera negativa.
- Una posible conclusión que tenemos, entonces, del recorrido por los tiempos cronológicos de los tres territorios, si los tomamos en modo comparativo, es que las personas entrevistadas no tienen una supremacía de significados positivos de sus territorios identitarios. O lo que es lo mismo, en un saldo global predomina el tono negativo para los tres. Hay un dejo positivo en el pasado del territorio barrial, y uno en el presente -que de todas formas no es superior al negativo, pero al menos lo empareja- y en el futuro del territorio familiar. Pero tanto el barrio como la familia tienen, mezclándose con los positivos, componentes

fuertes negativos (en el territorio familiar más ubicados en el pasado, y en el barrio recorriendo pasado, y sobre todo presente-futuro).

- El territorio del barrio se destaca como el de mejor respuesta afectiva en el momento más agudo de la adicción. El contenido, las acciones concretas que implicaban esa contención quizás no sean muy diferentes a las que intentaban los integrantes del territorio familiar, pero por distintas razones (que podrían sustentarse entre otras en las expectativas puestas en cada territorio, siendo mayores las ubicadas en la familia pues el lazo afectivo con este territorio es más intenso), la contención afectiva recibida desde el territorio barrial es valorada de mejor forma en esa etapa. Para encontrar el mismo efecto en el territorio familiar, hay que dirigirse a categorías que refieren al futuro, y que aún por lo tanto no han sido vivenciadas. El territorio de la casa, en tanto, es significado negativamente en esa etapa, tomado por las respuestas inadecuadas del entorno familiar.
- En el sentido de inferir algunas consecuencias posibles de la diferencia de intensidad en la relación con la familia -más fuerte- respecto al barrio, hallamos dos situaciones más. Una de ellas consiste en que resulta más directa la evaluación de la relación entre consumo en el territorio y consumo propio para el barrio que para la familia (donde funciona la negación). La otra es que las reacciones negativas del territorio familiar durante el período de adicción implicaban mayor impacto (incluyendo un aumento del consumo) que las respuestas negativas del barrio, aun siendo de contenido similar.
- En base a las reacciones positivas halladas en el territorio barrial, hay un cambio sustancial en la exposición de la adicción respecto, en especial, al territorio de la casa. Lo que se muestra en uno, se oculta en el otro. Este aspecto adquiere especial interés si tomamos en cuenta la historia

de aislamiento y encierro de las personas con padecimiento mental. En este punto, el barrio aparece como un escenario que invita a desarrollar parcialmente una dimensión contraria al que marca esa historia, en tanto que la familia y la casa llaman a confirmarla.

- Aun con esta cara favorable que muestra el territorio barrial durante la adicción, también existe también, como hemos dicho, dentro del vínculo entre la persona y su barrio una dimensión de rechazo, miedo y desconfianza. Si evaluamos en el saldo, entonces, a los tres territorios identitarios en cuanto a su capacidad de contención afectiva durante el período de la adicción, el resultado es claramente negativo, ya que promueven respuestas afines a las encontradas en la historia de cómo se ha lidiado con los padecimientos mentales a lo largo de la historia: la exclusión, el encierro, el ocultamiento y el castigo.
- Para la etapa de desarrollo del consumo, los tres territorios identitarios aportan, en su conjunto, significados que promueven el consumo en mayor medida comparativa en relación a lo que lo detienen. El territorio de la casa, incluso, no posee ninguna categoría que implique una contención del consumo.
- En cuanto al acceso a las sustancias, que configura un factor de riesgo, los territorios identitarios lo facilitan. Esto es más explícito en la familia y en el barrio.

Conclusiones

El recorrido efectuado en esta tesis apuntó a presentar una situación que, consideramos, merecía al menos una revisión desde un enfoque particular. Esa mirada a la que me refiero es, ni más ni menos, que la de los protagonistas de la historia. Pensamos, además, que las palabras de estas personas no han sido suficientemente escuchadas al momento del diseño de las políticas públicas que refieren a ellas y que deberían sostenerlas en un momento de máxima vulnerabilidad como lo es el de una adicción a sustancias.

La exclusión del enfoque de los sujetos adictos al momento del diseño de los tratamientos es una impresión que tengo desde la práctica terapéutica con ellos. Trabajé en la Asociación Del Prado entre 2014 y 2019, como psicólogo. Estar en contacto con el relato que desarrollaban los pacientes sobre sus historias, presenciar las recaídas que sufren cuando entran en contacto con sus familias, sus barrios y sus casas me movilizó a llevar a cabo esta investigación. Conozco decenas de casos en los cuales podían sin ninguna dificultad mantenerse abstinentes si es que no entraban en contacto con sus espacios más íntimos. En algunos de esos casos, la situación era más que evidente: largos meses de estabilidad saludable, y cuando volvían a sus ciudades y a sus casas, esa condición no se sostenía ni siquiera un día. Y los motivos que estas personas esgrimían explicaban en forma inequívoca que la causa de su descompensación había tenido que ver con sus territorios. Estas historias son muy habituales de escuchar en cualquier institución que se dedique a adicciones. En una de esas instituciones, que tenía dos sedes en ciudades distintas, algunos pacientes locales pedían el traslado al lugar que se encontraba en la población alternativa.

Estando al tanto de las coordenadas internas de este mundo, resulta entendible que las recomendaciones sobre que los pacientes de salud mental realicen tratamientos en sus territorios de origen, y en contacto con sus afectos, derive en una incógnita para el sub grupo de los adictos. No puedo afirmar que

silenciar los testimonios de los adictos, al momento de confeccionar las estrategias terapéuticas, sea una especie de continuidad moderna del lugar histórico de aislamiento y encierro que ocuparon las personas con padecimientos mentales. En todo caso, me pareció imprescindible que esta tesis contenga una presentación resumida de esa historia, principalmente por tres motivos. El primero es poder entender a qué forma de tratar a estas personas se contraponen las sugerencias terapéuticas, más humanitarias que sus antecesoras, de las últimas décadas a nivel mundial. El segundo es, justamente, poder pensar por qué este trabajo busca rescatar testimonios de aquellos que padecen: la respuesta es que advertimos un déficit crónico en escucharlos. Y el tercero es explicitar que conocemos estos lugares de castigo, encierro y prejuicio de origen, y que este trabajo no pretende plantear un regreso a esos escenarios.

En la Parte 1 hemos tratado, además, de plasmar la idea de que el mundo de las adicciones y sus efectos no es un micro espacio de sufrimiento sin conexión con la vida cotidiana de las sociedades. Las consecuencias de las adicciones, que constituyen un problema habitual y preponderante de las sociedades, se reflejan en múltiples dimensiones de nuestras sociedades. Esto, creemos, implica a la relevancia de esta tesis.

En la Parte 2 hemos abordado los significados de los territorios identitarios de la familia, la casa y el barrio por separado; y también los hemos puesto en comparación. Lo que intentaremos ahora es reflejar algunas conclusiones que nos parecen importantes de este recorrido en función de los objetivos de esta tesis, dejando quizás por fuera algunas ideas más secundarias que quedaron de todas formas plasmadas en los apartados anteriores, pudiendo ser objeto de mayor profundización en trabajos futuros. Un ejemplo de estas líneas secundarias es una diferencia que hemos establecido entre dos de los territorios tomando en cuenta los significados que se ubican en ellos hacia el futuro (*Familia como protección adecuada frente a recaídas, Familia como riesgo frente a recaídas, Casa como protección adecuada frente a recaídas y Casa como riesgo frente a recaídas*). Para la familia, existían testimonios que se

referían efectivamente al futuro de ese vínculo, mientras que ese mismo movimiento que implicaba un escenario hipotético no podía hacerse con la casa. Para este último territorio, los fragmentos de entrevista que sostenían las categorías eran referidos al pasado, es decir eran recuerdos.

Otro aspecto en el que pienso que podría ahondarse es en la variabilidad que existe para la evaluación de estímulos similares desde diferentes territorios. Me refiero concretamente a lo que hemos explicado sobre las respuestas del territorio familiar y el del barrio en el período de consumo. Si bien los contenidos eran similares, no poder cumplir con quien daba el consejo era motivo de decepción en un caso -el familiar- mientras que en el caso del barrio no existía esa aura negativa.

Algo en el mismo sentido, el de esta variabilidad, ocurría respecto a la existencia de personas en consumo de drogas dentro del entorno de los pacientes. Para el territorio familiar, en ocasiones, esto no se advertía como promoción del propio padecimiento adictivo; lo opuesto ocurría para el barrio, donde esta conexión -la que vincula el consumo ajeno con la propia dependencia- era efectuada mucho más fácilmente. Finalmente, que el territorio de la casa merezca una significación tanto más débil que los otros dos también nos parece también un costado digno de poder ser indagado con mayor rigurosidad en futuras investigaciones.

Los tres territorios identitarios que son de nuestro interés mezclan significados positivos y negativos, en diferentes proporciones que están diferenciadas según los tiempos cronológicos presentes en los relatos de nuestros entrevistados. Diremos, de todas maneras, que el tono general, global, si tomamos los tres territorios para pasado, presente, y futuro, es negativo. Es decir, las pinceladas positivas simbólicas son de menor calibre en cantidad y calidad si evaluamos todo el bloque territorial identitario en sus tres tiempos cronológicos posibles.

Segmentando estos tiempos, en lo referente al pasado el saldo de los tres es eminentemente negativo. Desde el espacio de reflexión y abstinencia que les

proporcionan sus tratamientos, estas personas pueden identificar cómo los espacios más cercanos a sus identidades han promovido su consumo desde antes del inicio concreto de éste. Es decir, han generado coordenadas propicias para que nazca, pero también para que crezca. El más decisivo en cuanto a la densidad de los significados negativos del pasado es el territorio familiar, resultando ser el de mayor protagonismo en haber generado la adicción, y también el que más la ha hecho crecer. En lo referido a la generación del padecimiento, resultan especialmente determinantes los abandonos de variada índole y la violencia. En cuanto al crecimiento, en tanto, le son funcionales algunas respuestas que ese entorno manifiesta ante el problema de la adicción, y que tienen que ver fundamentalmente con la falta de contención y la desorientación sobre cómo lidiar con esa dificultad.

La casa funcionó casi como un complemento del territorio familiar, apareciendo como el territorio con menos entidad propia. No se advierte que haya protegido ni impulsado el origen del consumo por sí misma, y en cuanto al desarrollo de la adicción, las categorías marcan que acompañó con características propias - por ejemplo la oferta de espacios aislados para el consumo- el declive al que invitaba el vínculo conflictivo con la familia.

El territorio del barrio, en tanto, no impresiona como un soporte fundamental del inicio de las conductas adictivas, y es el que ha contenido -aun siendo parcial esta respuesta positiva- el crecimiento del padecimiento. Podría decirse que es el de significados más positivos, en el balance, en lo referido al pasado de los entrevistados. Una vez que la adicción se encuentra instalada, el barrio sí funciona como un territorio que puede mantener ese fuego encendido como el mejor combustible. El acceso facilitado a la sustancia en este caso oficia como una especie de trampa de difícil sorteo para los entrevistados.

Nos resulta interesante destacar que las derivaciones negativas del vínculo con los territorios identitarios terminan ofreciendo escenas que son compatibles con la historia de cómo se ha tratado con los padecimientos mentales a lo largo de los siglos pasados. Es decir, los territorios identitarios no protegen

necesariamente contra el estigma, la exclusión, y el maltrato que vienen desde ámbitos más ajenos a las personas involucradas, sino que en los casos de las adicciones pueden recrearlos. Si el barrio representa parcialmente una diferencia positiva con respecto a los otros territorios en cuanto a la contención durante el período más agudo del consumo problemático, es justamente porque orienta escenas en el sentido contrario a los que marca la historia; es decir, permite que los sujetos con estas dificultades puedan mostrarlas sin demonizados y condenados.

El tránsito por los tratamientos marca una diferencia en los vínculos, especialmente con el territorio familiar. Probablemente por la mayor intensidad del trabajo terapéutico alrededor de ese ámbito, los significados tienden a variar positivamente hacia el presente, y confirman esa inclinación hacia el futuro. Se da de esta manera un circuito llamativo, en el cual aquel territorio que más profundamente es el que determina el hundimiento en la adicción, tiene sin embargo una fuerte recuperación en la consideración de los entrevistados. Y sucede, también, un camino similar pero en el sentido contrario: a aquel territorio que mejor funciona para el sujeto adicto durante el período de mayor gravedad -el barrio- se le reconocen sin embargo características estables, de difícil variación, y esto produce que sufra un deterioro simbólico hacia el futuro.

La revisión de estas ideas que hemos plasmado invita a reflexionar sobre la conveniencia de que los sujetos con consumo problemático de sustancias ilícitas realicen el tratamiento dentro de territorios identitarios que son significados negativamente en su concepción general, que colaboran para que el padecimiento se origine, lo potencie una vez iniciado, y que en dos de los tres abordados sean simbolizados negativamente también hacia el futuro. El trabajo terapéutico permite que en algunos casos, las categorías negativas del territorio familiar suavicen esta inclinación. Por convicción o por falta de alternativas, la familia, con el aporte del tratamiento, vuelve a ser -como cuando estaban construyendo su personalidad- en las expectativas del momento de la

recuperación, el lugar con la mayor ligazón afectiva que los sujetos tienen para mantenerse seguros.

Bibliografía

Abiuso, F. (2016a). Algunos aspectos de la teoría fundamentada y su aplicación en un campo particular: la producción reciente de imaginarios sociales punitivos en torno al migrante limítrofe. En *Actas del V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS)*, publicación online. <http://elmecs.fahce.unlp.edu.ar/actas-publicadas>

Abiuso, F. (2016b). Un modo de construcción de la otredad. Representaciones de la Policía Federal Argentina acerca de los nexos entre la inmigración sudamericana y la delincuencia. *Delito y Sociedad*, 25(42), 103-129. <https://doi.org/10.14409/dys.v2i42.6762>

Abiuso, F. (2020a). Miradas sobre la alteridad. Entrevistas semiestructuradas a policías en torno a los vínculos entre inmigración y delincuencia. *Norus. Nuovos Rumos Sociológicos*, 8(13), 55-80.

Abiuso, F. (2020b). *Feos, sucios y malos. Un análisis comparativo de imaginarios estatales pasados y presentes acerca de las relaciones entre inmigración y delincuencia en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires* (Tesis de Doctorado inédita). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

ACIJ (2021). Salud Mental. *Recursos insuficientes y concentrados en el manicomio*. <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/Informe-presupuesto-y-salud-mental-2021-pdf.pdf>

Aguilar, M. D. P., & Cristar, F. (2014). ¿ Qué deberíamos saber sobre los efectos cardiovasculares de la inhalación de marihuana?. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29(1), 32-36. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202014000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

Aguilar Bustos, O. E. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 17(2), 69-70. www.redalyc.org/pdf/473/47323278001.pdf

Andrés, R. y otros (2014). *Experiencias de la familia con un integrante drogadicto*. Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud, Granada, España. <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/469.pdf>

Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Ramírez, I. A., & Soto, X. P. (2009). Mapas cognitivos aprendizajes desde la vivencia espacial. *Revista Geográfica de América Central*, 1(42), 11-29. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/303/8837>

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186-194. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289151752006.pdf>

Arnaiz Muñoz, A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830167.pdf>

Arroyo-Cabrales, L. M., Canseco-Herrera, M., Castillo-Romero, M. G., & Belmont-Gómez, A. (2012). Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en los primeros seis meses. *Perinatología y reproducción humana*, 26(3), 180-186. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372012000300003&script=sci_arttext

Ayllón Trujillo, M. T. (2003). La intersección familia-identidad-territorio: Estrategias familiares en un entorno rural de fuerte migración: Yucatán a finales del siglo XX (Tesis de Doctorado). Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/5163/1/T27293.pdf>

Benedetti, A. (2011). Territorio: concepto integrador de la Geografía contemporánea. En Souto, P. (coord.) *Territorio, lugar, paisaje*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

Blanco, J. (2007). Espacio y territorio: elementos teórico-conceptuales implicados en el análisis geográfico. *Geografía. Nuevos temas, nuevas preguntas. Un temario para su enseñanza*, 37-64.

Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em debate*, 41, 264-275. <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe2/264-275>

Breyman Miranda, H. V. (2015). Identidad, apropiación, sentido de comunidad y satisfacción residencial: claves de análisis para los estudios urbanos y la planificación. El caso del barrio Embajadores, Madrid (Tesis de Doctorado). Universidad Politécnica de Madrid. https://oa.upm.es/36559/1/Helga_von_Breyman_Miranda_01.pdf

Canavessi, J. J., Inamorato, M. G., Acquaviva, A., & Ruiz, J. (2016). Procesos de vulnerabilidad, consumo problemático de sustancias psicoactivas y prácticas delictivas. *Revista de Políticas Sociales*, (3). https://www.academia.edu/29331258/Procesos_de_vulnerabilidad_consumo_problema_tico_de_sustancias psicoactivas_y_practicas_delictivas

Capel, H. (1973). Percepción del medio y comportamiento geográfico. *Revista de geografía*, 58-150. <https://core.ac.uk/download/pdf/39036479.pdf>

Capel, H (2016). Las Ciencias Sociales y el estudio del Territorio. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. 21. <https://revistes.ub.edu/index.php/b3w/article/view/26319>

Cardeillac, V. (2016). Cannabis y esquizofrenia. Revisión de la literatura de los últimos quince años. *Rev. psiquiatr. Urug*, 33-44. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-973339>

Carneiro, C. y Pitágoras J (1997). Carneiro, C., & Bindé, P. J. (1997). A Psicologia Ecológica e o estudo dos acontecimentos da vida diária. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2, 363-376. <https://www.redalyc.org/pdf/261/26120210.pdf>

Carrillo, A. T. (1999). Barrios populares e identidades colectivas. *Serie ciudad y hábitat*, (6), 1-22. http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90160/AVA_2.X/Entorno_de_Conocimiento/barrios_populares.pdf

Castañeda Angarita, N. (2006). Desplazamiento ambiental e identidad territorial: caso de población reubicada 'por causas medioambientales en Colombia (Tesis de Geógrafa). Universidad Nacional de Colombia.. <http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egall1/Procesosambientales/Impactoambiental/21.pdf>

Carou, H. C. (2001). Territorialidad y fronteras del estado-nación: las condiciones de la política en un mundo fragmentado. *Política y sociedad*, 36, 29-38. <https://revistas.ucm.es/index.php/poso/article/download/poso0101130029a/24389>

Celada-Quezada, R. (1998). La madre adicta a la cocaína y el producto de su embarazo. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 19(3-4), 170-176. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481998000300005

Chacón Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Paganini, J. M., & Chorny, A. H. (1990). Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 109 (5-6), nov.-dic.

1990.[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n\(5-6\)p424.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n(5-6)p424.pdf?sequence=1)

Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2019). Instrumentos de registro. En *Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños*. Teseo.

Cohen, N. y Seid, G. (2019). Producción y Análisis de Datos Cualitativos. . En *Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños*. Teseo.

Contreras Olive, Y., Miranda Gómez, O., & Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista cubana de medicina militar*, 49(1). .
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000100007

Corboz, A. (2004). El territorio como palimpsesto. *Lo urbano en 20 autores contemporáneos*, 25-34.
https://bibliodiarq.files.wordpress.com/2014/08/5_corboz-a-y-maroy-s-le-territoire-comme-palimpseste.pdf

Cortés Valerio, A., Cortés Bejarano, F., Quesada Campos, J., Vargas Cedeño, J. D., & Xu Carranza, D. (2019). Efectos cardiovasculares en usuarios de cocaína. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28(1), 105-116.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/222>

Cuñat, E., Martínez Vázquez, C., & Pérez Carbonell, A. (2021). Aproximación al estudio de la negligencia parental y sus efectos en la infancia y la adolescencia. <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/148225/86449-Galerada%20final-321600-1-10-20211214.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Choéz, M. M. L., Figueroa, M. S. Q., & Álava, C. J. C. (2017). Factores de riesgo para la adicción en los adolescentes. *Sinapsis: La revista científica del*

ITSUP, 2(11),
6..<https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/sinapsis/article/view/126/113>

d'Argemir, D. C., & Muñoz, J. J. P. (1991). Familias migrantes: reproducción de la identidad y del sentimiento de pertenencia. *Papers: revista de sociologia*, 33-56. <https://raco.cat/index.php/Papers/article/download/25092/58216>

Da Silva, L. J. D. (1997). O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 585-593. <https://www.scielosp.org/article/csp/1997.v13n4/585-593/>

De Lellis, M. (2011). A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo. *Revista Diálogos. Universidad de San Luis*, 2(2), 7-25. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/salud/de%20lellis/A%20proposito%20de%20la%20Ley%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20-%20de-.pdf>

del Castillo, J. A. G. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1), 5-13. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>

OMS (1990). Declaración de Caracas . http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf

Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York academy of sciences*, 1186(1), 125-145. https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/78378/DiezRouxMair2010_AnnNYAcadSci.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud

mental. CS, (11), 43-71. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242013000100003

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivo de Salud Mental*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Tomás Dols, S., Valderrama Zurián, J. C., Vidal Infer, A. M., Samper Gras, T., Hernández Martínez, M. C., & Torrijo Rodrigo, M. J. (2007). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. <https://roderic.uv.es/handle/10550/2297>

Dutazaka, M. G. M., Moyon, M. V. V., Loor, W. A. S., & Yamunaque, Y. A. T. (2021). Trastorno bipolar. *RECIAMUC*, 5(1), 54-62. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/587>

Elizondo Jiménez, L. (2021). Habitar apropiando: identidad y apego en la vivienda popular de la Zona Metropolitana de Monterrey (1967-2020) (Tesis de Doctorado). Tecnológico de Monterrey. <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/643258>

SAHMSA (2018). Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y la Salud. <https://www.samhsa.gov/data/report/2018-nsduh-detailed-tables>

ETIOPATOGENIA, C. Y. (2009). Ataque cerebrovascular (ACV) isquémico. *Arch Med Interna*, 31(Supl 1), S34-S45.. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2009/vol31/supl1/3.pdf>

Fernández, A. E., Muguruza, C., Martínez, J. J. M., & Hernando, L. F. C. (2009). ¿ Es realmente el consumo de cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia?. *Norte de salud mental*, 8(34), 23-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830216>

Flores-Ramos, M. (2012). Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 26(3), 169-171. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300001

Forastero, M. C. (2017). Impacto del trastorno bipolar en pacientes de edad (Tesis de Doctorado). Universidad de Barcelona. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=252002>

Frances, R. J. (2013). Esquizofrenia y adicción. *RET, Revista de Toxicomanías*, 14. <https://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/adiccion023.asp>

Folgar, M. L. (2016). Consumo problemático de sustancias psicoactivas de NNyA en situación de calle. Vulnerabilidad extrema: tensión entre el discurso jurídico y la realidad. *Sección I. Derechos humanos de las personas con discapacidad*, 81. <http://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/02/Revista-MPD-2016.pdf#page=83>

Foro de Salud Mental, A. E. N. (2012). La declaración de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 32(115), 613-616. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300012

Foucault, M. (2007a). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (2007b). *Los Anormales*. Curso en el Collège de France (1974-1975). Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (2015a). *Historia de la Locura en la época clásica (Volumen 1)*. Fondo de Cultura Económica..

Foucault, M. (2015b). *Historia de la Locura en la época clásica (Volumen 2)*. Fondo de Cultura Económica.

Galdós, J. S. (2008). El estigma de la cocaína. *RES. Revista Española de Sociología*, (10), 97-114. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3752659.pdf>

Gálvez, B. P. (2014). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, 597-610. <https://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Suicidio-en-adictos-a-sustancias.pdf>

García, A. G. (2005). Vivienda, familia, identidad. La casa como prolongación de las relaciones humanas. *Trayectorias*, 7(17), 43-56. <https://www.redalyc.org/pdf/607/60722197006.pdf>

Cruz, A. G. (2016). Familia, educación y la construcción de la identidad y del autoconcepto en niños escolares. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 2(3), 40-46.. <https://psicoeducativa.edusol.info/index.php/rpsicoedu/article/view/22/74>

Garling, T. (1989). La metáfora del mapa cartográfico en los estudios sobre los mapas cognitivos urbanos. In *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* (Vol. 9, pp. 21-34). <https://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/view/AGUC8989110021A>

Giménez, G. (2000). Territorio, cultura e identidades. *Globalización y regiones en México*, 19-33. https://www.culturascontemporaneas.com/culturascontemporaneas/contenidos/region_socio_cultural.pdf

Giménez, G. (2001). Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas. *Alteridades*, (22), 5-14.. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/381/380>

Giménez, G. (2005). Territorio e identidad. Breve introducción a la geografía cultural. *Trayectorias*, 7(17), 8-24.
<https://www.redalyc.org/pdf/607/60722197004.pdf>.

Giménez, G., & Lambert, C. M. H. (2007). El desierto como territorio, paisaje y referente de identidad. *Culturales*, 3(5), 7-42.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4001209>

Goffman, E. (2006). Estigma. La identidad deteriorada.
<https://es.arlib.org/book/6159889/637a46>

Golovanevsky, L. (2007). Vulnerabilidad social: una propuesta para su medición en Argentina. *Revista de economía y estadística*, 45(2), 53-94.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/REyE/article/view/3840>

González, L. M. (2009). Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social. *En Lecturas sobre vulnerabilidad desigualdad social. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados (UN Córdoba y)-CONICET*.
<https://www.aacademica.org/leandro.m.gonzalez/62.pdf>

González, N. (2009). Revisión y renovación de la sociología de la familia. *Espacio abierto*, 18(3), 509-540.
<https://www.redalyc.org/pdf/122/12211825006.pdf>

Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias-Psicoanálisis y Salud Mental*.
sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/30572/Documento_completo_.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gutiérrez-Padilla, J. A., Padilla-Muñoz, H., Gutiérrez-González, H., Barrera-de León, J. C., Aguirre-Jáuregui, O. M., Martínez-Verónica, R., ... & Ávalos-Huizar, L. M. (2014). Evolución clínica de hijos de madres con adicciones internados en una unidad de terapia intensiva neonatal del Occidente de México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 82(07), 441-447.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50047>

Haesbaert, R. (2011). *El mito de la desterritorialización. Del fin de los territorios a la multiterritorialidad*. Siglo XXI.

Haesbaert, R., & Limonad, E. (1999). O território em tempos de globalização. *Geo Uerj*, (5), 7. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/49049>

Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000200007

Horcajadas, F. A. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19(2), 191-204. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/316>

Huertas García-Alejo, R. (1988). La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 8(25), 257-266. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14998>

Innamoratto, M. G., Canavessi, J. J., & Ruiz, J. D. (2020) Tribunales de Tratamiento de Drogas: análisis de su implementación en Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/tribunales_de_tratamiento_de_drogas_analisis_de_su_implementacion_en_argentina.pdf

Íñiguez Rojas, L. (2003). Geografía y salud en Cuba: tendencias y prioridades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 0-0 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400007

Íñiguez Rojas, L. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 701-711

[.https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400012&script=sci_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400012&script=sci_arttext)

Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Psicologia conductual*, 17(1), 155-168.. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Irurtia_17-1oa.pdf

Kumpfer, K. L. y otros (2013). Una intervención eficaz basada en las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de padres adictos al alcohol y drogas. *Pedagogía Social. Revista universitaria*, (21). <https://gredos.usal.es/handle/10366/140104>

Jiménez, D. E. A. (2020). La pandemia del COVID-19, su impacto en la Salud Mental y el Consumo de Sustancias. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 158-166. <https://camjol.info/index.php/HCS/article/view/10492/12213>

Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de* (Vol. 10). <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0922-95.pdf>

Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 7-17). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002

Leuret, F. (2001). *El tratamiento moral de la locura*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Levin, L. (2011). Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público e implementación estatal de tratamientos (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Quilmes. <https://repositorio.esocite.la/250/>

Lévy-Leboyer, C. (1985). *Psicología y medio ambiente*. Ediciones Morata.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=wQEbLSfP1WcC&oi=fnd&pg=PA9&dq=l%C3%A9vy+leboyer+psicologia+y+medio+ambiente&ots=3naeC5y9s-&sig=GlCMG8_c_6mS0StQ4Fi4IFRLV_k#v=onepage&q=l%C3%A9vy%20leboyer%20psicologia%20y%20medio%20ambiente&f=false

Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley de Salud Mental 19529 (2017).
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ley de Salud Mental 30947 (2019). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>

Lois, C. (2002). Miradas sobre el Chaco: una aproximación a la intervención del Instituto Geográfico Argentino en la apropiación material y simbólica de los territorios chaqueños (1879-1911). *Fronteras de la Historia*, (7), 167-186.
<https://www.redalyc.org/pdf/833/83307006.pdf>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004

Lóss, J. D. C. S. (2020). Estrategias de afrontamiento de familiares de adictos ante la recaída (Tesis de Doctorado). UCES.
http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/5837/1/Estrateg%C3%ADa_L%C3%B3ss_Juliana.pdfmknf

Loyo, L. M. S., & Loyo, J. R. (2013). Relación entre el comportamiento suicida y las adicciones. *Cerebro y Drogas*, 162.. <https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/cerebro-y-drogas.pdf#page=177>

Luévano Martínez, M. D. L. L. (2021). La naturalización de la violencia en el entorno familiar y su reproducción en el noviazgo. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 13(1), 117-136. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/revlatinofamilia/article/view/4255>

Llorens, R., Morales, E., De Vicente, T., & Calatayud, M. D. (2002). Estrés post-traumático y adicciones. *Adicciones*, 14(4), 487-490. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/477/473>

Maldonado, A. M., & Cruz, P. D. B. (2014). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios públicos*, 17(39), 137-157. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67630574008.pdf>

Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B., & Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud mental*, 36(5), 393-402. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam135g.pdf>

Martínez, P. A. S., Treviño, L. J., Mesa, E. M. D., González, M. P. G. P., González, P. M., Al-Halabí, S., ... & Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-274. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289132251007.pdf>

Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-467.pdf>

Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública:¿ hacia dónde vamos?. *salud pública de méxico*, 55, 67-73. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n1/v55n1a10.pdf

Miranda-Navales, M. G., & Villasís-Keever, M. Á. (2019). El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México*, 66(1), 115-122. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000100115

Molina Jaramillo, A. N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34. <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n1/e00075117/es/>

Montaña, E. (2007). Identidad regional y construcción del territorio en Mendoza (Argentina): memorias y olvidos estratégicos. *Bulletin de l'institut français d'études andines*, (36 (2)), 277-297.. <https://journals.openedition.org/bifea/3908#tocto1n8>

Monken, M., Peiter, P., Barcellos, C., Rojas, L. I., Navarro, M. B. M. A., Gondim, G. M., & Gracie, R. (2008). O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz*, 23-41. http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritoiro_na_saude.pdf

Monnet, J. (1999). Las escalas de la representación y el manejo del territorio. *Territorio y Cultura: del campo a la ciudad. Últimas tendencias en teoría y método*, 63-70. https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1261&context=abya_yala#page=63

Moraes, M., Scorza, C., Abin-Carriquiry, J. A., Pascale, A., González, G., & Umpiérrez, E. (2010). Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el

embarazo, su incidencia, características y repercusiones. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(2), 100-104. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168812492010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

Moral, M. V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., & Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15(27), 2-17. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sirvent/publication/274953574_Depression_and_addiction/links/552cf9a90cf29b22c9c48ff3/Depression-and-addiction.pdf

Moraes Castro, M., Sosa Fuertes, C., Umpiérrez, E., & González Rabelino, G. (2014). Consumo de alcohol, cocaína y cafeína en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño. *Interdisciplinarias 2013*; 2. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7590/1/consumo_de_alcohol_cocaina_y_cafeina_en_el_embarazo.pdf

Morales, E., Sandoval Escobar, M. C., & Machado Daza, A. (2018). Aspectos asociados al apego hacia las comunidades virtuales desde la teoría del lugar. *Elección, Razonamiento y Decisión*. https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/001/1656/1/7_Eleccion_consumidor.pdf

Manso, J. M. M. (2004). Maltrato infantil: análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicología y Salud*, 14(2), 215-227. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/843/1554>

Muñoz, J. T., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., & Torrens, M. (2017). Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. *adicciones*, 30(1), 66-76. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/868>

NIDA (2013). Conducir bajo la influencia de las drogas. Disponible en https://nida.nih.gov/sites/default/files/drugfacts_drugged_driving_spanish.pdf

NIDA. 2019, Diciembre 31. Conducir bajo el efecto de drogas – DrugFacts. Disponible en <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/conducir-bajo-el-efecto-de-drogas>

Nizama Valladolid, M. (2015). Innovación conceptual en adicciones: Primera parte. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(1), 22-29. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000100004

Nizama-Vía, A., & Nizama-Valladolid, M. (2012). Manejo empírico de las adicciones en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 167-167. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100036

Observatorio Nacional Vial (2019). Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en siniestrados viales. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_denov_estudio_alcohol_dic_2019_v3.pdf

Ocampo, R., Bojorquez, I., & Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *salud pública de méxico*, 51(4), 306-313. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2009/sal094f.pdf>

OMS (2003). Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. https://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf

OMS (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42865?locale-attribute=es&>

OMS (2006). Manual de Recursos sobre Salud Mental. Derecho y Legislación https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

OMS (2016). La Dimensión de Salud Pública del problema mundial de las drogas. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf

OMS (2020). Las 10 principales causas de defunción. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

OMS (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OMS (2021). Esquizofrenia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

OMS (2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Páramo, P. (1996). Psicología ambiental. *Suma psicol*, 1-12. <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/282>

Peña-Gutiérrez, M., & Navarro-Becerra, A. A. (2019). Estructura familiar y adicciones transgeneracionales. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 11(1). <http://revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP>

Pérez Sosto, G, y Romero, M. (Eds.). (2012). Futuros inciertos: informe sobre vulnerabilidad, precariedad y desafiliación de los jóvenes en el conurbano bonaerense. UNESCO.

Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpena Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad aten primaria*, 4, 75-78. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net>

Pizarro Hofer, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Cepal. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/4762>

Polaino Lorente, A. (2010). La configuración de la identidad personal en la familia.

https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/5271/1/Configuracion_Aquilino_Polaino_2010.pdf

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991). Disponible en <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>

Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of environmental psychology*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494483800218?via%3Dihub>

Ramírez Velázquez, B. y López Levi, L. (2015). Espacio, paisaje, región, territorio y lugar. Instituto de Geografía. UNAM. <http://librosoa.unam.mx/handle/123456789/1342>

Rentero, D., Arias, F., Sánchez-Romero, S., Rubio, G., & Rodríguez-Jiménez, R. (2021). Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. *Adicciones*, 33(2). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/ibc-ET6-2261>

Reyes Tovar, M., & Martínez Ruíz, D. T. (2015). La configuración identitaria en los territorios de migrantes internacionales. *Península*, 10(2), 117-133. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-57662015000200117&script=sci_arttext

Aguilar, L. R., & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(SPE), 790-797. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000700005&script=sci_arttext&tlng=es

Romero, D. G., González, A. O., & Bourzac, M. T. P. (2001). El barrio tradicional: sus procesos de identidad en la ciudad moderna. *Urbano*, 78-80. <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RU/article/view/654>

Roth, E. (2000). Psicología ambiental: interfase entre conducta y naturaleza. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 63-78. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-33232000000200007&script=sci_arttext&tlng=en

Ruiz Martínez, A. O., Cera, M. I. H., Arévalo, P. J. D. J. M., & Santillán, M. D. L. V. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS ADICTIVAS CON Y SIN CONDUCTA DELICTIVA FAMILY FUNCTIONING OF CONSUMERS OF ADDICTIVE SUSTANCES WITH AND WITHOUT CRIMINAL BEHAVIOR. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272014000100010&script=sci_arttext&tlng=en

Sack, R. (1986). La territorialidad humana. Su teoría y su historia. http://www.humanas.unal.edu.co/estepa/files/9713/3050/6990/Sack_territorialidad.pdf

Sánchez-Huesca, R., Guisa, V. M., Ortiz, R. M., & De León, G. (2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Adicciones*, 14(3), 371-379. http://www.conicrack.com.br/arquivos/dr_ricardo_sanchez_huesca.pdf

Santana, E. M. (2017) Efectos psicológicos del vínculo con figuras parentales con adicción a drogas. https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/56157888/Efectos_psicologicos_del_vinculo_con_figuras_parentales_con_adiccion_a_drogas._Santana_Ernesto_M._2017

Santi, M. F. (2015) Vulnerabilidad y ética de la investigación social: perspectivas actuales. En: *Revista Latinoamericana de Bioética* 2 (29), 52-73.

Sassone, S. M. (2007). Migración, territorio e identidad cultural: construcción de "lugares bolivianos" en la Ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 4(6), 9-28. <https://www.redalyc.org/pdf/740/74040601.pdf>

Sedano, A. R. y Itarejos, F. (2004). Identidad, coexistencia y familia. *Estudios sobre educación*, 105-118. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/8621/5/Notas%20d%20Identidad.pdf>

SEDRONAR (2009) Evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias. AMBA 2009. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/oad_2009._evaluacion_de_tratamientos_en_pacientes_por_abuso_de_sustancias_amba_2009.pdf

SEDRONAR (2011). Algunos análisis económicos sobre las sustancias psicoactivas en la Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/oad_2011._algunos_analisis_economicos_sobre_sustancias_psicoactivas_en_la_argentina_informe_final.pdf

SEDRONAR (2017). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_magnitud_d el_consumo_de_sustancias_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_magnitud_del_consumo_de_sustancias_0.pdf)

SEDRONAR (2017). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017_estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_resultados_sobre_demanda_de_tratamiento.pdf

SEDRONAR (2020). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir

del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/oad_estudio_aspo_eje_1_corregido_2_1.pdf

SEDRONAR (2021). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas (2019).
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informeoad2019final_1.pdf

Segato, R. (2003). Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Barbosa, J. S. (2012). Geografía médica y de la salud: conceptos, paradigmas y visiones en el contexto del cambio climático. *Geográfica digital*, 9(17), 1-19.
<https://revistas.unne.edu.ar/index.php/geo/article/view/2247>

Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(4), 446-452.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21251999000400018

Souto, P. y Benedetti, A. (2011). Pensando el concepto de lugar desde la Geografía. En Souto, P. (coord.) Territorio, lugar paisaje. Prácticas y conceptos básicos en Geografía (pp 83-128). Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

Suárez, A. L. (2018). Suárez, A. L. (2018). «Dime dónde consumes y te diré...» Antropología sobre el uso y abuso de cocaína. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*, 23(1), 56-83.
<https://revistes.uab.cat/periferia/article/download/v23-n1-llort/616-pdf-es/2369>

Suárez Egizabal, M. (2003). Interrelación entre la identidad de barrio y la identidad personal. Un estudio a través de la memoria. *Zainak. Cuadernos de Antropología y arqueología. Las culturas de la ciudad*, 1, 23-24.

https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/ejes/discriminacion_suarez.pdf

Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de La Pampa (2020). Informe de Gestión 10/12/19-10/12/20. https://www.radiokermes.com/images/2020/Diciembre_2020/INFORME_DE_GESTI%C3%93N-comprimido_compressed.pdf

Teixeira, C. A. B., Lasiuk, G., Barton, S., Fernandes, M. N. D. F., & Gherardi-Donato, E. C. D. S. (2017). Una exploración de la adicción en adultos que han sufrido estrés durante los primeros años de su vida: una metasíntesis1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kYffWNCL4cch55hSBKKDQbB/?format=pdf&lang=es>

Triaca, J. (2000). Drogadicción: pensar la multicausalidad. *Revista de psicoterapia psicoanalitica*, 5(4), 47-56. <https://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272000050404.pdf>

Tuan, Y. F. (2012). *Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. SciELO-EDUEL. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HKg3DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=tuan+topofilia&ots=ZE0mikypHC&sig=pRy8MmsE7Xn5LcbRwOCFeec2QSM#v=onepage&q=tuan%20topofilia&f=false>

Valera, S. (1996). Análisis de los aspectos simbólicos del espacio urbano. *Perspectivas desde la Psicología ambiental*. <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/593/Sergi%20Valera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valera, S., & Pol, E. (1994). El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la psicología social y la psicología ambiental. *Anuario de*

psicología/The UB Journal of psychology, 5-24.
<https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61126/88865>

Valladolid, M. N., & Vargas, J. M. B (2004) Aspectos médico legales y éticos del internamiento involuntario de pacientes adictos. <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2004/I/4->

Valverde Farías, J. C., Farías Moya, E. I., & Benítez-Guerra, G. (2009). Factores de riesgo para el consumo recreacional y la adicción de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en estudiantes de educación superior. *Revista de la Facultad de Medicina*, 32(2), 113-123.
http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-04692009000200006&script=sci_arttext

Vazquez, F., & Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12(5), 175-184.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/680/669>

Ventriglio, A., Vitrano, G., Barrios, I., Medina, A., Diaz, C. R., Gonzalez, I., & Arce, A. (2017, August). Uso de cannabis y desarrollo de esquizofrenia: ¿cuáles son los vínculos?. In *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* (Vol. 50, No. 2, pp. 95-102). <http://archivo.bc.una.py/index.php/RP/article/view/1440>

Willette, R. E., & Walsh, J. M. (1984). *Las drogas, el conductor y la seguridad en el tránsito*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52803>

Xarau, S. N., Cabrera, M. P., Roca, G. M., & de la Devesa, R. C. R. (2009). Urgencias en usuarios de cocaína. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Urgencias_en_usuarios_de_cocaina1.pdf

