



**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**-SEDE ACADÉMICA ARGENTINA**  
**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**

EL ENSAMBLAJE DE UNA TECNOLOGÍA RESIDENCIAL DE  
TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS EN LA REGIÓN  
METROPOLITANA DE CHILE

AUTOR: Francisco Javier Ugarte Reyes

DIRECTOR/A: Mauricio Sepúlveda Galeas

Santiago de Chile, diciembre de 2021

## Resumen

La presente tesis aborda el problema del funcionamiento de un centro residencial de tratamiento de drogodependencias en la región metropolitana de Chile desde una perspectiva de estudios sociales de la tecnología, específicamente sociología de las asociaciones o teoría de actor-red.

El primer capítulo ofrece un ejercicio genealógico que sitúa las tecnologías de tratamiento actuales en una densa red de actores y procesos históricos en Chile que permiten comprender sus heterogeneidades actuales. El segundo capítulo recopila antecedentes para pensar y problematizar las distintas dimensiones relevantes de una tecnología de tratamiento. El tercer capítulo asienta el marco teórico y metodológico utilizado para definir y rastrear estas tecnologías, además de ofrecer un ejercicio de reflexividad en curso que resitúa el diseño táctico de la investigación en función de sus primeros acercamientos al campo. El cuarto, quinto y sexto capítulo corresponden a resultados de la investigación, siguiendo un esquema de contextos, actores humanos, y objetos o materialidades del centro, que permite comprender los ejercicios de ensamblaje constitutivos de estas tecnologías. Finalmente, el capítulo 7 ofrece una síntesis del objeto reconstituido y articula una reflexión final asociada a la importancia de los hallazgos obtenidos.

## Abstract

This thesis addresses the operational issues of a residential drug treatment center in the metropolitan region of Chile from a technology social studies perspective, specifically in terms of the sociology of associations or actor-network theory.

The first chapter offers a genealogical exercise that places current treatment technologies in a dense network of historical actors and processes in Chile that allow us to understand their current heterogeneities. The second chapter collects background information to think about and problematize the different relevant dimensions of a treatment technology. The third chapter establishes the theoretical and methodological framework used to define and track these technologies, in addition to offering an ongoing reflexivity exercise that repositions the tactical design of the research based on its first approaches to the field. The fourth, fifth and sixth chapters correspond to the results of the research, following a scheme of contexts, human actors, and objects or materialities of the center, which allows us to understand the assembly exercises that constitute these technologies. Finally, chapter 7 offers a synthesis of the reconstituted object and articulates a final reflection associated with the importance of the results obtained.

## Agradecimientos

*A Patricia, Luciana y Elena*

## Índice

Resumen	II
Abstract	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de tablas	VII
Índice de fotografías	VII
Índice de figuras	VII
Introducción	1
Capítulo 1: Las raíces del tratamiento en Chile	5
1. Posicionamiento del autor	5
2. Anudamientos en contexto	8
3. La emergencia de un dispositivo aglutinador en EE.UU. y Europa	23
4. Arribo y traducción del dispositivo en Chile	27
5. Problematización: Explorar las divergencias e incoherencia en el campo del tratamiento	47
Capítulo 2: Escenario de antecedentes	52
1. Heterogeneidades y traducciones del tratamiento	52
2. Acercamiento a la operatoria de las comunidades terapéuticas en Chile	53
3. Enfoque biopsicosocial y redes sociales	63
4. Heterogeneidad tecnológica y pertenencias múltiples del sujeto	65
5. Apertura de redes y anclajes técnicos	69
6. Familias, alianzas y codependencias	72
7. Sobreposiciones en las fronteras institucionales	77
Capítulo 3: Marco teórico y metodológico	85
1. Claves teóricas y epistemológicas	85
2. Recursos para el seguimiento de una tecnología de tratamiento	92
3. Estudio de caso	93
4. Revisión de objetivos y dimensiones de estudio para la construcción del caso	94
5. Hipótesis	101
6. Selección del caso	102
7. Diseño táctico	104
8. Reflexividad y decisiones metodológicas en el campo	107
Capítulo 4: Primera capa de resultados. Las coordenadas relacionales del centro de tratamiento en el contexto hospitalario	148
1. Aislamiento y recuperación	152
2. Rechazo social en el contexto hospitalario	156
3. Unidad de Bebedores Problemas	167

4. Ejercicios de (des)estabilización en contexto hospitalario	173
Capítulo 5: Segunda capa de resultados. Terrenos y tensiones de ensamblaje	181
1. Esperando el ingreso	183
2. Psicólogo ambulatorio	187
3. El terreno familiar	189
4. La inestable unidad técnica	201
5. Religión, espiritualidades y concepciones de hábito	212
6. El discurso clínico	218
7. Armar el Frankenstein	222
8. El pelo demasiado largo	225
9. Micro resistencias cotidianas	230
10. Autonomía farmacológica	234
11. La emergencia del problema	237
12. La otra cara del daño	239
13. La parte maldita	242
14. La constitución protésica del usuario	247
Capítulo 6: Tercera capa de resultados. Los objetos mediadores del tratamiento	261
1. Materialidades y cajas negras	262
2. El lugar inasible o el engranaje de la incomodidad	268
3. Asociaciones y controles ambivalentes	276
4. La producción de un afuera	278
5. Cuerpos de calle	281
6. Superficies neuronales y objetos	284
7. El éxodo de las subjetividades	288
8. El entorno del ciborg	296
9. Las asociaciones del medicamento	298
10. Mediación y consolidación en documentos técnicos	301
11. Objetos y erosiones	306
Capítulo 7: Conclusiones y comentarios finales	310
1. Historicidad del tratamiento de drogodependencias	310
2. La pretendida estabilidad frente a la heterogeneidad	311
3. La emergencia y consolidación del management	311
4. Tecnologías deshumanizantes	312
5. Comentario final: Cultura, tecnología y ciudadanía	313
Bibliografía	319

## Índice de tablas

Tabla 1. Observación de talleres	131
Tabla 2. Observación de talleres	135
Tabla 3. Observación de talleres	139
Tabla 4. Observación de talleres	141
Tabla 5. Observación de talleres	144
Tabla 6. Observación de talleres	151

## Índice de fotografías

Fotografía 1. Casa de Salud de Mujeres	114
Fotografía 2. Vista de la ciudad desde el Hospital	116
Fotografía 3. Fachada de la unidad masculina de adicciones	118
Fotografía 4. Patio de la unidad masculina	119
Fotografía 5. Cancha de fútbol del Complejo Hospitalario San José de Maipo	120
Fotografía 6. Living de la unidad masculina del centro de tratamiento	121
Fotografía 7. Oficina del equipo técnico de la unidad masculina	123
Fotografía 8. Portón de entrada a la unidad femenina	125
Fotografía 9. Balcón de entrada a la casa de la unidad femenina	126
Fotografía 10. Sala de talleres de la unidad masculina	128
Fotografía 11. Comedor de la unidad femenina	129
Fotografía 12. La oficina del equipo técnico de la unidad femenina vista desde la entrada de la casa de las usuarias	133
Fotografía 13. Habitación de usuarios en unidad masculina	136
Fotografía 14. Archivo histórico 1	156
Fotografía 15. Archivo histórico 2	157

## Índice de figuras

Figura 1. Proceso de selección del caso	110
Figura 2. Técnicas de recolección de datos	111
Figura 3. Entrevistas semiestructuradas	112
Figura 4. Observación participante	113

## Introducción

Los estudios sociales de la tecnología suelen orientarse preferentemente hacia sistemas productivos o fuertemente ligados a la investigación científica (diseño industrial, fabricas, laboratorios, etc.) que incorporan un alto nivel de diversidad y sofisticación de objetos o instrumentos técnicos. La tecnología se reviste de un valor social relacionado con la innovación, el logro de resultados impensados y la expansión permanente de nuevos campos de observación, reflexión o bienestar que marcan un estado de admiración, ensoñamiento y, por cierto, miedos o incertidumbres acerca de sus consecuencias. Sin embargo, fuera de este foco glamoroso de las tecnologías de frontera en el campo de la tecnociencia y producción comercial de bienes y servicios, nos encontramos con otros funcionamientos técnicos, igualmente centrados en la expansión de capacidades, automatización y conexión con el sistema científico para resolver problemas prácticos, específicamente en torno a las intervenciones psicosociales de la política pública, que no suelen ser reconocidos y valorados bajo las mismas premisas modernas de productividad, control o intervención creativa de la naturaleza.

El lenguaje técnico se expande en distintas esferas de la experiencia humana, complementando o sustituyendo formas de acción que en el pasado se basaban en conocimientos o creencias personales, locales o sectoriales ajenas a los desarrollos científicos y sostenidos en funcionamientos altamente dependientes de la presencia y las competencias específicas de quienes las conducían. La política social es uno de los espacios donde se presenta con fuerza este giro hacia conocimientos generales, sostenidos en publicaciones científicas, acciones evaluadas y rediseñadas en base a evidencia científica y el ensamblaje de sistemas de intervención con operatorias que emulan los componentes de un sistema tecnológico material, esto es, proyectando el calce de distintos engranajes que en conjunto logran un estado de deseado de cosas. En Chile, por ejemplo, los marcos lógicos, y las evaluaciones ex ante, ex dure o ex post<sup>1</sup>, ganan crecientemente terreno como criterios básicos de

---

<sup>1</sup> La Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile comenzó la evaluación ex post (resultados e impactos) de los programas gubernamentales el año 1997, el 2008 inició la

funcionamiento de cualquier proyecto, programa o política, lo que supone la instalación de una narrativa y una serie de procedimientos, instrumentos y recursos destinados a la tecnificación de las intervenciones sociales.

Si bien las intervenciones provenientes de los sistemas de salud tienen una historia de fuertes vinculaciones con los sistemas científicos y tecnológicos, existen otras áreas de bienestar psicosocial que se enfrentan de una manera más precaria a estas improntas de tecnificación. Esto, debido a que los engranajes de su operatoria interna mezclan múltiples sistemas de prácticas y lógicas de intervención que difícilmente pueden emular la direccionalidad y claridad de objetivos que manifiestan otros sistemas técnicos. Entre estos sistemas de intervención se encuentran los centros residenciales de tratamiento de drogodependencias, cuyas operatorias entremezcla una serie de procedimientos, discursos, racionalidades y recursos que remiten a distintas áreas de bienestar y escenarios finales de intervención.

La impronta de tecnificación no es solo un instrumento de evaluación y asignación de recursos, sino fundamentalmente una manera de observar de una manera distinta la forma en que se construyen estos sistemas de bienestar social. Las tecnificaciones constituyen en gran medida un reduccionismo burocrático que actualmente intenta ordenar los proyectos y programas bajo una lógica legible y predecible que, con el tiempo, comienza a derivar en modelos menos lineales en las problematizaciones y metodologías que buscan impactos en el bienestar humano, y como tales requieren asumir un mayor nivel de complejidad que las intervenciones orientadas hacia el mundo natural, aunque en este propio campo las miradas sistémicas asociadas a desastres ambientales o sustentabilidad ya tensionan los modelos tradicionales y lineales de comprensión tecnológica.

Al margen de los métodos específicos, mirar las intervenciones psicosociales como sistemas tecnológicos requiere la movilización y adecuación de esquemas teórico-conceptuales que históricamente han estado ajenos a estas

---

evaluación ex ante (diseños), y el año 2012 el monitoreo (ejecución y avances). Estas evaluaciones se incrustan en la política fiscal del Estado chileno y determinan fuertemente la asignación de recursos públicos para los distintos proyectos y programas diseñados o ejecutados por cada gobierno.

esferas de la acción humana. A nivel político e institucional se observan múltiples ejercicios de acomodo forzoso y cinismo en términos de ofrecer narrativas de tecnificación, claridad de objetivos y ordenamientos internos que aseguren el financiamiento de lo que se hace. Sin embargo, basta mirar brevemente la cotidianidad de estos sistemas para constatar la multiplicidad, heterogeneidad, divergencia y contradicción de sus líneas de acción. Ahora bien, el posicionamiento de la presente tesis se aleja de una crítica reaccionaria de estas inconsistencias para, por el contrario, encontrar precisamente en dichos esfuerzos fallidos de ensamblaje un lugar privilegiado para comprender con un mayor grado de reflexividad el problema de la tecnificación de la vida moderna.

Puesto que los estudios sociales de las tecnologías no presentan un bagaje consistente en la observación de estos sistemas psicosociales, la presente investigación se ubicará en un lugar más bien primerizo y básico de reflexión, de tal manera que no se supongan o impongan componentes inexistentes y se desplieguen formas de observación coherentes con la complejidad del fenómeno. Para ello nos preguntaremos simplemente ¿En qué consiste una tecnología de tratamiento? ¿Cuáles son sus componentes, objetivos y cursos de acción?, y movilizaremos distintos esquemas teórico-conceptuales que nos acerquen a la comprensión de su operatoria interna bajo un enfoque sociotécnico, y desarrollaremos preguntas de mayor complejidad en la medida en que vamos desentrañando sus diversos elementos simbólicos y materiales constitutivos.

¿Desde donde partimos? La primera capa conceptual y operativa de este fenómeno nos indica que el consumo problemático de drogas, cuyo riesgo epidemiológico en Chile se calcula en torno al 10% de los consumidores de alcohol u otras drogas, es decir, un total aproximado de 590.621 personas de entre 12 y 65 años<sup>2</sup>, constituye, en primer lugar, un diagnóstico clínico que, según el DSM-IV o el CIE-10, agrupa una serie de padecimientos

---

<sup>2</sup> Estimación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), que distingue 463.242 personas con consumo problemático de alcohol y 268.991 personas con consumo problemático de otras drogas, especialmente marihuana, cocaína y pasta base de cocaína. Información ofrecida en la presentación del área de tratamiento de SENDA a la academia el día 19 de agosto de 2015.

individuales y colectivos asociados a las consecuencias negativas del consumo de drogas legales o ilegales. Una dimensión de este consumo problemático se relaciona con fenómenos físicos tales como el deseo intenso y apremiante de consumir, la pérdida de control sobre los tiempos, contextos o cantidades de consumo, reacciones corporales y mentales dolorosas frente a la suspensión del consumo que pueden llegar al delirio (síndrome de abstinencia), o la necesidad de aumentar progresivamente las dosis (tolerancia). Por otro lado, el consumo problemático se asocia a la pérdida progresiva de otros intereses o fuentes de placer por parte del consumidor y la mantención de la conducta de consumo aun cuando esta devenga en múltiples problemas en el plano físico, mental, relacional, académico, laboral o familiar. A esta última dimensión del consumo problemático se le suele denominar “Consumo perjudicial”.

Sobre la base de esta primera conceptualización, que nos muestra como la política y las instituciones asociadas a la intervención de drogodependencias en Chile razonan frente a las prácticas de consumo de la población, podemos comenzar a preguntarnos como se han tejido históricamente estas definiciones y se han ensamblado sus metodologías de intervención.

## Capítulo 1: Las raíces del tratamiento en Chile

### 1. Posicionamiento del autor

El desarrollo de una revisión histórica busca situar al lector en la compleja trama de actores, objetos, lenguajes, definiciones y racionalidades vinculadas al tratamiento de drogodependencias en Chile, trazando una temporalidad que abarca desde la construcción de la figura del toxicómano, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, hasta la operatoria actual de las políticas públicas de tratamiento de drogodependencias.

Por racionalidad entenderemos el sistema de reglas que ordena un conjunto o un régimen de prácticas (Castro-Gómez, 2010<sup>3</sup>) y fundamenta una operatoria tecnológica; accesos a la realidad, definición de objetivos, procedimientos de intervención, y administración de sus efectos sobre el individuo y las relaciones sociales. La historia de las drogodependencias en Chile evidencia formas de entender las drogas, el padecimiento, la recuperación, el trato, y los efectos de la recuperación en el sistema social, que, si bien son disímiles e incluso contradictorias entre sí, en tanto remiten a regímenes de prácticas distintos, logran articularse en una operatoria tecnológica relativamente estable.

La importancia de realizar una revisión preliminar de las condiciones históricas en las que surge la adicción o la drogodependencia (denominación actual) en Chile, radica en la comprensión de un régimen de saber, poder y placer que legitima algunos objetos discursivos en desmedro de otros (Foucault, 2002, 2003), racionalizando, codificando y configurando un estatus de normalidad, patología y recuperación en el campo de las drogas.

---

<sup>3</sup>“(…) aunque las prácticas son singulares y múltiples, deben ser estudiadas como formando parte de un ensamblaje, de un dispositivo que las articula. Y ese entramado no es la simple sumatoria de las prácticas singulares y heterogéneas que lo conforman, sino que funciona conforme a reglas. Los "conjuntos prácticos" o "regímenes de prácticas" (dos expresiones utilizadas por Foucault) tienen, pues, una racionalidad” (Castro-Gómez, 2010). Esta racionalidad, desde una perspectiva anglofoucaultiana o de “Estudios de gubernamentalidad” (Rose, 1998; 2007; Rose & Miller, 2008) opera inicialmente como una problematización de la vida cotidiana que permite pensar e intervenir aspectos conflictivos de la existencia humana, lo que implica una superficie de emergencia para las tecnologías que regulan el comportamiento más allá del funcionamiento acotado de las instituciones totales (Papalini, et al., 2012).

La pregunta que orienta la revisión histórica es cómo se han hecho posibles los discursos y las tecnologías que administran el problema de la adicción, lo que supone un énfasis en las conexiones de familiaridad o multiplicidad que establece el discurso de la adicción con otros discursos, relaciones y organizaciones presentes en la sociedad chilena, para viabilizar un campo discursivo de la adicción, y la constitución progresiva de materialidades institucionales, sistemas de prácticas y desarrollos tecnológicos en dicho campo.

Ahora bien, esta revisión no intenta participar, ajustar o menos aún establecer un canon historiográfico en materia de drogodependencia en Chile. Se trata más bien de aportar a una genealogía de las adicciones desde un punto de vista específico como es la relación entre historia y simetría en el campo de los estudios sociales de ciencia y tecnología. Esto supone contar la historia de las adicciones desde sus contradicciones, éxitos, fracasos y solapamientos. Perdedores y ganadores de la historia puestos en una misma narración, de tal manera que podamos reconocer ecos, reverberaciones de un pasado en el estado actual del poder y las materialidades en el campo del tratamiento.

En este sentido, la revisión histórica cumple el rol de volver a mirar aquello que en algún punto se dejó de contar, poniendo especial relevancia en los momentos de obturación, de cajanegrización, de clausura, que habilitan los ejercicios de olvido requeridos para gobernar una red de acontecimientos, y legitimar un sistema de prácticas e instituciones que se erigen como necesarias, o bien como el resultado final, racional e ineludible de un camino de errores depurados.

La idea de superación, de sofisticación permanente, de racionalización y tecnificación como avance hacia una manera óptima de hacer las cosas, niega los procesos de solapamiento y sobreescritura que dotan de sentido las tecnologías y las dotan de capacidades creativas para lidiar con distintos contextos relacionales, privilegiando un estatus de ganador que demanda un correlato narrativo lineal y jerárquico. Tomar el hilo de lo olvidado y ensayar una idea de presente compleja y contradictoria, fuera de las exigencias de coherencia y linealidad que requieren los desarrollos tecnológicos para operar

bajo el estándar moderno de legitimación, supone un ejercicio metodológico opaco y pedregoso. Son múltiples los hilos de la historia del tratamiento que podemos remontar al presente para explicarnos dimensiones específicas de su funcionamiento, y son múltiples también las incertidumbres sobre el diálogo efectivo que pueden establecer las instituciones con estos relatos solapados y subalternos.

Para resolver esta complejidad, la estrategia de revisión histórica es nodal, esto es, encuentra en el presente nudos problemáticos, crisis, innovaciones, o “punto de viraje” (Kornblit, 2007), que se observan no solo en las personas que forman parte de los centros de tratamiento, sino también en sus materialidades, instrumentos o programas. En este sentido, el tejido sociomaterial del tratamiento nos muestra hilos sueltos que resultan molestos, ruidosos, o, a veces, creativos e innovadores, que pueden ser rastreados para entender cuánto tiempo llevan existiendo en los contornos de su pretendida estabilidad, y qué implicancia profunda tienen en la comprensión de la manera en que operan los centros de tratamiento en la actualidad. La redacción de la presente tesis privilegia el ejercicio inverso, y explora estos hilos históricos antes de observarlos en la operatoria actual, de tal manera que la lectura adquiera una dirección convergente.

Esta forma de narrar la historia del tratamiento, como todo ejercicio historiográfico, está medida por un contexto político (Aurell, et al., 2013), por las corrientes de un clima político que demanda estilos, datos, hechos o puntos de vista que le inyectan energía a un espíritu de época. En este sentido, resulta importante explicitar las coordenadas socioculturales de esta redacción específica, entendiendo que ella ocurre en un Chile convulsionado e inestable que cuestiona las premisas de integración social y progreso que revistieron discursivamente su andamiaje institucional durante las últimas cinco décadas. Dicho afán revisionista demanda lecturas heterogéneas y habilita espacios académicos, científicos y tecnológicos susceptibles de ser ocupados por este tipo de planteamientos que en otros momentos pudiesen haber sido considerados inespecíficos, intrincados o acaso inconformistas o rupturistas frente a la prevalencia de una perspectiva conservadora del funcionamiento institucional. Es de especial interés para la presente tesis en su totalidad, la

apertura de lecturas y comprensiones diversas y contradictorias que eviten la clausura temprana de verdades o formas de hacer dominantes que no reconocen sus multiplicidades y heterogeneidad constitutivas.

## **2. Anudamientos en contexto**

El tratamiento de drogodependencias en Chile tiene orígenes y desarrollos complejos en términos de la amplia gama de motivaciones morales, culturales, políticas, religiosas, médicas o económicas que están detrás de sus problematizaciones públicas y el diseño de sus tecnologías. Las primeras referencias al consumo de drogas, como problema público que demanda intervenciones estatales, emergen fundamentalmente en la segunda mitad del siglo XIX y se concentran en el alcoholismo.

La configuración de la opinión pública en Chile, como espacio de discusión y construcción de una agenda abierta de gobierno que puede ser intervenida por distintos actores políticos mediante el uso de prensa (Fernández, 2007), tiene un momento clave en las controversias del alcoholismo, y luego de las toxicomanías, en la medida en que dichos temas delinear una serie de intereses sectoriales que disputan una interpretación y una línea de intervenciones estatales en un campo de acción inexplorado. En esta línea, a partir del año 1888 los periódicos o revista de distribución masiva cumplen un rol fundamental para instalar los valores anglosajones de la temperancia<sup>4</sup>, centrados en la necesidad de combatir, mediante el abstencionismo, la degeneración o la crisis moral producida por esta práctica fuertemente arraigada en la cultura chilena, y específicamente en las culturas populares.

Estos primeros discursos temperantes mezclan argumentos políticos, referidos a la relación entre las tabernas y la proliferación de ideas comunistas o anarquistas, morales, asociados a las necesidades de educación, patriotismo

---

<sup>4</sup> El movimiento de temperancia tiene sus orígenes en el cinturón bíblico del sur de Estados Unidos, a principios del siglo XIX (Porter, 1944), marcado por un cristianismo evangélico tradicional que enfatiza la moral del diario vivir, y la necesidad de abolir el consumo de alcohol como forma de recomponer el sentido de la decencia y el honor (Murdach, 2009). Posteriormente, la búsqueda de reformas morales se transforma en luchas legislativas, principalmente lideradas por mujeres cristianas, que culminan con la prohibición del alcohol en Estados Unidos entre los años 1919 y 1933 (Webb, 1999).

y progreso para las masas, y religiosos, de naturaleza fuertemente anticlerical, que denuncia la complicidad de la iglesia católica con los intereses vitivinícolas de las oligarquías nacionales (Fernández, 2007). Para la promoción de estos valores, la denominada “Sociedad de la Temperancia”, que agrupa a logias masónicas y asociaciones protestantes, inicia de forma muy temprana la fundación de organizaciones en diversos niveles de la sociedad chilena, especialmente entre las clases obreras y el artesanado (Grez, 1997).

Las dificultades que tienen estas primeras organizaciones para impactar en las cúpulas gobernantes agravan la necesidad de desarrollar anclajes populares, por ejemplo, en torno a las sociedades de socorros mutuos<sup>5</sup>. Sin embargo, ante el relativo alejamiento de las logias masónicas y la profundización del discurso evangélico en las organizaciones temperantes, la iglesia católica comienza a tomar un rol fuerte, fundando en 1901 la “Liga contra el alcoholismo” y modificando algunos valores presentes en la discusión pública.

Mientras el discurso evangélico de la temperancia se centra en el abstencionismo y la necesidad de una posición radical del Estado en términos de prohibición, la postura católica cambia este esquema poniendo a miembros de familias tradicionales a la cabeza de las nuevas asociaciones antialcohólicas y anclando sus valores en la beneficencia tradicional. Esto supone un cambio en la definición del problema, del consumo al abuso, y reformula las tecnologías de intervención desde la abstención absoluta que regía el compromiso de los participantes de organizaciones evangélicas, hacia un consumo moderado o la evitación de excesos. Sin embargo, un cambio mayor se produce en la lógica de la beneficencia, en tanto la discusión

---

<sup>5</sup> Las mutuales y organizaciones de socorro mutuo se inician en Chile a partir de la década de 1840, reuniendo a trabajadores o trabajadoras preocupadas de su seguridad laboral, ya sea en términos de accidentes, enfermedades o muerte. Si bien en un inicio estas organizaciones forman una parte importante del movimiento popular, en las primeras décadas del siglo XX se produce un distanciamiento político relacionado con diferencias acerca de las responsabilidades que debían asumir los patrones o el Estado en torno al bienestar de los obreros y obreras. Datos históricos extraídos el día 25 de jul. de 17 desde la página: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-93765.html>

valorativa, moral y estructural sobre la prohibición da paso a la gestión de los “vicios y dolencias populares” (Fernández, 2007)

La descripción detallada y la difusión masiva de los problemas sociales vinculados al alcoholismo, específicamente el despilfarro de los salarios, la precarización creciente de la familia, y el descuido o negligencia hacia los hijos e hijas, configuran un escenario de urgencia que motiva las primeras intervenciones de los servicios sociales del Estado chileno en las familias populares durante la década de 1920 (Fernández, 2008).

Si bien las asociaciones católicas toman ciertas tecnologías de intervención pública ya implementadas por los movimientos de temperancia, como es la disminución de la oferta, la educación y las formas alternativas de ocio, el mayor impacto se produce en las formas de entender y llevar adelante el cambio en la opinión pública, sustituyendo las narrativas de confrontación y proselitismo por la creación de mecanismos de información u opinión (Fernández, 2007). En este sentido el movimiento antialcohólico en Chile, durante las primeras décadas del siglo XX, logra conectar tempranamente la discusión pública con el funcionamiento de herramientas estadísticas, trazando nuevos esquemas para ponderar necesidades o urgencias, y haciendo emerger nuevos espacios de regulación biopolítica. Este proceso refuerza una perspectiva poblacional en el tratamiento de las drogas y genera las condiciones para la emergencia de un nuevo estamento de poder médico que se vuelve fundamental a partir de las primeras formas de institucionalización de sujetos consumidores.

Los procesos de institucionalización desplegados durante primera mitad del siglo XX, que comienzan en 1912 con la construcción de un Asilo de Temperancia y se terminan de fortalecer en 1943 con la inauguración del Instituto de Reeducción Mental, permiten a la medicina observar con detalle a los consumidores abusivos de alcohol, describirlos, medirlos y ofrecer un modelo biomédico de la toxicomanía. Como señala Nikolas Rose (1996), la categoría de sujeto que se construye en el espacio institucional reafirma las premisas de intervención de los estamentos expertos en salud mental, describiendo a un sujeto desanclado de sus redes, organizaciones o contextos

de sociabilidad, y pasivo frente a las formas de autoridad que se desarrollan en las instituciones de salud. En este sentido, la construcción en bucle (Hacking, 2005) del sujeto toxicómano posibilita la emergencia de una tecnología de recuperación sostenida en la descripción y la medición científica. De especial relevancia resulta la descripción del fenómeno “Delirium Tremens”, en el alcohólico, para extender la utilización del concepto de psicosis a la descripción de los estados de conciencia alterados de individuos que consumen cualquier tipo de sustancia psicotrópica (Becerra, 2009).

El alcoholismo y su estrecha vinculación con la idea de degeneración y contagio, que lo lleva a ser considerado una plaga junto a la viruela, la influenza y el sarampión (Becerra, 2013), perpetúa una mirada biopolítica que integra el gobierno de las poblaciones con el conocimiento e intervención detallada del cuerpo a nivel disciplinario. La doble función de la medicina en este contexto, generando desde las instituciones médicas la información que nutre las estadísticas de salud pública para su discusión política, y a la vez produciendo un conocimiento detallado sobre los cuerpos y sus formas de intervención, se refuerza con la extensión del problema al abuso de cocaína, heroína o marihuana. En este nuevo campo de disputas las posturas religiosas son sustituidas por posturas protocientíficas que buscan poner en relieve distintos acervos de saberes y técnicas para comprender e intervenir el fenómeno<sup>6</sup>.

Este punto es fundamental, puesto que el alcohol y las drogas tienen desarrollos epistémicos y sociotécnicos diferenciados. El consumo de drogas distintas al alcohol durante la primera mitad del siglo XX es escaso, y más escasos aún son los fenómenos de intoxicación o abuso que pudiesen habilitar la acumulación de descripciones, evidencias, o datos para la configuración de

---

<sup>6</sup> Según Vanina Papalini (2010), la diferencia entre la técnica y la tecnología es precisamente la intención de imponer coherencia a un sistema complejo de creencias y modos de hacer, mediante un vínculo con el conocimiento científico. A diferencia de las técnicas, que tienden a la multiplicidad, la divergencia, el solapamiento, y la socialización amplia, la tecnología busca posicionar una interpretación y un modo de hacer dominantes a través del ordenamiento de técnicas, su inscripción en el campo científico y el manejo estricto por parte de estamentos expertos. En este sentido, la tecnología no es una suma, sino más bien una articulación de técnicas diversas, lo que implica atender a una heterogeneidad interna que logra ciertos niveles de orden o estabilidad.

una clínica específica. Sin una clínica propia, las drogas son problematizadas como un apéndice del mismo problema descrito en torno al alcoholismo, lo que se sostiene precisamente por la escasez de casos que pongan en riesgo dicha integración, y el fortalecimiento de narrativas de lucidez con anclajes políticos y culturales diversos.

El intercambio ilegal de recetas médicas y la venta informal de alcaloides en las boticas constituyen dos fenómenos que marcan la emergencia del problema del consumo inadecuado de drogas tales como la cocaína, la heroína o la marihuana (Fernández, 2013). Sólo en una etapa posterior la transacción de estas drogas se desplaza a otros ámbitos de sociabilidad como son los espacios de entretenimiento nocturno, lo que supone una problematización pública sobre la autoridad y la responsabilidad de los gremios de médicos y farmacéuticos.

Durante las primeras tres décadas del siglo XX, se desarrollaron diversas reglamentaciones que produjeron cambios en la forma de comprender la relación entre este tipo de drogas y las personas, restando progresivamente autoridad a los boticarios y fortaleciendo la posición de los médicos. Esto supone el desplazamiento de una definición farmacéutica del problema más cercana a la gestión que a la patología, es decir, una mirada centrada en el mal uso de una sustancia que requiere acompañamiento, educación, limitaciones y dosis adecuadas. En esta lógica farmacéutica, el problema del consumo buscaba ser posicionado como una “locura toxica”, es decir, un trastorno producido por la mala gestión de una sustancia, que incluso demanda del Estado un suministro mínimo de dichas sustancias para un tratamiento que incluye la desintoxicación progresiva (Fernández, 2013). Sin embargo, prevalece un marco interpretativo y proto tecnológico que le impone al fenómeno de las drogas el mismo esquema clínico y poblacional que ya se había configurado en las décadas previas en torno al alcoholismo.

El fortalecimiento de los relatos nacionalistas, que destacan la necesidad de recomponer el cuerpo social en aras de articular nuevas formas de explotación económica en Chile, enmarca el problema de las drogas en el ámbito del trabajo y la eficiencia. En este plano, y mediante el resurgimiento de los

relatos coloniales del sujeto ocioso y vagabundo (Becerra, 2009), se articula un ideal nacional de clase trabajadora que motiva la emergencia de tecnologías que se alejan de las sustancias y se ubican en la retórica de los hábitos, la moral y el vicio (Fernández, 2009). Este cambio de foco consolida las tesis de enganche y alienación que se mantienen hasta la actualidad sin mayor controversia científico-pública, quizás con la excepción reciente del debate en torno al “uso medicinal de la marihuana”. En un estado muy precario de desarrollo, los saberes sobre las drogas se eslabonan en una estrategia mayor de gestión y control.

Junto a los métodos de inclusión de poblaciones marginales a la fuerza de trabajo, el tema de las drogas permite movilizar nuevas formas de control y disciplina hacia los trabajadores. La construcción del problema público del alcoholismo, y luego de las toxicomanías, estuvo fuertemente arraigado a los ideales modernizadores de transición capitalista motivados por las elites, y la necesidad de configurar un cuerpo social eficiente y disciplinado para el trabajo (Becerra, 2009). La historiografía chilena nos muestra que la relación entre alcohol y trabajo es regular en Chile hasta finales del siglo XIX, generando formas de negociación, arreglos o compensaciones que normalizan el consumo y la ausencia laboral ocasional. En este sentido la categoría de alcoholismo busca intervenir las tensiones históricas entre peones y patrones, modificando las prácticas del sujeto popular chileno, y afirmando solo aquellas dimensiones útiles y provechosas para el proceso modernizador (Artaza, 2008). En esta misma lógica, las primeras regulaciones asociadas al abuso de alcaloides se centran en las restricciones al uso de coca en mineros del norte de Chile, especialmente peruanos y bolivianos.

Si bien estas imbricaciones son eficientes en alinear a las elites y las dirigencias populares en torno al problema del alcoholismo, el sentido que adquiere su solución es distinta (Fernández, 2008) y marca el desarrollo histórico de nuevas y distintas racionalidades de recuperación: Mientras el mundo obrero observa el problema del alcoholismo y la ebriedad en claves de alienación, definiendo la sobriedad como un proceso de toma de conciencia fundamental para un movimiento emancipatorio, para las elites la ebriedad se define por conductas de derroche y negligencia,

fundamentalmente laboral y familiar, que demandan corrección. De esta manera, mientras el campo psiquiátrico construye el esquema del sujeto toxicómano mediante su observación institucionalizada, las organizaciones obreras abogan por una definición situada, histórica y política, que ancla en la intervención terapéutica un ideal transformador y no meramente normalizador o funcional.

Estas improntas disciplinarias en base a objetivos económicos muestra fuertes imbricaciones con las primeras racionalidades médicas en el plano de las toxicomanías. Los discursos eugenésicos y de evolucionismo cultural, sostenidos en la debilidad genética, biológica, cultural y moral del individuo y las poblaciones, se conectan con las tesis de higiene mental, para configurar una serie de tecnologías de tratamiento que abordan el fenómeno como una enfermedad; con dimensiones biológicas, mentales y sociales, pero expresada en el individuo.

Las tesis que presentan explicaciones biológicas y eugenésicas para la comprensión de la desviación social, como es en este caso el consumo extramédico de fármacos, toman fuerza en 1924 con la visita a Chile del médico español Antonio Pagador, quien propone una mirada centrada en la disposición perversa hacia la toxicomanía (Becerra, 2009), anclada en la debilidad evolutiva de ciertas culturas y la predisposición genética de los individuos. Esta manera de explicar las prácticas de consumo extramédico confirma los mecanismos de diferenciación y discriminación cultural sobre la base de la metáfora del contagio, que afecta especialmente a inmigrantes<sup>7</sup> y pueblos originarios, a la vez que permite gestionar los padecimientos y

---

<sup>7</sup> Gran parte de la problematización sobre el consumo de alcaloides en Chile, durante la primera mitad del siglo XX, se concentra en las prácticas de inmigrantes bolivianos, peruanos y chinos, específicamente en torno al consumo de hoja de coca y opio. En la misma línea se asocia el uso de cocaína en lugares de diversión nocturna con la presencia de músicos argentinos y centroamericanos (Fernández, 2009). Esta utilización de las drogas como forma de discriminación y diferenciación cultural se replica en Estados Unidos y la discriminación hacia los afrodescendientes, chinos y mexicanos (Slapak & Grigoravicius, 2006). Recientemente, una conversación entre el periodista Dan Baum y John Ehrlichman, consejero y asesor de política interior de Richard Nixon, muestra la relación entre la política de Estado denominada “Guerra contra las drogas” y la intención de estigmatizar, criminalizar y desmovilizar a las comunidades afroamericanas, Hippies e izquierdas opositoras a la guerra de Vietnam (artículo periodístico en: <https://harpers.org/archive/2016/04/legalize-it-all/>).

miserias humanas a través del conocimiento del individuo, lo que motiva la emergencia de los enfoques de “higiene mental” o “profilaxis social”.

El foco de higiene mental que se construye durante la década de 1930 y 1940 en Chile se sustenta en la autoridad del conocimiento médico, plasmado fundamentalmente en la construcción del sujeto toxicómano, pero encuentra progresivamente sus fundamentos poblacionales, que posibilitan su operatoria técnica en el plano del bienestar colectivo o la salud pública, en los estudios estadísticos, o específicamente, en la estimación epidemiológica del consumo abusivo o problemático de drogas. En este plano, el conocimiento epidemiológico sobre el alcoholismo tiene desarrollos importantes durante la década del 50 con estudios conducidos por psiquiatras tales como Ricardo Honorato, José Horwitz, Luis Muñoz, Juan Marconi y Enrique Rosenblatt (Naveillan & Vargas, 1989).

En este contexto se construyen las primeras evidencias sobre la relación entre alcoholismo y complicaciones mentales o físicas, fracaso escolar y delito (Vargas, 2009). En la misma línea, el foco en la higiene mental se fortalece con la cuantificación del porcentaje del salario que gastan los empleados y obreros en bebidas alcohólicas (Horwitz, 1960 en Vargas, 2009), o el número de hogares proletarios que tienen un jefe de hogar alcohólico (Muñoz, 1957 en Vargas, 2009).

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*, declara al alcoholismo como entidad nosológica, es decir, un fenómeno que debe ser estudiado, explicado y catalogado como una enfermedad, y la asociación americana de psiquiatría lo incluye en la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* en 1952. En Chile, la institucionalización definitiva del alcoholismo como un fenómeno médico se produce en 1950 con la creación del *Instituto de Investigaciones sobre Alcoholismo*, perteneciente a la Universidad de Chile, que impulsa las líneas de investigación con modelos animales para la comprensión del apetito por alcohol, refuerza los estudios clínicos y permite generar nuevos estudios epidemiológicos que estiman en un 5% de la población chilena la prevalencia de alcoholismo y en

un 15% la prevalencia de bebedores excesivos (Marconi, 2001). En 1957 el Servicio Nacional de Salud contrata como asesor al doctor Elvin Jellinek, investigador en bioestadística, reconocido mundialmente por su trabajo en materia de alcoholismo, para fortalecer las tecnologías de estimación del alcoholismo y sus abordajes médicos a nivel primario, secundario o terciario (Naveillan & Vargas, 1989).

Si bien la problematización pública del consumo de drogas durante todo el período analizado se encuentra estrechamente vinculada a la cuestión social, es decir, al problema de la recomposición de un cuerpo social popular desgastado y demandado por los objetivos de modernización nacional (Becerra, 2009), durante la década de 1960 estas formas de articulación entre el problema de las drogas y el mundo popular, en el que se posiciona predominantemente desde su emergencia, toma un nuevo impulso bajo la idea de una psiquiatría intracomunitaria y la emergencia de la psicología comunitaria.

Como hemos visto, los movimientos temperantes y antialcohólicos operan bajo premisas de precarización y alienación que afectan especialmente a las clases populares, articulando discursos y acciones en alianza con organizaciones de obreros, tal como lo evidencian los discursos de la dirigencia obrera (Fernández, 2008) o los movimientos anarquistas (Godoy, 2008). Sin embargo, esta relación se transforma durante la década de 1960 con la emergencia de dispositivos médicos altamente especializados y profesionalizados que buscan romper las inercias de la institucionalización e intentan desarrollar nuevas terapéuticas en alianza con las comunidades (clubes de alcohólicos, juntas de vecinos, clubes deportivos, centros de madre, iglesias, etc.). Como veremos, estas experiencias suponen un tipo de relación distinto, que transforma las jerarquías del relato temperante históricamente elaborado en las organizaciones de obreros, centrado en la explotación laboral, la generación de riqueza a costa del sufrimiento, la descomposición de la familia obrera o el adormecimiento de las masas, e instala un nuevo eje de movilización bajo la categoría de enfermedad, que había sido históricamente rechazada y combatida por los movimientos

protestantes de temperancia como forma de vindicar la agencia moral de los individuos y colectivos.

La categoría de adicción, que finalmente se consolidará en el mundo occidental a partir del trabajo de Henry Levine sobre la “enfermedad del cerebro” en la década del 70 (Apud & Romaní, 2016), opera en estos procesos de desinstitucionalización y anclaje popular bajo el concepto médico de dependencia, especialmente al alcohol. Los procesos políticos impulsados por los gobiernos de Frei Montalva y Allende en Chile encuentran un alto nivel de coherencia en la idea de dependencia como correlato médico de una dominación sociocultural, política y económica que no puede ser inmediatamente combatida de forma individual y voluntariosa. En esta línea, el proyecto de *Psiquiatría Intracomunitaria*, desarrollado entre los años 1968 y 1973 por el psiquiatra Juan Marconi<sup>8</sup>, destaca que la dependencia es una enfermedad, y, como tal, es superior a la voluntad de las personas que la padecen, reorganizando de esta forma los valores, los saberes y las técnicas que hasta el momento regían las acciones de las organizaciones populares y de los servicios de salud.

La categoría de enfermedad supone la instalación de un concepto no culpable del alcoholismo o las dependencias, comparable a la situación de pobreza o la dominación de la estructura capitalista (Labarca, 2008), generando espacios de anclaje para las tecnologías médicas, específicamente las terapéuticas y los fármacos que resultan útiles para el tratamiento de dependencias como es, en el caso del proyecto de Marconi, la Clorpromazina<sup>9</sup>. Esto supone la configuración de una red tecnológica muy potente que atribuye nuevos significados a los distintos actores participantes: 1) el médico relativiza su conocimiento experto mediante el diálogo con las personas y comunidades que experimentan directamente el padecimiento, y reviste su saber de contenido político emancipador, 2) el consumidor define su práctica de consumo como una enfermedad, una alienación subjetiva que

---

<sup>8</sup> Esta es la primera experiencia piloto de salud mental en centros de atención primaria de salud (APS) (Minoletti, 2012).

<sup>9</sup> La Clorpromazina es un medicamento neuroléptico utilizado para el tratamiento y control de los trastornos mentales, específicamente trastornos psicóticos (OPS, 2010).

no puede ser combatida por la pura voluntad y, por el contrario, demanda un proceso médico y político de naturaleza colectiva, 3) las organizaciones sociales adquieren un rol motivador, acompañante y significador en la operatoria de la abstinencia, y 4) las propias drogas adquieren roles políticos, algunas como el Alcohol en un sentido alienante, y otras como la Clorpromacina, un rol emancipador.

Esta tecnología comunitaria de tratamiento, que busca romper con la lógica médica de la institucionalización, conforma "unidades de adiestramiento", es decir, una forma organizativa para el paso de conocimiento en forma masiva desde los investigadores teóricos universitarios hacia la comunidad, configurándose una pirámide de delegación de funciones (Mendive, 2004). En este sentido, más que un proceso de desinstitucionalización, lo que opera en este nuevo paradigma técnico es lo que Michel Foucault denomina "enjambrazón de mecanismos disciplinarios<sup>10</sup>" (Foucault, 2008), que para Marconi constituyen procesos de "transferencia tecnológica" (Mendive, 2004) centrados en la adquisición de roles en gran medida estandarizados y la aceptación de los procedimientos técnicos. De especial interés para dichos procesos de transferencia tecnológica es la figura del alcohólico recuperado, en tanto este actor lleva consigo, en su corporalidad, su palabra, y su historia, las técnicas promovidas por las instituciones de salud, generando formas de

---

<sup>10</sup> Los anclajes múltiples de las tecnologías de tratamiento, es decir, la manera en que la conducta adictiva es gobernada mediante la fidelización de los distintos espacios sociales del sujeto (familia, trabajo, amistades, comunidad, etc.), permiten repensar la idea de control desde una perspectiva gubernamental. La categoría de control, que, en su énfasis posdisciplinario, se ubica preferentemente en las modulaciones subjetivas (Deleuze, 1999) o la proliferación y sofisticación de las denominadas tecnologías del yo (Rose, 1996), puede ser abordada, desde un enfoque sociotécnico, por el concepto de enjambrazón (Foucault, 2008). Las tecnologías del yo se sostienen en una red amplia de actores que ponen en juego distintas racionalidades de recuperación, lo que permite conjeturar distintas formas de control subjetivo, superando la idea de una sujeción directa, personalizada o modular (pensada para ser modular), y poniendo de relieve las formas de control que derivan de una tecnologización velada y progresiva de distintos espacios de sociabilidad del individuo, sustituyendo razones morales, relegadas al plano del idealismo y la irrelevancia, por razones prácticas, marcadas por la eficiencia (Papalini, 2010). El ejemplo más claro de estas asociaciones se presenta en torno al trabajo que desarrollan los centros de tratamiento con las familias, administrando influencias positivas o negativas, y transfiriendo una serie de procedimientos clave para la recuperación (Candil, 2016). En este sentido, aunque la materialidad del tratamiento se mantenga en el campo biomédico, las racionalidades prácticas del tratamiento rompen estos esquemas y se anclan en múltiples redes de saberes y técnicas, entre los que se destacan las familias, pero que incluyen también a las iglesias, las organizaciones comunitarias, las empresas o los servicios sociales.

socialización horizontal que lo constituyen como un “paciente experto”, clave para la proliferación de nuevos grupos de abstemios.

El solapamiento de las lógicas religiosas que prevalecen en las sociedades de temperancia y antialcohólicas en Chile desde finales del siglo XIX con estas nuevas racionalidades políticas y científicas que derivan de las altas cúpulas políticas e instituciones de salud, tiene como resultado una serie de tecnologías de tratamiento que entremezclan las éticas pastorales con la legitimación técnica del modelo biomédico, específicamente, el mandato y conciencia de estar combatiendo una enfermedad.

Esto supone la sustitución de los valores religiosos como marco de recuperación, básicamente la relación entre abstencionismo y virtud (templanza, temperancia), por los criterios de normalidad y patología que derivan de la psiquiatría, manteniendo lógicas jerarquizadas y confesionales radicalizadas por la idea de cronicidad, pérdida de voluntad y victimización. Posteriormente, en el contexto de la política de Estado impulsada por Estados Unidos, denominada “Guerra contra las drogas”, estas categorías de normalidad-patología se engarzan con representaciones de las drogas como sustancias foráneas, asociales, ahistóricas, contaminantes, y alienantes, es decir un “fetichismo de la sustancia” (Sepúlveda, 1997), que demanda de la ciudadanía posiciones radicales de defensa o ataque bajo un esquema bélico.

Si bien la experiencia de psiquiatría intracomunitaria supone el establecimiento de un diálogo con los conocimientos y técnicas que sostienen las propias comunidades para enfrentar la dependencia, agregando los soportes técnicos de la psiquiatría, en la misma década se produce otra experiencia denominada *Modelo de Salud Mental Poblacional* que enfatiza las dimensiones no médicas de la salud mental. Este modelo, conducido por el psiquiatra Luis Weinstein a partir del año 1963, se centra en la autodirección, cuestionamiento y acción de las poblaciones (Piper, 2008) para indagar en aquellos niveles de la salud mental que no logran ser registrados o elaborados por la psiquiatría hospitalaria, y la promoción de terapéuticas integrales, no autoritarias, de desarrollo humano (Weinstein, 2011).

Estos cambios en la manera de abordar la salud mental en Chile son fundamentales para comprender en el contexto nacional el paso desde un modelo biomédico de las drogodependencias hacia un modelo biopsicosocial, que indaga en dimensiones poco exploradas por el modelo médico y abre nuevos espacios de especialización y profesionalización en el ámbito de las drogas, ocupados fundamentalmente por la psicología.

Como señala Apud y Romaní (2016) el abordaje de las drogodependencias se disputa entre tres miradas que han logrado distintos niveles de posicionamiento en las discusiones públicas. Como hemos visto, el modelo biomédico se sostiene en el desarrollo de la psiquiatría y la producción de evidencia mediante la experimentación con modelos animales, epidemiología, estudios clínicos y, desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI, se sostiene en los avances de la neurobiología. A partir de la década del 70, el modelo biopsicosocial se constituye en gran medida como un complemento del modelo biomédico, sin embargo, desancla la explicación puramente biológica de las adicciones y busca incorporar en el mismo nivel de evidencia los estudios sobre la psicología de los usuarios y las tramas sociales como elementos constitutivos y no meramente contextuales del fenómeno. La complementariedad entre ambos modelos radica fundamentalmente en los vacíos explicativos que supone la categoría de dependencia física para la psiquiatría, y la hipótesis auxiliar que propone la categoría de “dependencia psicológica”. Finalmente, a partir de la década del 30, el tercer modelo, denominado sociocultural, se mantiene produciendo evidencia sobre los sentidos del consumo en un plano sociológico, historiográfico y antropológico que cuestiona permanentemente los saberes y tecnologías que instalan los otros dos modelos, señalando que los efectos del consumo no pueden dissociarse de su contexto cultural. En este plano se destacan los estudios antropológicos sobre los usos rituales y medicinales de sustancias como el peyote, los hongos alucinógenos, ayahuasca y marihuana. La escuela de Chicago retoma estos marcos de análisis en la experiencia urbana y propone interpretaciones asociadas al fenómeno de la desviación (Becker, 2014) y el etiquetamiento social como elementos centrales del denominado uso abusivo o dependiente de sustancias psicoactivas.

En Chile, la emergencia del segundo modelo de las adicciones se delinea durante las experiencias comunitarias de los 60, y tiende a consolidarse con la experiencia del psiquiatra José Horwitz, durante los primeros años de la década de 1970, cuyo modelo de atención extrahospitalario o de hospitalización parcial para drogodependientes, promueve un alto nivel de participación de los propios usuarios y sus familias. Sin embargo, a partir de 1973, debido al golpe militar y la instalación de la dictadura militar, los procesos de construcción colectiva de conocimientos y técnicas para el abordaje de las dependencias se suspende y prevalece una mirada centralizada y autoritaria que reduce la salud mental a los servicios de psiquiatría en hospitales generales y el tratamiento de alcoholismo exclusivamente en centros de Atención Primaria de Salud (APS) (Minoletti, et. al. 2012).

La violación sistemática de derechos humanos durante 17 años de dictadura militar produjo un deterioro profundo del tejido social y comunitario desarrollado durante los años 60, lo que implicó una relegación de los espacios de sociabilidad a la clandestinidad, el desarrollo de actividades protegidas por la iglesia católica, la acción de ONG con financiamiento internacional, y una concentración de los esfuerzos de intervención social en problemas graves de sobrevivencia debido a la situación económica, social y política del país (Piper, 2008).

Durante los últimos años de la década de 1970 e inicios de la década de 1980 emergen nuevas formas de abordar el consumo de drogas que se vinculan estrechamente con las graves condiciones de precarización y marginalidad que afectan a una parte importante de la sociedad chilena. A partir de las actividades que desarrollan las comunidades cristianas, que logra mantener espacios acotados de intervención social durante la dictadura militar, se desarrollan experiencias tales como el *Programa Poblacional de Servicios para Drogadictos “La Caleta”* (1986) cuyo objetivo es el trabajo con niños, niñas y jóvenes consumidores de inhalables, que viven en la calle en poblaciones excluidas de la zona norte y sur de la región metropolitana (Silva, 2014). Estas tecnologías, financiadas fundamentalmente por organismos internacionales (Fondo internacional de Salud, Oxfam, Terre des Hommes y

particulares extranjeros<sup>11</sup>), operan de una forma distinta a los aparatos biomédicos que habían logrado arraigos socio-comunitarios relevantes durante la década de 1960, reivindicando una racionalidad sociocultural centrada en el sufrimiento, la recomposición de identidades y una lectura crítica y estructural de la marginalidad social, lo que supone un relativo alejamiento del paradigma de la patología individual en el ámbito de las drogas<sup>12</sup> (Grondona, 1997).

A pesar de esta reelaboración, en el programa “La Caleta” se restituyen operatorias ya instaladas en la década de 1960 tales como el trabajo con monitores comunitarios, organizaciones sociales y familias<sup>13</sup>, y se agregan nuevas dimensiones preventivas, específicamente orientadas a los hermanos menores de los niños, niñas y jóvenes que consumen inhalables. Estas operatorias preventivas se anclan en una comprensión de la drogadicción que supera la dualidad enfermedad/tratamiento y busca comprender e intervenir las dimensiones de aprendizaje social vinculadas al consumo, poniendo en el centro del análisis el problema de la autoagresión y los mecanismos de control social.<sup>14</sup> En este sentido, la drogodependencia, aunque asume nuevas dimensiones reflexivas, retoma sus referencias a la dominación y la emancipación como eje fundamental de la recuperación.

Ahora bien, los énfasis que presenta la racionalidad comunitaria del tratamiento a finales de la década de 1980 se relacionan fundamentalmente con un contexto social y político marcado por la violencia de Estado, la clandestinidad de los círculos de sociabilidad, la pobreza, la marginalización

---

<sup>11</sup> <http://www.caletasur.cl/Quiénes-Somos/> Revisado el 23 de junio de 2017.

<sup>12</sup> Una profesional que fue participante de las iniciativas de prevención del consumo de drogas durante la década de 1980 y 1990, recuerda la importancia que tuvo la alianza entre las ONG y el financiamiento internacional en materia de prevención y tratamiento de drogodependencias durante los últimos años de la dictadura militar, y su marcado énfasis comunitario: “*El problema era los inhalables, en población muy vulnerada asociada a pobreza. (...) Todas las ONG tenían financiamiento de Italia, Holanda, que se yo, y nosotros nada. (...). Nosotros éramos súper pobres en el mundo de las ONG. No nos financiaban porque no trabajábamos en la línea de la pobreza*”. (Entrevista a informante clave 1)

<sup>13</sup> *Ibíd.*

<sup>14</sup> *Ibíd.*

de las comunidades, y una operatoria técnica, a manos de las ONG, tendiente a la rearticulación y la organización social<sup>15</sup>.

En 1985, la promulgación, en dictadura militar, de la ley de tráfico ilícito de drogas y estupefacientes N° 18.403, que regirá hasta 1995, establece como una falta el consumo de “substancias o drogas estupefacientes, psicotrópicas o productoras de dependencia física o psíquica”, sustituyendo por primera vez en la legislación chilena la categoría de “Adicción” por la de “Dependencia”, y facultando a los jueces para obligar a los consumidores de drogas a someterse a tratamientos para dicha enfermedad una vez que es confirmada por un médico psiquiatra. Durante el mismo período 1985-1995 cambian en Chile los patrones de consumo de drogas, incrementándose la presencia de Cocaína y Pasta Base de Cocaína. Ambos fenómenos motivan un incremento exponencial de personas que necesitan o están mandatadas a participar en un programa de tratamiento de drogodependencias, lo que supone un incremento gradual de los recursos públicos para la configuración de equipos multidisciplinarios de tratamiento y el inicio de la compra estatal de servicios hacia las comunidades terapéuticas (Dreckmann, 1996).

### **3. La emergencia de un dispositivo aglutinador en EE.UU. y Europa**

Durante la década del 60, la metodología de comunidades terapéuticas, nacida en Inglaterra y Estados Unidos en un contexto de crisis hospitalaria, reforma psiquiátrica y tratamiento del estrés postraumático en veteranos de la segunda guerra mundial, se reorienta hacia el abordaje de la adicción, incorporando como un componente fuerte la racionalidad de la autoayuda (Comas, 2008) y fortaleciendo el modelo de enfermedad y terapéutica grupal que ya venía promoviendo la organización de Alcohólicos Anónimos desde 1938 (Soto, 2011). En este contexto se adoptan una interpretación y un abordaje de las

---

<sup>15</sup> “Yo podría decir, que ellos (La Caleta) siempre han tenido esta estrategia de reducción de daños, porque era acoger a los chicos, sin un modelo de intervención propiamente tal, porque no había un modelo de intervención en ese momento. Era acoger a los chicos, estar con ellos, brindarles contención, acompañarlos. Era estar con los chicos. (...) Entonces ahí nosotros (Corporación Ancora) nos fuimos vinculando con otras ONG también, y ahí se armó una red de ONG. Íbamos reivindicando el ser ONG y la importancia que íbamos a tener en el gobierno democrático, qué rol íbamos a tener en el nuevo gobierno democrático, dado que el rol durante la dictadura era el acompañamiento de las comunidades en distintos niveles. Había ONG de todo”. (Entrevista a informante clave 1)

adiciones, plasmado en el denominado *Modelo de Minnesota* (García, 2011)<sup>16</sup>, que integra el modelo biomédico con las terapéuticas grupales provenientes de la psiquiatría comunitaria europea, fundamentalmente los trabajos de Wilfred Bion, Harold Bridger, Tom Main y Maxwell Jones<sup>17</sup>, entre otros, durante la década de 1940 y 1950, y de los movimientos anti-institucionales y anti-profesionales estadounidenses (Soto, 2011). Este modelo llegó a Chile a fines de la década de 1980, y se fortalece durante la década de 1990 cuando se reafirma su profesionalización y extensión global, específicamente en 1995 con la visita del presidente de la *Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas* (FLACT) y el nacimiento de la *Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas* (Soto, 2011).

La primera utilización del término “Comunidad Terapéutica” se encuentra en los trabajos de Bion, Bridger y Main, quienes desarrollaron técnicas grupales de tratamiento en el hospital militar de Northfield, Midlands, Inglaterra, a inicios de la década de 1940. Encargados de rehabilitar soldados con problemas psiquiátricos, estos autores buscaron formas de descomponer los roles tradicionales de médico-paciente, y generaron abordajes basados en la intervención de las relaciones grupales, y la promoción de responsabilidades y capacidades de autogestión. La premisa esencial de estos abordajes es la necesidad de trabajar con la comunidad en su totalidad y no con sujetos aislados. (Acuña & Sanfuentes, 2013). Esta línea de desarrollo europeo de las comunidades terapéuticas es conocida como la corriente democrática (Gosling, 2015)

Por su parte, la corriente norteamericana, que aplica el concepto de comunidades terapéuticas específicamente al trabajo con adicciones

---

<sup>16</sup> El modelo de Minnesota emerge de las experiencias terapéuticas desarrolladas en tres centros de tratamiento del alcoholismo en el Estado de Minnesota (Pioneer House, Hazelden y Willmar State Hospital) a finales de la década de 1940 e inicios de la década de 1950.

<sup>17</sup> La corriente europea de la psiquiatría comunitaria se fundamenta en múltiples experiencias que buscan reformular las intervenciones de salud mental en una lógica distinta a la hospitalaria clásica, lo que implica el fomento de abordajes no violentos, el trabajo ocupacional, el desarrollo de actividades recreativas y la promoción de autonomía. Estas experiencias tienen como referentes clásicos a Philippe Pinel cuyos trabajos se desarrollan a inicios del siglo XIX en Francia, John Conolly en Inglaterra (1850) y Hermann Simon en Alemania a principios del siglo XX. Todos los avances de estos autores fueron con el tiempo reemplazados por los sistemas autoritarios tradicionales de psiquiatría hospitalaria ante una alta demanda de usuarios y la ausencia de recursos humanos (Kooyman, 1992).

aproximadamente una década después de las experiencias psiquiátricas europeas (De León, 1995), pone especial énfasis en la autoayuda, el aislamiento espacial, y la posibilidad de configurar dispositivos de tratamiento al margen de las redes profesionales e institucionales. Esta segunda corriente de desarrollo técnico se inicia con la organización Alcohólicos Anónimos, y luego se reelabora en torno a las comunidades terapéuticas, extendiendo su campo de intervención a todas las drogas. Las experiencias pioneras de comunidades terapéuticas bajo el movimiento anti-institucional y anti-profesional estadounidense son Synanon, el año 1958, y Daytop Village, en el año 1963. Estas experiencias consolidan las técnicas basadas en el alejamiento de la ciudad y la construcción de comunidades rurales que promueven la autogestión institucional, la autoayuda y la ayuda mutua (Soto, 2011). Estas comunidades terapéuticas orientadas al tratamiento de adicciones se agrupan en la denominada corriente jerárquica (Gosling, 2015), atendiendo a su modelo altamente estructurado, autocrático y confrontacional.

La comunidad terapéutica Synanon derivó en un culto a su fundador Charles Dederich, un ex miembro de Alcohólicos Anónimos. Prontamente las terapias grupales de la comunidad Synanon, denominadas “Synanon Game”, se transformaron en diversas formas de humillación, coerción y control social, y se impusieron normas relacionales (cortar vínculos de amistad o familiares) estéticas (cabezas rapadas) y sexuales (vasectomías, quiebres relacionales, abortos) a sus miembros (Janzen, 2001). Una vez que salen a la luz pública los graves hechos de violencia que ocurrían en su interior (golpizas, desapariciones, amenazas e intentos de asesinato) Dederich es arrestado en 1978 y separado definitivamente de la comunidad Synanon.

Si bien la historia de esta primera comunidad estadounidense es a todas luces un fracaso para la intervención social y la atención en salud, y una alerta temprana acerca de los riesgos de configurar estas metodologías de tratamiento, las técnicas de Synanon son replicadas por una segunda generación de comunidades terapéuticas en Estados Unidos, cuyos referentes más conocidos son Daytop Village, conformada por ex funcionarios de Synanon y orientada al trabajo con infractores de ley, Phoenix House,

Gateway y Gaudenzia. Puesto que las técnicas confrontacionales, atribuidas en su origen a Synanon, son replicadas por esta segunda generación de comunidades (White y Miller, 2007), la corriente europea de comunidades terapéuticas inmediatamente se manifiesta contraria a estas metodologías. Las conferencias internacionales de comunidades terapéuticas, iniciadas en 1976, pusieron de manifiesto rápidamente las disputas entre estas dos corrientes, cuyas acusaciones fundamentales se relacionan con el autoritarismo, el totalitarismo y una clara tendencia hacia los cultos y el lavado de cerebros (Oettenberg, 1982). En este sentido, las comunidades terapéuticas europeas miraron con mucho recelo y aislaron las experiencias que tendían a reproducir estas prácticas, como son las comunidades de El Patriarca<sup>18</sup> en Francia o San Patrignano en Italia. (Broekaert, et. al. 2006; Goethals et al., 2011).

Desde la perspectiva de Vanderplasschen y Vandeveldde (2014), las comunidades terapéuticas europeas prontamente se distinguieron del abordaje conductista estadounidense, y construyeron un enfoque que incorporó elementos de tradición europea como son las teorías educacionales, psicoanálisis y aprendizaje social. Además, la idea de los ex adictos conduciendo los procedimientos del centro fue descartada y se consolidó el acompañamiento de profesionales entrenados, tal como se desarrolló en las experiencias de Bion, Bridger, Main y Jones. Por otro lado, en contraste con los fenómenos de aislamiento que promovieron las comunidades estadounidenses, las comunidades europeas incorporaron prontamente el trabajo con las familias.

---

<sup>18</sup> La fundación El Patriarca, creada por Lucien Engelmajer en 1972, en Francia, fue una cadena de comunidades terapéuticas, dispersas por todo el mundo, que se inició con la comunidad terapéutica “La Boère” en Francia. La metodología de esta fundación se caracteriza por la separación radical de las personas con sus contextos de origen, quienes abandonaron el país y se incorporaron a granjas auto gestionadas, administradas fundamentalmente por ex adictos rehabilitados. La fundación de Engelmajer fue públicamente conocida por sus grandiosas mansiones y castillos en Europa y Norteamérica, además de su inmensa capacidad de expansión asociada al cobro de mensualidades, donaciones, técnicas proselitistas y la mano de obra forzada y gratuita que prestaban sus usuarios en las granjas. La fundación de Engelmajer llegó a Chile en la década de 1990 y comenzaron los viajes de jóvenes chilenos al extranjero, principalmente a España, Portugal y Uruguay, para insertarse en las comunidades (Entrevista a informante clave 1). Cuando esta fundación se disolvió por las acusaciones de maltratos y prácticas sectarias, entre 1995 y 1998, sus exfuncionarios fundaron las comunidades Dianova, presentes hasta la actualidad en Chile.

En una comprensión distinta, Kooyman (1992) expone la experiencia de la comunidad terapéutica Emiliehoeve en Holanda, basado inicialmente en el modelo democrático europeo de Maxwell. Según las premisas iniciales de esta comunidad los pacientes participaban en todas las decisiones cotidianas de la comunidad, sin embargo, esto tuvo como resultado una serie de problemas, tales como que los pacientes preferían siempre ir a la playa, la cafetería o quedarse en cama antes que trabajar o participar en los grupos terapéuticos. Por otro lado, la evitación de los conflictos latentes de la comunidad o el escaso lugar que tenía la expresión de emociones derivaba en explosiones de violencia. Estos problemas se resolvieron el segundo año de funcionamiento de la comunidad mediante la introducción progresiva de la estructura y las herramientas provenientes del modelo norteamericano. Las claves de este giro fue la estructuración jerárquica de actividades y cotidianidad de la comunidad, el establecimiento de grupos de encuentro, y la promoción de valores de honestidad y apertura que motivan dinámicas de descarga. La experiencia de Emiliehoeve es clave para entender la adopción del modelo norteamericano por parte del Centro Italiano de la Solidaridad, puesto que fue en el marco de una visita a Emiliehoeve en el año 1976 que el equipo de dicho centro toma contacto con la metodología Daytop Village, asume las premisas para la instalación de la comunidad “San Carlo” en 1979, y se inicia la difusión de la corriente técnica de Proyecto Hombre<sup>19</sup>.

#### **4. Arribo y traducción del dispositivo en Chile**

En sus inicios, la metodología de comunidad terapéutica en Chile se monta sobre una red de actores que llevan casi un siglo problematizando e interviniendo el fenómeno del consumo de drogas en distintas dimensiones, con una fuerte presencia de las iglesias. Desde el tiempo de las sociedades de

---

<sup>19</sup> No obstante la importancia que Kooyman le da a la comunidad terapéutica Emiliehoeve en la entrada del modelo estadounidense a Europa, las primeras comunidades de la corriente jerárquica estadounidense en Europa son la experiencia “Alpha House” del doctor Ian Christie en el St. James Hospital de la ciudad inglesa de Portsmouth en 1968, y la comunidad terapéutica “Featherstone Lodge” creada por Griffith Edwards en la unidad de adicciones del Maudsley Hospital en el sur de Londres (Gosling, 2015). Ambas experiencias se enmarcan en la llegada de la organización Phoenix House a Inglaterra bajo la denominación “Phoenix House UK” (información institucional consultada en: <https://www.phoenix-futures.org.uk/our-story> el día 26 de agosto de 2019) .

temperancia o las ligas contra el alcoholismo, las iglesias católica y evangélica mantienen una fuerte presencia en el campo del tratamiento de drogodependencias, por lo cual no resulta extraño constatar que algunas de las experiencias emblemáticas de tratamiento, en la década de 1980 y 1990, correspondan al hogar “La Roca”, con origen en las iglesias evangélicas de la Región de Valparaíso, el centro de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos (CREHAD), fundado por el pastor evangélico Manuel Contreras, el hogar San Francisco de Asís en la Comuna de La Pintana, la comunidad terapéutica Tabor, dependiente del Arzobispado de Antofagasta (Soto, 2011), y la Fundación de Crecimiento y Desarrollo del Hombre “Credho”, perteneciente a la congregación católica de origen italiano denominada “Hijas de Santa Ana” (Muñoz, 1996). Esta última organización fue clave en la configuración de las primeras tecnologías de comunidad terapéutica y la emergencia de las primeras actividades de capacitación técnicas que consolidan la llegada a Chile de las comunidades terapéuticas.

La traducción que efectuó esta organización capacitadora en materia de drogodependencias en Chile se ancla en los conceptos y técnicas de “Proyecto Hombre”, cuyo origen se remonta al “Centro Italiano de Solidaridad (CEIS)” fundado en Roma por el sacerdote Mario Picchi en 1971. Mario Picchi fundó la comunidad terapéutica “San Carlo” en 1979, después de tomar contacto con la metodología norteamericana de comunidades terapéuticas (Broekaert, et. al. 2006). Si bien “Proyecto Hombre”, que en Chile se denomina “Proyecto hombre Chile” a partir de 1985<sup>20</sup>, no estandarizó ninguna metodología o terapia específica, y se limitó a utilizar la metodología sistematizada por la segunda generación de comunidades estadounidenses, específicamente Daytop Village<sup>21</sup>, el proyecto enmarca una serie de valores de renovación, libertad y búsqueda del bien, que, en la práctica, se traducen en procedimientos altamente normativos, y la promoción de una actitud pasiva

---

<sup>20</sup> Proyecto Hombre Chile fue fundado por Virginio Ascencio y Clara Gálvez de la Congregación de las Hijas de Santa Ana. Ambos fundadores se formaron en el Centro Italiano de la Solidaridad en Roma (CEIS). (Soto, 2011).

<sup>21</sup> La fundación de la comunidad San Carlo fue asistida por Anthony Gelormino, vicepresidente de la comunidad terapéutica Daytop de Nueva York.

por parte de usuarios una vez que son definidos por su fragilidad y necesidad de renacer<sup>22</sup>.

En este sentido, los valores de la reforma europea, centrados en el fortalecimiento de los recursos y capacidades de los usuarios que enfrentan un proceso de rehabilitación o tratamiento, son traducidos por una racionalidad religiosa que busca conducir eficientemente un proceso pastoral, centrado en el retraining, la auto-inspección y la promoción de una mayor cercanía de las personas con los sistemas de creencias y valores de la iglesia. La idea de reformar a la persona, conducirla por sobre sus deseos manifiestos, intereses o características particulares, mediante rutinas y experiencias frenéticas, en un lugar alejado de otras influencias sociales, genera un lenguaje común entre las primeras metodologías de comunidad terapéutica y la actividad de las iglesias chilenas.

“Hacer conducta” se constituye como un eje relevante de las tecnologías de tratamiento, lo que supone un lenguaje que incrusta las tecnologías de tratamiento en el campo de la infracción de ley. Esta racionalidad policial, motivada desde el plano técnico por Daytop Village y su orientación manifiesta hacia el tratamiento de adictos infractores de ley, se reafirma en Chile con la emergencia de la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) en 1990, ubicada organizacionalmente en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y por lo tanto permeada por una estrecha relación entre consumo de psicoactivos y delito. El código carcelario de “hacer conducta” para optar a beneficios penitenciarios, se ubica progresivamente en el campo del tratamiento de drogodependencias<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> “Las terapias y los métodos pedagógicos que hemos adoptado, las diversas estructuras que hemos podido lograr y las escuelas de capacitación son solo herramientas. De hecho, las terapias y las estructuras cambian, pero el objetivo no cambia: el renacimiento del hombre frágil”. Párrafo extraído de la página oficial de CEIS el día 12 de septiembre de 2018: <http://www.ceisroma.it/upgrade/progetto-uomo/>

<sup>23</sup> Los primeros cursos de tratamiento de drogodependencia en Chile exigían a sus estudiantes que fueran usuarios de un centro de tratamiento para que vivieran en carne propia el desarrollo de la tecnología. “¿Qué hipótesis se sostenía en ese entonces? ¿Por qué acatar y asumir hábitos era el eje de la rehabilitación?” *El cambio conductual. Ni siquiera cognitivo conductual, sino que conductual. Modificación de conducta. Acato y modifico. Eso decían “Acato-modifico”. Entonces, claro, hacían conducta. El punto era que tú te rehabilitabas “haciendo conducta”. Explicitamente decían “Hacer conducta”. Entonces tenías que levantarte a cierta hora, y era muy militar la formación. (...) En los grupos de sentimiento tenía que, sí o sí, buscar algo que expresar. O rabia o pena. Entonces me decían “contáctate*

El alejamiento de la ciudad promovido por la corriente norteamericana de las comunidades terapéuticas dialoga bien con la lógica de los monasterios y las diversas formas de reclusión presente en las iglesias. El contexto de posguerra y un clima de pesimismo extendido entre la población joven de Estados Unidos frente al proyecto de vida convencional urbano, deriva en la proliferación de múltiples comunidades que buscan reformular proyectos de vida y formas de subjetivación. En este sentido, las comunidades monásticas, las comunidades New Age de posguerra, y las comunidades terapéuticas comparten el ideal de un alejamiento físico para que las personas se reencontran consigo, con la verdad y con los demás (Janzen, 2001), lo cual facilita procesos ulteriores de traducción y alianza técnica, en tanto la idea de abandonar la ciudad y abocarse a una vida comunitaria se ancla en diversas fuentes de sentido y sistemas de prácticas arraigadas cultural y territorialmente.

La estrecha relación entre las racionalidades del reformismo psiquiátrico o los movimientos anti-institucionales, y las racionalidades religiosas, emerge de forma muy temprana en experiencias tales como “Proyecto hombre” de origen católico en Italia, la fundación “Teen Challenge”, de origen protestante en EE.UU.<sup>24</sup>, o incluso es posible atender a la influencia que tuvo el jasidismo, movimiento al que pertenecía el padre de Lucien Engelmajer, en la configuración de la organización “El patriarca” (Soto, 2011). De hecho, muchas de las técnicas agresivas de confrontación fundadas por Synanon son similares a las que presentan comunidades religiosas tales como los huteritas, el fundamentalismo cristiano, o el jasidismo (Janzen, 2001). Ahora bien, no es posible atribuir el contenido autoritario de las emergentes comunidades terapéuticas exclusivamente a estas imbricaciones morales religiosas. Los desafíos del reformismo europeo pasan por dejar atrás el rol autoritario tradicional del médico, muy arraigado en las prácticas de la psiquiatría, y por

---

*con la rabia”, porque a la base estaba puesto que el consumo era a propósito de que tenía guardado muchos sentimientos de rabia y pena. Entonces los grupos de sentimientos eran unas catarsis tremendas. Claro, yo lo miro después, saliendo, y bueno, puede haber sido muy iatrogénico para mucha gente. Por eso después vinieron las observaciones para ir profesionalizando esta tarea.” (Entrevista a informante clave 1)*

<sup>24</sup> La fundación Teen Challenge es creada en 1958 por el pastor evangélico David Wilkerson, y busca tratar las drogodependencias juveniles mediante un acercamiento a Jesús.

su parte, las emergentes comunidades rurales de autoayuda estadounidense prontamente tuvieron que lidiar con liderazgos carismáticos, proselitismo y la configuración de dinámicas sectarias en los asentamientos alejados de la ciudad. Se trata más bien del solapamiento de distintos lenguajes, valores, sentidos y apuestas técnicas, religiosas y no religiosas, que legitiman y fortalecen ciertos cursos de acción, como es el aislamiento, el comunitarismo, el castigo, la pasividad del usuario, el frenesí o la presión grupal, entre otros, que deviene en lo que hoy podemos observar en las comunidades terapéuticas.

La presencia de las organizaciones religiosas en el origen de las comunidades terapéuticas en Chile se relaciona en gran medida con el rol crucial que tuvieron estas organizaciones en la generación de iniciativas sociales y comunitarias de supervivencia durante la dictadura militar. En este plano, el comunitarismo de la década de 1970 y 1980 en Chile no deviene de un alejamiento o enclaustramiento voluntario, sino más bien de una articulación precaria de relaciones y recursos para sostener la vida en un contexto de exclusión radical. En este contacto con comunidades empobrecidas y agredidas sistemáticamente por el Estado, el tratamiento de drogodependencias adquiere valores fundamentales que se mantienen vigentes hasta el día de hoy, como es la fuerte relación entre rehabilitación y trabajo. La comunidad terapéutica “Talita Kum”<sup>25</sup>, vigente hasta el día de hoy, emerge en el contexto de un proyecto de capacitación laboral impulsado por la fundación Cristo Vive. En el marco de los esfuerzos por generar recursos laborales en población juvenil para la superación de la pobreza, las adicciones fueron identificadas como una amenaza fundamental, lo que motivó el desarrollo de un nuevo proyecto, integrado al mismo espacio de capacitación, centrado en el tratamiento de adicciones.

Las comunidades terapéuticas de origen no religioso en Chile se construyen fundamentalmente a partir de las extensiones que tienen las nacientes

---

<sup>25</sup> El nombre de esta organización hace referencia al evangelio según san Marcos capítulo 5, versículo 39 al 42. “Entra y les dice: «¿Por qué alborotáis y lloráis? La niña no ha muerto; está dormida.» Y se burlaban de él. Pero él después de echar fuera a todos, toma consigo al padre de la niña, a la madre y a los suyos, y entra donde estaba la niña. Y tomando la mano de la niña, le dice: «Talitá kum», que quiere decir: «Muchacha, a ti te digo, levántate.» La muchacha se levantó al instante y se puso a andar, pues tenía doce años. Quedaron fuera de sí, llenos de estupor”

comunidades terapéuticas estadounidenses en El Caribe, especialmente en República Dominicana y Puerto Rico. La comunidad terapéutica Manresa, fundada en 1991 y perteneciente al Hogar de Cristo, constituye una de las primeras experiencias de importación del modelo dominicano en Chile, fundamentalmente a través de un vínculo con CREA dominicana<sup>26</sup> (Muñoz, 1996). Posteriormente, en 1997 se consolida este modelo con la fundación de CREA Chile. De este modo, se incorpora a la red de tecnologías de tratamiento en Chile otra vertiente de la experiencia Daytop Village estadounidense, esta vez asociada al modelo caribeño y no a proyecto hombre<sup>27</sup>. Sin embargo, esta vertiente caribeña de las comunidades terapéuticas comparte el énfasis altamente estructurado y normativo de proyecto hombre, permitiendo una convergencia de lenguajes, saberes y técnicas de intervención<sup>28</sup>.

Para entender este arribo es fundamental atender al fenómeno de familiares que enviaron a jóvenes de nivel socioeconómico alto hacia el extranjero, fundamentalmente hacia la fundación El Patriarca o los hogares CREA en El Caribe, situación que motivó la creación en Chile de dispositivos de tratamiento que permitieran a las familias estar cerca de sus parientes y participar de una manera más activa en el proceso de tratamiento. Este

---

<sup>26</sup> Los hogares CREA son comunidades terapéuticas fundadas en Puerto Rico a finales de la década de 1960 por Efrén Ramírez sobre la base de la metodología sistematizada por Daytop Village. Ramírez ya había fundado en Nueva York la comunidad Phoenix House, considerada una de las protagonistas de la segunda generación de comunidades terapéuticas. Posteriormente, en la década de 1970 esta metodología es llevada a República Dominicana.

<sup>27</sup> Este interés chileno por la metodología caribeña motiva, durante el mismo período, la llegada de centros conducidos por sus propios fundadores en El Caribe, como es el caso de Rudy Colón, supervisor en CREA dominicana, y la instauración en Chile de los hogares “DAR”. “Manresa trae CREA dominicana, y ahí se abre paso Rudy Colón” (Entrevista a informante clave 2). Los hogares “Tú puedes” también son traídos por su propio autor dominicano Raúl Valdés, supervisor en CREA dominicana. Posteriormente, en 1997, Paulina Opazo funda el CREM (Casa de reeducación de mujeres) primer programa exclusivo para mujeres, también proveniente de CREA dominicana.

<sup>28</sup> Un profesional vinculado a la organización CREA recuerda de la siguiente forma la llegada de esta comunidad terapéutica a Chile: “(¿Cuándo empezó CREA Chile?) *Nosotros empezamos en el año 1997. Hogar Crea Chile surge de la intensión de un grupo de familiares que tenía a sus hijos haciendo rehabilitación en la República Dominicana. Estos familiares que tenían a sus hijos allá se empezaron a reunir semanalmente para apoyarse, en esto de tener a sus hijos lejos, en la retroalimentación, y les surgió la idea de generar o colocar algo para cuando estos hijos regresaran al país, y pudieran tener algún programa de seguimiento. De ahí surge que viaja un grupo de familiares al CREA dominicana, donde hablan con Leopoldo Díaz, que es el presidente de Hogar CREA dominicana, y Julio Díaz Capellán que es director nacional de tratamiento. Les solicitan la posibilidad de traer el nombre a Chile y empezar a generar un Hogar CREA.*” (Entrevista a informante clave 2)

proceso entremezcló dimensiones profesionales y personales, en la medida en que fueron psicólogos con familiares en tratamiento quienes lideraron el proceso de traer a Chile los programas que utilizaban en el extranjero<sup>29</sup>.

En este proceso de llegada del modelo dominicano a Chile jugó un papel fundamental la situación que viven los jóvenes de clase acomodada de Santiago durante el período de transición a la democracia. Los altos niveles de consumo que registraba esta población, especialmente de metanfetaminas y marihuana, impulsó el desarrollo de dispositivos clínicos con escaso conocimiento o preparación técnica, que se concentraron inicialmente en la desintoxicación, y luego en el desarrollo de proto tecnologías traídas desde República Dominicana. A diferencia de los dispositivos religiosos, que se centraron fundamentalmente en los sectores más empobrecidos del país, como es el caso de Credho y el Hogar de Cristo, los dispositivos no religiosos se anclaron fuertemente a las necesidades y los recursos que se movilizaban en torno a los jóvenes de clase media y alta de Santiago<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> “(Yo pensaba que el primer vínculo de Chile con la experiencia dominicana había sido la de Manresa) *No, es anterior. Hay una psicóloga chilena que trabajó en CREA dominicana en el año setenta y algo, setenta y ocho creo (¿Cómo se llama?) Norma Puch. Ella estuvo en la clínica Ñuñoa. Después de volver a Chile trabajó en la clínica Ñuñoa. Ella fue la primera que trabajó en CREA dominicana. También estuvo su hijo allá, en fin. (...) (¿Clínica Ñuñoa es exclusivamente de adicciones?) No, es una clínica psiquiátrica, pero tenían su programa. Trataron de hacer varias veces un programa de rehabilitación de adictos por la cantidad de pacientes que generaba el sector. Básicamente, en esos años la clínica Ñuñoa era la clínica del sector oriente [sector de altos ingresos en Santiago], salvo un par más del barrio alto inaccesibles para un sector más medio. (...) Norma trabajaba como psicóloga en la clínica y ella después generó un programa que se llamaba “La Casa Azul” que era un programa ambulatorio para estos tipos que llegaban a la clínica y los desintoxicaban. Entonces en vez de mandarlos después a una comunidad terapéutica en dominicana, vieron un nicho de negocio que se podía dar en este programa ambulatorio. Entonces en la clínica los desintoxicaban, los peinaban un poquito y los mandaban a este programa de “La Casa Azul”.* (Entrevista a informante clave 2).

*“Por supuesto que se fue desarrollando. Por esos destinos de la vida se incluyó un psiquiatra de renombre, conocido, que es Humberto Guajardo (¿Se incluyó dónde?) En el mundo de las comunidades terapéuticas. Por un tema personal, él tuvo un hijo con problemas, que estuvo con nosotros en CREA (¿CREA Chile o CREA dominicana?) Ambos. Y ahí Humberto empezó a trabajar con nosotros en voluntariado, cuando su hijo estaba en República Dominicana. Se empezó a juntar con estos familiares, y cuando regresa y se involucra con nosotros surge la idea de generar una carrera de técnico en rehabilitación en drogodependencias en la USACH. Carrera inédita en Latinoamérica (Que de alguna manera destrona a Santa Ana ¿no?) Sí claro, porque en ese momento estaba Santa Ana y Credho, con Remo y Pablo.”* (Entrevista a informante clave 2)

<sup>30</sup> “*Tu tenis una generación que eran hijos de la dictadura. Cabros que vivieron cuando empezó lo de la marihuana, Emilia Téllez, Villa La Reina, mucho exilio, los cidrines, escanciles (\*Cidrin y Escancil son fármacos cuya composición es Clorhidrato de Metanfetamina, utilizado para el tratamiento del síndrome de déficit atencional o trastornos*

La comunidad terapéutica Alfa forma parte de una corriente de comunidades terapéuticas que no tienen en su origen un referente religioso directo. Desde finales de la década de 1980 el psiquiatra Rolando Chandía se dedica a la prueba de terapias basadas en el uso de disulfiram inyectable<sup>31</sup>, y luego de tomar contacto con las comunidades terapéuticas que se desarrollan en El Caribe, funda en Chile, en el año 1994, la comunidad terapéutica Alfa, una de las primeras comunidades del país. Al igual que todas las primeras experiencias de vinculación con el modelo caribeño, la comunidad Alfa inicia sus actividades con la colaboración de Franklin Ariza, reeducado en CREA dominicana (Soto, 2011). Posteriormente, la comunidad Alfa cambió su modelo mediante la incorporación de Juan Carlos Torres, formado en el Centro Italiano de la Solidaridad (CEIS), y la salida de Ariza, lo que supone un giro hacia los principios de intervención de Proyecto Hombre. Este es un caso ejemplificador de las profundas vinculaciones que se desarrollan entre las distintas vertientes de las comunidades terapéuticas, el relativo desplazamiento de las racionalidades biomédicas durante la década de 1990 y el lugar preponderante que ocupan las corrientes de origen religioso.

En la misma fecha emerge la comunidad terapéutica Colina, fundada por Juan Palacios<sup>32</sup>, quien asumió posteriormente la presidencia de la asociación

---

de concentración/atención con hiperactividad, y como anorexígenos para suprimir o disminuir el apetito), *las anfetetas verdes* (\*Se refiere al uso de efedrina, también llamada anfetamina o éxtasis verdes por su origen en las plantas que se agrupan en el género Ephedra), *las católicas* (\*Se refiere a una anfetamina que circulaba en forma de cápsulas de color blanco y celeste. Estos colores remiten al club de fútbol de la Universidad Católica de Chile). *Entonces es una generación que se pasó al libertinaje. Cabros con problemas. Estaba el Marshall, el San Charly (¿Qué son?) Colegios que agrupaban a los echados del sector oriente de Santiago. Se empezaron a agrupar todos los drogados de Santiago en esos dos colegios.*” (Entrevista a informante clave 2)

<sup>31</sup> Información consultada el día 21 de septiembre de 2018 en: <http://www.alfaadicciones.cl/historia.php> El disulfiram es un fármaco que produce efectos desagradables cuando el paciente bebe alcohol, tales como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor en el pecho, debilidad, visión borrosa, confusión, transpiración, asfixia, dificultad para respirar y ansiedad. <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682602-es.html> Su utilización se inscribe en el paradigma de las terapias de aversión con bases teóricas en el condicionamiento.

<sup>32</sup> Juan Palacios es un asistente social que trabaja con Maxwell Jones y trae a Chile una mirada inglesa vinculada al movimiento de antipsiquiatría. “*Juan murió creyendo en la comunidad terapéutica* (Pero en su corriente europea ¿no?) *Sí, claro, por supuesto, con una visión profesionalizada del cuento. La comunidad terapéutica clásica con inclusión profesional, no la comunidad guiada sólo por ex adictos*” (Entrevista a informante clave 2). Juan Palacios (S/F) reconoce el valor de la experiencia de los operadores terapéuticos capacitados, sin embargo, alerta, siguiendo a Lakoff, que los ex adictos pueden guardar resentimiento hacia los equipos profesionales debido a las imperfecciones del tratamiento

chilena de comunidades terapéuticas y tuvo un rol clave en la unificación, profesionalización y estandarización de los enfoques de tratamiento de drogodependencias presentes en Chile a inicios del siglo XXI. Mientras las comunidades de origen dominicano y la red de organizaciones religiosas vinculada a proyecto hombre asumen indirectamente la metodología Daytop construida inicialmente para trabajar con población infractora de ley, la comunidad Colina se nutre de un modelo de salud mental europeo, proveniente de la Universidad de Essex, Inglaterra, que acerca las comunidades terapéuticas chilenas a las reformas impulsadas durante el retorno a la democracia por los médicos Alfredo Pemjean y Alberto Minoletti<sup>33</sup>. La presencia de psicólogos y psiquiatras en los procesos de importación del modelo de comunidades terapéuticas caribeñas facilitó un diálogo con esta perspectiva europea que opera bajo premisas de salud pública, sin embargo, el proceso de profesionalización enfrentó grandes desafíos, especialmente en la capacitación y certificación de los monitores o técnicos en rehabilitación, usualmente ex usuarios, que emergen rápidamente a partir del modelo norteamericano, ya sea en la traducción de Proyecto Hombre o CREA dominicana, y se constituyen como un grupo de interés relevante<sup>34</sup>.

---

que reciben, fundamentalmente en el plano de la integración y el estigma social. Este resentimiento emerge en forma de resistencia pasiva e inclinación a seguir cursos de acción sin consultar a los profesionales.

<sup>33</sup> El Plan Nacional de Salud promulgado en 1993 tiene como una de sus seis prioridades la salud mental en dispositivos de atención primaria de salud (APS). Esto significó que muchos profesionales de APS se capacitaron en problemas de salud mental y comenzaron a desarrollar intervenciones preventivas. Un año antes se inició el ingreso de psicólogos y trabajadores sociales a los equipos APS para desarrollar actividades psicosociales. A partir del 2000 esta política de salud se masifica, y el 2004 el abuso o dependencia al alcohol y otras drogas se incorporan al sistema de garantías explícitas de salud (GES) (Minoletti, 2012). Este cambio en la racionalidad de los dispositivos territoriales de salud es relevante para entender el aumento de programas ambulatorios, hospitales de día, programas psicosociales de rehabilitación, y el giro que comienzan a experimentar las comunidades terapéuticas hacia el enfoque biopsicosocial.

<sup>34</sup> *El otro conflicto que surge es que, a partir de la carrera de técnico en rehabilitación, todas las acreditaciones del servicio de salud dejan de tener validez (¿Por qué? ¿Esas son las que entregaba Credho?) Claro po, y los primeros técnicos en rehabilitación daban la prueba de conocimientos en el servicio de salud y esa acreditación les permitía trabajar en la circunscripción de ese servicio. Por lo tanto, mucha gente no tenía los medios, o no quería lisa y llanamente. Hubo mucha resistencia con la carrera de técnico en rehabilitación, y por supuesto que eso empieza a imposibilitar el seguir avanzando en la mirada de profesionalización de la comunidad terapéutica, donde ya no bastaba la experticia, la experiencia, los años de conocimientos, sino que tenían que certificarse (Esa corriente de profesionalización no viene de la corriente caribeña) No, no, no (¿Entonces quien instala esa*

El retorno a la democracia supone un cambio en las instituciones de salud mental que afecta también al tratamiento de drogodependencias. La restringida oferta de prestaciones públicas durante la dictadura comienza a diversificarse, y se revitalizan líneas de desarrollo técnico al alero de la experiencia que traen profesionales retornados del exilio. Este es el caso del médico Mauricio Troncoso, exiliado en Croacia, y el modelo ecológico social multifamiliar<sup>35</sup>, que revitaliza las experiencias de psiquiatría comunitaria impulsadas durante la década de 1960-1970 por Marconi y Horwitz. Por su parte, los centros de adolescentes, que, durante la dictadura, restringían las prestaciones de tratamiento a jóvenes, se abren a la población adulta y reformulan sus metodologías. Este es el caso de Milton Flores en el centro de adolescentes de La Reina, o de Luis Luarte en el centro de adolescentes de Puente Alto. Estas experiencias técnicas en dispositivos públicos de salud difieren de la metodología de comunidad terapéutica y reivindican un tratamiento de tipo ambulatorio, abierto, flexible y con un mayor énfasis en las características particulares de los usuarios antes que en la configuración de comunidades alejadas de los contextos territoriales específicos de cada uno de ellos. A diferencia de las comunidades terapéuticas de origen estadounidense, cuya premisa central es la ayuda que puede prestar el ex usuario de drogas en base a su propia experiencia de recuperación, los dispositivos de salud son profesionales, y fortalecen el lugar de los psicólogos y psiquiatras en el tratamiento de drogodependencias.

---

idea?) Juan, Juan, Juan, sin lugar a duda (¿Y eso fue por el vínculo que él sostenía con Minoletti y Pemjean?) Absolutamente, claro po. Porque Juan llega a crear la unidad de tabaco, alcohol y drogas a Chile. Entonces Pemjean llama a Juan para ofrecerle esto cuando él venía llegando, y Juan empieza con la idea de la profesionalización, y posteriormente viene el cambio del decreto 4 (¿Qué es el decreto 4?) Es la acreditación de las comunidades terapéuticas como centros de tratamiento. Ese decreto lo creó Bachelet en el 2010, y ahí quedó la cagá. Venía del 2008, pero ya antes de eso venía toda esta pelea de “yo estudio” “Yo no”. (Entrevista a informante clave 2)

<sup>35</sup> Modelo elaborado por el doctor Vladimir Hudolin en la universidad de Zagreb, Croacia. Este modelo propone la creación de grupos de autoayuda que incluyen a las familias de los usuarios, y una metodología centrada en el cambio comunitario y territorial mediante estrategias educativas y de acompañamiento. Troncoso participó en la década de 1970 en las experiencias de psiquiatría comunitaria de los médicos Mardones, Marconi y Horwitz, que incorporaron a las familias como un componente fundamental de la intervención en salud mental. Luego del exilio Troncoso comienza la implementación del modelo multifamiliar el año 1993, en la comuna de Renca (Flores, 2007).

Ahora bien, la fuerte entrada del modelo estadounidense, religioso o no religioso, durante los inicios de la década de 1990, la rápida instalación de dispositivos de capacitación para ex usuarios de centros de tratamiento, y la premisa central del modelo que señala que son precisamente estos los actores mejor capacitados para comprender y conducir un proceso de rehabilitación en comunidades terapéuticas, derivó en un aumento exponencial de dispositivos inscritos en esta vertiente. La mayoría de ellos fueron fundados por ex usuarios de otros centros, tensionando una estructura de clase asociada a las primeras iniciativas de este tipo en el país. La mayoría de las primeras articulaciones con el modelo caribeño se tradujeron en dispositivos de clase media y alta, orientados a satisfacer una demanda de personas que destinaba una gran cantidad de recursos para enviar a sus familiares al extranjero, sin embargo, posteriormente emergieron una gran cantidad de dispositivos dirigidos por exusuarios chilenos que cambia el modelo de negocio asociados a las comunidades terapéuticas<sup>36</sup>.

La rápida proliferación de comunidades terapéuticas, y una planificación pública casi por completo restringida a la asignación de presupuestos concursables, deviene en una serie de posicionamientos estratégicos de distintos actores que buscan traducir y representar intereses individuales o colectivos frente a las drogodependencias, y legitimar o hegemonizar una metodología de tratamiento con un acceso preferencial en los presupuestos concursables. A partir de la década de 1990 es posible identificar distintos actores que, si bien provienen de fuentes teóricas y tecnológicas muy similares (básicamente el modelo estadounidense de segunda generación), buscan dominar la discusión nacional del tratamiento mediante la articulación de proyectos segmentados, con escasa construcción de alianzas<sup>37</sup>, y fuertemente arraigados al proyecto profesional de personas particulares. En

---

<sup>36</sup> *Empiezan a proliferar como callampas. Empiezan a cobrar 100 lucas. Y cada hueon que se rehabilitaba quería poner una casa. Y hoy en día tienes cientos, ¡cientos!*" (Entrevista a informante clave 2)

<sup>37</sup> *"(...) quiero hacer una crítica muy constructiva a este movimiento propio del Hogar de Cristo. Ello es su virtual marginación de todos los procesos enfrentados por diferentes CT, del aporte que las instituciones estatales les han solicitado a ellas, en lo cual han tenido una participación prácticamente nula, negando así el compartir su valiosa trayectoria, y sin tampoco nutrirse de la experiencia de otras. Una triste realidad, si se tiene conocimiento y los caminos trazados podrían enriquecer a todos"* Remigio Muñoz (1996).

este sentido la década de 1990 y la década de 2000 fueron especialmente intensas en la proliferación de ejercicios personalistas de traducción y representación de las formas legítimas del tratamiento en Chile<sup>38</sup>.

Como ya veníamos observando, uno de los focos esenciales de estos movimientos de traducción se relaciona con la capacitación y profesionalización del tratamiento de drogodependencias. En sus inicios, la fundación Credho dirige los procesos de capacitación en torno a la metodología de comunidades terapéuticas, y esta convoca especialmente a ex usuarios de los centros de tratamiento, que buscan asumir un rol central en la configuración de las emergentes comunidades. Sin embargo, con la reconstrucción del sistema de salud mental, estas capacitaciones comienzan a ser revisadas y certificadas por el Ministerio de Salud, para luego ser traspasadas a universidades. En este sentido, las comunidades de base religiosa pierden el control sobre los procesos de capacitación, y progresivamente los ex usuarios de centros de tratamiento pierden legitimidad como conductores privilegiados de los procesos de recuperación, para dar paso a un mayor posicionamiento de psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Durante este proceso comienzan los cuestionamientos sobre las bases caribeñas de las terapias que se desarrollan en Chile. Aunque la reclusión, el hostigamiento<sup>39</sup>, el aislamiento y el confronto constituyen prácticas que se

---

<sup>38</sup> (¿Entonces la prevención y el tratamiento se sostenía en varios íconos?) *Claro, se sostenía en estos personajes (Que no dialogaban entre sí) Claro, porque cada uno tenía su verdad. Entonces estaba la hermana Sara [González] de la fundación Credho, estaba el Paulo Egenau, estaba el David Órdenes con su lugar, estaba el otro con su lugar, etc. Entonces... quedan todavía algunos personajes que venían de los centros de adolescencia. Está Flores, el psiquiatra de La Reina, que está por el cultivo del cannabis ahora, después está Luis Luarte, de Puente Alto (...) Hay otro personaje clave que es Sergio Nasser, el cura Nasser, que todavía está en La Victoria. Él es de la pastoral del alcohol, y si hay alguien viejo en ese tema es el cura Nasser. Él siempre se ha mantenido en su territorio, armando centros ahí. (...) aparece el primer grupo de certificación de los operadores terapéuticos. Ahí se certificó otro personaje importante que es Remigio Muñoz, de proyecto ser. (...) Llega Remo (Pompei) a instalarse en la comunidad y él había hecho proyecto hombre en Italia. El venía con formación de proyecto hombre en Italia, entonces cuando llega a Chile, llega directo a la fundación Credho, pero la que dirigía seguía siendo Sara. (...) Todos los personajes son especiales. Son todos unos personajes. Cada cual más narcisista. “No que esto es lo importante”, “es que yo lo instalé”, etc. (Entrevista a informante clave 1).*

<sup>39</sup> El “Ta mal” es una expresión típica de las comunidades terapéuticas que provienen de la corriente caribeña, cuyo uso se orienta al hostigamiento radical del usuario, indicando que todo lo que hace en su cotidianidad está mal y debería hacerse mejor. Como gran parte de las técnicas utilizadas en este tipo de comunidades, se trata de un mecanismo para generar fisuras

mantienen en el tiempo, hasta la actualidad, la apertura de las tecnologías de tratamiento a los procesos de observación y regulación de la salud pública significaron la sustitución de prácticas ubicadas derechamente en el campo de la tortura, la denigración, la discriminación, y la grave vulneración de derechos humanos<sup>40</sup>.

Durante la década de 2000 hubo intentos de instalar un modelo sociocultural de reducción de daños que se fortaleció a través de las redes internacionales de reducción de daños provenientes del sur de Europa (especialmente España e Italia), específicamente con el proyecto regional ONU SIDA *Prevención de la Infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en el Cono Sur*. Sin embargo, estas metodologías de atención, con énfasis en la gestión y la provisión de recursos para que sean los propios usuarios quienes busquen sus estados óptimos de salud, no lograron arraigarse en la cultura prohibicionista y abstencionista que acumula más de un siglo de prácticas, significados, representaciones, instituciones y discursos en el país. Sólo en la década de 2010<sup>41</sup>, en un contexto internacional de revisión de la política de drogas, la

---

en la subjetividad del usuario, “romper defensas” y posibilitar un modelamiento o reeducación efectiva del sujeto.

<sup>40</sup> *Comienza a proliferar el tema de las comunidades terapéuticas, sin mucho conocimiento, con esta mirada del exadicto rehabilitado. Nada más, sin mayor reglamentación. Y empieza toda la normativa. Empieza el peregrinaje de acreditación de las comunidades terapéuticas, de legalización de las comunidades terapéuticas, de inclusión de equipos profesionales en las comunidades terapéuticas, de la formación de los exadictos. Empezamos a dejar de lado la mirada caribeña del método conductual. (El “Ta mal” ¿no?) El “Ta mal” como herramienta terapéutica, la terapia de confrontación, las ayudas de sueños (¿Qué son esas ayudas de sueño?) A los tipos no los dejaban dormir. Antes los tratamientos podían llegar a durar cinco años. De ahí se fueron acortando. En algunos extremos, no sé si te ha tocado ver, hay algunos programas de los modelos gringos que hoy en día se ocupan en las cárceles con primerizos, sobre todo en california, que los meten en programas como correccionales, que son básicamente como eran las comunidades antiguas (He visto algunos programas de televisión) Sipo, que llegan con los cabros en los buses y los bajan, y les gritan en la oreja, y les cortan el pelo hueon de entrada, y eso es muy parecido a cómo eran las comunidades terapéuticas por ahí por los ochenta en el caribe, donde habían ayudas de sueño. Les llamaban una y una. Dormías una hora, y despierto una hora, dormías una hora, y despierto una hora. (¿Y para qué servía eso?) Pa cansarlo po hueon, pa bajarle las resistencias, pa someterlo po hueon. (Así se consolida este paradigma de sometimiento, que es esta idea de tratar mediante la subordinación, ¿no?) Es que más allá de la subordinación, en el caribe también hay que contextualizar a la persona con la que tú estás tratando. Un tipo con poca cultura, sin mayor educación, con un retardo sociocultural importante, deprivaciones, muy brutos, con creencias muy machistas, etc, etc. Eso hace que de alguna manera el tema conductual funcione. (Entrevista a informante clave 2)*

<sup>41</sup> El año 2013 fundación Paréntesis traduce al español el libro “*Psicoterapia de Reducción de Daños: Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol*” de Andrew Tatarsky, cuyo contenido busca revitalizar la metodología de reducción de daños en el país.

metodología de reducción de daños ha logrado impactar en el discurso de algunos equipos terapéuticos del país.

La institucionalidad del Estado chileno, a través de la creación de la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) en 1990 y su constitución como servicio (SENDA) el 2011<sup>42</sup>, comienza a financiar distintos programas de tratamiento, con predilección por el modelo de Comunidad Terapéuticas, en sus distintas variantes y niveles de apego a las metodologías tradicionales (profesionalizadas, no profesionalizadas, residenciales o ambulatorios, religiosos o no religiosos). Los estándares que comienza a instaurar SENDA hacia las comunidades terapéuticas tienen como efecto una sustitución progresiva de los técnicos en rehabilitación, en su mayoría ex usuarios de las comunidades terapéuticas, por distintas ramas técnicas profesionalizadas que cumplen con los estándares formativos buscados por el Estado. Sin embargo, las prácticas históricas y heterogéneas de las comunidades terapéuticas siguen requiriendo las competencias de los técnicos en rehabilitación, en la medida en que las lógicas de intervención no experimentan los mismos giros propuestos por los estándares de profesionalización<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> El parlamento de Chile publica el año 2011 la ley N° 20.502 que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) que sustituye el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

<sup>43</sup> (¿Entonces la acreditación en drogas comienza a perder peso?) *Sí, claro, claro, porque hoy en día son técnicos y/o "afines a". Entonces tienes los técnicos sociales, técnicos de infancia... Los TEN (\*Se refiere a técnicos en enfermería) han tomado relevancia nuevamente. Asistentes sociales, de trato directo (¿Y el técnico en rehabilitación entonces?) Cada vez con menos funciones. Y eso es contraproducente, porque en rigor quien se lleva la pega sucia en las comunidades terapéuticas es el técnico en rehabilitación, quien hace la pega in situ, quien hace el apresto para que pueda atender un profesional es el técnico en rehabilitación, y el operador terapéutico, figura que se perdió y ahora se está retomando (¿Sigue habiendo operadores terapéuticos?) Sí, claro, como profesional no profesional de trato directo. Sí existe. Es que no podemos tapar el sol con un dedo, sí existe ¿Quién está con los hueones? El cabro po, el operador no profesional, ese es el que está la mayor cantidad de tiempo. Entonces lo habíamos desechado. El Estado lo había desechado (¿Ese trabajo no lo hace un asistente social?) Sí, pero es que los costos po hueon ¿Quién se va a quedar de noche? ¿El asistente social? ¿El domingo lo va a hacer el asistente social? (¿Y los paramédicos?) ¿Qué sabe el paramédico? Lo podís ocupar, pero si tú me preguntai a mí como director de comunidad que me sirve más, hueon 10 veces, prefiero 5 operadores que 3 paramédicos, mil veces. (Entonces ¿se está revitalizando esa función?) Se revitaliza, sin ninguna duda, ¿tiene que ser custodiado? ¿tiene que ser supervisado?, ¿tiene que tener la pata en el cuello? ¿tiene que estar super restringido? sí, sí, sí (Ahora bien, la tendencia es a la profesionalización) Sí claro, es que tienen que coexistir los dos. Tu entrevistai a cualquier profesional con experiencia en comunidad terapéutica y le preguntai ¿Cuál es el rol de un técnico en rehabilitación o un operador terapéutico dentro de una comunidad? Y sin lugar*

Las distintas reformas que realiza el Estado en torno a las comunidades terapéuticas, en materia de metodologías, aseguramiento de la calidad, financiamiento, acompañamiento o certificaciones, impactó fuertemente en el universo de dispositivos presentes a inicios de la década de 2000. La modificación de los criterios de asignación de recursos fortaleció a una parte de las comunidades terapéuticas, que incrementaron sus niveles de calidad y se volvieron dominantes en un esquema de competencia por recursos públicos, mientras otras desaparecieron o quedaron en una situación precarizada<sup>44</sup>.

La creación y fortalecimiento creciente de una institucionalidad estatal, que define el fenómeno de las drogas como un problema de Estado (Sepúlveda, 2015), supone un cambio en la comprensión, problematización e intervención de las adicciones, mediante la emergencia de tecnologías en el ámbito de la estadística, la prevención y la gestión de la calidad. Estos tres pilares consolidan (1) una comprensión epidemiológica de los consumos y las adicciones mediante el desarrollo de encuestas nacionales de consumo de

---

*a duda te va a decir que tiene un rol fundamental, porque tiene un rol fundamental, lo tiene. El operador terapéutico es capaz de revolucionar la comunidad, es capaz de poner en contra a los usuarios del profesional (Bueno por eso lo querían restar también, ¿o no?) Sí, claro, por eso te digo que tiene que ser neutralizado, supervisado. En una reunión clínica tú tienes a un psicólogo que está atendiendo un caso, lo ve semanalmente, y muchas veces no tiene ni un cuarto de la información que ese usuario le entrega al operador (Se mantiene la lógica norteamericana del ex rehabilitado) Sí, claro, y no es que te lo diga yo, es lo que pasa en la cotidianidad de la comunidad. (Entrevista a informante clave 2)*

<sup>44</sup> *Por el 2000 o por el 2002 empiezan los primeros cupos del SENDA, CONACE o CORECE y viene todo esto de la repartija. Ahí, gran relevancia en el servicio de salud central tenía la Irma Rojas, una enfermera, y empieza entonces el cueteo de los cupos. “Dos pa mi, dos pa ti, dos pa mi, dos pa ti” y después claro llega Mariano y la Tere [Se refiere a Teresa Chadwick, directora de CONACE entre los años 2000 y 2010. Mariano Montenegro fue durante el mismo período jefe del área de tratamiento de la misma institución] (¿Cómo fue ese cambio en la gestión?) Mariano siempre apostó a la calidad y la excelencia, entonces, por lo tanto, ya no era esta cuestión de dos cupos pa mi y dos cupos pa ti, porque ¿qué es lo que ocurría? Si yo te compro dos cupos, después yo no te puedo exigir, porque por supuesto las comunidades terapéuticas con la plata que les inyectaba el Estado no podían tener altos niveles de exigencia o apuntar a la calidad (¿Por qué no? ¿Era muy poca plata?) Claro po, porque si tu tenías un universo de 15 personas y te estaban comprando dos cupos, entonces la inyección de recursos era muy poca. Entonces ese fue la debacle de muchas comunidades pequeñas y surgió una brecha entre las que están sobre la línea de flotación y las que están bajo la línea de flotación (¿Hasta ahora?) Sí, hasta ahora y eso no va a acabar nunca (¿No mueren las que están bajo la línea de flotación?) Nopo (¿Por qué no?) Porque tienen un segmento de gente que no puede acceder económicamente como los que trabajan legalmente, pero igual les interesa que su hijo tenga una rehabilitación, aunque sea como la mierda (¿Y se sostienen a través de qué fondos?) Puta, clásicamente en la entrevista de ingreso se les mira los pies pa ver si pueden caminar bien y pueden salir a vender (¿Sigue eso?) Sigue, hay miles, hay miles. En las poblaciones hay miles, miles. (Entrevista a informante clave 2)*

drogas en población general y población escolar, posibilitando un abordaje eficiente y evaluable sobre la base del conocimiento-producción del fenómeno<sup>45</sup>, (2) el desplazamiento de los abordajes socio-comunitarios al ámbito de la promoción y la prevención, restringidos además bajo un posicionamiento progresivo del modelo de factores protectores y de riesgo que fortalece una comprensión biomédica y probabilística por sobre una comprensión histórica y cultural<sup>46</sup>, y (3) la estandarización o protocolización progresiva de los abordajes terapéuticos bajo estándares de tratamiento, con base en evidencia, que fortalecen el modelo biopsicosocial de las adicciones y enfatizan la calidad y eficiencia económica de los programas.

La protocolización del tratamiento de drogodependencias supone la delimitación de un conjunto de prácticas, creencias, objetos y técnicas específicas para abordar el fenómeno, desplazando progresivamente otras formas de comprensión e intervención. Este proceso se desarrolla de la mano de una recomposición de la institucionalidad de salud mental en Chile durante la década de 1990, que enfatiza la profesionalización y la incorporación de la psicología en los centros APS, articulando las nuevas estrategias socio-comunitarias desde la delimitación de competencias técnicas (Minoletti, et. al. 2012) y no desde la coproducción de saberes y técnicas, como era la intensión de los proyectos intracomunitarios o poblacionales de salud mental en la década de 1960.

---

<sup>45</sup> Durante la década de 1980 y 1990 el Estado chileno consolida un modelo de gubernamentalidad científico-administrativa (Ramos, 2014) para la identificación e intervención de los problemas sociales, con un hito fundamental en la estimación de la pobreza en 1985, mediante la *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional* (CASEN), y ya desde 1994 y 1995 desarrolla las primeras encuestas nacionales bianuales de consumo de drogas en población escolar y población general, respectivamente, que se elaboran de forma ininterrumpida hasta el presente.

<sup>46</sup> Desde la creación de CONACE, y especialmente a partir de la discusión entre expertos que deriva en la *Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas* en 1993, se instala en la institucionalidad pública de drogas chilena el Modelo de Factores de Riesgo que opera en el plano de la salud pública, estableciendo la triada agente, huésped y ambiente que objetiva la cualidades inherentemente adictivas de las drogas, produce una categoría de sujeto reducida a una serie de procesos psicológicos que interactúan con la sustancia, y propone una definición del entorno como tramas vinculares y materiales que operan fundamentalmente en el ámbito familiar, escolar y comunitario (Alfaro, 2004). Sobre la base de la interacción de estos tres ejes se elaboran las variables cuantitativas que evidencian las probabilidades de ocurrencia del consumo a prevenir.

Como señala Comas (2008), el posicionamiento hegemónico de las comunidades terapéuticas en el ámbito de las drogas coincide con un retorno a las lógicas institucionales de salud, luego de una proliferación de experiencias comunitarias que no logran producir los cambios revolucionarios que postulaban durante la década de 1960<sup>47</sup>, lo que explica la aceptación pública y extendida de su metodología de internación. En este marco, el tratamiento de drogodependencias retorna a los espacios de salud pública e incorpora sus modelos descriptivos, lenguajes, formas de inscripción<sup>48</sup> y resultados esperados, buscando la legitimidad de este proceso en la superación de una mirada moralizadora y castigadora de la adicción y su sustitución por un modelo que la define como una “enfermedad crónica tratable<sup>49</sup>”.

Este punto es fundamental, en tanto la moralización del consumo hace referencia a todas las superposiciones históricas del tema drogas con las luchas obreras, religiosas, económicas, partidistas, revolucionarias o emancipadoras anteriormente revisadas. La adicción dejará de lado esta historia de anclajes y buscará posicionarse como un fenómeno objetivo, equivalente a cualquier otra enfermedad, que debe ser gestionado mediante un estricto protocolo de diagnósticos, fases de tratamiento y derivaciones. Estas definiciones marcan la emergencia de un cuerpo de regulaciones, normas, formularios y gestiones administrativas que tecnifican de manera

---

<sup>47</sup> Según Comas, las críticas hacia las instituciones de salud y la proliferación de experimentos comunitarios sobre la premisa foucaultiana de que son las instituciones las que construyen al sujeto de su intervención (Prisión/Delincuente, Psiquiátrico/Loco), no tuvieron los resultados esperados, lo que explica una fuerte vuelta hacia los modelos institucionales a partir de la década de 1980.

<sup>48</sup> Por mecanismo de inscripción nos referimos al procedimiento mediante el cual un material adquiere agencia en una red sociotécnica. Este mecanismo implica que el material asume una identidad relevante para la operatoria de una tecnología. Como señalan Tirado y Domènech, (2005), mediante los procesos de inscripción, los elementos extra somáticos, o las materialidades no humanas, vuelven repetitivas las acciones y las decisiones que en algún momento se tomaron en un colectivo humano, lo que deriva en una simplificación de la interacción mediante fenómenos de desanclaje, y un ejercicio de poder opaco o indirecto, asociado a la imposición de cursos de acción, que no remite a la presencia de ningún humano o grupo social específico. En este sentido, los mecanismos de inscripción explican las diferentes agencias que asumen los materiales en función de sus contextos sociales y técnicas específicos en los que se desenvuelven.

<sup>49</sup> <http://www.senda.gob.cl/tratamiento/> Revisado el 26 de junio de 2017.

creciente el tratamiento de drogodependencias (Oyarzún, 1999), específicamente en torno al modelo biopsicosocial de las drogodependencias.

La prevención y el tratamiento basados en evidencia constituyen paradigmas de intervención que se sostiene en la estimación estadística de la probabilidad de ocurrencia de un consumo problemático de drogas en base a la delimitación de una serie de factores individuales, familiares o sociales, en el primer caso, y la delimitación del impacto que tienen determinados abordajes en el plano de la recuperación. En este sentido, el modelo biopsicosocial de las adicciones busca construir un bagaje científico propio (Becoña, 2002), que permita comparar evidencia a nivel internacional, generar mecanismos de colaboración y protocolizar de manera gradual las tecnologías que actúan en el campo de las drogas.

La relativa estabilidad de este ensamble tecnológico, que agrupa saberes y técnicas provenientes de la psicología, la autoayuda y la medicina, se refuerza institucionalmente por las instancias internacionales en las que participa el gobierno de Chile, y que orientan las acciones del Estado en materia de drogodependencias, como son la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>50</sup>, la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas (CND-UNODC)<sup>51</sup>, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA)<sup>52</sup>, y el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la

---

<sup>50</sup> La OMS orienta a los Estados en criterios de planificación y evaluación de programas de salud mental, abordando el problema de las drogas fundamentalmente en torno al consumo de alcohol e incorporando recientemente los debates sobre el consumo de marihuana. En este sentido, si bien la OMS ejerce una influencia importante en la gestión de los programas desde una perspectiva de salud pública, su influjo en la gestión de los centros de tratamiento se realiza a través de sus colaboraciones con organismos especializados como es UNODC.

<sup>51</sup> La Organización de las Naciones Unidas, a través de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) desarrolla estándares de calidad para el tratamiento (ej. TREATNET), proponiendo criterios de disponibilidad y acceso, evaluación, diagnóstico, planificación, y prácticas basadas en evidencia en las distintas áreas de especialización que confluyen en el proceso de recuperación (psicosocial, farmacéutica, médica, autoayuda, comunitaria y administrativa) (2012, 2016).

<sup>52</sup> La CICAD (2016) define la dependencia de drogas como una “enfermedad crónica y recurrente con múltiples determinantes, tanto biológicos y psicológicos como sociales”. Además de asegurar principios transversales como el respeto a los derechos humanos, el enfoque de género, la pertinencia cultural o la participación ciudadana, los lineamientos de la CICAD ponen énfasis en criterios técnicos específicos como es la focalización programática en sectores marginalizados, la construcción y actualización permanente de una política de drogas, la creación de observatorios de drogas, la evaluación permanente de las intervenciones como eje de la asignación de recursos, el aseguramiento de la calidad de los programas con base en evidencia, sistema de información para el seguimiento clínico de los

Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)<sup>53</sup>. La colaboración con el gobierno español es especialmente relevante, en tanto autores como Elisardo Becoña (2002, 2010) o Carmen Arbex (2013), cumplen un rol fundamental en la traducción y ajuste de estas premisas internacionales con las características socioculturales que comparten ambos países, mejorando las capacidades de producción y utilización de evidencias científicas.

En el campo del tratamiento, se entremezcla una comprensión neurobiológica de las adicciones (efectos diferenciados por sustancia y vulnerabilidades individuales), con una mirada psicológica sobre los factores protectores y de riesgo que a su vez se utilizan en el campo de la prevención (fundamentalmente psicológicos, conductuales, personalidad, factores escolares, grupo de pares, factores comunitarios o familiares). Las tecnologías que se montan en esta comprensión del fenómeno ponen énfasis en el proceso de transición desde el consumo al no consumo, entendiendo que la mera manifestación de una intención inicial de cambio no es condición suficiente para la superación de una adicción. En este sentido la disposición o predisposición al cambio constituye el eje de las intervenciones, para lo cual se utiliza fundamentalmente el modelo transteórico del cambio (Prochaska & DiClemente, 1982), que distingue estadios<sup>54</sup>, procesos<sup>55</sup> y niveles de cambio<sup>56</sup>, y la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002) como

---

pacientes, especialización de los profesionales a cargo y desarrollo de una oferta programática específica para infractores de ley o internos en centros de reclusión. Por otro lado, CICAD promueve la identificación científica de factores protectores y de riesgo como ejes de la prevención y el diseño de programas centrados en educación, desarrollo de habilidad y estilo de vida saludable.

<sup>53</sup> Además de COPOLAD, cuyas acciones se concentran en el campo de la formación y capacitación en materia de drogodependencias, la unión europea tiene una fuerte influencia en los programas de tratamiento chilenos a través de los documentos técnicos que elabora el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), especialmente en el ámbito de la evaluación de programas (EMCDDA, 2007).

<sup>54</sup> Según estos autores, el cambio que desarrollan las personas que sufren una drogodependencia evoluciona en cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

<sup>55</sup> Para transitar por estos distintos estadios se distinguen los siguientes procesos: Aumento de concienciación, Autorreevaluación, Reevaluación ambiental, Alivio dramático, Autoliberación, Liberación social, Manejo de contingencias, Relaciones de ayuda, Contracondicionamiento y Control de estímulos. (Becoña, 2010).

<sup>56</sup> Las intervenciones que operan en este proceso de cambio son los siguientes: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales. (Becoña, 2010).

esquema relacional entre los terapeutas y los usuarios o usuarias de los centros de tratamiento.

A partir de la década de 2010, específicamente los años 2013 y 2014 con la publicación del nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el equilibrio que lograron las ciencias psi (Rose, 1996) en torno al modelo biopsicosocial para la prevención y el tratamiento de drogodependencias, se remece por el posicionamiento del enfoque biomédico en una comprensión que define la adicción como una “enfermedad del cerebro”.

En este plano el discurso biomédico radicaliza su enfoque individual y nosológico, dejando de lado el soporte conceptual y tecnológico ofrecido por la psicología, y profundizando en las dimensiones biomoleculares del fenómeno que permiten sostener la idea de una enfermedad médica. Este desplazamiento tiene como uno de sus protagonistas a la Asociación Americana de Psiquiatría, que edita el DSM-5, y brinda soporte a la política de tratamiento de drogodependencias del gobierno estadounidense conducida por el National Institute for Drug Abuse (NIDA).

Bajo la política denominada “Guerra contra las drogas”, impulsada por el gobierno de los Estados Unidos desde 1973 con la creación de la “Administración para el Control de Drogas” (DEA), el enrolamiento o la distribución de responsabilidades entre los distintos actores políticos, académicos, económicos o sociales del campo de las drogas resulta un punto clave, motivando un financiamiento continuo para el descubrimiento de los fundamentos biológicos de la adicción y la legitimación de un modelo de enfermedad que resta voluntad, control y responsabilidad a los consumidores (Becoña, 2016). En esta línea de producción tecnocientífica<sup>57</sup>, la idea de que la adicción es una enfermedad crónica del cerebro cumple un rol fundamental para la política internacional de drogas, afirmando una mirada abstencionista y prohibicionista que radicaliza los discursos puritanos, presentes durante la

---

<sup>57</sup> Usaremos el concepto de Tecnociencia para definir el campo de investigaciones que cambia la lógica del conocimiento por la lógica de la intervención, es decir, priorizando la generación de evidencia susceptible de ser transformada en tecnologías o artefactos. Como señala Paul Rabinow (1996), bajo una modalidad tecnocientífica, los objetos por conocer serán conocidos de tal manera que puedan ser modificados.

primera mitad del siglo XX en Chile, y de higiene mental, que se instalan a partir de mediados del mismo siglo y transmutan progresivamente en distintas tecnologías para la gestión del padecimiento social (Bialakowsky, et. al., 2006).

Actualmente el Estado chileno financia aproximadamente 546 centros de tratamiento en todo Chile, orientados a población general mayor de 20 años (54%), programas específicos para mujeres mayores de 20 años (11%), personas mayores de 20 años en situación de calle (3%), personas mayores de 20 años privados de libertad (3%), o con penas sustitutivas de libertad vigilada (3%) menores de 20 años infractores de ley (19%), y menores de 20 años (6%). Además, el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, mediante el sistema de garantías explícitas de salud (GES), financia el tratamiento de consumo problemático de drogas en menores de 20 años<sup>58</sup>. La modalidad de financiamiento sigue operando mediante concursos y convenios con cada prestador de servicios, y se han intensificado los procesos de monitoreo de parte de SENDA mediante la creación de la figura de un “Gestor de Calidad” que visita permanentemente los centros de tratamiento, promueve la estandarización de ciertos procesos y certifica que las prestaciones hacia los usuarios y usuarias sean las adecuadas.

## **5. Problematicación: Explorar las divergencias e incoherencia en el campo del tratamiento**

Como hemos visto durante la revisión histórica de las adicciones en Chile, las nociones de padecimiento y recuperación en el ámbito de las drogas están cruzadas por factores económicos, religiosos, políticos, culturales o comunitarios que impactan directamente en la producción de tecnologías de inteligibilidad (¿Qué es la adicción?) e intervención (¿Cómo se aborda?). En vez de mirar estas imbricaciones históricas del tema drogas con sus contextos socioculturales de una forma evolutiva, lo que supondría establecer estadios sucesivos en la problematicación y abordaje de las adicciones, para encontrar en la actualidad un modelo integrador o superador de las formas precedentes,

---

<sup>58</sup> Información extraída de la presentación que realiza el Área de Tratamiento y Rehabilitación de SENDA el 19 de agosto de 2015 en el marco de la 1° sesión plenaria de su Consejo Consultivo y Asesor de Expertos.

optaré por un abordaje constructivista, sostenido en una mirada compleja, no-coherente, incierta y de múltiples interferencias (Law, 2004) en la comprensión o problematización de las definiciones e intervenciones de las adicciones en Chile.

Lo anterior supone asumir el solapamiento permanente de múltiples lógicas de pensamiento y acción en esta materia, entendiendo que las racionalidades religiosas, económicas, políticas o comunitarias, entre otras muchas, no son sustituidas y desplazadas definitivamente por el modelo biopsicosocial que domina la producción de saberes y técnicas desde el Estado hacia la población. Por el contrario, una perspectiva de complejidad nos invita a comprender la forma en que las tecnologías de tratamiento son producidas y operadas bajo redes sociotécnicas específicas y contingentes, cuya fragilidad se relaciona precisamente con la convivencia de múltiples formas distintas de comprender y abordar el fenómeno de las adicciones, que, si bien asumen un estado de traducción o representación, se mantienen permanentemente en tensión.

Como hemos visto, la operatoria de las tecnologías de tratamiento requiere anclajes relacionales que no se reducen al diseño de un dispositivo médico. De hecho, las tecnologías de tratamiento operan desde finales del siglo XIX en múltiples ámbitos de sociabilidad, que además de ofrecer los espacios físicos y sociales para su despliegue, las transforman en función de los valores, las creencias, los intereses y las características específicas de los actores que interactúan en dichos espacios. Si bien todas ellas tienen en común una valoración negativa del fenómeno y buscan formas efectivas de transformación, la recuperación que se define y se pone en marcha en una organización religiosa, difiere en sus diagnósticos, resultados esperados y funcionamientos específicos respecto de aquella que se monta en una organización obrera, política, comunitaria o médica.

Entendiendo lo anterior, la comprensión del tratamiento de adicciones demanda una observación específica de estas redes de actores que configuran las tecnologías en función de sus características, intereses, traducciones, negociaciones, alianzas o representaciones compartidas. En este plano toman

relevancia las características específicas de los profesionales y los usuarios que desarrollan un trabajo de recuperación en los dispositivos biopsicosociales que actualmente dominan el campo del tratamiento de adicciones, sin embargo, también se vuelven fundamentales los actores que se desdibujan a partir de las definiciones institucionales sanitarias del tratamiento, es decir, la red de conocidos, familiares, parejas, amigos, vecinos o compañeros que participan de la red sociotécnica del tratamiento, incorporando valores, creencias, expectativas, prácticas o técnicas, con mayor o menor visibilidad para la racionalidad institucional.

Si bien en la actualidad prevalece una definición institucional hacia adentro en materia de tratamiento de adicciones o drogodependencias, es decir, centrada en la disponibilidad de dispositivos de salud que acogen, motivan e incorporan en su operatoria interna de saberes y técnicas a quien lo necesite, la historia del tratamiento nos muestra que dichas tecnologías se han desarrollado mediante la apertura y traducción permanente de espacios sociales y materiales diversos, que son progresivamente inscritos en un campo terapéutico institucional, como es el caso de la religión, las normas laborales o la apertura de la familia popular a la regulación de los servicios sociales. Así mismo nos encontramos con la figura del usuario rehabilitado, clave para la expansión de los conocimientos expertos a espacios a los cuales no puede acceder directamente el dispositivo médico, cuestión que marca el carácter proselitista de múltiples tecnologías de tratamiento, o bien, el marcado énfasis en el daño que infringe el adicto a su entorno social como foco de algunas terapéuticas.

En este sentido, una conjetura posible de análisis es que las tecnologías de tratamiento operan distintas formas de “enjambrazón” (Foucault, 2008), cuya lógica es el anclaje de los dispositivos institucionales en múltiples redes de preocupaciones, intereses, motivaciones o necesidades, para que estas adquieran eficiencia. Sin embargo, esta interpretación reproduce la idea de que las tecnologías, coherentes y estructuradas en su interior, se vuelcan a otras redes diversas que las toman y las transforman. Por el contrario, desde una mirada sociotécnica (Callon, 1986) es posible introducir estos principios de heterogeneidad e hibridez a la construcción misma de la tecnología de

tratamiento, y, a la vez, comprender como emergen y se estabilizan las identidades que asumen los distintos actores involucrados en los procesos de tratamiento de drogodependencia.

Si bien las investigaciones sobre centros de tratamiento residenciales han puesto en evidencia reiteradamente los problemas asociados a los intentos de homogeneizar y ordenar de manera rígida los espacios terapéuticos, especialmente en relación al despliegue de distintas formas de violencia institucional hacia los usuarios, se percibe una escasez de estudios que sobrepasen esta crítica para describir en detalle cuales son y cómo operan las heterogeneidades que estas operatorias simplificadoras buscan soslayar u ocultar, ya sea en términos de definiciones del fenómeno, divergencia de las trayectorias de los usuarios, profesionales y familiares, o de las técnicas disponibles para enfrentar el problema<sup>59</sup>. En este sentido, el presente estudio entiende que los programas de tratamiento de drogodependencia suelen montarse en esquemas pretendidos de coherencia, uniformidad y linealidad que resultan imposibles, y sostienen su frágil estabilidad en una inmensa cantidad de elementos heterogéneos que emergen constantemente en el funcionamiento cotidiano de estas tecnologías. La premisa metodológica central de esta investigación es que es posible rastrear las operaciones de ensamblaje involucradas en la producción del tratamiento de drogodependencias sobre la base de un principio de simetría generalizada que permite atender a sus heterogeneidades intrínsecas, superando una mirada tecnológica lineal y uniforme.

La multiplicidad de racionalidades que operan en el campo del tratamiento, y los fenómenos contingentes de ensamblaje que devienen en estados específicos e irrepetibles de estabilidad sociotécnica, demandan una pregunta transversal por las variaciones que experimentan estas tecnologías en base a

---

<sup>59</sup> En esta línea prevalece una mirada de controversia, fundamentalmente entre el modelo abstencionista, asociado a la guerra contra las drogas, y una mirada de reducción de daños que reivindica una racionalidad sanitaria en la comprensión e intervención de las drogodependencias. En este último caso, la atención oportuna y adecuada de los padecimientos permite ampliar la mirada acerca del fenómeno, accediendo a una mayor diversidad de significados, sentidos y prácticas de consumo. Sin embargo, ambas miradas suelen operar en el campo de las prescripciones propias de una controversia político-científica, por lo cual se dificulta una mirada histórica y de complejidad frente a las heterogeneidades y paradojas del funcionamiento actual del tratamiento.

trayectorias, formas de padecimiento, cuidado y recuperación relacionadas con el género. Esta variable es relevante en el sentido de una historicidad de las construcciones del sujeto toxicómano, las moralidades del consumo, las políticas de drogas, los cuidados y las redes de apoyo vinculadas al tratamiento, cuya relación con variables como el género es fundamental para comprender la manera en que las tecnologías se enjambran en sistemas locales de poder marcados por la distribución desigual de recursos materiales y simbólicos.

Entendiendo lo anterior, la pregunta de investigación que orienta el recorrido de la presente tesis es: ¿Cómo se ensambla una tecnología residencial de tratamiento de drogodependencias? Esta pregunta general se desglosa en tres preguntas más que conforman los objetivos específicos: ¿Qué heterogeneidades y multiplicidades se presentan en la construcción de una tecnología residencial de tratamiento de drogodependencias? ¿Cómo se producen y distribuyen los roles e identidades de las entidades que participan en la construcción de dicha tecnología?, y, finalmente, ¿Cómo se (des)estabilizan las tecnologías de tratamiento?

## Capítulo 2: Escenario de antecedentes

### 1. Heterogeneidades y traducciones del tratamiento

Si bien hay bastantes investigaciones que observan y analizan la historia de las comunidades terapéuticas, sus tensiones y cambios de lógica en función de los diversos contextos temporales y geográficos en los que se implementan, se trata de un tipo de dispositivo con un alto nivel de opacidad en relación con sus fundamentos técnicos, perfiles de usuario y resultados esperados (Yates, 2008; Stevens, 2013; Perfas, 2014; Gosling, 2015). En este sentido, investigadores como Gosling (2015) proponen estudiar las comunidades terapéuticas mediante un contraste entre los procedimientos y principios declarados, y la operatoria real, lo que permite proveer explicaciones más adecuadas acerca de la relación y los efectos que tiene la comunidad en los sujetos. Esto implica abandonar una mirada formalista de las comunidades terapéuticas y comenzar a indagar en sus heterogeneidades, solapamientos, contradicciones, tensiones y condiciones de estabilidad.

El abandono de esta mirada lineal y reduccionista de los tratamientos de drogodependencias supone poner en cuestión las interpretaciones o traducciones dominantes en el campo de las drogas en general, y del tratamiento en particular, que circunscriben todas sus aristas de complejidad al campo jurídico-penal y psiquiátrico (Rossi, et al., 1997). En la vereda de estas heterogeneidades, autoras argentinas como Epele (2010, 2012), Garbi (2011, 2013), Camarotti, Güelman, (Camarotti & Güelman, 2018) y Candil (2016), ofrecen miradas valiosas acerca de las complejidades que caracterizan las trayectorias de consumo, padecimiento y recuperación en el campo de las drogas.

Investigaciones clásicas como la de Lindesmith (1938), Becker (2014), o más recientemente Bourgois (2015) alumbran la relación entre culturas, políticas, economías y consumos de psicoactivos. En la misma línea, múltiples investigaciones latinoamericanas buscan comprender el rol de los dispositivos de atención en el eslabonamiento de diversas racionalidades presentes en la historia de las drogas, especialmente en torno a discusiones

técnicas o de reforma política, tales como las que han desarrollado Touzé y Rossi (Rossi, et al., 1997), Kornblit (Kornblit, et al., 2016), Camarotti (Camarotti, 2006; Camarotti & Kornblit, 2015), Sepúlveda (1997), Machín (Machín, 2010) o Milanese (Milanese, 2009).

Ahora bien, en gran medida estas investigaciones buscan comprender las heterogeneidades vigentes en los dispositivos de drogas desde una mirada de complejidad sobre el campo de las drogas en general, es decir, rebalsando las fronteras de los dispositivos para identificar sus contradicciones, subordinaciones, y aportes a la reproducción de una política represiva, estigmatizadora y en general reduccionista del fenómeno del consumo de psicoactivos. En nuestro caso, si bien se mantiene activa esta premisa de vinculación y coherencia externa, lo relevante es atender a las operatorias internas del dispositivo de tratamiento desde un enfoque de estudios sociales de la tecnología (principalmente en el campo de Callon, 1986; Bloor, 1995 Law, 2004; Latour, 2008; Mol y Berg, 1994, 1998; Pinch y Bijker, 1984). Este enfoque busca definir, en primer lugar, el tratamiento como una tecnología, cuya operatoria actual es el resultado de una historia, que puede ser narrada de forma lineal y arbitraria, o bien utilizando parámetros constructivistas de simetría y heterogeneidad. Para dar forma a este enfoque, es fundamental atender a las investigaciones que han descrito la operatoria técnica de las comunidades terapéuticas en Chile, y el estudio de las heterogeneidades constitutivas del tratamiento, como es la centralidad de la gestión de las redes sociales de los usuarios, la religión, el pensamiento comunitario, la administración de empresas y la historia carcelaria vigente en su funcionamiento.

## **2. Acercamiento a la operatoria de las comunidades terapéuticas en Chile**

En Chile, la investigación de Soto (2011), además de ofrecer un panorama histórico bien nutrido acerca de la emergencia de las comunidades terapéuticas, busca comprender las racionalidades de las comunidades terapéuticas para hacerlas dialogar con el psicoanálisis lacaniano. Esta investigación muestra los giros institucionales que se producen durante la

segunda mitad de la década de 1990 centrados en la tarea de orientar la metodología de comunidades terapéuticas hacia un enfoque europeo, caracterizado por la horizontalidad, la ausencia de jerarquías institucionales o profesionales y la consolidación de códigos éticos mínimos que aseguren condiciones de seguridad, respeto y dignidad para sus usuarios y usuarias. Este proceso es liderado por Juan Palacios desde la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, sin embargo, logra anclajes fundamentales a raíz del diálogo que se establecen entre estas transformaciones sectoriales y las reformas que se impulsan desde el Ministerio de Salud hacia los dispositivos de salud mental en todo el país. En este sentido, para comprender la lógica actual de operatoria de las comunidades terapéuticas es clave atender a las modificaciones que experimentan sus procesos constitutivos a raíz del vínculo que establecen con la salud pública y las tecnologías psi (Rose, 1996).

Soto (2011) caracteriza las comunidades terapéuticas como espacios estructurados y planificados que contrastan con la desorganización que marca las trayectorias de consumo de los usuarios y usuarias de estos centros. Lo interesante es que esta estructura emerge de una dinámica comunitaria y no de un sistema abstracto, por lo cual los usuarios son interpelados para que asuman roles, responsabilidades y una función explícita en el bienestar común, lo que posibilita la internalización del orden propuesto. Siguiendo las premisas de uno de los promotores internacionales más importantes del movimiento de comunidades terapéuticas, George De León, Soto (2011) señala que esta característica de la comunidad terapéutica la define como un espacio de reintegración gradual, que ofrece a los usuarios y usuarias la posibilidad de adquirir o educar roles, responsabilidades y exigencias presentes en la sociedad amplia fuera de la comunidad, lo que implica una característica fundamental de las comunidades que es el aislamiento o el relativo alejamiento físico respecto de las influencias sociales de los usuarios y usuarias. El retorno al ambiente social amplio se desarrolla de manera progresiva y es conceptualizada como un privilegio o beneficio asociado a los logros terapéuticos alcanzados (Gosling, 2015).

Según De León (2000), para montar esta operatoria caracterizada como un “Hogar psicológico”, las comunidades configuran un contexto de roles,

actividades, lenguajes y formas de relacionarse que facilitan el rol mediador de los propios usuarios en el proceso terapéutico. El rasgo más característico de las comunidades terapéuticas es el diseño de un ambiente social que permite el uso de las relaciones interpersonales para promover el cambio psicológico y sociocultural en los individuos que la componen (Vanderplasschen, et al., 2014). El uso de espacios comunitarios es fundamental para promover estos recursos, por lo cual las comunidades suelen equipar adecuadamente los espacios de encuentro cotidiano, en torno a sillones cómodos, televisión, radio, equipamiento deportivo, etc. Además, estos espacios de encuentro permiten socializar información sobre los usuarios o usuarias, sus etapas, roles, funciones, y exponerlos a los mismos mensajes motivadores o valorativos de la comunidad (Gosling, 2015).

Por otro lado, estas tecnologías reproducen expectativas comunitarias en torno al rendimiento de cada usuario y usuaria, sus responsabilidades, capacidad de autoevaluación y adquisición de autonomía, con un peso relativo mayor hacia los integrantes de la comunidad que llevan más tiempo. En la misma línea De León (2000) destaca la importancia de la evaluación comunitaria del progreso individual, ya sea por parte del equipo técnico o bien de los propios usuarios y usuarias, cuyo principio central es la retroalimentación de sus actividades cotidianas (responsabilidades, desempeños en terapia, oficios, etc.). Las comunidades operan un sistema de respuestas comunitarias que buscan ajustar a los usuarios y usuarias a las expectativas del grupo, lo que incluye comentarios, críticas, correcciones, castigos, apoyos, acciones afirmativas, entre otras acciones. En este sentido, a diferencia de otros dispositivos de salud, las comunidades articulan un sistema de autorregulación con un fuerte componente normativo que subjetiva al usuario o usuaria en torno a una serie de valores, prácticas, creencias y disposiciones de acción tendientes a la modificación de la conducta adictiva.

Soto (2011) pone en relevancia cinco aspectos organizacionales de las comunidades terapéuticas. En primer lugar, y como señalábamos anteriormente, una organización social marcada por la distribución de roles, responsabilidades y jerarquías o formas de autoridad. Esta organización social

es funcional a las actividades cotidianas del centro, pero más importante aún es su relación con el proceso terapéutico y clínico, en términos de asunción de responsabilidades y el diagnóstico e intervención de problemas relacionados con la convivencia, la incapacidad de seguir reglas, irresponsabilidad, falta de empatía o trabajo en equipo, desafío permanente a la autoridad, etc. La definición de las adicciones como un desorden de los hábitos y las responsabilidades sociales marca la relevancia de la organización social cotidiana de los centros. En segundo lugar, destaca el régimen diario de actividades u oficios, como son llamados en muchos centros. La comunidad terapéutica busca ordenar la cotidianidad de los usuarios y usuarias mediante horarios, reglas, espacios y actividades que se repiten día a día y son reforzados en una lógica comunitaria. La adquisición de hábitos para mantener un orden cotidiano en el hogar se mezcla con capacitación en competencias laborales, todo lo cual apunta a un reordenamiento y aprendizaje personal que permita a las personas proyectar una reinserción en sus barrios, familias, trabajos y comunidades.

En tercer lugar, las comunidades terapéuticas se ordenan en fases o etapas: Admisión, tratamiento y reinserción. En la primera etapa se realiza un trabajo motivacional que busca individualizar las intenciones de ingreso a la comunidad, y diferenciarlas de las presiones familiares. Durante este proceso de ingreso y adaptación a la comunidad se perciben cambios en el plano del lenguaje, las formas de interacción, las conductas, el aseo personal, y especialmente en la adquisición de los valores de la comunidad, todo lo cual se mantiene en un nivel superficial y no constituye un predictor de cambio en el fenómeno de la drogodependencia. La etapa de tratamiento es definida como la etapa de crecimiento y cambio, cuyo énfasis es el abordaje de los problemas profundos del individuo, sus conflictos y formas de afrontarlos. En esta fase los usuarios y usuarias sostienen una relación estrecha de apoyo, consejo y motivación de parte de la comunidad, y adquieren progresivamente rangos superiores de responsabilidad y autoridad al interior del centro. Finalmente, la etapa de reinserción busca que la persona se enfrente con autonomía su contexto social, económico y cultural propio, afuera del centro, para lo cual es necesaria la adquisición de habilidades laborales, resolución

de conflictos familiares, proyección de estudios o inserción laboral, búsqueda de residencia, resolución de problemas legales, entre otros.

La modalidad dominicana de comunidades terapéuticas, cuya influencia es gravitante en las comunidades chilenas, opera con tres etapas distintas, centradas en la desintoxicación (etapa 1), identificación, introspección y crecimiento (etapa 2) y el tránsito hacia la asunción de roles de ayudante del equipo clínico (etapa 3). De este modo, la modalidad caribeña apunta directamente a la formación de actores que reproducen la racionalidad de la autoayuda y autogestión de las comunidades terapéuticas, cuya circularidad radicaliza los elementos moralizantes del tratamiento, la presión grupal y la infantilización de los usuarios y usuarias que inician sus tratamientos. Este último punto es palpable en la práctica de exigir a las personas de etapa 1 y 2 el uso de pantalones cortos, y el uso exclusivo de pantalones largos en la etapa 3 (Pantaleón, 2010 en Soto, 2011), lo que supone la movilización instrumental de recursos discriminatorios dirigidos tradicionalmente hacia los niños.

En cuarto lugar, es necesario destacar el foco en el equipo terapéutico, cuya dirección, según el reglamento del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, debe estar *a cargo de un profesional con desempeño y experiencia en esta área de la salud o de un técnico en rehabilitación de personas con dependencia a drogas, todos ellos con un mínimo de dos años de experiencia laboral en el área del tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas*<sup>60</sup>. En el caso de los técnicos en rehabilitación, cuya presencia en los centros constituye un eje central del modelo estadounidense de comunidades terapéuticas, usualmente ex usuarios o usuarias, se solicita en la actualidad un título técnico emitido por un establecimiento de Educación Superior reconocido por el Estado, o bien pasar por un proceso de acreditación conducido por el servicio de salud pertinente y en cuya comisión debe participar un médico psiquiatra especialista en adicciones (Soto, 2011). Esta convivencia de actores tradicionales vinculados a la autoayuda con nuevos actores profesionales que conducen los centros

---

<sup>60</sup> Párrafo IV “De la organización y dirección técnica”. Reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. Ministerio de Salud. Publicado en el Diario Oficial de 13.01.10.

hacia una racionalidad de salud pública constituye una de las tensiones características del modelo actual de comunidades terapéuticas.

El equipo terapéutico, o equipo técnico cumple variadas funciones entre las que se cuenta realizar un diagnóstico integral, construir un programa personalizado, supervisar el avance de los usuarios y usuarias, actuar como consejeros y acompañar sus actividades diarias (Soto, 2011). Estas tareas buscan integrar las funciones tradicionales de la comunidad terapéutica, relacionadas con la supervisión y el consejo cotidiano, con un énfasis integral y personalizado derivado de los estándares técnicos de salud pública. Según Soto, la mayoría de las comunidades terapéuticas en Chile operan bajo el modelo de enfermedad, que define las adicciones como una enfermedad crónica, que debe ser reconocida y gestionada por el usuario durante toda su vida, y que impide un consumo ocasional de sustancias psicoactivas debido a las vulnerabilidades biológicas siempre presentes (Fernández, 2007). Este enfoque implica que una parte importante de los procedimientos técnicos se relaciona con la adquisición de “conciencia de enfermedad”.

La conciencia de enfermedad en particular, y el paradigma biomédico en general, en gran medida tensionan la racionalidad del tratamiento hacia el campo de las individualidades. En la medida en que el consumo de drogas comienza a formar parte de planes de salud y se incorpora en forma de garantías explícitas de salud en algunas poblaciones específicas, el énfasis comunitario tradicional de estos dispositivos comienza a tensionarse con la idea de derechos individualizados de salud, que demandan personalización, adecuación y un respeto a las necesidades específicas del usuario antes que a la mantención de una comunidad de bienestar. La exigibilidad de estos derechos de salud entrega herramientas a los usuarios para denunciar vulneraciones en la entrega de prestaciones garantizadas por el Estado. Para ello, según autores como Castillo (2019), son fundamentales las operaciones de inscripción de entidades biológicas y técnicas por parte de la biomedicina, como es la idea de que el consumo de drogas se relaciona con un problema vinculado al sistema nervioso central. En este sentido, a través de la idea de enfermedad, las adicciones entran a un orden “somatocrático” (Castillo, 2019)

que posibilita la acción del Estado chileno en un campo de elementos heterogéneos, complejos y cambiantes.

Ahora bien, esta adquisición de conciencia de enfermedad, como forma de subjetivación promovida por la racionalidad biomédica, se entremezcla con otra de mayor antigüedad relacionada con la culpa. El enfoque moral, que prevalece en las comunidades terapéuticas antes de su engarce con el modelo biopsicosocial, se centra en la idea de adquirir “conciencia del daño” (Soto, 2011; Gaete, 2007) que han hecho los usuarios y usuarias a sus familias, comunidades y a la sociedad en general. En este sentido, la intervención sobre la conciencia de los usuarios ya sea en relación con los daños o a la idea de enfermedad, conduce en gran medida las operaciones de los equipos terapéuticos.

Como hemos visto durante los antecedentes, las formas de hacer tomar conciencia a un sujeto supuestamente alienado por el consumo de sustancias son muy variadas y se anclan en diversos sentidos sociales, culturales, laborales, políticos, comunitarios, etc. Las comunidades terapéuticas, especialmente en su vertiente estadounidense y luego dominicana, están marcadas por el desarrollo de estrategias coercitivas que buscan intervenir directamente la conciencia del usuario o usuaria en un contexto de encierro y convivencia. La investigación de Soto (2011) muestra que la metodología dominicana emerge bajo una lógica penitenciaria, igual que la segunda generación de comunidades estadounidenses, en la medida en que la mayoría de sus usuarios estuvieron en la cárcel. Esto generó un esquema de funcionamiento altamente jerarquizado y violento que buscaba posicionar el mando y el poder en los equipos terapéuticos. Para lograr este posicionamiento, se distribuyeron roles de mando jerarquizado que definían quien “gritaba más fuerte” en la comunidad (Soto, 2011).

En la misma racionalidad carcelaria, las comunidades dominicanas incorporan en su metodología las revisiones imprevistas de la comunidad, cortes de pelo, confronto con gritos e insultos, castigos de trabajo intensivo, o el porte de carteles con mensajes humillantes. Todas estas acciones de violencia son traducidas como ayudas para que los usuarios vean sus fallas y

adquieran una actitud de humildad que les permita generar un cambio (Soto, 2011). La presión de la comunidad y la vergüenza son factores clave en estas técnicas, entre las que se destaca la “Terapia de confrontación”, cuya funcionalidad supuestamente terapéutica se ubica en una modificación de la autoimagen del usuario para facilitar su reeducación social y cultural.

*En dichas terapias, los residentes forman un círculo y al centro se ubica un paciente sentado en el suelo que toma sus piernas, las pone contra el pecho y queda mirando al terapeuta, quien guiaba la terapia y le dice “limpiate” con voz fuerte y enérgica, aludiendo a que la persona hable acerca de eventos, pensamientos, sueños y acciones “negativas” cometidas. Se entendía como “negativo” o “falla” prácticamente cualquier cosa. Se cita a continuación un ejemplo: un residente refiere “pensé en la playa”, siendo su comentario interpretado como falta de compromiso con el tratamiento al pensar en estar “afuera” o “disfrutando”, en vez de estar asumiendo y pagando sus culpas en la Comunidad. En su “invitación” a “limpiarse”, el terapeuta puede utilizar garabatos e insultos como: “maricón”, “poco hombre”, “has sido siempre un poco hombre, te estoy dando la posibilidad de ser un hombre íntegro”; con esto se pretende afectar el amor propio del paciente de manera tal de “movilizarlo” afectivamente. Los compañeros también enfrentan al paciente con críticas severas, insultos, ofensas y desafíos. A todo comentario de su parte se les llama “ayuda” y si no le dicen algo al compañero, será su turno para ocupar el centro en una nueva terapia de confrontación. Dentro de las “ayudas” utilizadas, además de las críticas de parte de terapeutas y compañeros, se realizan cortes de pelo “a machetazos” (haircut), se le tiran huevos o desechos en la cabeza, e incluso bolsas de basura cuando está sentado en el piso; otro método era que después de que el residente limpiara el baño y lo dejara impecable, se lo ensuciaban para medir su nivel de “tolerancia a la frustración”. (Soto, 2011. Pp. 102)*

Desde la perspectiva de Soto (2011), las técnicas dominicanas en Chile pierden fuerza en la medida en que la corriente italiana de Proyecto Hombre toma un mayor protagonismo y logra extender el uso de terapias menos penitenciarias que privilegian la autoinspección, la confesión y el establecimiento de relaciones de cohesión y confianza entre los miembros de la comunidad y los equipos técnicos. En este sentido, Proyecto Hombre pone en valor la búsqueda de la verdad en torno a las conductas, los sentimientos y

los pensamientos de los usuarios. Ahora bien, esta vertiente no renuncia al uso de instrumentos de coerción, presión grupal, y producción de estados de catarsis y euforia mediante gritos (Entrevista a informante clave 1).

Según Goti (1997), las comunidades terapéuticas operan a través de los siguientes métodos: 1) Establecimiento de normas y reglas cotidianas al interior del centro, 2) utilizar la presión de pares para cambiar la conducta de los usuarios y usuarias, 3) favorecer la autoayuda o las dinámicas de ayuda empática y comprensiva entre los propios usuarios o usuarias del centro, 4) autosuficiencia comunitaria en el plano financiero y de su administración interna, 5) uso del confronto como método de retroalimentación social que rompe defensas e interviene la autoimagen de los usuarios y usuarias, 6) confesión pública como mecanismo de exposición de los daños causados y acceso a la absolución del grupo social, 7) producción permanente de sermones sobre el cambio, el compromiso y los valores de la comunidad, 8) delimitación de instancias terapéuticas para la expresión emocional, 9) ofrecer modelos de cambio dentro de la propia comunidad, especialmente en torno a ex usuarios o usuarios con mayor tiempo de permanencia, 10) actividades productivas que modifican la autopercepción de inutilidad, 11) actividades que llenan el tiempo libre para evitar remembranzas de consumo, 12) redefinición del cuerpo sobre la base de hábitos de higiene, alimentación, medicación, ejercicio o presentación personal, 13) generar condiciones de aislamiento que posibiliten la abstinencia, el cambio de vida y la cohesión comunitaria, 14) contacto supervisado y planificado con el exterior de la comunidad, 15) asesoramiento individual a nivel formal e informal, 16) asesoramiento familiar a través de grupos de ayuda o instancias de terapia familiar en el centro, 17) educación y capacitación laboral en vistas a la integración social de los usuarios y usuarias, 18) ritualización de las actividades cotidianas del centro, y 19) espiritualidad o religiosidad que dote de sentido los cambios buscados por los usuarios y usuarias. De León (2000 en Soto, 2011) agrega las instancias formativas que intervienen los sistemas de creencias de los usuarios a través de seminarios o clases sobre temas específicos (neurofisiología de las adicciones, trastornos psiquiátricos, conciencia de enfermedad, etc.), y, por otro lado, la producción de una idea

de “vida correcta”, basada en la sobriedad, el acato de normas y obligaciones, ética del trabajo, pulcritud, higiene, responsabilidad y buenos tratos, que se socializa permanentemente en la comunidad.

La institucionalización de las comunidades terapéuticas en Chile, y su progresiva profesionalización, tiene como consecuencia un proceso de traducción de estas lógicas sectarias, penitenciarias y religiosas, en claves biomédicas y psi. En este sentido, elementos tales como la confrontación, la confesión, y la centralidad del cambio de vida mediante la imposición de rutinas y el uso de la presión comunitaria, cuya lógica de reeducación se relaciona con dejar atrás culturas de marginalidad y adoptar principios de integración social y vida religiosa, son traducidos en conceptos propios de la psicología, cuya lógica se centra en la autogestión o la “ethopolítica” (Rose, 2012), tales como la tolerancia a la frustración, la capacidad de adaptación, la asunción de compromiso y responsabilidad, la motivación para el cambio, o el establecimiento de límites como forma de amor (“Amor Responsable<sup>61</sup>”).

En Chile, estas traducciones se relacionan fundamentalmente con un posicionamiento privilegiado de las terapias cognitivo-conductuales, cuya estrategia de posicionamiento se relaciona con una alta capacidad de cuantificación de sus resultados, lo que se traduce en capacidad de visualización y evaluación de resultado a corto plazo, y una alta rentabilidad económica (Rojas, 2019), todo lo cual dialoga muy bien con la racionalidad científico-administrativa que utiliza el Estado para viabilizar sus estrategias de gobierno. Esta corriente psicológica pone énfasis en las claves cognitivas y conductuales que refuerzan o inhiben la habituación al consumo de drogas, tales como estímulos y respuestas condicionadas, contextos o ambientes propicios, y significados, relaciones, creencias, o pensamientos asociados al consumo de drogas. En esta línea, el tratamiento se orienta a intervenir la

---

<sup>61</sup> El “Amor Responsable” constituye una traducción fundamental de los conceptos clásicos de las comunidades terapéuticas en claves de la psicología conductual contemporánea, en la medida en que la presión que ejercen las distintas redes familiares y comunitarias hacia el usuario son reelaboradas como el establecimiento de límites que lo ayudan a distinguir que es lo bueno y lo malo para su salud física y mental (Soto, 2011). Este “Amor Responsable” busca, además, sustituir la incondicionalidad de las familias hacia el usuario y trabajar con ellas las adicciones desde un plano sistémico. En esta línea el campo psi incorpora con fuerza el trabajo sobre las codependencias.

mayor cantidad de claves internas y externas al sujeto que aumentan la probabilidad de ocurrencia del consumo (Rojas, 2019).

Otra corriente relevante de los enfoques psi que reorientan los abordajes de las comunidades terapéuticas en Chile es el sistémico, cuyo foco se centra en los sistemas relacionales, familiares, grupales o comunitarios, y define el consumo problemático como el resultado del funcionamiento disfuncional de un sistema social. Esta corriente pone mucho énfasis en la comunicación, los contextos o pautas normativas de funcionamiento y las formas de ordenar los roles dentro de los sistemas en los que interactúa el usuario. El año 2004, la fundación CREDHO, en conjunto con CONACE, y bajo la autoría de tres psicólogos, lanza el libro “Trabajo con familias en dependencia a drogas y vulnerabilidad social desde el modelo de comunidad terapéutica”, lo que significó el fortalecimiento de este enfoque en las comunidades terapéuticas que ya comenzaban a tener un fuerte financiamiento de parte del Estado. Como se señaló durante los antecedentes, un actor fundamental de esta incorporación técnica se relaciona con el trabajo de Mauricio Troncoso, quien se encontraba desarrollando el modelo ecológico multifamiliar desde el año 1993. Más adelante profundizaremos en la racionalidad propia del trabajo con familias y su impacto en la operatoria de los centros.

### **3. Enfoque biopsicosocial y redes sociales**

El tratamiento de drogodependencias, y las terapéuticas que apuntan a la salud mental en general, constituye un objeto de estudio poco habitual en el campo de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Como señala Duff (2014), la visibilidad, revisión y desmontaje permanente de las premisas de intervención de los dispositivos de salud mental se relaciona fundamentalmente con su necesidad de resolver tensiones internas, especialmente en relación al enfoque biomédico, y no de un revisionismo externo que remeza las intenciones de estabilidad interna. En este sentido, la visibilidad del propio ejercicio terapéutico y la intención de mejorar las prácticas, los saberes, y, por cierto, las técnicas que se utilizan en los espacios de tratamiento implican la necesidad de reconocer diversidades y trayectorias específicas en los procesos de recuperación, todo lo cual tensiona la

estabilidad de los consensos biomédicos asociados a la recuperación entendida como una cura (Duff, 2014).

Esta controversia activa de la salud mental frente al modelo biomédico genera nuevas miradas acerca de la multiplicidad de elementos que participan en los procesos de recuperación y su peso relativo en las experiencias particulares de los usuarios y usuarias. En este plano, la recuperación funcional, por sobre la idea de una cura definitiva, constituye un foco que apunta precisamente a recuperar las prácticas, los hábitos, los contextos o las relaciones que marcan un proceso dinámico y permanente de tratamiento, lo que supone tomar en consideración una amplia diversidad de resultados (Rudnick 2012), y racionalidades operativas en el proceso de recuperación.

El enfoque biopsicosocial de recuperación en salud mental, propuesto inicialmente por George Engel (1977), busca reorientar las técnicas del tratamiento desde el abordaje de los síntomas, hacia una comprensión e intervención amplia de los factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociopolíticos que influyen en las condiciones de bienestar de las personas. En este sentido, el foco de la recuperación pasa por la consecución de vidas enriquecedoras, productivas y saludables, más allá de los síntomas de una enfermedad mental (Duff, 2014). Este ejercicio de apertura supone el reconocimiento progresivo de las distintas dimensiones que interactúan con la salud mental y su incorporación o reconocimiento en los ensamblajes de tratamiento. En Chile, aunque dicho modelo domina todas las declaraciones formales y materializaciones en manuales, orientaciones técnicas y seminarios, se trata de un ensamblaje desequilibrado que mantiene en permanente alerta a los profesionales de las ciencias y tecnologías psicosociales, en tanto el peso que tienen los conceptos, comprensiones y abordajes de la biomedicina es muy superior al plano “psico” y “social” (Rojas, 2019). En este sentido, el enfoque biopsicosocial lejos de constituir un escenario de equilibrio técnico entre las disciplinas profesionales más preponderantes en el estudio e intervención de las adicciones se asemeja más bien a un ejercicio de alianza y consenso, siempre precario, que busca gestionar las heterogeneidades y multiplicidades propias de este campo técnico.

Desde la perspectiva deleuziana de Cameron Duff (2014), el rastreo de estas heterogeneidades forma parte de un ejercicio más amplio de reconstrucción posthumanista del estudio de la salud mental. Este ejercicio implica asumir la indeterminación de las categorías de salud y enfermedad que orientan los procesos de recuperación (¿Cuándo es problemático un consumo de psicoactivos?), abandonando las miradas duales que escinden y hegemonizan a priori las categorías de naturaleza, sujeto y biología, por sobre las categorías de artificialidad, objeto y tecnología. En este plano, el posthumanismo, al igual que el principio de simetría generalizada en los estudios de ciencia y tecnología, busca equiparar las entidades humanas y no humanas interconectadas en los ensamblajes de la recuperación. Bajo esta perspectiva, la recuperación no es algo que le ocurre al enfermo a partir de las prácticas voluntaristas de profesionales, familiares, cuidadores y los propios usuarios, sino que constituye más bien la producción de una red de entidades y vectores humanos y no humanos, que incluyen signos, cuerpos, territorios y relaciones, y generan capacidades múltiples de afectación (Duff, 2014).

Un primer acercamiento a estas diversidades y ensamblajes del tratamiento se relaciona con una comprensión de la complejidad de las trayectorias de los usuarios. Como indica el enfoque biopsicosocial, el dinamismo de la recuperación y sus resultados se relaciona fundamentalmente con las características específicas del padecimiento y el tratamiento de los usuarios y usuarias. En este plano, un primer acercamiento a la heterogeneidad del tratamiento se relaciona con el solapamiento de las redes del individuo y la emergencia, producto de esas trayectorias particulares (Simmel, 2002), de una serie de características que modulan la experiencia de recuperación y tensionan permanentemente la hegemonía técnica en los centros de tratamiento, especialmente en relación al modelo médico tradicional.

#### **4. Heterogeneidad tecnológica y pertenencias múltiples del sujeto**

El estudio del solapamiento de las pertenencias múltiples del individuo encuentra referentes fundamentales en la línea de investigaciones críticas, que registran los intentos de las instituciones de salud por anular la diversidad de sus prácticas y homogeneizar al máximo las identidades de los usuarios y las

autoridades médicas. En esta línea nos encontramos con estudios clásicos como es el de Goffman (2012), quien aplica los conceptos de desculturación y desentrenamiento en el ámbito de la internación psiquiátrica, y Foucault (2008), para quien la idea de panóptico se sostiene precisamente en el desentrañamiento de los ámbitos de interacción social y su reordenamiento de forma tal que puedan ser controlados de manera eficiente. En el campo específico del tratamiento de drogodependencias nos encontramos con investigaciones que abordan la vigencia de mecanismos de clausura como forma de gestionar las pertenencias y las identidades de los usuarios y usuarias (Muñoz, 2011, Garbi, et. al., 2011, Epele, 2012).

La construcción institucional de un sujeto de tratamiento, especialmente centrada en el fomento de creencias, valores y prácticas que sustituyan la idea de “Hábito” por la de “Enfermedad” (Muñoz, 2011), demanda un proceso de resignificación de los marcadores identitarios de los usuarios que busca no sólo suspender actitudes críticas, sino también modificar formas de hablar, vestir o mirar que remiten al consumo de drogas (Garbi; et. al. 2011). En este sentido, una parte importante de las experiencias, formas de representación e interacción de los usuarios y usuarias es definida como el producto de un trastorno o una enfermedad, propiciando la configuración de un esquema médico diádico (médico-paciente) que permita la persecución de objetivos radicales y alejados del resto de la sociedad, como es la completa abstinencia de psicoactivos (Comas, 1985).

Este tipo de clausuras relacionales no suponen la supresión del contenido social de las drogodependencias, sino más bien su reelaboración institucional desde las categorías de control, peligrosidad, enfermedad, responsabilidad, culpabilidad y daño social (Gaete, 2007); mientras los grandes discursos de la agenda pública de las drogas socializan la relación entre el consumo y los actos delictivos (Echeverría, 2004), legitimando la idea de contención y vigilancia especializada, el uso de la denominación “dependencia” cumple una función clave en la reorganización de las responsabilidades del usuario o la usuaria frente a sus actos y la producción institucional de las formas legítimas de reparación, especialmente centradas en la idea de un “buen paciente”.

En este sentido, la gestión de las pertenencias múltiples del usuario o usuaria mediante la clausura institucional responde a un modelo muy cercano al “Sick Role” de Talcott Parsons (1975), concepto que describe una suspensión de las funciones sociales que desempeña el sujeto, posibilitada exclusivamente por las expectativas generalizadas de mejoría, tanto a nivel colectivo como a nivel subjetivo, que son aseguradas y gestionadas por la autoridad médica. En este sentido, al usuario o usuaria de drogodependencia se le permite quedar al margen de sus funciones y responsabilidades sociales en la medida en que se someta a la operatoria de estas tecnologías instituciones y formas de autoridad experta.

Desde una perspectiva funcionalista de las instituciones médicas, la presencia del cuidador externo puede cambiar el ejercicio de autoridad (Barone, 1999), re-editando roles y pertenencias, desequilibrando la relación jerárquica, y tensionando la construcción de objetividad, coherencia y uniformidad que sostiene a los hospitales o centros de tratamiento. Esta triangulación de la relación paciente-médico constituye un problema de poder en términos de los potenciales cursos de acción social que se encuentran disponibles para el sujeto en caso de que la relación institucional no sea beneficiosa o tienda a una sobre-regulación. En esta línea se estudian fenómenos tales como la “puerta giratoria” (Bonet, 2006) o la “encerrona trágica” en salud mental (Epele, 2012), referidos a la ausencia de alternativas de bienestar fuera de la institución y sus efectos de dominación y violencia interna. Estos estudios reafirman el proceso de simplificación o des-individuación del sujeto en la lógica médica, producida por una vuelta hacia el plano de las relaciones primarias (Laub Coser, 1975), en el que el entorno social amplio del sujeto se desdibuja.

Esta línea de investigación es interesante en términos de evidenciar los mecanismos de subjetivación y corporeización que permiten conseguir equilibrios técnicos en los espacios de salud. La construcción de un sujeto pasivo y desanclado de sus contextos socioculturales propios permite conseguir ciertas formas de estabilidad técnica que de otro modo es imposible. Esta racionalidad de clausura y supresión de las singularidades se encuentra muy presente en la metodología de las Comunidades Terapéuticas.

Si bien en la actualidad los modelos clásicos de comunidades terapéuticas han dado paso a formas menos ortodoxas de trabajo, rescatando la primacía del trabajo grupal y la autoayuda en desmedro del proselitismo, el liderazgo carismático y los aislamientos geográficos que caracterizaban a las primeras comunidades (Soto, 2011), aún se mantiene vigente la intención de configurar un grupo relativamente homogéneo de personas que opera sobre la base de marcadores identitarios simplificados, y en una orientación explícita de las relaciones sociales horizontales hacia el control (Echeverría, 2004), la regulación de la palabra (Garbi, 2013) y el “confronto” como técnica que quiebra los mecanismos de defensa que llevan a los usuarios y usuarias a negar la “realidad” sobre la adicción (Garbi; et. al., 2011).

Según las orientaciones técnicas de SENDA<sup>62</sup>, los planes de tratamiento residencial, que en gran mayoría son vendidos al Estado chileno y ejecutados por comunidad terapéuticas<sup>63</sup>, se orientan específicamente a personas que presentan dependencia a sustancias psicoactivas y un compromiso biopsicosocial severo, marcado, entre otros criterios, por la experiencia de múltiples tratamientos previos, el consumo de drogas en miembros de la familia y la inexistencia de redes de apoyo familiar y social. Por su parte, los programas ambulatorios están diseñados para persona con soportes sociales fuertes, capaces de generar estrategias básicas de contención (Echeverría, 2004).

En este plano, la clausura de los centros residenciales de tratamiento se justifica mediante el diagnóstico de una deficiencia en las redes y el ambiente en el que se desempeña el usuario o usuaria, ya sea por la constatación de una

---

<sup>62</sup> Referencia extraída del “Convenio de Prestación de Servicios celebrado entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Servicio de Salud Metropolitano Sur, para la compra de meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas y alcohol, para los años 2016 y 2017”. Santiago, 17 de diciembre de 2015.

<sup>63</sup> En la Región Metropolitana de Chile, territorio geográfico específico en el que se desarrolla la presente investigación, del total de 20 programas residenciales de tratamiento que se desarrollan para población general, financiados por SENDA, 19 son implementados por centros que se autodenominan comunidades terapéuticas. Por su parte, del total de 11 centros residenciales específicos para mujeres financiados por SENDA, 8 se autodenominan comunidades terapéuticas. Cabe señalar que, de este total de 31 programas de tratamiento residencial financiados por SENDA, sólo 3 corresponden a instituciones públicas y los 28 restantes corresponden a prestaciones privadas con financiamiento público. Información proporcionada por el Área Técnica de Tratamiento de SENDA.

precariedad absoluta de vínculos personales, o la presencia de consumos u otros factores de riesgo que imposibilitan el logro terapéutico de la abstinencia y la disminución del compromiso biopsicosocial. Ahora bien, en la medida en que se pone en duda la sostenibilidad de los logros cognitivo-conductuales de corto plazo (Rojas, 2019) que prevalecen en los centros cerrados, y el enfoque biopsicosocial logra incorporar otras racionalidades de intervención, más cercanas al enfoque sistémico o ecológico, toman mayor peso técnicas que buscan un mayor nivel de logro terapéutico mediante la administración del influjo que tiene el medio social o las redes sociales del usuario o usuaria en el desarrollo del proceso de tratamiento.

## **5. Apertura de redes y anclajes técnicos**

Aunque los abordajes tradicionales de las adicciones ponen el foco en aspectos negativos de la red o el entorno social de los usuarios o usuarias, la administración de estos influjos no suele desarrollarse mediante tecnologías de estricta clausura, y, por el contrario, incluso en las comunidades terapéuticas es usual la presencia de tecnologías de mediación y participación de familiares o personas cercanas (Soto, 2011). Esto responde, en parte, a un cambio extendido en el campo de las drogas que tiende a modificar la categoría de peligrosidad, que limita la operatoria de las tecnologías a escenarios de amenaza directa, por la categoría de riesgo (Sepúlveda, 2015), que permite extender los saberes y técnicas expertas a una mayor gama de fenómenos y ámbitos de competencia. En el campo del riesgo, las tecnologías asumen un mayor grado de incertidumbre en sus definiciones y técnicas, permitiendo la emergencia de un mayor grado de heterogeneidad en los actores y discursos presentes en el tratamiento, aunque se sostenga el control sobre el marco interpretativo general de las adicciones.

La readaptación u optimización del desempeño social del usuario o usuaria como objetivo clave del tratamiento de drogodependencias (Lobos, 2012), tensiona el tránsito desde modalidades clausuradas del tratamiento, especialmente en torno a instituciones religiosas u hospitalarias, por dispositivos con mayor grado apertura, que dialogan con las reformas internacionales y nacionales en materia de salud mental (Minoletti, et al.,

2012). Si en sus inicios las comunidades terapéuticas mantenían al margen de su operatoria los conocimientos de la psicología y la psiquiatría<sup>64</sup> (Soto, 2011), en la medida en que estos adquieren legitimidad, peso y control sobre las funciones esenciales del tratamiento, se tensiona una historia marcada por el confinamiento y el alejamiento rural de los usuarios y usuarias. Esto no significa necesariamente la producción de un interés institucional por las condiciones socioculturales de la adicción, con efectos directos en la manera de definir, problematizar e intervenir el fenómeno, sino más bien el delineamiento e inclusión de un nuevo campo de fenómenos relacionales susceptibles de ser problematizados por la red de actores que configuran y operan las tecnologías de tratamiento.

Al alero de los enfoques de reinserción o integración social, la institucionalidad chilena problematiza el entorno del usuario o usuaria de centros de tratamiento como lugar en el que se juega la mantención de los resultados del tratamiento y la prevención de las distintas formas de exclusión social que pueden afectar a las personas que se encuentran o han egresado de un programa de tratamiento<sup>65</sup>. La inclusión de las categorías de estigmatización, discriminación y ejercicio de derechos en el discurso institucional busca legitimar un enfoque de enfermedad que se distancia de las comprensiones morales, policiales o penales del consumo de drogas. En esta lógica, el programa “Chile Integra” (SENDA) incorpora a usuarios y usuarias que lleven más de cuatro meses en tratamiento o bien hayan egresado hace menos de un mes, evaluando individualmente “necesidades de integración” que luego son abordadas desde el entrenamiento de competencias y la articulación de oferta programática pública en materia de vivienda, capacitación, salud o empleo<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> En 1982, Lucien Engelmajer, fundador de la comunidad terapéutica El Patriarca, señaló en el diario El País: "Reemplazar un producto artificial, como la droga, por otro llamado psiquiatría, es como cambiar la heroína por la metadona, o como pasar del vino tinto al blanco".

<sup>65</sup> Presentación de SENDA (2015) ante la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-CICAD, denominada “Desarrollo e implementación de una política de integración social para personas con consumos problemáticos de sustancias”. Quincuagésimo séptimo período ordinario de sesiones del 29 de abril al 1 de mayo de 2015 Washington D.C.

<sup>66</sup> “Integración Social Chile Integra”. Informe de Descripción de Programas Sociales MIDESO (Cierre al 31 de diciembre de 2016) Disponible en:

En este sentido el entorno social de los usuarios y usuarias es administrado bajo una comprensión burocrática (programas sociales), managerial<sup>67</sup> y funcional del apoyo social, que busca reforzar los resultados del tratamiento mediante un anclaje ambiental y territorial eficiente. Esto significa que, si bien el fenómeno de la dependencia se mantiene en el campo de las discusiones tecnocientíficas, y por lo tanto al margen de las condiciones socioculturales específicas de su producción, las redes personales y el ambiente de los usuarios y usuarias adquiere un rol importante para la consecución de los objetivos terapéuticos.

Bajo una racionalidad que apunta a un mayor grado de apertura a las redes externas de los usuarios y usuarias, las funciones, contextos y estructuras (Bonet, 2006) de las redes sociales de los y las usuarias toma relevancia para el tratamiento de drogodependencias, mostrando, por ejemplo, los cambios que sufren las redes personales al ingreso y al egreso de los centros (Tracy; et. al., 2012).

Las investigaciones que abordan esta relación entre los centros y las redes personales de los usuarios y usuarias muestran que la presencia de cuidadores externos durante el proceso de tratamiento está asociado a un mejoramiento de los logros terapéuticos y el fortalecimiento de su mantención en el tiempo (Warren; et. al., 2007) (Wenzel; et al., 2009). En Chile se ha constatado que el nivel de apoyo social percibido por los pacientes de centros de drogodependencia, asociado a demostraciones de cariño, comunicación, disponibilidad de ayuda doméstica, apoyo emocional o informacional, se relaciona con la disminución de los riesgos de recaída (Garmendia; et. al., 2008). Por otro lado, una participación activa de las redes familiares, además de reforzar las conductas promovidas por los centros, elevan la adherencia al tratamiento (Gormaz, 2015), motivando la producción técnica de pautas para

---

[http://www.programassociales.cl/pdf/2017/PRG2017\\_3\\_5151.pdf](http://www.programassociales.cl/pdf/2017/PRG2017_3_5151.pdf) última consulta el día 4 de julio de 2017.

<sup>67</sup> El enfoque de trabajo de “Chile Integra”, al igual que otras muchas tecnologías de la política de drogas chilena, es producto de un intercambio permanente con la política de drogas española. En el marco del Seminario Internacional de Integración Social organizado por SENDA el año 2016, Alfonso Ramírez, representante de la Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva (España) expone su enfoque de integración social denominado “Coaching para Adictos”.

un acompañamiento familiar adecuado (Calvo y de Lucas, 2007): psicoeducación, desarrollo de habilidades, expresión emocional, apoyos mutuos o terapia familiar, entre otras.

Como señalábamos anteriormente, estas percepciones positivas conviven con una sospecha continua hacia el rol que pueden desempeñar los vínculos más cercanos del usuario o la usuaria en sus espacios de interacción cotidiana. Las investigaciones en este plano destacan que las redes cercanas de los usuarios o usuarias pueden propiciar un aumento en el estrés de las personas que se encuentran en tratamiento (Biegel, 2008), o bien recaídas asociadas a la convivencia con personas consumidoras de drogas, especialmente en el caso de las mujeres (Grella, 2008).

## **6. Familias, alianzas y codependencias**

Mientras los soportes positivos, basados fundamentalmente en el acompañamiento y la contención, son reconocidos y propiciados por los centros de tratamiento, las dimensiones negativas dan paso a la configuración de nuevos marcos de inteligibilidad e intervención en materia de drogodependencias, entre los cuales se destaca el fenómeno de la “codependencia”. Este fenómeno, marcado por la victimización, el inadecuado manejo de sentimientos, problemas de relaciones interpersonales, baja autoestima, estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión (Pérez & Delgado 2003), afectaría especialmente a mujeres, y se asocia a modelos occidentales de maternidad y feminidad (Scaturo, et. al., 2000) que se reeditan y se profundizan en la relación con personas drogodependientes.

Ya en la década de 1940 se forman las primeras asociaciones de familiares, como tecnología anexa a la de Alcohólicos Anónimos, centradas fundamentalmente en la generación de soporte para enfrentar el sufrimiento de la convivencia (Acha & Vallejo, 2006). A partir de estas experiencias emergen interpretaciones y problematizaciones que apuntan al rol negativo que pueden desarrollar algunos tipos de vínculo familiar, interfiriendo el proceso de recuperación. A finales de la década de 1980 e inicios de 1990 este fenómeno es abordado con especial énfasis en EE.UU. mediante la

creación de las instituciones Co-dependents Anonymous (CODA) y National Council on Co-dependence (NCC) (Salas & García, 2012).

La codependencia emerge en los centros de tratamiento en el marco de la relación que los equipos terapéuticos tienen con las personas cercanas a los usuarios y usuarias (Salas & García, 2012), delineando los sufrimientos propios del rol cuidador, que en el caso de las drogodependencias asumen especialmente las madres o parejas (Candil, 2016), y que muchas veces opera de forma independiente a la mejoría o empeoramiento del usuario o usuaria del centro. Las conductas habituales de este fenómeno se relacionan con la negación, la complicidad, el encubrimiento o la protección del usuario o usuaria en modalidades opuestas y negativas para el proceso terapéutico (boicot) (Guevara, 2002), frente a lo cual se desarrollan distintas formas de intervención familiar en los centros de tratamiento.

En este plano, la toma de conciencia de la familia, además del drogodependiente, comienza a constituirse como un nuevo objetivo terapéutico relevante, para lo cual se implementan estrategias, tales como la terapia conductual de parejas (Fals-Stewart, et. al., 2005) o la terapia familiar sistémica (Marcos & Garrido, 2009), que enfatizan el lugar de la adicción en la organización del sistema familiar, y las tensiones o crisis familiares que acompañan la adquisición progresiva de autonomía por parte del usuario o usuaria del centro de tratamiento (Acha & Vallejo, 2006).

Las codependencias abren un nuevo espacio de interpretaciones sobre el funcionamiento de las redes personales, específicamente aquellas que muestran prácticas opuestas al proceso de rehabilitación, indagando en la presencia de trastornos o historias familiares que las pueden explicar. Como señala Foucault (2008), cuando hace referencia al concepto de “enjambrazón”, las tecnologías disciplinarias, aunque se sostengan en operatorias clausuradas, tienen tendencia a la desinstitucionalización, generando mecanismos flexibles que desbordan el trabajo sobre el individuo, y buscan generar controles laterales. En este sentido, la preocupación por la conducta, la actitud, el sistema de creencias, las competencias, o en última instancia la salud mental de las personas que acompañan al usuario o usuaria

se convierte en un foco relevante para el tratamiento, que hace emerger un campo relevante de heterogeneidades, especialmente en torno al riesgo de recaída como campo de acciones posibles-probables que legitiman nuevos saberes y técnicas expertas.

La idea foucaultiana de “controles laterales” nos acerca a una operatoria tecnológica que desborda la institucionalidad del tratamiento de drogodependencia y se ancla en la administración de los vínculos. En este plano la idea de alianza y transferencia tecnológica tiene una fuerza mayor al mero reconocimiento de las bondades del apoyo social, desplegando una serie de procedimientos para que el tratamiento tome sentido y se desarrolle de manera adecuada en las redes personales de los usuarios y usuarias. En este sentido, el involucramiento de las redes personales en el proceso de tratamiento se posiciona progresivamente como una dimensión técnica fundamental del tratamiento (Lefio, et. al., 2013).

Mientras la codependencia opera sobre la base de un diagnóstico, y motiva la movilización de tecnologías específicas y expertas para el trabajo familiar, las transferencias tecnológicas funcionan en un plano menos particularizado, con menor especificidad clínica, y por lo tanto más susceptible de masificación. A diferencia de la codependencia, que emerge como un objeto de conocimiento, la alianza opera en el plano de los quehaceres, asegurando que las familias comprendan el proceso de tratamiento, lo legitimen y adquieran roles para que los procedimientos técnicos alcancen sus objetivos.

Las alianzas técnicas que despliegan las instituciones modernas constituyen un foco importante del análisis de las políticas sociales (Donzelot, 2008). Como hemos visto durante la revisión de las superficies de emergencia del tratamiento de drogodependencias en Chile, las técnicas de tratamiento no operan sobre la base de una construcción institucional cerrada acerca de los padecimientos y los abordajes requeridos por una enfermedad emergente, sino que se anclan contingentemente a diversas tramas relacionales históricas con base en congregaciones religiosas, políticas, sindicales o comunitarias que las dotan de sentido en función de una amplia gama de intereses y expectativas.

A partir de mediados del siglo XX es posible observar una relativa homogenización discursiva sobre la categoría biomédica de drogodependencia, y solo a finales del mismo siglo es posible constatar un intento de uniformar los distintos abordajes que se han desarrollado históricamente en distintos espacios o instituciones sociales. En este sentido, la unidad de la categoría tecnocientífica de drogodependencia depende de los anclajes que históricamente la han dotado de sentido, demandando, actualmente, la construcción de alianzas que, si bien buscan uniformar los saberes y técnicas involucradas, mantienen vigente las necesidades, urgencias y disposiciones de acción que las personas involucradas, en función de sus trayectorias y contextos sociales específicos, ponen en juego. Si durante la década de 1960 e inicios de la década de 1970, estos anclajes se orientaban especialmente hacia las relaciones comunitarias, realizando transferencias tecnológicas hacia los líderes barriales, las organizaciones y los vecinos, en la actualidad estas alianzas tienden a concentrarse en la familia.

Ana Laura Candil (2016) señala que la noción de cuidados o acompañamientos familiares constituye una sinécdoque que oculta una fuerte carga hacia las mujeres, normalmente madres y parejas heterosexuales no usuarias de drogas, que ejecutan procesos cruciales de las tecnologías de tratamiento, tales como recordar, financiar y acompañar el traslado del usuario al centro, conseguir medicamentos, administrarlos, poner atención a los estados anímicos, lidiar con los efectos de la terapia institucional en el usuario, cuidar su integridad física, acudir a grupos de familiares en el centro, entre otros muchos. Estas cargas son especialmente costosas cuando se presentan conductas agresivas por parte del usuario o usuaria, o bien los cuidados se desarrollan en contextos con altos niveles de violencia social (Seaborn, 2007; Epele, 2010).

En este sentido una parte importante de la tecnología de tratamiento queda en manos de las mujeres que forman parte de la familia del usuario, lo que supone la generación de alianzas técnicas que requieren ajustes periódicos, en los denominados “grupos de familiares” (Candil, 2016), para mantener la homogeneidad o complementariedad de los saberes y técnicas que utiliza la red completa que interviene en el proceso. En este sentido, la heterogeneidad

de saberes y técnicas, que resulta fundamental para sostener la tecnología, se estabiliza mediante un proceso educativo o correctivo que permite reproducir la idea de un tratamiento coherente, racional y homogéneo.

Ahora bien, el contexto de inclusión o exclusión social es fundamental para entender estas alianzas tecnológicas entre las instituciones y las redes externas. En Estados Unidos, por ejemplo, mientras una familia de bajos recursos debe esperar un cupo de tratamiento, sostener las crisis y desgastar sus recursos relacionales antes de acceder a un servicio institucional, las familias de mayores recursos acceden rápido, mantienen en mejor estado sus relaciones personales y por ende presentan una mayor disposición a participar activamente durante el proceso de tratamiento (Townsend; et. al., 2006). Estas diferencias socioeconómicas son fundamentales, en tanto las transferencias tecnológicas pueden operar bajo un sentido participativo, democratizante o de complementariedad entre las instituciones y las redes personales, para elevar la calidad del tratamiento y la probabilidad de éxito, o, por el contrario, constituirse como una serie imposiciones hacia las familias sobre la base de una baja disponibilidad y precariedad de los servicios, y el subsecuente desplazamiento de las responsabilidades de cuidado hacia el ámbito íntimo (Candil, 2016; Epele, 2010; Ward, 1986).

Las drogodependencias, especialmente cuando se acompañan de comorbilidades, suponen un alto nivel de desgaste físico y mental para los integrantes de la familia (Biegel, et. al., 2008; Mesquita, et. al. 2015), lo que explica el rol activo que tienen los familiares en el proceso de institucionalización, especialmente en atención a la distribución desigual de los roles de cuidado al interior de la familia (Esquivel, et. al., 2012). En este sentido, los fenómenos de “obligatoriedad maquillada” (Echeverría, 2004) que opera en la institucionalización de consumidores o consumidoras, especialmente jóvenes, no puede ser abordada de manera adecuada sin entender, desde una perspectiva de género, los fenómenos de desgaste, sobrecarga, estrés y alivio asociados a la movilización de tecnologías institucionales.

## **7. Sobreposiciones en las fronteras institucionales**

Desde una perspectiva de economía política aplicada al problema de drogas (Epele, 2010; Bourgois, 2015; Whyte, 2015), las prácticas, malestares, padecimientos y formas de recuperación desbordan con creces la perspectiva institucional. En este campo de estudio, las subjetividades no constituyen el resultado de tecnologías institucionales, coherentes y verticales, que operan de manera uniforme sobre una población determinada, sino que devienen de una experiencia compleja, con múltiples solapamientos y contradicciones, que dejan a las tecnologías de tratamiento institucional como una parte acotada de la experiencia de recuperación o una etapa de las decisiones que toman los usuarios o usuarias en un contexto de “rescate” (Epele, 2010).

En este sentido, la alianza con los centros de tratamiento constituye un fenómeno frágil, marcado por distintas formas de discriminación y la intermediación de actores claves, como familiares, parejas o terapeutas, que permiten conectar a los usuarios o usuarias de drogas con las tecnologías de tratamiento. Esta conexión no se reduce al acompañamiento o la asunción de roles transferidos, sino que se constituye como un recurso fundamental para permear el acervo de saberes, prácticas y técnicas de los usuarios y usuarias con los objetivos transformadores del centro, los cuales exceden el consumo y se instalan en las formas en que estos y estas se relacionan consigo mismos y su medio social (Ochoa, 2001, en Echeverría, 2004).

La hipótesis estructural del etiquetamiento social (Scheff, 1974), que postula una relación entre la definición social de una desviación, en función del poder y los ingresos de quién incurre en ella, y sus efectos de institucionalización, se remece por el acceso masivo de sectores altos a instituciones psiquiátricas. Según autores como Thoits (2008), desde la década de 2000 se vuelve dominante una mirada institucional de los cuidados en salud mental que desactiva los fenómenos discriminatorios que podían encontrarse vigentes hasta la década de 1970. Esta tesis es concordante con los datos analizados durante los antecedentes de investigación, según los cuales son precisamente los sectores acomodados de Santiago los que motivan la institucionalización reciente de jóvenes mediante la importación de las tecnologías de

comunidades terapéuticas desde el Caribe. El cuestionamiento y relativización de una relación directa entre institucionalización y exclusión social motiva un tránsito de la investigación hacia el campo de las predisposiciones y estrategias de búsqueda de tratamiento, las redes que conectan a las personas con las terapéuticas y las instituciones (Kadushin, 1966), y las barreras de acceso a la atención (Hirmas, et al., 2013). Sin embargo, el estigma continúa jugando un rol fundamental en la experiencia institucional de los consumidores de drogas ilegales, prevaleciendo una mirada individualista de los accesos, la prevalencia de prejuicios acerca de los consumidores en los profesionales de tratamiento, y expectativas de recuperación que no coinciden con las de los usuarios y usuarias (Vásquez & Román, 2012), especialmente en sectores sociales excluidos y marginalizados.

Como señala Epele (2010) el tratamiento de adicciones se mueve en un continuo de confianza-desconfianza producto de una historia de violencia, criminalización y encarcelamiento de usuarios de drogas. El estatus jurídico y policial propio del paradigma de la “Guerra contra las drogas” permea los dispositivos de salud e instala prácticas abusivas de sospecha, revisión, sermoneo, etiquetamiento y maltrato, que luego circulan por las redes sociales de los usuarios de drogas para configurar un marco de desconfianza y evitación de los dispositivos de tratamiento. Por otro lado, la racionalidad biomédica impone una serie de códigos vinculados a una vida saludable, autocuidado y responsabilización que significan un quiebre con el usuario de drogas, cuyas trayectorias de vida se relacionan con otro tipo de relación con el propio cuerpo y la salud. En este plano el “ser visto” (Epele, 2010) como alguien flaco, desaseado y sin hábitos de autocuidado, amenaza permanentemente el establecimiento de una alianza tradicional médico-paciente en los centros de tratamiento.

Por otro lado, el tratamiento en contextos de exclusión social opera mediante la inscripción ambivalente de identidades precarizadas, que a la vez sancionan y excomulgan, por una parte, y rehabilitan e integran, por otro (Sepúlveda, 1997). En este sentido, el discurso de la droga toma casi por completo la identidad de los consumidores, especialmente en el caso de los “pasteros” o

“angustiados”, y los conduce, con mayor o menor resistencia, por circuitos de sanción y recuperación que en muy pocos casos permiten un abandono exitoso de la identidad atribuida.

En este sentido la alianza institucional se mueve en distintos niveles de control, malestar, desgaste, estigmatización, y búsqueda de soluciones o estrategias de recuperación, que no se reducen al mero uso de un tipo específico de prestación de salud, como es la tecnología de comunidades terapéuticas, sino que se presentan en forma de acomodados, equilibrios y traiciones permanentes entre distintas formas de conocimiento e intervención en el campo de las drogas. Ahora bien, las alianzas o anclajes que desarrollan las tecnologías de tratamiento en las redes sociales externas o las familias de los usuarios no es la única fuente de su heterogeneidad constitutiva. Como hemos visto, la construcción de las tecnologías de tratamiento se monta sobre una diversidad de racionalidades familiares, comunitarias, barriales o laborales que están permanentemente tensionando la estabilidad de un programa o protocolo de acción uniforme y coherente en materia de drogodependencias. Sin embargo, la construcción heterogénea de este tipo de tecnologías se relaciona, también, con otros elementos tales como las formaciones o los contextos culturales de los profesionales o técnicos que conducen el desarrollo de las terapias, las lógicas políticas y administrativas que desarrollan las jefaturas de los centros, las racionalidades hospitalarias o higienistas que imponen los espacios de internación, o los sistemas de creencias morales o religiosas que sostienen los distintos actores que participan en la construcción tecnológica.

Sobre este último punto, Philippe Bourgois y Laurie Hart (2010) señalan que la racionalidad biomédica desplaza a un conjunto de saberes y técnicas muy arraigadas en el campo del tratamiento de drogodependencias, vinculadas a creencias morales y religiosas que definían las adicciones como pecados o signos de debilidad moral. Este desplazamiento estabiliza las creencias y técnicas propias de la medicina en el campo de las adicciones, desestigmatiza a los usuarios y usuarias, configura nuevas modalidades técnicas como son las clínicas de metadona, posiciona de manera dominante a los psiquiatras en la investigación, formación y administración de los centros de tratamiento de

drogodependencias, y estabiliza un modelo biopsicosocial de las adicciones que permite integrar discursivamente distintas miradas del fenómeno, sin que ello signifique necesariamente abandonar una mirada predominantemente individual, psicológica, conductista y neurobiológica de las adicciones (Bourgois y Hart, 2010).

Aunque el enfoque biomédico traduce exitosamente los malestares, padecimientos y abordaje de las adicciones, la lógica del tratamiento basado en religión cuenta con una serie de características que pueden dialogar de manera efectiva, o bien dialogan subterráneamente, con el problema y los intereses de los actores involucrados en la tecnología. En primer lugar, a diferencia de los dispositivos religiosos de tratamiento, que ofrecían una cura completa e instantánea al problema de las adicciones, el modelo biomédico instala la idea de cronicidad, incluso para aquellos usuarios que logran sostener los resultados de abstinencia propuestos por el tratamiento. La idea de cronicidad se asocia con una redefinición de la recaída como un fenómeno esperable, y no como una constatación del fracaso del modelo de tratamiento, lo que permite re-cuantificar los logros en un escenario que muestra escasos resultados de abstinencia (Bourgois y Hart, 2010). Por otro lado, los tratamientos religiosos ofrecen al usuario una pertenencia comunitaria que permite reconstruir el sentido de vida y el valor propio sobre la base de una colectividad concreta y fuerte. Si bien el modelo biopsicosocial, en su dimensión psicosocial, busca permanentemente elaborar nuevos valores, sentidos y competencias de vida, las técnicas y saberes del diario vivir que se articulan entorno a una comunidad religiosa muestran ser mucho más fuertes que los valores de autoayuda y responsabilidades personales que se privilegian en el campo biomédico (Bourgois y Hart, 2010), o incluso de los valores comunitarios que remiten a colectividades inespecíficas. En este sentido, las comunidades religiosas tradicionales de tratamiento no se uniforman en torno a una solución espiritual o doctrinaria, sino que se anclan a racionalidades que las anteceden y que conectan a los usuarios con necesidades de pertenencia comunitaria.

Por lo anterior, no es extraño constatar en los centros de tratamiento, y especialmente en las comunidades terapéuticas, cuyo origen se relaciona

precisamente con este tipo de tecnología, la mantención de estas racionalidades religiosas, aunque hayan sido desplazadas a canales de comunicación y prácticas subterráneas. Como señalan Bourgois y Hart (2010), las drogodependencias se relacionan en gran medida con la búsqueda de un orden y dirección cotidiana, cuya expresión es el aislamiento y fijación de necesidades y búsquedas específicas que no se dejan permeable por otro tipo de intereses ambientales, culturales, relacionales o incluso fisiológicos. En este sentido, la racionalidad religiosa orienta al sujeto en sus quehaceres cotidianos y lo ancla a una red de sentido comunitario, generando capacidades de recuperación desde la re-territorialización (Protevi, 2009), traducida en sentido de pertenencia, participación e inclusión social (Duff, 2014).

Como señala Cameron Duff (2014), la relación entre recuperación e inclusión social se relaciona con la apertura de los ensamblajes de salud mental a una mayor diversidad de afectos, relaciones y eventos, lo que dialoga con la perspectiva sociológica de Simmel (2002), y en general la sociología de redes, que entiende la extensión y solapamiento de redes sociales como fenómenos que complejizan y enriquecen las experiencias sociales y las condiciones de bienestar (Granovetter, 1983). Las limitaciones a esta interpretación compleja de la inclusión social se expresan en la mantención de esta dimensión en un nivel ajeno y anexo a las prácticas propiamente médicas (Mol y Berg, 1994), desatendiendo la manera en que dichas prácticas se modifican cuando se modifican las características de los ambientes y las formas de inclusión social. En este plano, la inclusión social constituye un cambio en los territorios de ensamblaje, en los contextos donde se trazan las características específicas de la recuperación, permitiendo o restringiendo la emergencia de diversas formas o racionalidades del tratamiento, lo que supone la incorporación o exclusión de distintas entidades humanas y no humanas.

Ahora bien, Bourgois y Hart problematizan el lugar de la racionalidad religiosa en el tratamiento de drogodependencias como una exclusión, y no como un problema de heterogeneidad. La conjetura que moviliza la presente investigación es que, si bien los procesos de traducción y desplazamiento operan sobre la lógica de una hegemonización, es decir, el posicionamiento dominante en una red de entidades mediante una redefinición de los intereses

y cursos de acción de cada una de ellas, dicho posicionamiento depende de un ejercicio de contrastación permanente y la mantención de una heterogeneidad interna que ancla la tecnología en diversas prácticas y sentidos. En esta línea, la traducción siempre sería un ejercicio de transformación parcial, en el sentido de que incorpora permanentemente los referentes simbólicos y materiales que antagoniza y utiliza para construir los nuevos conceptos y cursos de acción.

El antagonismo que se produce entre las lógicas biomédicas del tratamiento y las racionalidades colectivistas que operan de manera cada vez más solapada en las comunidades terapéuticas, con fuertes anclajes religiosos, laborales o comunitarios, se relaciona con la fuerza que adquieren los códigos y las técnicas de la gestión empresarial en el campo social y sanitario (Castillo, 2019). En la medida en que las terapias de la drogodependencia se orientan a la gestión de relaciones, gestión familiar, gestión de emociones, gestión de la cotidianidad, gestión de uno mismo, etc. se instala la necesidad de conducir el proceso de recuperación bajo una mirada cuantificadora que demanda resultados estadísticos y comparables del proceso técnico, lo que supone la configuración progresiva de normas y parámetros de eficacia (Castro, 2013) que subordinan los sentidos subjetivos y culturales divergentes que se encuentran en los espacios de salud, y más aún en entorno a un fenómeno histórico y complejo como son las drogodependencias (Bourgois y Hart, 2010).

La producción de estos parámetros sostiene la vigencia de la racionalidad managerial, para lo cual es fundamental la producción permanente de instrumentos estandarizados de medición a nivel de diagnóstico (fundamentalmente la cuantificación del compromiso biopsicosocial), procesos (etapas, duraciones, prestaciones, etc.) y evaluación de resultados o logros terapéuticos, sistemas de información centralizada (SISTRAT), producción de orientaciones técnicas que refuerzan la estandarización del fenómeno (CIE-10 y DSM-V), y la incorporación de nuevas entidades fiscalizadoras y asesoras de un tránsito hacia esta racionalidad de gestión. En el caso de SENDA, esta figura se denomina “Gestor de Calidad”.

Estas definiciones y materialidades provenientes de la administración empresarial uniforman las trayectorias de malestar, padecimiento y recuperación, ofreciendo formas de identificación altamente obturadas que presentan escasas posibilidades de posicionamiento y apropiación de una trayectoria de cambios individualizados (Castro, 2013). La racionalidad managerial emerge fundamentalmente en los procesos de estandarización o protocolización que responden a intereses administrativos y burocráticos, sin embargo, tienen un fuerte impacto en la manera en que los propios usuarios se relacionan con su cuerpo, su mente, sus emociones y relaciones. En la medida en que se homogeneiza y estandariza un esquema de enfermedad y padecimiento, los usuarios y usuarias toman estas definiciones y técnicas para relacionarse consigo mismos, generando lo que Ian Hacking (2005) denomina *Looping Effect*, es decir, cambios subjetivos en función de la relación que se establece con los procesos de diagnóstico y etiquetamiento. Así como la descripción institucionalizada del sujeto toxicómano a principios del siglo XX retroalimenta una definición de las drogodependencias marcada por la soledad, la pasividad, la pérdida de dignidad, las ideas persecutorias o la dependencia en distintos niveles de funcionamiento, los estándares manageriales ofrecen nuevas definiciones que orientan al usuario en la asunción de una enfermedad bien definida que puede ser tratada mediante una serie de gestiones personales, relacionales, laborales y familiares.

La idea de gestión de los recursos disponibles en un proceso de recuperación (familiares, terapéuticos, farmacológicos, relacionales, emocionales, etc.) se refuerza con la incorporación progresiva del lenguaje de capitales. El capital de recuperación (*recovery capital*) constituye intento por delinear el proceso de recuperación como el uso estratégico de recursos disponibles. Por otro lado, la instalación de nuevas concepciones de la recuperación en la línea de la integración social, la valorización comunitaria y la intervención en contextos naturales, es redefinido desde el managerialismo como la creación y movilización de capital social, fortaleciendo las operatorias técnicas que buscan cuantificar y uniformar las trayectorias de recuperación (Castro, 2013).

En la resolución o suspensión de las tensiones que se producen entre los diversos enfoques médicos, psicológicos y sociales al interior de las comunidades terapéuticas también juega un rol fundamental la racionalidad managerial. El denominado “Tratamiento basado en evidencia” constituye una manera de legitimar el posicionamiento privilegiado de ciertos enfoques (Rojas, 2019) cuya capacidad de estandarizar, cuantificar, empaquetar y vender una oferta de tratamiento de fácil comprensión y administración, genera una alianza privilegiada y dominante con el Estado y la política pública en general. Este es el caso del enfoque cognitivo-conductual en el caso de las técnicas psi. Sin embargo, la evidencia científica también avanza por sobre la psicología e instala cada día con mayor peso un enfoque neurobiológico que afirma el paradigma de enfermedad (Becoña, 2016) y desplaza la pregunta por las subjetividades, los contextos, la cultura y las trayectorias particulares de los usuarios.

## Capítulo 3: Marco teórico y metodológico

### 1. Claves teóricas y epistemológicas

Desde una perspectiva clásica de los estudios sociales de ciencia y tecnología, el problema del desarrollo histórico del tratamiento de consumos problemáticos puede ser abordado atendiendo a la clausura de una controversia científica pública (Engelhardt, 1987; Giere, 1987), que termina con el posicionamiento dominante de la postura institucional actual de los consumos problemáticos, cuyas configuraciones tienden a la valorización del enfoque biopsicosocial, la integración de saberes provenientes de la psicología, la psiquiatría, la medicina, el trabajo social y la terapia ocupacional, y la consolidación de una categoría de enfermedad, con ribetes físicos, mentales, relacionales y socioculturales, que debe ser trabajada bajo protocolos de salud. Esta postura reclama haber dejado atrás las perspectivas morales, religiosas o comunitarias que marcan gran parte de su historia.

Desde una perspectiva diferente, a pesar de que la medicina busca permanentemente fortalecer su coherencia, los estudios constructivistas de las tecnologías muestran los trazos de aquello que se suponía superado u olvidado (Mol y Berg, 1998). Esta imbricación y solapamiento permanente de diversas formas de observar y hacer en el campo de los consumos problemáticos no es casual, sino que se relaciona con los desplazamientos que, precisamente, dan lugar a nuevos desarrollos tecnológicos, en términos de un proceso de construcción que opera mediante contraste y relegamiento de las antiguas técnicas a dimensiones secundarias de acción. Estas relocalizaciones reformulan lo que entendemos por presente tecnológico (Mol y Berg, 1998), puesto que el pasado ya no puede ser pensado como algo trascendido sino más como algo contenido y vigente en capas inferiores de funcionamiento. Esta idea es desarrollada por Epele (2013) utilizando el concepto de “Palimpsesto”, es decir, un ejercicio de (sobre)escritura permanente de las tecnologías terapéuticas, que no se restringe a la acción de expertos, sino que incorpora modos legos de tratar vigentes antes del desplazamiento de nuevas racionalidades técnicas.

Esta heterogeneidad remese la idea de unidad tecnológica, pero más importante aún, desarticula la manera en que entendemos las identidades en el campo de las tecnologías, puesto que el médico, el paciente, el terapeuta, el paramédico, el familiar o el auxiliar, no constituyen roles necesarios o predefinidos por un funcionamiento técnico coherente y unificado, sino que se trata más bien de identidades y roles móviles que se producen de manera contingente (Mol y Berg, 1998). Estas producciones dependen de las reconfiguraciones de fuerza y el posicionamiento estratégico de nuevos lenguajes, sentidos o significados que cambian la valoración y la agencia de determinadas entidades; nuevos nombres, mediciones, números, descripciones, etc. que operan sobre la base de un cúmulo histórico de gestiones y mutaciones de la tecnología. En el caso del tratamiento de los consumos problemáticos, el cambio permanente de la figura del “toxicómano-adicto-drogo dependiente” es ilustrativa de estas traducciones (Becerra, 2009).

Si bien la unidad y coherencia tecnológica es un valor de posicionamiento público exitoso en una sociedad que se sostiene en sistemas expertos y seguridades ontológicas (Giddens, 1993), los ordenamientos técnicos uniformes y puristas son organizacionalmente impracticables (Law, 2003). Aunque las diferencias solapadas en las tecnologías suelen entrar en conflicto, estas también se coordinan y sostienen su operatoria en diversos niveles (Mol y Berg, 1998). Por ejemplo, los marcos o protocolos centrales de una tecnología pueden estar dominados por la racionalidad biomédica, sin embargo, las prácticas profesionales, los arraigos territoriales de la tecnología, las formas de tratar a los pacientes y familiares, o de colaborar con redes de servicios, pueden ser operadas por otros saberes o técnicas, incluso contrarias al enfoque biomédico. En este sentido, el desplazamiento, y no la erradicación, es fundamental para sostener el funcionamiento tecnológico en escenarios de complejidad.

Si las controversias técnicas no se clausuran, y por el contrario prevalecen mecanismos para mantener en convivencia los elementos divergentes que componen una tecnología social, entonces la pregunta por la constitución de una tecnología de tratamiento se traslada al campo del set de asociaciones y

disociaciones (Law & Singleton, 2014) que operan en un esquema de heterogeneidad, solapamiento y tensión permanente.

Desde la teoría de actor red, el estudio sociológico del tratamiento del consumo problemático se centra en la asociación de elementos heterogéneos (materiales, culturales, políticos, económicos, comunitarios, científicos, etc.) cuyo resultado es una red sociotécnica que parece, a simple vista, una totalidad, pero se compone de múltiples eventos inconmensurables entre sí (Latour, 2008). Para lograr una mirada que trasciende esta totalidad y se aboca a la descripción específica de los elementos que constituyen a una red sociotécnica es necesario asumir una categoría de agencia que los circunscribe específicamente a la red en la que operan y adquieren su rol. Esto supone, por un lado, evitar la atribución de propiedades que superan la actividad de la red específica en la que participan, y, por otro lado, la adquisición de un principio de simetría que trata a los elementos humanos y no humanos bajo un mismo estatuto de relevancia y agencia. Para lograr esta simetría, la teoría de actor red ofrece la sustitución del concepto de actor por el de actante.

Para el análisis de los fenómenos tecnológicos, la generalización del principio de simetría, propuesto inicialmente por el programa fuerte (Bloor, 1995), implica ir más allá de una equiparación de los términos con los que se explican los puntos de vistas confrontados en el marco de una controversia (ganadores y perdedores), y poner en el mismo nivel, también, los términos utilizados en la observación de la naturaleza y la sociedad (Callon, 1986). En este sentido, la sociología de la traducción o de las asociaciones, define la sociedad como un hecho incierto, ambiguo y disputable, lo que implica asumir una actitud similar a la que adquiere la ciencia frente a la naturaleza, y evitar imponer esquemas interpretativos que explican a priori sus relaciones y dinámicas constitutivas.

A partir de la relativización de la distinción dual entre sociedad y naturaleza que rige la distinción entre sujetos y objetos, el concepto de actantes señala momentos previos e intermedios a la adquisición de sus identidades por medio de los procesos de traducción propios de las redes sociotécnicas. El

actante es un híbrido, cuasi sujeto y cuasi objeto (Tirado & Domènech, 2005), es decir, un momento frágil y efímero entre la asignación de los roles y posiciones dentro de una red, lo que permite observar los procesos de creación y administración de dichas identidades en vez de concebirlas de forma rígida, lo que significaría perder de vista el proceso de traducción. Ahora bien, poner atención a la hibridez de los actantes y los procesos de traducción no significa eliminar la distinción entre hechos naturales y hechos sociales, sino más bien entender estas divisiones como productos o resultados del análisis, y no como puntos de partida (Callon, 1986). Como señala Callon (1986) “la traducción es el mecanismo por el cual los mundos natural y social progresivamente toman forma”.

Por otro lado, la atención a las entidades, prácticas, acciones o trayectorias que operan en la construcción de tecnología implica tomar distancia de una “sociología de lo social” que comprende o explica estas operaciones mediante el uso de conceptos construidos a priori, al margen de su heterogeneidad. En este sentido, el uso de categorías sociales, tales como “sociedad” “estructura social”, “Clase social” o “sistema social”, imponen una explicación apresurada de los fenómenos que, por el contrario, se estudian desde la sociología de las asociaciones atendiendo a las trayectorias específicas, es decir, el rastreo de la manera en que se construye o se ensambla lo social (Tirado & Domènech, 2005).

La traducción se basa en la idea de desplazamientos físicos y simbólicos, lo que supone desanclar y volver a anclar permanentemente las entidades constitutivas de una red. Esto no se produce por una fuerza superior a las partes, sino que emerge de los distintos movimientos estratégicos que desarrollan las propias entidades de la red, desplazando la ubicación, los lazos, las significaciones o los lenguajes con los cuales las demás entidades articulan sus sentidos e intenciones de acción (Callon, 1986). Un momento clave de estos fenómenos de desplazamiento es la constitución de las vocerías, es decir, la estabilización de una red bajo una interpretación y un lenguaje hegemónico que permite a una entidad o grupo de entidades dominantes hablar por el resto y movilizar la red fuera de su campo material específico de acción.

La teoría de actor red propone el concepto de traducción para describir los procesos que derivan en la conformación y estabilización de la red sociotécnica. Durante el proceso de traducción, los distintos actantes de la red negocian sus identidades, sus posibilidades de interacción y sus márgenes de maniobra (Callon, 1986). Este proceso de negociación consta de cuatro momentos fundamentales que se solapan permanentemente: 1) Problematización, 2) Interesamiento, 3) enrolamiento, y 4) representación.

El proceso de problematización implica la definición de los actantes involucrados en un fenómeno, los objetivos que deben buscar esos actantes de manera conjunta, y los medios para conseguirlos. Como señala Callon (1986), durante la problematización los actantes definen su relevancia y su indispensabilidad en el abordaje de un problema. Además de definir y distribuir las identidades involucradas en el problema tecnológico, el proceso de problematización busca establecer los puntos de paso obligatorios, es decir, los movimientos, desvíos y alianzas que resultan indispensables para evadir los obstáculos que afectan a cada actante y alcanzar el estado de cosas buscadas (Callon, 1986). De este modo se configura un sistema de alianzas o asociaciones.

Por su parte, el interesamiento es el conjunto de acciones a través de las cuales uno de los actantes de la red busca imponer y estabilizar la identidad de los demás actantes enlistados durante el proceso de problematización. El interesamiento opera como un mecanismo de integración de la red, lo que supone una lectura del grado de adhesión que sostiene cada actante de la red con el plan inicial establecido en el proceso de problematización, y el despliegue de estrategias de petición, coerción, seducción, transacción o negociación hacia aquellos que definen su identidad de una forma distinta a la establecida durante el proceso de problematización. Como señala Callon (1986) interesar a otros actores es construir dispositivos materiales (espacios, cercos, instrumentos, aulas, vestimentas, comidas, etc.) o simbólicos (sentido de pertenencia, modificaciones semánticas, reconocimientos, discriminaciones, etc.) entre las entidades conformes con el proceso de problematización y las entidades que buscan definir sus identidades de una forma distinta, delineando los límites de la red sociotécnica en construcción.

Este punto es fundamental, en tanto una parte importante de las materialidades de las redes sociotécnicas cumplen esta función de interesamiento, es decir, ubicarse entre los actantes para hacer posibles las alianzas que sostienen la red.

El enrolamiento es la coordinación de los roles de la red sociotécnica. Aunque el interesamiento no implica necesariamente la configuración de alianzas o enrolamientos, puesto que los actores pueden estar alineados con el problema, las identidades y los puntos de paso obligatorios, pero no asumir un rol específico en la operatoria de la red, sí se trata de un proceso interconectado, en tanto el paso al enrolamiento tiene como condición un proceso previo exitoso de interesamiento (Callon, 1986). En este sentido, el enrolamiento se relaciona con la dinámica de negociaciones, ejercicio de fuerza y movimientos estratégicos que caracterizan al interesamiento. El enrolamiento no implica, como se postula en la sociología funcionalista, la repartición de roles predefinidos, sino más bien la emergencia de un dispositivo que define un conjunto de roles interrelacionados y los atribuye a los actantes que los aceptan (Callon, 1986). La estabilidad de los roles depende en gran medida de la estabilidad del interesamiento; si los dispositivos que mantienen integrada la red, ya sea de manera física o simbólica, fracasan, entonces el esquema de roles también se desintegrará.

Finalmente, el proceso de representación opera distinguiendo a aquellos actantes que asumen la voz de la red en conjunto (voceros). La emergencia de las vocerías es posible debido a las alianzas entre representantes y representados, quienes asumen una posición silente o se agrupan en una masa anónima (Callon, 1986), lo que posibilita el desplazamiento y reensamblaje de la red en espacios y tiempos distintos al de origen. Esta capacidad de movilización se sostiene en el uso de materialidades trasportables, reproducibles y de fácil difusión, como son los números, esquemas, tablas, gráficos, etc. (Latour, 1985).

Entendiendo estos 4 procesos de traducción, la emergencia de una red sociotécnica, que define objetivos, posiciones, identidades, roles y medios, es, en gran medida, un ejercicio de domesticación (Callon, 1986). El consenso

siempre es precario porque los distintos objetos y sujetos involucrados en un problema divergen permanentemente en sus actuaciones, definiciones y posicionamientos, por lo cual la capacidad de traducción constituye un ejercicio precario de conformación e integración. La capacidad de sostener las alianzas que se construyen durante los distintos procesos de traducción depende en gran medida de los procesos de materialización, cuyas agencias son fundamentales para sostener acuerdos, eliminar disidencias y consolidar vocerías.

El estudio y la visualización de la historia de negociaciones, alianzas, traiciones y desplazamientos que se encuentra engarzada en las tecnologías actuales, perjudica las estrategias de ocultamiento y materialización que buscan instalar las tecnologías actuales como unidades coherentes que rompen definitivamente con una historia de fracasos o problemas irresolutos (Mol y Berg, 1998). Estas estrategias de materialización son estudiadas bajo la idea de obturación tecnológica.

La obturación u “obduracy” (Law, 2003) hace referencia a las cualidades de permanencia de las tecnologías, promoviendo el análisis de sus procedimientos de delegación material. Bajo esta perspectiva toman relevancia las orientaciones técnicas, manuales, lineamientos internacionales, capacitaciones, transferencias tecnológicas, diagnósticos clínicos, ordenamiento espacial de los centros, entre otras muchas materialidades que permiten transformar las relaciones históricas de la adicción en un campo presente de artificialidades, y redes sociotécnicas durables. Como señala Latour (1998) la sociedad es en gran medida la expresión durable de los movimientos de traducción, es decir, el cúmulo de resultados materiales que devienen de la estabilización de las redes sociotécnicas.

La obturación no opera sólo en los centros de tratamiento, en la formación especializada o en los mecanismos de inscripción (tirado, et. Al. 2005), sino también y primordialmente en los cuerpos, los hábitos, los aprendizajes y las prácticas de las personas que entran a estas redes sociotécnicas en el rol de pacientes, usuarios o usuarias. Estas formas de obturación tecnológica nos acercan a interpretaciones protésicas o ciborg (Broncano, 2009) del

tratamiento de drogodependencias, que hacen converger la historia de la materialidad institucional con las formas actuales de subjetivación.

## **2. Recursos para el seguimiento de una tecnología de tratamiento**

Entendiendo lo anterior, la investigación sociológica de las tecnologías bajo el enfoque de la teoría de actor red constituye un ejercicio etnometodológico de seguimiento de los procesos mediante los cuales las redes sociotécnicas generan movimientos de traducción, obturan sus resultados y generan condiciones de opacidad que ocultan las relaciones históricas y las disputas que se encuentran detrás de dichos resultados.

El enfoque etnometodológico permite avanzar en la comprensión de las tecnologías como sistemas de prácticas que se transforman en funciones de las relaciones específicas que las movilizan, las transforman y las ponen en marcha, lo que implica poner atención a las complejidades que se escapan o son ocultadas por los diseños iniciales construidos por expertos (Sisto y Zelaya, 2013). Estas trayectorias se denominan “ensamblajes sociotécnicos”, cuyo valor metodológico es precisamente asegurar la inclusión del principio de simetría generalizada antes señalado.

Puesto que los tratamientos de drogodependencias constituyen tecnologías enmarcadas en políticas públicas, este proceso de develamiento ofrecido por el concepto de “ensamblaje sociotécnico” es fundamental. Como propone la antropología de políticas públicas (Shore y Wright, 2005), estos marcos ocultan múltiples propósitos que orientan o marcan las acciones ejecutadas por los equipos técnicos, por lo cual es fundamental poner en cuestión la definición formal del problema y los procedimientos racionalizados declarados por los dispositivos gubernamentales. Este ejercicio no es simple, puesto que en muchos casos las fronteras de los dispositivos están marcadas por este set de intereses o propósitos no declarados, lo que deriva en la imposibilidad de definir las tecnologías siguiendo estrictamente los criterios utilizados por las políticas públicas. En el caso del tratamiento de drogodependencias esto es muy claro en las distinciones de usuarios y

principios de intervención que utiliza el Estado para distinguir dispositivos ambulatorios básicos, ambulatorios intensivos y residenciales<sup>68</sup>.

En la medida en que las tecnologías son estudiadas como ensamblajes múltiples, heterogéneos e híbridos, no es posible acotar la mirada a esquemas lineales (historia secuencial), clausurados (bajo la mirada de la postura técnica dominante) o sociales (atribuyendo esquemas sociales antes que materiales o naturales a la interpretación de los fenómenos). El abordaje supone atender a discontinuidades y rupturas inherentes al desarrollo sociotécnico, y comprender el estado actual de las terapéuticas asociadas a consumos problemáticos como un ejercicio permanente de sobre escritura que mantiene siempre vigente una multiplicidad de interpretaciones, racionalidades y modo de hacer subrepticios.

### **3. Estudio de caso**

Esta impronta metodológica orienta la investigación social de las tecnologías de tratamiento hacia un análisis detallado de casos. Tal como ocurre en la mayoría de los estudios sociales de la tecnología, incluidas las investigaciones vinculadas a la teoría de actor-red, los estudios de caso son fundamentales para poder articular comprensiones profundas sobre los complejos procedimientos y componentes constitutivos de una tecnología de tratamiento de drogodependencias, superando las miradas superficiales, reduccionistas y lineales de sus diseños y operatorias vigentes. Desde los estudios fundacionales de la perspectiva constructivista de los estudios sociales de la tecnología (Pinch y Bijker, 1984), las metodologías se piensan y trabajan bajo la premisa de abrir las “cajas negras” de las tecnologías para revelar las fuerzas sociales que delinear sus trayectorias (Prell 2009). Esto implica hacer seguimientos específicos y detallados que logran distinguir las interacciones, los grupos y los actores involucrados en el desarrollo de una tecnología, y,

---

<sup>68</sup> Convenio de Prestación de Servicios celebrado entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Servicio de Salud Metropolitano Sur, para la compra de meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas y alcohol, para los años 2016 y 2017

más aún, detectar los procedimientos de traducción que estabilizan y viabilizan el estado actual de una tecnología.

La selección del caso implica la delimitación de una unidad (Stake, 1994), que en nuestro caso debe calzar con un ensamblaje sociotécnico o una tecnología de tratamiento de drogodependencias circunscrita a la acción de un grupo de actantes claramente identificable, aun cuando su operatoria organizacional se extienda a otras múltiples redes, actores o contextos, por ejemplo, en el campo de la salud mental. Como señalábamos anteriormente, la delimitación a priori de la tecnología supone exponer la investigación a los propósitos o intereses solapados en la definición misma del dispositivo como una unidad diferenciada de otras muchas, por lo cual, en la presente investigación, hemos optado por la delimitación de un caso teórico que permita explorar las diversas dimensiones de complejidad que hemos definido durante la revisión conceptual e histórica de los dispositivos de tratamiento en Chile. Esto implica renunciar a la idea de un caso “típico” representativo de los demás dispositivos de tratamiento en Chile, o a un caso “atípico” que dé cuenta de situaciones excepcionales, o bien al contraste de casos diferentes para una comprensión comparada. En este caso, se trata de buscar un caso que permita explorar con un alto nivel de profundidad las diversas dimensiones de las tecnologías de tratamiento bajo un enfoque de estudios sociales de la tecnología.

#### **4. Revisión de objetivos y dimensiones de estudio para la construcción del caso**

Puesto que el caso de estudio se seleccionará utilizando un criterio teórico fundado en los objetivos de la investigación, es importante describir en profundidad las dimensiones de estudio, explicitando los criterios de exploración y sus relevancias.

El objetivo general de la presente investigación es el siguiente: Comprender las operaciones de ensamblaje de una tecnología residencial pública de tratamiento de drogodependencias en la Región Metropolitana de Chile.

Rastrear los ensamblajes implica observar la diversidad de entidades presentes en el centro, de tipo humanos y no humanos, con especial énfasis

en un trato simétrico hacia las agencias materiales. Por otro lado, los ensamblajes remiten a diversas lógicas o racionalidades, reguladoras del sistema de prácticas presente en el centro de tratamiento, que se superponen y logran protagonismo en función de los actores que logran traducir y representar a la red en su totalidad. Estos actores y racionalidades tienen diversas procedencias sociales, culturales, económicas o políticas que es necesario comprender para acceder a la complejidad actual de estos dispositivos. En la misma línea, las antigüedades son fundamentales para dotar de historicidad al dispositivo y ubicar sus componentes intrínsecos en una permanente variabilidad temporal que impacta en sus parámetros de funcionamiento técnico.

El proceso de traducción de la red sociotécnica del tratamiento implica observar cómo estas entidades establecen relaciones entre ellas, asumen roles y generan formas de subjetivación. Este último punto es fundamental, en tanto el reconocimiento de sí mismo como un drogodependiente en tratamiento, implica una serie de procedimientos de traducción y enrolamiento. Por otro lado, la traducción e interesamiento que involucra a los materiales del centro, implican proceso de inscripción y adquisición de agencias fundamentales para entender el funcionamiento de la tecnología.

La adquisición de estabilidad de la red depende del establecimiento, formalización y materialización de procedimientos, en mayor o menor medida obligatorios, que definen las operatorias fundamentales del tratamiento. Otro elemento fundamental de la estabilización o desestabilización de la red se refiere al establecimiento de alianzas más o menos duraderas entre las entidades de la red. Los fracasos de estas alianzas implican fenómenos de crisis que es fundamental observar para comprender el cambio tecnológico. Finalmente, la capacidad que tienen determinados actores de hegemonizar un sistema de definiciones y prácticas referidas al tratamiento de drogodependencias se plasma en la capacidad de movilizar los consensos y representar a la red sociotécnica. En la misma línea, los procesos de materialización de consensos y obtención técnica implican que las materialidades del centro pueden conservar en el tiempo las dinámicas de poder presentes en la red sociotécnica. En este último punto nos encontramos

con fenómeno de opacidad tecnológica, imposibilidades de apropiación y subordinación de determinados actores a la fuerza que adquieren las tecnologías materializadas.

El objetivo específico número uno de la presente investigación es el siguiente: Rastrear las distintas materialidades, racionalidades, procedencias y antigüedades en los componentes o entidades que participan en el ensamblaje de la tecnología de tratamiento de drogodependencias.

Para abordar este primer objetivo es necesario definir los siguientes conceptos:

**Heterogeneidades:** Remiten a distintas materialidades, racionalidades, procedencias y antigüedades en los componentes o entidades que participan en el tratamiento de drogodependencias. Esto no implica exclusivamente una variabilidad temporal de componentes, sino fundamentalmente una convivencia híbrida, presente, de elementos que se ordenan en distintos niveles de protagonismo o antagonismo. La condición múltiple de los ensamblajes remite a la producción siempre contingente de las identidades que entran en asociación; la multiplicidad implica abandonar una definición rígida y estable de las entidades y observar sus mecanismos de producción. Esto implica definir las entidades en función de sus relaciones y no de sus propiedades intrínsecas; los cuerpos son múltiples, los diagnósticos son múltiples, las profesiones son múltiples, es decir, se definen por los sistemas de prácticas en los que se producen, y no por una definición esencial.

**Entidades:** Todos aquellos elementos humanos y no humanos que adquieren una agencia en el tratamiento. Para indagar en estas agencias, es necesario observar directamente el influjo de determinados elementos en la cotidianidad del centro, y atender a las distintas referencias discursivas que evidencian el desempeño de roles. El centro define entidades formales, como son los usuarios, los profesionales, los técnicos y las familias. Por otro lado, las reglas inscritas del centro también identifican actores, tales como las pruebas, las redes asistenciales, los planes, manuales y equipos técnicos. Así también, los profesionales, técnicos, usuarios y familiares identifican elementos humanos y no humanos intercediendo en los procesos de tratamiento. En este sentido,

un foco central de la investigación será rastrear estas entidades y comprender sus agencias.

**Materiales:** ¿Qué materiales juegan un rol en la producción del tratamiento? Aquí entran objetos personales, infraestructuras, objetos del centro, entornos naturales. Hay materialidades fundamentales del tratamiento como son las pruebas de drogas o los espacios comunes de convivencia. Lo relevante es comprender la forma en que estos materiales adquieren agencia e imponen cursos de acción sin la necesidad de una referencia humana directa. Así también es fundamental rastrear los mecanismos presentes de inscripción para comprender la forma en que adquieren legitimidad estas materialidades y logran obturar decisiones o relaciones de poder.

**Racionalidades:** Reglas que ordenan un sistema de práctica. Reglas que definen una lógica de funcionamiento, relativamente estable, que ordena y orienta la tecnología de tratamiento hacia ciertos fines. En el tratamiento hay racionalidades médicas, que buscan definir enfermedades y curas, racionalidades carcelarias, que buscan sancionar y reformar, racionalidades religiosas, que buscan reencontrar a los usuarios con ciertas verdades trascendentales, racionalidades comunitarias, que definen a los usuarios como parte de un todo en tratamiento e impone obligaciones y recursos, racionalidades manageriales, que conducen prácticas de gestión de uno mismo y trazan objetivos instrumentales que pueden ser administrados directamente por los usuarios. Todas estas racionalidades del tratamiento, identificadas en la literatura y en la historia chilena de las drogas, constituyen una dimensión clave de la investigación, en tanto permiten comprender la multiplicidad, la heterogeneidad, y la tensión permanente de estas tecnologías.

**Procedencias:** ¿De dónde proceden los discursos y las prácticas que se articulan en torno al tratamiento? Procedencias familiares, laborales, profesionales, sindicales o religiosas. Indagar de dónde vienen esos discursos y esas prácticas para entender la heterogeneidad de los ensamblajes. En este sentido, las procedencias constituyen un factor clave para delinear e identificar los cambios de racionalidad en la operatoria de las tecnologías. Por otro lado, las procedencias permiten entender la historia de enjambrazones

que caracterizan a las tecnologías de intervención social desde una perspectiva gubernamental.

**Antigüedades:** Indagar en las variaciones y trasmutaciones de las prácticas y discursos del tratamiento. Indagar en los cambios históricos que tienen las técnicas del tratamiento y su impacto en la manera en que se entiende y se despliega actualmente el tratamiento. Indagar en los cambios que experimenta la técnica del confronto, la terapia grupal, la terapia individual, los talleres laborales, las prácticas de medicación, el uso de instrumentos técnicos, la disposición espacial, entre otros. La idea es poder comprender la historicidad de estos elementos.

El objetivo específico número dos es el siguiente: Describir la forma en que se producen y se distribuyen los roles e identidades, humanas y no humanas, que participan en el ensamblaje de la tecnología de tratamiento.

Para abordar este segundo objetivo es necesario definir los siguientes conceptos:

**Traducción de intereses diversos:** Desde la perspectiva de Callon, el proceso de interesamiento (incrustación en la red) y traducción de los intereses particulares de cada entidad relacionada, deriva en la posibilidad de asignar roles y coordinar esos roles de tal manera que se logre una estabilidad en la red. Este enrolamiento implica ejercicios de negociación, persuasión y fuerza. En esta variable, lo importante es atender a todas las definiciones y prácticas que busquen asignar roles en el proceso de tratamiento, ya sea hacia los usuarios, los profesionales, los familiares o técnicos del centro. Esta asignación puede ser mediante un ejercicio de autoridad, o bien un proceso de persuasión mediante el cual los actores comienzan a cambiar sus maneras de problematizar y definir su lugar en el proceso de tratamiento. Un ejemplo claro de esto es la manera en que los usuarios abandonan ciertas definiciones de su consumo, particularmente la posibilidad de suspender o mantener ciertos niveles de consumo, en la medida en que participan en el centro. Por su parte es interesante observar cómo, por ejemplo, los profesionales problematizan su rol frente a una racionalidad administrativa que les exige cierto tipo de resultado u orden en su trabajo. Las familias, por su parte, viven

un proceso continuo de interesamiento y enrolamiento en el centro, ya sea a través del discurso y las prácticas de los demás actores, o bien a través de ejercicios especialmente dirigidos, como son los talleres multifamiliares o las consejerías familiares. En estos espacios se juega la posibilidad de incrustar a las familias en la red sociotécnicas.

**Encarnación, personificación, corporización:** El cuerpo del drogodependiente en tratamiento emerge de una multiplicidad de dinámicas singulares, que luego logran materializarse en una serie de instrumentos, observaciones, comunicaciones, congresos, presentaciones. Esta materialización implica un efecto bucle (Hacking) en el sentido de que los propios actores comienzan a relacionarse consigo mismo a partir de esta identidad producida por la red sociotécnica del tratamiento. La idea de encarnación también implica asumir un enfoque ciborg, especialmente relevante en la dimensión cognitivo-conductual del tratamiento, en tanto el discurso de los actores se teje en torno a la construcción de habilidades, capacidades o competencias que deben ser incorporadas por el usuario para desempeñarse adecuadamente en su entorno físico, social, familiar, cultural, laboral, etc. (Broncano, 2009)

**Mecanismos de inscripción:** ¿Como adquieren un rol los materiales de la red? Se trata de consensos, disputas, formas de autoridad o resistencia que se materializan en objetos del centro. La inscripción es entendida como el potenciamiento de un rol vigente y como estrategia de conservación de un esquema de poder, para que este pueda prevalecer en ausencia de los actores específicos que lo movilizan.

El tercer objetivo específico es el siguiente: Comprender la configuración de los puntos de paso obligatorios de la tecnología de tratamiento, y su relación con la construcción de alianzas, procesos de delegación y de obturación técnica.

Este objetivo requiere la definición de los siguientes conceptos:

**Puntos de paso obligatorios:** Etapas, procesos u objetivos que se establecen en el tratamiento y que operan como rutinas necesarias y permanentes de la tecnología. En este campo es fundamental comprender las estrategias que

procuran su aceptabilidad en la red sociotécnica del tratamiento, es decir, los movimientos y fenómenos de traducción que derivan en la imposición exitosa de estos procedimientos. El punto de paso se relaciona con el proceso de interesamiento, en el sentido de proponer formas de comprender e intervenir problemas diversos sobre la base de una traducción hegemónica. En esta variable se describirán las formas de conformidad y resistencia de los distintos actores frente al esquema técnico que prevalece en el centro.

**Representaciones / Delegaciones:** Análisis de la manera en que determinados actores logran hablar por el resto de los actantes del centro. La representación es un elemento clave de la estabilidad de la tecnología de tratamiento, puesto que, sobre la base de estrategia de materialización y desplazamiento, dota de una realidad móvil a la tecnología y como tal deja de estar referida a las negociaciones contingentes de la red en sus coordenadas espaciotemporales específicas para ampliar sus efectos técnicos a un campo más amplio de situaciones, contextos y redes.

**Alianzas y traiciones:** Se analizarán las alianzas que se logran entre los actores, las definiciones y prácticas que sostienen el vínculo, y los elementos que, por el contrario, lo ponen en riesgo. De especial relevancia es el análisis de las tensiones entre los miembros del equipo técnico, las alianzas que logran los profesionales con los usuarios, las alianzas subterráneas de los paramédicos, y los procesos de fidelización de los familiares.

**Obturación y opacidad tecnológica:** Sedimentos de discursos, prácticas y materialidades que dificultan el acceso de las personas a las relaciones que fundan la tecnología. En esta variable describiremos las formas de socialización de los espacios, las explicaciones u otras formas de acceso al conocimiento técnico, y las estrategias que buscan volver opacas las tecnologías. En el caso del tratamiento hay muchas estrategias de obturación, que buscan una creencia irreflexiva en los procesos de tratamiento, aunque en muchos casos se trate de decisiones ambivalentes, engañosas o simplemente no creídas por los actores que las promueven. En este plano es interesante considerar los fenómenos de reversibilidad de las tecnologías, en el sentido de la disposición que muestran los equipos técnicos a evidenciar errores o malas prácticas frente a los usuarios, o bien hacerlos asumir las consecuencias con tal de mantener la legitimidad de la tecnología.

## 5. Hipótesis

En función de los objetivos, su descomposición operativa y el marco teórico conceptual que utilizaremos para conducir la investigación es posible establecer seis hipótesis que vertebrarán el análisis y conducirán sus dimensiones convergentes a la hora de ofrecer conclusiones.

**Hipótesis 1:** Las tecnologías de tratamiento se ensamblan de manera heterogénea, incorporando elementos que remiten a diversas materialidades, racionalidades, procedencias y antigüedades.

**Hipótesis 2:** La heterogeneidad de las tecnologías de tratamiento se expresa en fenómenos de enjambrazón de las terapéuticas en diversos espacios físicos, simbólicos, relacionales o afectivos de los usuarios y usuarias, excediendo el campo biomédico tradicional centrado en el fenómeno de enfermedad.

**Hipótesis 3:** El tratamiento emerge de un complejo ejercicio de traducción en el que diversas entidades humanas (profesionales, técnicos, usuarios, usuarias, familiares, etc.) y no humanas (instrumentos, espacialidades, objetos técnicos, etc.) buscan posicionar interpretaciones y cursos de acción técnica frente al fenómeno de las drogodependencias.

**Hipótesis 4:** Los usuarios y usuarias incorporan definiciones y formas de relacionarse consigo mismas que legitiman y reproducen en bucle las definiciones y operaciones técnicas del centro de tratamiento.

**Hipótesis 5:** La tecnología de tratamiento depende en su estabilización de la agencia de una serie de instrumentos, manuales o protocolos que materializan intereses y reproducen relaciones históricas de poder en torno al fenómeno de las drogodependencias.

**Hipótesis 6:** El programa de tratamiento, en tanto cuerpo de operaciones esenciales de la tecnología, se mantiene siempre en disputa y depende de las alianzas que se tejen al interior del centro. Por otro lado, el programa permite desanclar la tecnología de sus circunstancias específicas de producción para ser presentado en otros espacios institucionales, académicos o técnicos, lo que implica una síntesis opaca u obturada de los procesos frágiles de traducción que se encuentran en su origen.

## **6. Selección del caso**

La selección del caso de estudio busca incorporar todas estas variables relevantes para la comprensión de las tecnologías de tratamiento de drogodependencias. Mediante una petición al servicio público de drogas en Chile (SENDA) se obtuvo un listado con los 136 centros de tratamiento para adultos vigentes en la Región Metropolitana de Chile, cuyo criterio de focalización territorial inicial se relaciona con la disponibilidad de una mayor diversidad de dispositivos, mejores accesos y disposición para el trabajo de campo (a través de la coordinación regional de SENDA en la Región Metropolitana) y un ajuste al presupuesto disponible para la investigación, cuyos costos serían mayores en caso de realizar el trabajo de campo en otra región. Ninguna variable analizada durante la revisión de antecedentes o el estado del arte justifica orientar la selección hacia una región en particular, más allá de criterios prácticos de disponibilidad y accesibilidad.

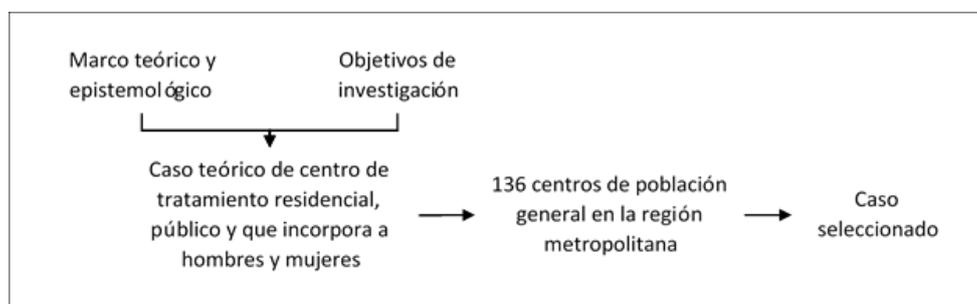
Por su parte, la selección de un centro residencial se relaciona con la posibilidad de acceder a un cúmulo de trayectorias terapéuticas e institucionales de mayor antigüedad, lo que posibilita el rastreo de una mayor cantidad de racionalidades vigentes en las formas de problematizar, pensar y ejecutar programas de tratamiento. De especial relevancia son las racionalidades penitenciarias, comunitarias y laborales que posibilitan los contextos de encierro y aislamiento geográfico. Este último factor también fue importante en la definición del caso, puesto que el aislamiento geográfico permite rastrear con mayor especificidad las transformaciones que ha sufrido

el tratamiento residencial en sus trazos higienistas y las definiciones del objeto droga bajo categorías epidémicas o infecciosas.

Otra dimensión fundamental de la selección del caso de estudio se relaciona con la incorporación de trayectorias diferenciadas por género. Una gran proporción de los centros residenciales se orienta sólo hacia la población de hombres, lo que implica dejar de lado las características específicas que adquieren los ensamblajes sociotécnicos del tratamiento cuando operan con usuarias. Finalmente, un último criterio se centró en la naturaleza pública del centro, es decir, descartando centros residenciales privados que venden servicios al Estado, de tal forma que puedan rastrearse las tensiones que sufren estas tecnologías cuando se desarrollan en contextos de salud pública. Este punto es relevante, puesto que los paradigmas actuales de la adicción desplazan permanentemente estos dispositivos hacia el campo de la salud, y específicamente de la psiquiatría, por lo cual es interesante incorporar esta variable de interacción.

### Figura 1

#### *Proceso de selección del caso*



Todos estos criterios decantaron la lista de 136 casos posibles a uno solo, un centro residencial, con unidades de hombres y mujeres, ubicado al interior de un centro hospitalario, en una comuna precordillerana de la Región Metropolitana.

En síntesis, la presente investigación es de tipo cualitativo y utiliza el estudio de caso único fundamentado en las variables teóricas expuestas durante el encuadre teórico y epistemológico inicial, y en las dimensiones sistematizadas que orientan la construcción de los objetivos de investigación.

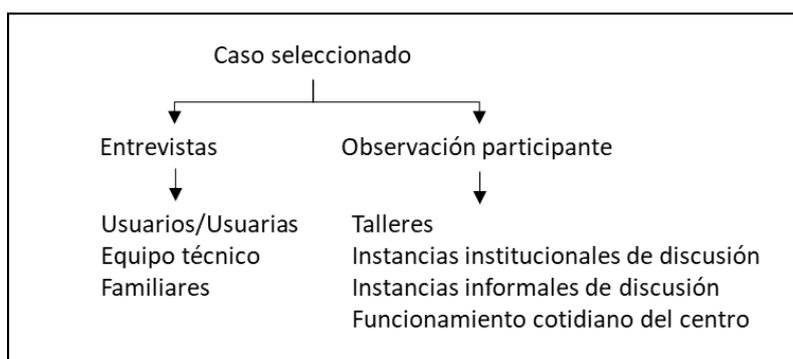
El universo de investigación estuvo constituido por los 136 centros de investigación de la región metropolitana que reciben financiamiento y orientación técnica por parte del Estado, específicamente a través del servicio público de drogas en Chile (SENDA).

## 7. Diseño táctico

Las técnicas de recolección o producción de datos utilizadas corresponden a entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo técnico del centro, usuarios, usuarias y familiares, y observación participante durante cuatro meses para describir en profundidad el funcionamiento del centro.

**Figura 2**

*Técnicas de recolección de datos*



Se desarrollaron nueve entrevistas a usuarios (5) y usuarias (4), todas las cuales fueron seleccionadas durante el desarrollo del trabajo de campo siguiendo criterios emergentes de relevancia, como fue el tiempo de estadía, el nivel de adhesión al centro, y las trayectorias de vida que motivan distintas significaciones y operaciones del centro. En el caso del equipo técnico se desarrollaron 10 entrevistas que buscaron comprender todas las perspectivas presentes en ambas unidades (hombres y mujeres) del centro. El criterio de inclusión se basó exclusivamente en la disposición de los entrevistados y la disponibilidad de tiempo y espacio para realizar la entrevista. Se entrevistaron a los siguientes profesionales: Psicóloga de unidad masculina, psicólogo de unidad femenina, trabajador social de unidad masculina, técnico en rehabilitación de unidad femenina, paramédico de unidad masculina, paramédico de unidad femenina, profesora de unidad masculina, terapeuta

ocupacional transversal a ambas unidades, médico transversal, y psicólogo jefe del centro completo. Finalmente, se seleccionaron dos familiares, una madre de un usuario de la unidad masculina, y una madre de una usuaria de la unidad femenina, siguiendo el criterio de una presencia regular en el centro, y disposición a ser entrevistada fuera del centro.

**Figura 3**

*Entrevistas semiestructuradas*

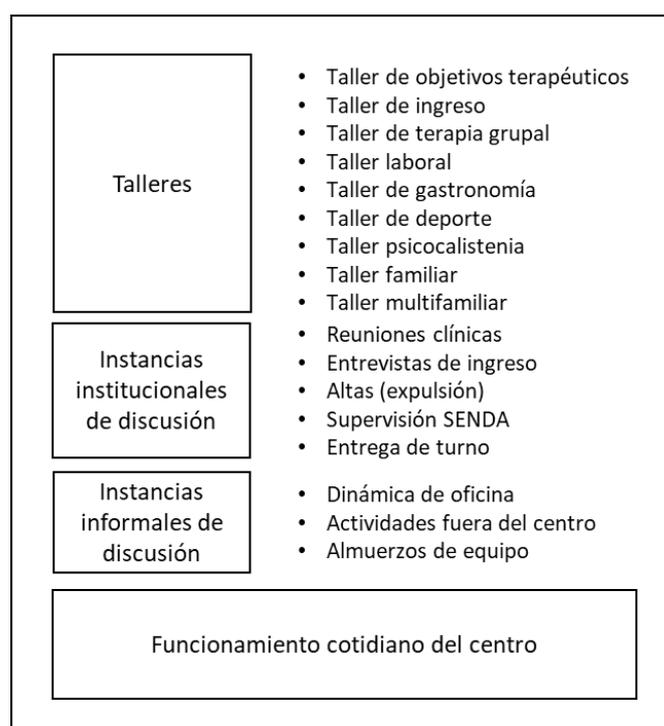
Entrevistas semiestructuradas		
Usuarios/Usuarías	Equipo técnico	Familiares
5 usuarios 4 usuarias	10 profesionales y técnicos	2 familiares

La observación participante se diseñó de tal forma que pudiese acceder a diversos niveles de construcción y operatoria de la tecnología de tratamiento. Siguiendo los principios teóricos y epistemológicos de la investigación, no basta con observar la forma en que el centro opera formal o declaradamente, sino que es necesario acceder a sus tensiones constitutivas y sus proceso de construcción de consensos o estabildades técnicas. Estas premisas de observación en superficialidad y profundidad implicaron combinar instancias formales e informales de observación del centro. Las instancias formales, es decir, pensadas, estructuradas y presentadas como actividades regulares del centro son fundamentalmente talleres. Los talleres observados fueron los siguientes: Taller de objetivos terapéuticos, taller de terapia grupal, taller de ingreso, taller laboral, taller de gastronomía, taller de deporte, taller de psicocalistenia, taller familiar y taller multifamiliar. Otras instancias observadas, con un menor nivel de formalidad, en el sentido de que sus dinámicas no están completamente estructuradas y presentan un mayor nivel de inestabilidad y conflicto, fueron las siguientes: Reuniones clínicas, entrevistas de ingreso al centro, altas o expulsiones de usuarios y usuarias, entregas de turno y supervisiones de SENDA. Por otro lado, se accedió a un tercer nivel de profundidad constituido por la dinámica de oficina, almuerzos y actividades fuera del centro (caminatas con las usuarias, cigarros en la plaza,

salida a comprar, etc.). En este último nivel se lograron registrar la mayor cantidad de conflictos, tensiones y consensos. Finalmente, la observación participante permite tomar contacto con la cotidianidad del centro, los discursos, las situaciones, las relaciones y las operatorias técnicas que quedan fuera de las problematizaciones conscientes de la entrevista o los discursos que se ponen en juego en las conversaciones o discusiones. Los usos, lenguajes, deambulares, estados de ánimo, relaciones o estéticas que emergen en el devenir diario del centro constituyen una fuente central para comprender las heterogeneidades del tratamiento y sus procesos de traducción o ensamblaje.

#### Figura 4

##### *Observación participante*



El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de octubre de 2017 y enero de 2018. Durante estos cuatro meses asistí diariamente (lunes a viernes) en modalidad de media jornada laboral alternada entre mañana (9:00 a 13:00) y tarde (14:00 a 18:00) para acceder a distintas actores e instancias del funcionamiento del centro.

La forma de acceder a este centro de tratamiento fue mediante el Servicio de salud Metropolitano Suroriente<sup>69</sup>, cuyo comité de bioética, para la evaluación y validación de investigaciones que incorporen a usuarios del servicio, opera en el Hospital Sotero del Río. El comité evaluó la investigación y emitió un acta de aprobación con fecha de 19 de enero de 2017. Bajo la supervisión del comité, tomé contacto con el director del centro y acordamos el desarrollo de un trabajo de campo entre los meses de octubre de 2017 y enero de 2018.

## **8. Reflexividad y decisiones metodológicas en el campo**

Los esquemas metodológicos que se montan en la sociología de las asociaciones demandan la pregunta por el lugar del observador en las redes estudiadas, y, más relevante aún, en la construcción de una empresa colectiva, heterogénea e híbrida como es la investigación social. Esto implica analizar el propio ejercicio de entrada, problematización, enrolamiento e interesamiento que brinda viabilidad a la investigación, y permite la producción de un resultado simbólico y material como es una tesis doctoral.

### **Fotografía 1**

*Casa de Salud de Mujeres*



---

<sup>69</sup> En Chile todo el sistema público de salud se divide en servicios que articulan toda la red asistencial territorial que les corresponde. En la mayoría de los casos el servicio de salud abarca el territorio de una región, sin embargo, en regiones grandes como la Región Metropolitana, La Región de Valparaíso o la Región del Biobío, hay más de un servicio para coordinar las redes asistenciales de la región. La Región Metropolitana se coordina mediante seis servicios (Norte, Occidente, Central, Oriente, Sur y Suroriente).

El centro de tratamiento de drogodependencias estudiado corresponde a la unidad de adicciones del Complejo Hospitalario San José de Maipo, ubicado en la precordillera de la región metropolitana de Chile. La comuna de San José de Maipo, ubicada en un sector denominado “Cajón del Maipo” por su geografía, se caracteriza por sus ríos caudalosos, abundante vegetación, altitud y pureza del aire. Estas características explican la antigüedad de la principal instalación del hospital, la “Casa de Salud de Mujeres”, la más visible al llegar al hospital, que fue construida en 1870 por Carolina Doursther. Aquejada por una enfermedad pulmonar, Carolina escoge el Cajón del Maipo como residencia temporal y luego, una vez curada, traspasa esta casa a la beneficencia de Santiago para constituirse en el primer sanatorio de tuberculosis de Chile en 1911.

No es fácil llegar a estas instalaciones. El hospital se ubica en el sector más alto de la ciudad, desde el cual es posible observar gran parte del centro cívico de la comuna. El acceso a pie se realiza por una empinada escalera de tres curvas en las que me topo frecuentemente con escolares, trabajadores y turistas que visitan el sector. La ciudad es frecuentada por muchos turistas que disfrutan del paisaje, la artesanía y la práctica de deportes extremos, especialmente Rafting.

Las calles de San José de Maipo están llenas de camionetas, algunas cargadas de implementos para el ecoturismo, otras con víveres de personas que viven en parcelas alejadas del centro, y otras pertenecientes a una empresa hidroeléctrica profundamente resistida por la comunidad debido a su impacto ambiental. Contrastan los microbuses que suben y bajan durante todo el día cargados de personas que llegan a trabajar, especialmente funcionarios públicos de la municipalidad y del hospital. Durante la hora de almuerzo, el centro del pueblo cambia su faceta turística y se llena de personas con delantales y uniformes que buscan disfrutar día a día las comidas tradicionales del lugar, entre las que se destacan las humitas y el pastel de choclo.

## Fotografía 2

### *Vista de la ciudad desde el Hospital*



Todos los días me trasladé en microbús al centro, lo que me permitió conocer con mayor detalle el entorno del hospital, compartir caminatas hacia el paradero, y encontrarme con personas del centro de tratamiento. Por otro lado, el uso del microbús me contactó con las calles y los ambientes sociales que me describían los pocos usuarios del centro que residían en el lugar. De especial relevancia fue encontrarme en el microbús con un grupo de psicólogos practicantes durante las primeras semanas de mi entrada. Llegar al centro con ellos, me permitió asumir un esquema de prácticas familiares y cómodas para las personas del centro. Los practicantes me presentaron a varios profesionales que no conocía, y me incorporaron a conversaciones informales con los usuarios y usuarios, de tal manera que en las siguientes semanas pude retomar estas interacciones con cercanía y confianza. En otras dimensiones prácticas me enseñaron a tomar rápidamente una taza de café al llegar al centro para poder sentarme con naturalidad en la mesa donde se desarrollan las discusiones de la mañana. Aprendí a sentarme en las sillas y los sillones más adecuados para no incomodar al equipo, los usuarios o sus familiares. Todo esto me permitió escuchar, tomar nota, sin que nadie se sintiese incómodo o alegrara mi presencia.

La mayoría de los usuarios y usuarias del centro vienen de otras comunas. El servicio de salud que acoge al hospital atiende a toda la población que reside en el sector suroriente de la región metropolitana. En este sector se encuentran 2 de las comunas más grandes del país (Puente Alto y La Florida), por lo que la cantidad y diversidad de los usuarios que atiende es muy alta. En este sentido, en el centro es posible encontrar hijos o hijas de familias acomodadas que viven en parcelas de agrado del sector, o jóvenes que vienen de las poblaciones más marginalizadas de Chile. Esta diversidad fue evidente desde el primer día que llegué al centro.

En algún punto del trabajo de campo me cuestioné si las facilidades que me ofrecían los profesionales del centro para poder observar, preguntar, participar en todas sus actividades, tenía relación con mi ropa, mi forma de hablar y las referencias territoriales que se distinguen en mi discurso. Mi infancia se desarrolló en la comuna de Pirque, un lugar cercano a San José de Maipo, que comparte esta convivencia entre poblaciones rurales, poblaciones marginalizadas de la ciudad de Santiago, y población de altos ingresos que busca parcelas de agrado. Mi forma de vestir (pantalones de jeans, chalecos de lana, campera, poleras y zapatos de montaña), es muy similar a la que se observa en los jóvenes de mayores ingresos del centro, con quienes también comparto formas de mirar, de entablar conversaciones, el humor, o el gusto por la naturaleza. En este sentido, existen marcadores de clase, simbólicos y materiales, relevantes para poder comprender una buena acogida. Sin embargo, estos también suponen un lastre en el sentido de ubicarme en una esfera acotada de poder que inhibe la apertura de sistemas de prácticas y discursos subterráneos.

### Fotografía 3

*Fachada de la unidad masculina de adicciones*



Entre los bosques que rodean la “Casa de Salud de Mujeres” se encuentran las dos unidades de adicciones, la unidad masculina y la unidad femenina. A diferencia de las instalaciones centrales del hospital, la unidad masculina de adicciones es una casa pequeña, hogareña y acogedora, que avizora las inclemencias del tiempo precordillerano con un largo pasillo de ingreso techado. La casa se encuentra rodeada de una reja gris y oxidada que le da el aspecto de un colegio o un seminario. El camino que viene de la Casa de Salud de Mujeres se bifurca en la unidad masculina, por lo que es usual ver personas pasando cerca de la casa, saludando a los usuarios que hacen ejercicio en las maquinas, escuchan música, cuelgan ropa o toman sol en el patio.

## Fotografía 4

*Patio de la unidad masculina*



Puesto que ya había presentado mi proyecto de investigación en febrero de 2017, el equipo me conocía y me integró rápidamente en sus actividades. Los talleres se inician aproximadamente a las 11:00 de la mañana, tienen un receso de almuerzo entre las 13:00 y las 15:00, y luego se reanudan hasta las 18:00. Antes, a las 9:00, los usuarios salen a hacer ejercicio físico o deporte en el bosque aledaño a la casa. Por mientras, en la oficina, el equipo profesional, compuesto por una psicóloga, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un médico, una educadora y un profesor de gastronomía, reciben el reporte de uno de los paramédicos que ha hecho el turno de noche en el centro. La primera vez que escuché este reporte me sorprendió el nivel de intimidad que tienen los paramédicos con los usuarios, puesto que incluía haberlos calmado por un mal sueño, salir a fumar un cigarro a las 3 de la mañana para bajar una angustia, o acompañar un llanto en la oficina mientras todos los demás usuarios están durmiendo. También me sorprendió el modo en que el equipo de profesionales tomaba elementos muy parciales de este relato para articular las estrategias de intervención que le competen (trabajar la angustia, trabajar el deseo de consumo, trabajar un duelo) sin atender, valorar o aprovechar el estrecho vínculo que tienen los paramédicos con los usuarios.

Para los efectos del centro diurno, esas experiencias forman parte de un sueño que se interrumpe con la lectura de un reporte a las 9 de la mañana y se esfuma cuando el paramédico se monta en su auto y parte a su casa; un mundo simbólico que hay que interpretar y trabajar, pero que no es tomado en su vivencia concreta. A veces me encuentro en la mañana con alguno de los paramédicos, recostado de lado sobre su auto encendido, fumando un cigarro, cerrando una noche difícil. Le pregunto cómo le fue durante la noche y me evalúa con una mirada seria, como tratando de saber si soy de confiar, como si estuviera a punto de invitarme a integrar un grupo. A veces me da un reporte formal, como el de adentro, pero si prendo un cigarro me cuenta algo más.

Mientras tanto, en la cancha, los usuarios se dan duro. Gastan energía, gastan zapatillas, gastan asfalto, gastan gritos, arcos y pelotas. Cuanto mayor es el gasto final del partido, tanto mayor será la satisfacción. Las corridas furiosas suelen terminar en el tobillo de algún compañero y entonces se bifurcan los caminos. Emerge la tentación de un par de gastos más: en un puñetazo bien puesto, en expulsión, en frustración y quizás en algún consumo justificado para recomponer el ánimo. Se controlan y vuelven a la casa con la cara roja de rabia, esperando el taller grupal de la psicóloga para denunciar y esperar en vano alguna compensación.

### **Fotografía 5**

*Cancha de fútbol del Complejo Hospitalario San José de Maipo*



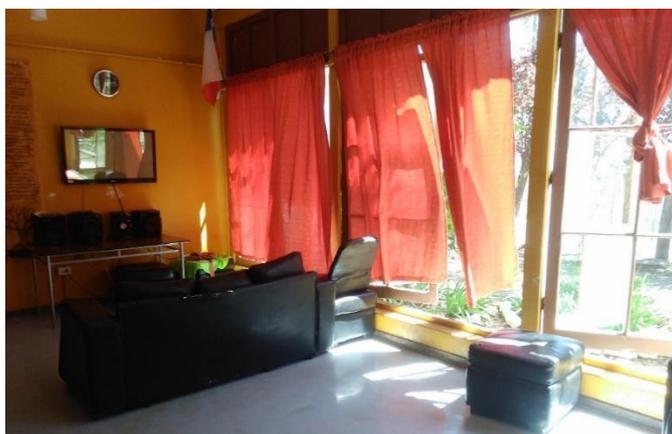
La primera mañana que estuve en el centro, el agredido contuvo las ganas de golpear al compañero y, apenas llegó a la casa, lanzó con furia su ropa sucia al interior de la lavadora, violando el cronograma de turnos que cuelga sobre el estante del detergente. Esta es la metamorfosis, pensé, acaso transformista y vergonzosa, que buscaba el paramédico en mi cara antes de develarme los acontecimientos de la noche recién pasada.

Corre rápido la noticia de que la regla de lavado fue quebrantada y los usuarios se ponen nerviosos en la espera de la terapia grupal. Faltan 20 minutos para que empiece. Algunos van a hablar con los compañeros involucrados, mientras otros van a la oficina del equipo para avisar que se puede estar gestando una agresión; el usuario que arrasó el tobillo de su compañero en la cancha resultó ser bastante quisquilloso con sus turnos de lavado. El equipo profesional suele enviar al coordinador de la unidad, que tiene además la mayor capacidad física y la experiencia para frustrar una pelea entre usuarios. Lo acompañan un paramédico de las mismas características físicas, y, algunos metros más atrás, otro paramédico, flaco y de avanzada edad, encargado de administrar los fármacos.

Los usuarios suelen pasar el tiempo en el living, o el hall, como dicen los profesionales para inhibir el sentido hogareño del espacio, viendo televisión, jugando cartas o escuchando músicas. A veces sale de la oficina algún profesional ofuscado para recordarles la prohibición de escuchar reggaetón o cualquiera otra música que active recuerdos de consumo.

## **Fotografía 6**

*Living de la unidad masculina del centro de tratamiento*



En este espacio comencé a entablar conversaciones con los usuarios. Cuando Rodrigo se aburre de la televisión da vuelta el rostro y me cuenta que su adicción al alcohol empezó cuando murió su señora. Por su parte, Luis me dice que fue la presión y la frustración por no cumplir las expectativas de sus padres. Sin embargo, la escasez de tiempo entre talleres, la incomodidad de hablar temas personales en ese espacio, especialmente en aquellos usuarios con historias de calle, y la valoración de un ocio libre de preguntas y reflexiones hicieron fracasar esta estrategia inicial. Por otro lado, una actitud de consulta me mantuvo algunos días identificado o enrolado como miembro del grupo de practicantes o del equipo técnico del centro, y por lo tanto los usuarios y usuarias asumían una actitud confesional, subordinada, con una gran cantidad de contenidos estandarizados.

Peor aún, estas dinámicas de acercamiento pudieron avivar tensiones de clase entre los usuarios, atendiendo a mis propios marcadores de clase, y lo invasivo que puede ser interpretado este abordaje. Estas reflexiones me condujeron a otros espacios menos cargados, como es el taller grupal, el patio o la cocina. La espera de un hervor en la tetera de 10 litros configuró un espacio valioso para escuchar opiniones e historias de los usuarios. En este sentido configuré un espacio propio e identificable. El sociólogo que anda mirando, que es de la universidad, que le gusta conversar. Con el paso del tiempo, y el inicio de las entrevistas, los usuarios y usuarias comenzaron a valorar este vínculo como un espacio de conversación libre y atractivo. Algunos se acercan para preguntarme si los voy a entrevistar, porque consideran que su historia merece un registro. Esta idea de plasmar historias, opiniones, perspectivas, en una tesis, me permitieron articular una red de interés. La oficina de entrevistas, el papel, el lápiz, la grabadora, un jugo de frutas, y unas galletas, fueron delineando un campo que permitió enrolar a buenos informantes, analistas, relatores del centro.

Mi participación en el taller grupal de los usuarios resultó ser clave. En el transcurso de los primeros días supe que ese es el espacio donde pasan las cosas más importantes del proceso de tratamiento; donde emergen los conflictos entre los usuarios, donde se reflexiona sobre las historias personales, las expectativas y las maneras de conducir el proceso de

recuperación, donde se problematiza la vida en comunidad, y, fundamentalmente, donde se reproduce el control profesional de las definiciones y los cursos de acción asociados a las drogodependencias. Distribuí las horas de mi jornada de una manera distinta, pasando mucho más tiempo con el equipo profesional, en la oficina, e interactuando con los usuarios en los talleres o en los espacios de tránsito del centro. Los profesionales se acostumbraron a mi presencia en la oficina y pude presenciar una gran variedad de situaciones que me permitieron acercarme a las tensiones y alianzas que sostienen la tecnología de tratamiento, desde planificaciones muy formales hasta conflictos y rencillas profesionales o personales.

### **Fotografía 7**

*Oficina del equipo técnico de la unidad masculina*



Me mantengo en silencio, sentado en un rincón de la oficina, mientras el equipo hojea y escribe pequeños comentarios en las carpetas blancas de los usuarios. Ofrezco nueces recién compradas en una tostadería del centro, y espero. La psicóloga cierra su carpeta, la ubica en el estante, se acerca y me dice que los usuarios van a tratar de hacer contratos ocultos conmigo. Me van a pedir cigarrillos, y luego, van a tratar de aliarse conmigo para cuestionar decisiones. Me van a ver como un miembro del equipo, pero no puedo cuestionar las decisiones, no puedo relativizar ni ser un instrumento de poder

para los usuarios. El coordinador levanta la mirada y espera mis replicas. Yo acepto la precaución.

La oficina también se ramifica en espacios diversos que dan cuenta de operaciones subterráneas o informales. Mientras leo documentos y espero solo en la oficina que vuelvan los profesionales, escucho un golpe en la ventana. El coordinador me pide que le alcance su celular, ya que no puede entrar porque está fumando. Se aleja unos pasos con su celular y se da vuelta para ofrecerme un cigarro. El pasillo techado de la entrada resulta ser una oficina informal, donde el coordinador y los paramédicos, los únicos fumadores del centro, además de los usuarios, cuentan sus experiencias y opiniones acerca de lo que ocurre en el centro. El coordinador se relaja, ya que no debe sostener la dinámica grupal circunscrita a la oficina. Los paramédicos que pasan la noche en el centro suelen conversar con el coordinador en este espacio todas las mañanas antes de irse a sus casas. Bajo la excusa de un vicio compartido, el coordinador puede acceder a miradas menos restringidas, conversa en un nivel más personal y profundo los problemas, y se deja permear por interpretaciones u opiniones diversas sin parecer débil o soltar el control grupal.

Al finalizar la jornada me apresto a bajar las escaleras que me llevan al centro de la ciudad. Sin embargo, antes de iniciar mi descenso, un auto toca la bocina. Un brazo delgado, decorado con muchas pulseras de semillas gruesas y coloridas, se asoma por la ventana y me invita a subir. Resulta ser la psicóloga del equipo. Va a su consulta en el barrio alto de Santiago y se ofrece a dejarme cerca de mi casa. En el camino me dice que confía en la investigación que estoy realizando y cree que puedo hacer un aporte a sus prácticas. Sin embargo, a los minutos toma distancia de mi campo de estudio. Me dice que su intención es dejar el centro y dedicarse a hacer terapias desde una consultora, con énfasis en las dimensiones espirituales de la psicología, especialmente desde un paradigma budista. Ella y su pareja (el profesor de gastronomía) son budistas, y les gustaría que yo participara en la creación de algún proyecto inicial usando mi experiencia en evaluación de programas.

En la unidad femenina se ríen permanentemente de este discurso espiritual de la psicóloga de la unidad masculina. Antes era ella la encargada de la unidad femenina, pero, según los profesionales actuales, era muy dura y arbitraria con las usuarias. En estas críticas me encuentro con las primeras distinciones entre “los más conductistas” y “los más humanistas”. En la unidad femenina se dicen más humanistas, porque no ponen tanto énfasis en la modificación de la conducta a través del hábito y el razonamiento lineal, sino que buscan profundizar en las contradicciones, las emociones, los sentidos y las particularidades de cada trayectoria.

Cuando visité por primera vez la unidad femenina me encontré con un ambiente completamente distinto. En la entrada había un auto con una calcomanía de hoja de marihuana pegada a la tapa del combustible, y, por sobre un alto portón de ingreso a la unidad, se podía ver el balcón del segundo piso, en el que las usuarias fumaban y tomaban sol. Ellas gritaron para que las paramédicos me abrieran el portón.

### **Fotografía 8**

*Portón de entrada a la unidad femenina*



Son madres y por eso las estigmatizan, las presionan y la sacan antes del tratamiento. Así reflexiona el psicólogo la primera vez que conversamos. Es un tipo relajado y muy hablador, con un gusto evidente por las culturas alternativas. Durante el primer café me habla sobre punk y hardcore argentino, comics, Star Wars y cine ochentero, sin esperar ninguna respuesta o intervención de mi parte. Las usuarias entran y salen de la oficina y el

horario de los talleres se negocia con ellas, en función de las cosas que hay que hacer, en función de los ánimos, en función de la carga de los profesionales, en función de quién está disponible. A diferencia de los usuarios de la unidad masculina, las usuarias caminan y conversan con tazones en las manos. No parecen esperar nada. En contraste con la rabia que vi en la cancha y en la unidad masculina, aquí vi mujeres llorar en silencio.

La observación participante se inicia todos los días cuando me subo al microbús. Durante la hora y media de viaje hacia San José de Maipo me encuentro frecuentemente con las practicantes de psicología, observo las múltiples comunidades terapéuticas que comienzan a aparecer en la medida en que nos internamos en la precordillera, y reconozco los lugares que me han referido algunas usuarias. El microbús pasa frente al portón de la parcela donde vivía Paloma, donde era víctima de los abusos de su papá. Paso por la plaza donde la encontraron con un coma etílico, la noche del mismo día que egresó de un tratamiento previo. En el centro dicen que el abusador es un ecologista pachamámico, que trasladó a sus hijas adolescentes a San José de Maipo cuando tenían 12 años. Decía que quería estar más cerca de la naturaleza. Las demandas judiciales y el escrutinio público rebotan en su poder económico y su enorme carisma como defensor del medio ambiente. La plaza es húmeda y la invade una densa vegetación nativa.

### **Fotografía 9**

*Balcón de entrada a la casa de la unidad femenina*



Mi primera actividad en la unidad femenina fue acompañar a las usuarias a una conferencia sobre violencia de género. Nos montamos en los autos de los miembros del equipo y bajamos hacia el centro de San José. La conferencia se realiza en el ex sanatorio Laennec, una casona decimonónica construida por un ciudadano francés, llamado Emilio Goujon Fournier, para el cuidado de pacientes con tuberculosis, atendiendo a las mismas características ambientales percibidas por Carolina Doursther. En Laennec se ubican los servicios administrativos del hospital, y en el patio interior de la casona juegan los hijos e hijas de los y las funcionarias del centro. Cuando despedieron, unos meses después, a la técnica en rehabilitación, uno de sus mayores dolores fue sacar a su hija de este jardín infantil. Se estaba recién acostumbrando, me comenta.

El experto en género se muestra nervioso y errático, presuntamente por exponer sobre este tema ante un público compuesto mayoritariamente por mujeres que han sufrido violencia de género. Pudo estirar su discurso por 15 minutos antes que nos sorprendiera el estruendo de una mujer desplomándose. Las paramédicas se lanzaron al suelo para atenderla, descartando de inmediato un problema más grave que el simple desmayo. El psicólogo extasiado por la situación se acerca y me dice “¡esto sí que es simbólico! ¡Violencia!, ¡abuso! y ¡púm!, al suelo”. Me incomoda que diga esto frente al resto de las usuarias. Ante mi renuencia a extender la conversación, se acerca a otro grupo de usuarias y les comenta que la diferencia entre el ansioso y el dependiente es que el ansioso se para y sale corriendo, el dependiente se queda y se desmaya. Me sorprende que él ocupe las categorías y los conceptos de la psicología así, abiertamente, para conversar con las usuarias.

La mayor parte del tiempo la pasé en las oficinas, escuchando al equipo, observando la manera en que se relacionan con los usuarios y las usuarias, y sus familias, participando en las entrevistas de ingreso y en los procesos de expulsión. Fumé en el patio con los paramédicos, los practicantes, el coordinador de la unidad masculina, los usuarios y las usuarias. De a poco fui entendiendo que, además del género, debía incorporar el tiempo de estadía en el centro para comprender las interpretaciones de los usuarios. Los y las más

nuevas eran muy críticas con las dinámicas de convivencia y las reglas del lugar. En cambio, los y las más antiguas del centro tendían a ser más tolerantes con las dificultades de convivencia, las reglas y el proceso de tratamiento en general, pero me comunicaban mayores inquietudes sobre el egreso y las cosas que harían una vez terminado el proceso. En esta línea, los usuarios y las usuarias más antiguas elaboraban críticas más profundas sobre las intromisiones del equipo en sus relaciones íntimas, sus deseos o proyectos.

### **Observación de talleres**

En la unidad masculina, el coordinador dice que me va a presentar formalmente a los usuarios en el taller de ingreso. Este taller se realiza todos los lunes y busca problematizar las experiencias del fin de semana. Espero afuera de la sala hasta que se abre la puerta y me piden entrar.

### **Fotografía 10**

*Sala de talleres de la unidad masculina*



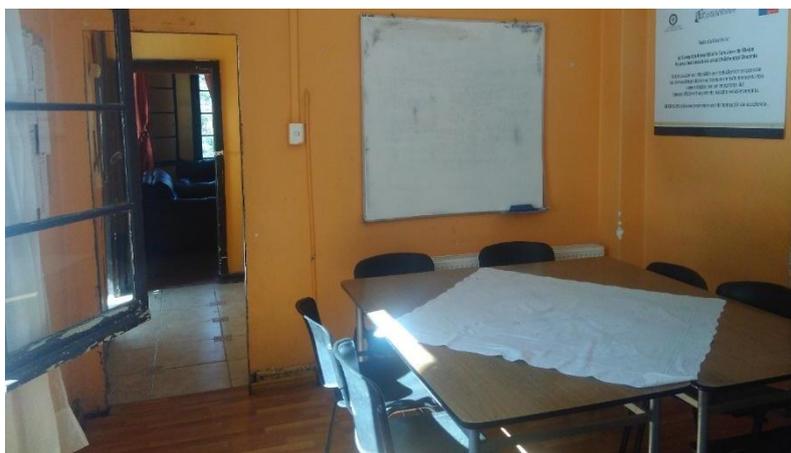
La mayoría de los usuarios está en silencio, con la espalda pegada a la pared. Unos poco se encuentran inclinados hacia adelante y agitan rápido las rodillas. Me presento, les doy las gracias, y luego un usuario pide la palabra. Me pregunta si con estos resultados voy a conseguir un puesto de profesor. Cruza los brazos y me mira con sospecha. Le digo que no, que soy estudiante, pero si todo sale bien me gustaría algún día hacer clases. Se inclina hacia atrás, satisfecho por haber instalado exitosamente el problema de mi deuda

con ellos. Guardo silencio, registro lo que escucho en mi cuaderno y poco a poco los usuarios se relajan.

Después de almuerzo la psicóloga me invita al taller de objetivos, en cuya instancia revisan los objetivos terapéuticos que los usuarios se proponen para la semana. La psicóloga actúa como una suerte de jueza. Escucha, cuestiona, invita a los demás usuarios a comentar, y luego declara si el objetivo está cumplido o bien se mantiene una semana más. Cuando dice que el objetivo se cumplió, los usuarios aplauden. La psicóloga es más explícita que el coordinador en definir mi rol, y luego de que me presento y le doy las gracias a los usuarios por permitirme participar, ella les dice que piensen en mí como un mueble. Los usuarios de ríen e inician la ronda de conversación. Esta no es la única modalidad de taller grupal, me dice la psicóloga, también hay terapia grupal, que se usa para que los usuarios hablen de sus problemas y busquen grupalmente soluciones, y, también, hay instancias formativas, en cuyas sesiones las sillas se ordenan en dirección a la pizarra y se trabaja algún tema específico.

### **Fotografía 11**

*Comedor de la unidad femenina*



Los talleres en la unidad femenina no se hacen en una sala especialmente dedicada, con sillas escolares ordenadas en círculo, sino que se realizan en el living o bien en el comedor de la casa, alrededor de una única mesa. El primer taller que pude observar se realizó en el comedor. Nos acompañó el sonido

del hervidor eléctrico y el aroma del pan tostado, provenientes de la cocina ubicada a dos metros de distancia.

Al igual que en la unidad masculina, en la unidad femenina también se realizan talleres de revisión de objetivos, terapias grupales e instancias formativas. En la unidad masculina se suelen hacer talleres formativos en el plano de los oficios o la terapia ocupacional. En el caso de las mujeres, no observé ningún taller de este tipo. Por el contrario, los oficios en la unidad femenina no son considerados una parte relevante del proceso terapéutico, sino más bien una actividad necesaria para mantener en funcionamiento el centro. En este sentido, los oficios emergen como tema solo en el contexto de un reclamo por desorden o suciedad de la casa. “Nos pasamos la vida lavando platos y trapeando pisos” me dice una usuaria, “¿usted cree que con los problemas que tenemos vamos a seguir en lo mismo?”.

Además de los talleres que se hacen adentro de la casa, los usuarios y usuarias tienen taller de deporte, o actividad física, y gastronomía. El taller de gastronomía se realiza para hombres y mujeres por separado, en el patio de la unidad masculina. Ocurre en ocasiones que las mujeres llegan a ocupar el taller y hay hombres terminando de hornear una bandeja de Croissant. Ocurrió otra vez que Yanni fue a ocupar el baño y se encontró con Carlos. Ambos terminaron expulsados del centro por trasgredir la norma que prohíbe vínculos afectivos entre usuarios.

Las familias pueden visitar a los usuarios todos los fines de semana, sin embargo, una vez cada 15 días se realiza un taller organizado y conducido por el equipo técnico. El taller puede ser familiar o multifamiliar. En este último caso, el taller familiar se realiza junto a los usuarios. En el primer caso el equipo se junta con los familiares mientras los usuarios se encuentran ocupados en algún taller terapéutico. Los usuarios suelen salir al baño durante el desarrollo de estos talleres, y buscan la mirada de sus familiares con una sonrisa mientras cruzan el pasillo. Otros, a la pasada, estiran una mano y tocan a sus familiares. Algunos padres esperan que el usuario entre de vuelta y exclaman con una mezcla de sospecha y esperanza “Ese que va ahí no es mi hijo”.

Los talleres familiares en la unidad femenina son siempre con las usuarias presentes. A diferencia de los talleres en la unidad masculina, que suelen ser muy intensos, por los relatos de desesperanza, las confrontaciones, las frustraciones y las tristezas familiares, en la unidad femenina me encuentro con un grupo sereno, compuesto casi exclusivamente por mujeres que hablan de sus dificultades para sostener los cuidados de las usuarias, el problemas de los hijos e hijas que quedan en casa, la hipocresía de los hombres de la familia y la incondicionalidad del acompañamiento que realizarán de sus hermanas, hijas o madres.

Durante mi estadía en el centro, pude participar en 3 reuniones familiares de la unidad masculina y 3 reuniones familiares en la unidad femenina.

**Tabla 1**

*Observación de talleres*

Talleres		
	Unidad masculina	Unidad femenina
Taller de objetivos terapéuticos	SÍ	SÍ
Taller de terapia grupal	SÍ	SÍ
Taller laboral	SÍ	NO
Taller de gastronomía	SÍ	SÍ
Taller de deporte	SÍ	SÍ
Taller psicocalistenia	SÍ	SÍ
Taller familiar	SÍ	NO
Taller multifamiliar	SÍ	SÍ

**Observación de reuniones clínicas**

Si bien el equipo discute durante todo el día las situaciones específicas de los usuarios, una vez a la semana se desarrolla la reunión clínica para discutir con mayor profundidad el estado de avance de cada uno de los usuarios. Durante los meses de octubre a diciembre estas reuniones clínicas se ocuparon, además, para actualizar el programa de tratamiento, un documento que sintetiza la manera en que el equipo orienta el tratamiento en la unidad, y que es solicitado por el organismo público que financia los centros (SENDA).

Mientras en la unidad femenina la discusión sobre el programa permitió alinear al equipo con nuevas perspectivas acerca del uso de instrumentos, especialmente las pruebas de drogas (test), y elaborar reflexiones sobre los fundamentos de la expulsión, en la unidad masculina el equipo se muestra más disperso en sus consideraciones teórico-conceptuales y se presentan grandes conflictos, especialmente entre la psicóloga y el terapeuta ocupacional. El terapeuta no quiere controlar, no quiere monitorear oficios, no quiere gritarles a los usuarios cuando se inician los talleres ni tampoco castigar a quienes desobedecen instrucciones. La psicóloga señala que los usuarios necesitan retomar la estructura que perdieron por el consumo. El terapeuta cree que el orden institucional tradicional es contraproducente para los cambios que requieren las personas que están pasando por una adicción.

En la unidad femenina el psicólogo quiere desarmar todas las reglas y normas de la casa que no tengan por sentido explícito, y bien fundamentado, el fomento de la recuperación de las usuarias o la convivencia en el hogar. “Y si las usuarias comen, comparten y luego se quieren parar a hacer cualquier otra cosa”, dice el psicólogo, “¿por qué vamos a imponer nosotros la regla de quedarse sentada en la mesa hasta que todas terminen?” “¿y si quieren dormir hasta más tarde?” El trabajador social suelta su vaporizador de nicotina y le responde que, en la vida social, afuera, es importante tener estructura y normas. A veces la disciplina es habilitante. Recuerdo que el primer día, en la unidad masculina, como adelantándose a cualquier tipo de crítica foucaultiana, la psicóloga me dijo que yo iba a ver disciplina y reeducación en el centro, pero ello era necesario para que los usuarios retomen el ritmo y sentido de sus vidas.

El jefe de la unidad de adicciones entra y sale de las reuniones clínicas sin emitir mayores opiniones técnicas sobre lo que se está discutiendo. Sí le importa que el documento avance y las fechas de entrega de cumplan. En la unidad femenina hablan mal del jefe cada vez que lo nombran o lo ven. Les molesta que opine sin fundamento, que no participe de la cotidianidad del centro, que tome las decisiones finales. Conoce poco los casos, me cuentan, pero se arroga una comprensión acabada cuando decide expulsar a alguien.

Las reuniones clínicas son el mismo día en ambas unidades. La unidad masculina primero y la unidad femenina después. A veces no alcanzan a revisar todos los casos, especialmente cuando ha ocurrido algo grave, como una recaída, alguna expulsión o algún abandono. Entonces los equipos se abocan a analizar el caso y buscar formas de intervención. Estos momentos de crisis fueron especialmente relevantes para la investigación, en tanto se develaban fuertes diferencias de opinión, el peso de determinados instrumentos en la toma de decisiones (fichas, test, manuales, orientaciones, etc.), las tensiones entre las miradas administrativas y las miradas terapéuticas, las disputas por hegemonizar una mirada profesional específica sobre la adicción, y, fundamentalmente, la labilidad de las decisiones que son comunicadas a los usuarios y usuarias, al punto de ser cuestionadas por el propio equipo durante varios días después de ser tomadas, y la imposibilidad de volver atrás cuando se constata una arbitrariedad o injusticia. “Entre risas nerviosas el psicólogo propone decirle a Sandra que su expulsión fue una cámara oculta, una joda para Tinelli, que puede volver” (Cuaderno de campo, lunes 16 de octubre de 2017).

### **Fotografía 12**

*La oficina del equipo técnico de la unidad femenina vista desde la entrada de la casa de las usuarias*



Durante mi estadía en el centro, pude participar en muchas reuniones clínicas, en ambas unidades. A veces lo clínico tomaba la forma de un discurso psicológico sobre patologías o trastornos, y otras veces lo clínico se trabajaba

en una dimensión terapéutica amplia. En una ocasión, el terapeuta ocupacional jugó con este discurso clínico diciendo que la psicóloga es quien tiene formación terapéutica, y por lo tanto es ella quien debería conducir el proceso general de los usuarios. Los demás miembros del equipo se indignaron y le dijeron que, con el tiempo, todos ellos desarrollaban habilidades terapéuticas. De este modo el discurso clínico genera alianzas mediante su despersonalización y socialización amplia en los equipos. En todos los casos, a pesar de las controversias, la decisión clínica se usó siempre como un instrumento que anula los malestares o resistencias de los usuarios y sus familias.

A veces el equipo se autodenomina técnico y otras veces profesional. Nunca defienden el adjetivo profesional, pero lo usan cuando buscan trazar una línea divisorio entre los psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, por un lado, y los técnicos sociales, técnicos en rehabilitación y paramédicos, por el otro. En las reuniones clínicas no participan los paramédicos y paramédicas. Dicen que están siempre ocupados con los usuarios y usuarias. Sin embargo, un par de veces entré a la casa de la unidad femenina para saber que hacían durante las reuniones clínicas y se encontraban viendo televisión, tomando desayuno o conversando entre ellas.

Dicen que las paramédicos son reaccionarias, tradicionales y poco permeables al discurso humanista. Sin embargo, son ellas las que pasan la mayor parte del tiempo con las usuarias, contienen sus penas nocturnas, administran sus estados de ánimo a nivel farmacológico y las atienden en momentos de crisis. El equipo técnico no parece incluir nunca a paramédicos o paramédicas. Distinto es el caso de la técnico social y técnico en rehabilitación de la unidad femenina. Ellas sí son consideradas parte del equipo técnico, y padecen la distinción profesional que emerge como ejercicio de poder, especialmente, en momentos álgidos de discusión. Después del horario laboral, ambas se dirigen a la misma universidad para completar su formación profesional.

En las reuniones clínicas, también, se desarrolla la supervisión técnica anual de SENDA. El supervisor es psicólogo e incomoda a la psicóloga de la unidad masculina con cuestionamientos acerca de las bases teóricas y metodológicas

de su trabajo con los usuarios. Le dice que es demasiado conductista. La psicóloga dice que su visita es una cuestión meramente administrativa. Por el contrario, en la unidad femenina el supervisor se muestra satisfecho con el discurso humanista y emancipador que sostiene el equipo. Dice que superar el drogocentrismo y eliminar las prácticas institucionales tradicionales se constituye como un eje central de la discusión técnica actual. Al finalizar la supervisión el entusiasmo se diluye de a poco; ya entregaron el programa con sus intenciones de cambio, y ahora las discusiones se vuelven a centrar en los problemas cotidianos del centro. “Perdimos una oportunidad”, dice el psicólogo unos meses después.

**Tabla 2**

*Observación del equipo técnico*

Observación cotidiana del equipo técnico		
	<b>Unidad masculina</b>	<b>Unidad femenina</b>
Reuniones clínicas	SÍ	SÍ
Entrevistas de ingreso	SÍ	SÍ
Altas (expulsión)	SÍ	SÍ
Dinámica de oficina	SÍ	SÍ
Supervisión SENDA	SÍ	SÍ
Entrega de turno	SÍ	NO
Actividades fuera del centro	NO	SÍ
Almuerzos de equipo	NO	SÍ

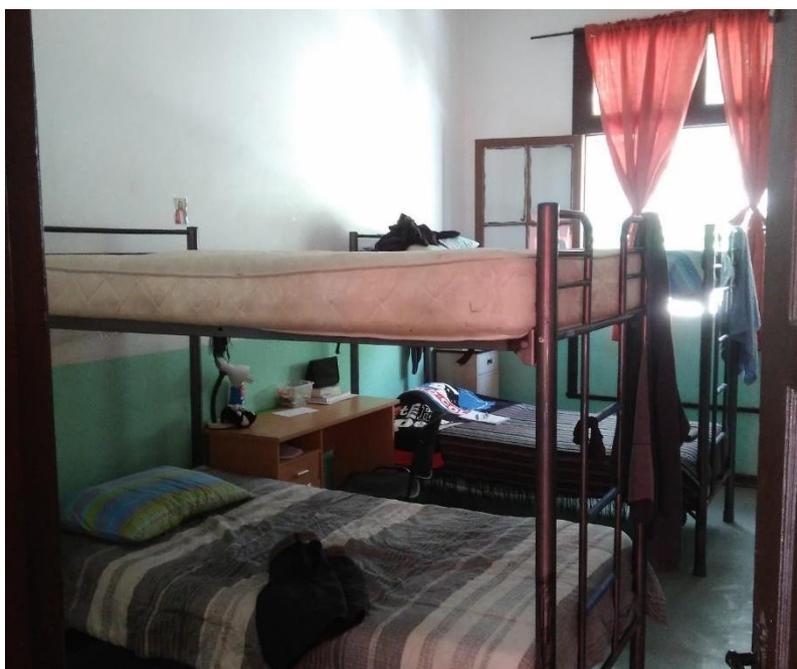
**Entrevistas a usuarios y usuarias**

Realicé cinco entrevistas a usuarios de la unidad masculina y 4 entrevistas a usuarias de la unidad femenina. Marcos fue el primer usuario que entrevisté. Él llevaba 45 días en el centro, sin embargo, tenía varios tratamientos anteriores. Varios integrantes del equipo técnico me recomendaron hacer esta primera entrevista. “Sabe mucho”, me comentan, “es reflexivo, esforzado y te va a ayudar a tener un primer acercamiento a la perspectiva de los usuarios”. Después de Marcos, entrevisté a Luis Emilio, quien llevaba 75 días en el centro, y presentaba características socioeconómicas y culturales distintas a Marcos. Luis Emilio es hijo de un dirigente sindical, y a diferencia

de Marcos, él tuvo acceso a educación universitaria, y se crió en un ambiente de desarrollo cultural y político, en apariencia, enriquecedor. En relación con la operatoria de la tecnología, estas entrevistas me presentaron una visión muy ajustada a lo que el centro busca en los usuarios; posturas que valoran mucho el proceso, que han aprendido a adecuarse a sus complejidades, y confían mucho en las decisiones del equipo técnico.

### **Fotografía 13**

*Habitación de usuarios en unidad masculina*



A partir de estas miradas “en proceso”, quise acceder a la perspectiva de usuarios que están terminando el tratamiento. Cristóbal y Federico son usuarios que están a punto de egresar, con 204 y 205 días de tratamiento, respectivamente. Cristóbal quiere salir pronto, le impone fechas al equipo, y rechaza la solicitud que le hace la psicóloga de dejar a su pareja antes de salir. Le dicen que es una relación conflictiva que lo pone en riesgo de recaída. Federico, por su parte, espera con calma la fecha de salida, y cumple todos los objetivos propuestos por el equipo para volver a la casa de su madre y recomponer el vínculo con sus tres hijos. Dice que no va a volver a tomar alcohol y conducir un automóvil, porque aún tiene pesadillas del accidente y ya aprendió su lección.

El quinto entrevistado de la unidad masculina es René, un hombre joven, capaz de tomarse 4 botellas de pisco al hilo, con historias de violencia barrial, delincuencia y fracasos laborales. René lleva 18 días en el centro y no está del todo convencido con las terapias. Dice que ha tenido algunos problemas de convivencia, pero ya no tiene nada más que perder en la vida, así que se quedará. De este modo las entrevistas en la unidad masculina permiten trazar distintos tipos y tiempos de interacción con la tecnología de tratamiento.

Siguiendo la misma estrategia, en la unidad femenina busqué a una primera usuaria que llevara aproximadamente un mes y medio en el centro. Nicole busca mantenerse ocupada en el centro, así que trabaja durante gran parte del día en el taller de gastronomía, sale a vender pasteles en el hospital y ordena las finanzas de la cocina para asegurar la provisión de materias primas. Justo antes de llegar al centro, Nicole trabajaba haciendo el aseo en la casa de una mujer narcotraficante. Vivió un tiempo en la calle, y este es su cuarto intento de recuperarse. Cuando andaba todo bien, dice, ella ayudaba administrando la flota de autobuses de su marido. Se juntaba con las esposas de otros dueños de autobuses y pasaban el tiempo tomando whisky e inhalando cocaína. Dice que la cocaína la dejaba pareja, sin emociones, sin sufrimiento. Nicole valora los hábitos, y me entrega una mirada consistente sobre su relación con el proceso de tratamiento.

En la unidad femenina la mujer con mayor antigüedad en tratamiento llevaba 77 días. Cecilia dice que consume con sus amigos del barrio y su problema es la melancolía. Cuando era más joven cuidaba a su pareja en las tocatas punk y ella no tomaba nada. Con el pasar de los años, el alcohol se convirtió en un pasatiempo para sobrellevar el tedio de las labores domésticas. Siempre entró a tratamiento presionada por otros. Dice que esta vez es su voluntad y lo hará bien. A diferencia de otros tratamientos, dice Cecilia, este proceso está marcado por la revisión de su vivencia, de sus emociones, y no tan centrado en el consumo de drogas.

A Alejandra la entrevisté cuando llevaba 17 días en el centro. El equipo me recomendó hablar con ella porque es una mujer muy reflexiva, con muchas ganas de hablar sobre su vivencia. Me interesaba hablar con alguien que

estuviera recién entrando al centro. Dice que le gusta este centro porque el equipo modula las intervenciones, las personaliza. Me cuenta que ella necesita estar encerrada. Afuera, dice, no puede regular sus emociones y vuelve a consumir. Al igual que todas las mujeres entrevistadas, Alejandra ha sufrido violencia física, abusos sexuales y ha vivido en la calle.

La última entrevista que realicé en la unidad femenina también fue una recién llegada. Katy proviene de un sector socioeconómico acomodado y ostenta marcadores de clase. Su alcoholismo, dice, consistía en tomar botellas de vino siempre acompañadas con quesos. Al entrar, pregunta por las dietas, las instalaciones y las comodidades del lugar. Katy me permitió observar las tensiones de la tecnología con sus marcadores socioeconómicos y culturales, especialmente las dificultades y las traducciones que desarrolla el equipo técnico para lidiar con sus particularidades de clase, y el proceso de acomodo que ella debió desarrollar para ser parte de la comunidad y conducir un camino de recuperación. “Esto no es un hotel”, le dicen, “aquí se viene a trabajar”.

Todas las entrevistas fueron conversadas previamente con el equipo técnico. En algunas ocasiones el equipo orientó la búsqueda de casos con distintas estadías en el centro y con disposición a realizar entrevistas, en otros casos yo presenté alternativas y el equipo validaba el desarrollo de la entrevista. En ninguna ocasión el equipo negó el desarrollo de alguna entrevista. Solo en una ocasión el equipo me recomendó sustituir el caso de un usuario recién llegado al centro, y opté por incorporar a René. Todas las entrevistas se realizaron con consentimientos informados firmados por el investigador, el usuario o usuaria, y el jefe del centro de tratamiento. Las entrevistas duraron aproximadamente 90 minutos.

**Tabla 3***Entrevistas a usuario y usuarias*

Entrevistas a usuarios y usuarias						
	Tiempo bajo		Tiempo medio	Tiempo medio alto	Tiempo alto	
<b>Unidad masculina</b>	René		Marcos	Luis	Cristóbal	Federico
Antigüedad / Meses	18		45	75	204	205
<b>Unidad femenina</b>	Alejandra	Katy	Nicole	Cecilia		
Antigüedad / Meses	17	24	47	77	*	

**Entrevistas a familiares**

Durante las entrevistas con los usuarios y usuarias fui descartando la hipótesis de que los familiares tienen un influjo central en la manera en que se configura el tratamiento de drogodependencias. No encontré una relación entre las características de los familiares que observé en los talleres, además de las referencias que me entregaron los y las usuarias en las entrevistas, y variaciones en la manera en que se desarrollan los procesos de tratamiento. Sin embargo, sí encontré referencias importantes en el plano del egreso. Los usuarios y la usuaria con mayor cantidad de tiempo en el centro sí desarrollaban reflexiones sobre el lugar físico al que llegarían cuando finalizara el tratamiento, la reparación de sus vínculos, y la manera en que se insertarían en sus cotidianidades familiares. A su vez, los familiares de estos usuarios y usuarias eran más activos en los talleres familiares, en términos de solicitar ayuda, manifestar temores y proponer cursos de acción (ej. “si uno los presiona es más probable que vuelvan a recaer”). Por esta razón solicité al usuario y la usuaria con mayor tiempo de estadía en el centro que me contactaran con sus respectivos familiares. La madre de Federico y la madre de Cecilia.

Ambas resultaron ser profesoras y me contaron con detalles las historias de Federico y Cecilia. Reflexionaron sobre sus dinámicas familiares, sus primeras estrategias para solucionar el problema, las frustraciones, intentos de internación, fracasos, aprendizajes, y expectativas frente a este nuevo egreso. Ambas entrevistas se desarrollaron en sus respectivos hogares y duraron 120 minutos. Estas entrevistas fueron fundamentales para comprender la perspectiva de los familiares, sus miedos, desgastes y formas de participar en el ensamblaje de la tecnología de tratamiento.

Ambas mujeres mayores, mujeres de esfuerzo, cariñosas y dispuestas a entregar un relato que puede servir a otros. Me ofrecieron desayuno en sus mesas adornadas con paños blancos de crochet. La televisión siempre prendida, desde que se levantan hasta que se acuestan. La voz de Verónica, la mamá de Federico, parece cansada, pero es, a la vez, firme, siempre al borde de la desafinación. Una voz golpeada que no se permite blanduras cuando se trata de relatar y reflexionar sobre su historia con Federico. Una historia que desde la niñez se tiñó de rebeldía y desencuentros. En el segundo piso le construyó una casa a Federico para que pudiera vivir con su pareja y sus hijos. En el patio de entrada construyó una pieza donde arrienda disfraces infantiles. Dice que ella cuida a los hijos de Federico. Es muy amiga de la primera esposa de Federico, pero con la actual pareja no se pueden ver. Recuerda los gritos de Federico cuando llegaba ebrio, sus largas noches de espera, sus esperanzas en cada ingreso a tratamiento, la aparición progresiva de enfermedades en su cuerpo, los días que Federico se perdía en la calle, sus ganas de descansar, la vergüenza de pensar en la muerte de Federico como algo deseable.

Constanza, la mamá de Cecilia, también cuida a sus nietos. Se enfrenta al padre y los hermanos de Cecilia. Dice que los hombres son así, cuando hay problemas arrancan, o peor aún, juzgan y agreden. Constanza dice que siempre acompañará a Cecilia, porque es su hija y la necesita. Recuerda con lágrimas la madrugada en que se descontroló y le tiro por encima del portón de entrada una colcha a Cecilia. Dice que es la única vez que la ha echado de la casa. Constanza dice que ella ha aprendido, de a poco, a lidiar con la adicción. Sabe qué cosas decir y hacer para acompañar un proceso de cambio. Sabe cómo los adictos manipulan. Constanza me dice que la idea de la co-

dependencia, es decir, que hay familiares que necesitan a un adicto en casa para mantener cierto funcionamiento, es cómoda y absurda. Su involucramiento siempre está marcado por el dolor.

#### **Tabla 4**

##### *Entrevistas a familiares*

Entrevistas a familiares	
Unidad masculina	Unidad femenina
Verónica	Constanza

#### **Entrevistas a equipo técnico**

Las entrevistas al equipo técnico las inicié con los actores de mayor peso en las discusiones técnicas. Primero entrevisté a la psicóloga de la unidad masculina y luego al psicólogo de la unidad femenina. Ambos me entregaron su mirada teórica y metodológica. Mientras la psicóloga pone mucho énfasis en la adicción como enfermedad del cerebro, y los procedimientos biomédicos, el psicólogo dice que la idea de enfermedad es falsa pero funcional o estratégica, porque compromete con más fuerza al usuario o usuaria con las tecnologías de tratamiento, y lo devuelve permanentemente a los centros para controlarse.

Luego entrevisté al trabajador social de la unidad masculina, que es, además, el coordinador de la unidad. Esta mirada reubica el problema en el campo de los roles y las relaciones. El desempeño de roles familiares, laborales, sociales, amorosos, etc. es un eje fundamental para entender la adicción desde el trabajo social. Dice que a veces se “clinaliza” el tratamiento y no se comprende que la adicción emerge en el deterioro de esos roles. Dice que la integración social no puede ser una etapa de finalización, cuando se está terminando la estadía en el centro y los usuarios se aprestan a salir, sino que debe ser un proceso permanente durante todo el proceso de tratamiento. Me cuenta que durante un tiempo el equipo fue muy unido a nivel personal, sin embargo, a partir de un desencuentro con el profesor de gastronomía, el equipo se tensionó y no ha vuelto a tener un trato familiar. Me cuenta que se quedó con la carne comprada para el asado.

Ni el jefe ni el coordinador de la unidad querían que entrevistara al terapeuta ocupacional. Me dijeron que él había sido despedido, que las cosas habían terminado mal, así que me iba a hablar desde el despecho. Resultó ser una entrevista profunda y calmada, con algo de desconfianza al principio, por el contexto de crisis en el que se desarrolló. El terapeuta fue desgranando su enfoque, que integra el padecimiento psicológico con el padecimiento corporal. Dice que los esquemas tradicionales de la adicción no funcionan porque separan el espíritu y el cuerpo de los y las usuarias. La ignorancia del equipo, me comenta, ubica las actividades manuales y la actividad física en un plano secundario y subsidiario de las terapias racionalistas. Dice que lo fundamental es escuchar a los usuarios, poner atención a lo que les duele, lo que les molesta, lo que quieren hacer, lo que les avergüenza o les da rabia. Bajo su perspectiva las terapéuticas tienen que nacer de la persona. Él llegó a reemplazar a otra terapeuta ocupacional, cuyo trabajo se sostiene en los oficios, las rutinas y la disciplina. Desde la perspectiva del terapeuta, el equipo técnico está dormido, puesto que le pedían que replicara esos modelos industriales o penitenciarios.

La profesora del equipo se ha mantenido en la unidad desde su inicio. Su mirada me permitió comprender las mutaciones del tratamiento. Me cuenta que antes ella preparaba a los usuarios para rendir pruebas escolares y universitarias. Dice que ahora el tratamiento no enfatiza estas formas de integración o movilidad social a través de la educación. Su perspectiva histórica está marcada por eventos de crisis, tales como despidos, confrontaciones, hechos de violencia o relaciones sexuales entre usuarios y miembros del equipo. Me dice que siempre la duda es si ser leal con el equipo y contar, o bien ser leal con los usuarios y conservar los secretos que le dicen. Me cuenta sobre el auge y el ocaso de las tecnologías confrontacionales en el centro, y el poder que fueron perdiendo los técnicos en rehabilitación.

A la técnica en rehabilitación de la unidad femenina la entrevisté en un mall. La despidieron el día anterior, pero me dice que de todas maneras está dispuesta a hacer la entrevista. Dice que el centro no tiene perspectiva de género. No hay una comprensión del fenómeno de la adicción en relación al género. “Apenas las ven bien”, dice, “los familiares les piden que vuelvan al

hogar a cuidar a los hijos”. Según la técnica en rehabilitación, la sobre exigencia y la presión social es un factor clave para comprender la adicción en mujeres. Dice que el centro es demasiado improvisado y con carencias graves de infraestructura.

Entrevisté a un paramédico de la unidad masculina y una paramédico de la unidad femenina. La entrevista con el paramédico ofrece una perspectiva histórica del centro, y particularmente de los cambios relacionados con la norma, la disciplina y el castigo. “En este centro no se castiga, a diferencia de otros”, me dice el paramédico. La paramédico de la unidad femenina pone énfasis en las distintas capas que se solapan en el centro. Me habla de las terapéuticas que se articulan en lo cotidiano, en las palabras al pasar, en las actitudes del diario vivir. Dice que las paramédicos hacen un tratamiento subterráneo y es un error tratar de entender el proceso exclusivamente en el campo de las terapias y los talleres formalizados. La entrevista con la paramédico es fundamental para comprender los procesos de racionalización del tratamiento y la depuración de las técnicas que se mueven en los márgenes de una racionalidad científico-burocrática. El buen trato supone una riqueza simbólica inescrutable que se pierde en la medida en que se protocoliza todo.

La entrevista con el psicólogo jefe de la unidad de adicciones estuvo marcada por el análisis de la racionalidad con la que él busca coordinar al equipo. Me cuenta sobre su formación política y la manera en que él piensa la adicción. Me dice que la ubicación del centro de tratamiento en un dispositivo de salud es algo meramente instrumental en términos presupuestarios, y que bien podría estar ubicado en una organización comunitaria. En este sentido, el jefe tiene una mirada amplia del buen trato y su relación con el tratamiento de adicciones, lo que supone una baja adhesión a los modelos más estrictos de tratamiento con base en evidencia que promueve el Estado chileno.

Finalmente, realicé una entrevista muy tardía al médico del equipo. Demoré seis meses en conseguir que el médico me diera un espacio de tiempo adecuado para profundizar en torno a su rol en el centro. El médico resultó ser una figura histórica clave del centro y las diversas transformaciones que ha experimentado su racionalidad técnica. Desde las terapias aversivas basada

en el condicionamiento clásico, pasando por la supremacía de las técnicas de confrontación, hasta el actual paradigma biomédico que incluye elementos psicosociales, el médico hizo un recuento de los cambios en la manera de definir e intervenir los objetos del tratamiento.

**Tabla 5**

*Entrevistas a equipo técnico*

Entrevistas a equipo técnico	
Unidad masculina	Unidad femenina
Psicóloga	Psicólogo
Trabajador social	Técnico en rehabilitación
Paramédico	Paramédica
Terapeuta ocupacional	
Médico	
Profesora	
Jefe de unidad de adicciones	

### **Procesamiento del trabajo de campo**

El procesamiento del cuaderno de campo, las nueve entrevistas a usuarios y usuarias, las diez entrevistas a miembros del equipo técnico, y las dos entrevistas a familiares, se realizó mediante el software Atlas Ti, siguiendo un procedimiento de codificación y clasificación por familias que se condicen con los objetivos específicos de la presente investigación. De esta manera, el abordaje de cada objetivo tendrá una base mínima de contenidos percibidos directamente en el proceso de codificación, lo que no significa una restricción de las interpretaciones y reflexiones a este campo específico de citas. Por el contrario, la interpretación de los contenidos producidos en el trabajo de campo requiere, también, una mirada transversal que enriquezca los objetivos desde el entrelazamiento de distintas redes de códigos y análisis parciales.

Este ejercicio de ordenamiento de los contenidos se tradujo en la producción de 1935 citas, 345 códigos, y 12 de familias de códigos que corresponden a las 12 dimensiones operativas que constituyen a los objetivos específicos que

guían la presente investigación. El anidamiento final se configuró de la siguiente manera:

- **Familia de código: 1.1. Entidades**

**Códigos (33):** [Ambulatorio] [Apoderado] [Comunidad] [Coordinador] [COSAM] [Edad] [Educativa diferencial] [Enfermera] [Equipo técnico] [Ex-usuarios] [Familia y acompañamiento familiar] [Gestor de calidad] [Género] [Hermano] [Hijo/a] [Hospital] [Internos] [Jefatura] [Judicial] [Médico] [Paramédicos] [Pareja] [Perfil de usuaria] [Practicantes] [Psicopedagoga] [Psicóloga] [Psicólogo] [Psiquiatra] [SENDA] [Terapeuta ocupacional] [Técnico en rehabilitación] [Trabajador social] [Unidad femenina]

**Cita(s):** 1010

- **Familia de código: 1.2. Materiales**

**Códigos (58):** [Abstinencia] [Adaptación] [Alcohol] [Ansiolítico] [Auto] [Baño] [Barrio] [Cafeína] [Cerebro] [Cigarros] [Cocaína] [Comida] [Computador] [Consentimiento informado] [Contexto de los usuarios] [Contrato terapéutico] [Cuerpo] [Daño orgánico] [Derechos del paciente] [Dinero] [Diploma y certificación] [Doping o test de drogas] [Dormir / Dormitorio] [Drogas] [Enfermedades físicas] [Entorno del centro] [Epicrisis] [Escribir] [Espacio] [Estadística] [Evidencia científica] [Genética] [Golosinas] [Habitaciones] [Hogar] [Hospital] [Incienso] [Instrumentos] [Libros] [Licencias] [Lugares de consumo] [Manual de convivencia] [Marihuana] [Medicamentos] [Música] [Noche] [Objetos] [Objetos personales] [Paisaje] [Pasta Base] [películas] [Protocolos] [Regalo] [Ropa] [Setting] [Solicitudes] [Televisión] [Verano]

**Cita(s):** 758

- **Familia de código: 1.3. Racionalidades**

**Códigos (71):** [Abstinencia] [Adicción] [Aislamiento o encierro] [Asamblea] [Autoayuda] [Biomédico] [Biopsicosocial] [Cama hospitalaria] [Capacitación] [Castigo] [Cárcel] [Cerebro] [Ciencia] [Codependencia] [Cognitivo conductual] [Comodidad o confort]

[Comunidad] [Comunidades terapéuticas] [Conflictos] [Confronto y hostigamiento] [Control] [Crianza] [Cuerpo] [Culpa] [Delincuencia] [Deporte] [Descanso o relajación] [Disciplina y reglas] [Discurso moral] [Duelo] [Educación cívica] [Emocional] [Energético] [Enfermedad] [Enfermedades físicas] [Engaño / Contrato oculto] [Enmarcar] [Entorno del centro] [Esotérico] [Espiritual] [Estigma] [Evaluaciones] [Familia y acompañamiento familiar] [Fin de semana] [Flaute] [Género] [Guerra contra las drogas] [Hospital] [Humanismo] [Integración social] [Judicial] [Maltrato hacia el usuario] [Medicamentos] [Migración] [Militar] [Motivacional] [Muerte] [Oficios] [Personalización] [Pobreza] [Psicoterapia] [Recaída] [Reducción del daño] [Religión] [Reparar] [Sexo] [Trabajo] [Tráfico] [Unidad femenina] [Violencia] [Yo auxiliar]

**Cita(s):** 1360

- **Familia de código: 1.4. Procedencias**

**Códigos (49):** [Adicción] [Amargura] [Asamblea] [Autoayuda] [Barrio] [Buscarla] [Calle] [Capacitación] [Clase social] [Comunidad] [Comunidades terapéuticas] [Confronto y hostigamiento] [Contexto de los usuarios] [Crianza] [Delincuencia] [Disciplina y reglas] [Discurso moral] [Edad de inicio / Infancia] [Educación cívica] [Enfermedad] [Escolar] [Esotérico] [Espiritual] [Familia y acompañamiento familiar] [Fin de semana] [Flaute] [Guerra contra las drogas] [Hospital] [Humanismo] [Lanzarse] [Maltrato hacia el usuario] [Matrimonio] [Medicamentos] [Migración] [Militar] [Narcotráfico] [Pérdida] [Pobreza] [Psicoanálisis] [Religión] [Sueños] [Terremoto] [Tipo de consumo] [Trabajo] [Tráfico] [Tuberculosis] [Violencia] [Violencia de género] [Vivencia]

**Cita(s):** 1050

- **Familia de código: 1.5. Antigüedades**

**Códigos (58):** [Abstinencia] [Accidente] [Adicción] [Asamblea] [Autoayuda] [Capacitación] [Comunidad] [Comunidades terapéuticas] [Confronto y hostigamiento] [Contexto de los usuarios] [Crianza]

[Cuerpo] [Delincuencia] [Descanso o relajó] [Despido] [Disciplina y reglas] [Discurso moral] [Drogas] [Edad de inicio / Infancia] [Educación cívica] [Enfermedad] [Esotérico] [Espiritual] [Familia y acompañamiento familiar] [Fin de semana] [Flaute] [Guerra contra las drogas] [Hipnosis] [Historia del centro] [Historia del paciente] [Historia del tratamiento] [Hospital] [Humanismo] [Inicio del consumo] [Integración social] [Judicial] [Lanzarse] [Llamadas telefónicas] [Maltrato hacia el usuario] [Medicamentos] [Migración] [Militancia] [Militar] [Narcotráfico] [Oficios] [Origen de usuarios] [Pérdida] [Pobreza] [Religión] [Sectarismo] [Terapia de aversión] [Terremoto] [Tipo de consumo] [Trabajo] [Tráfico] [Tuberculosis] [Violencia] [Vivencia]

**Cita(s):** 1140

- **Familia de código: 2.1. Traducción e interesamiento**

**Códigos (44):** [Abstinencia] [Abuso sexual] [Accidente] [Acompañamiento al usuario] [Adaptación] [Amistad] [Amor] [Amor responsable] [Anorexia] [Ansiolítico] [Autonomía y voluntad] [Ánimo] [Broma] [Calle] [Cantidad de tratamientos] [Carga de trabajo] [Cárcel] [Celos] [Cerebro] [Cédula de identidad] [Chantaje] [Codependencia] [Comunidad] [Daño] [Disciplina y reglas] [Engaño / Contrato oculto] [Familia y acompañamiento familiar] [Género] [Pareja] [Participación] [Perfil de usuaria] [Personalización] [Política] [Programa de tratamiento] [Resultado del tratamiento] [Reunión clínica] [Roles] [Sociedad] [Terapia] [Tocar fondo] [Trabajo] [Valores] [Violencia de género] [Yo auxiliar]

**Cita(s):** 1108

- **Familia de código: 2.2. Encarnación / Personificación**

**Códigos (85):** [Abstinencia] [Aburrimiento] [Abuso sexual] [Accidente] [Activación / Craving] [Adaptación] [Adulterio / Infantilización] [Agresión] [Alergia] [Angustia] [Ansiedad] [Aprendizaje] [Asco, náuseas, vómito] [Autoanálisis] [Autonomía y voluntad] [Ánimo] [Buena vida] [Cambios] [Cantidad de tratamientos]

[Cognitivo conductual] [Comodidad o confort] [Concentración y distracción] [Conciencia] [Conocerse] [Contención] [Contexto de los usuarios] [Convulsión] [Creatividad] [Cuerpo] [Culpa] [Daño] [Daño orgánico] [Delirium Tremens] [Deporte] [Desmayo] [Dignidad] [Disciplina y reglas] [Dolor o sufrimiento] [Duelo] [Efectos del consumo] [Enfermedades físicas] [Enmarcar] [Error / Duda] [Escribir] [Estigma] [Estrés] [Evitativo] [Flaite] [Frustración] [Hábitos] [Higiene y orden] [Ignorancia] [Individualidad] [Límites] [Llanto] [Memoria] [Mente] [Paranoia] [pena] [Perdón] [Personalización] [Placer] [Psicosis] [Recaída] [Recursos / Capacidades] [Reflejos] [Reflexión] [Reparar] [Rumiar] [Secreto] [Sentidos] [Sentimientos] [Sobredosis] [Soledad] [Sueños] [Suicidio] [Taller de recaídas] [Teatro] [Temor o miedo] [Tentaciones] [Terremoto] [Trauma] [Vacío existencial] [Vida normal] [Voz]

**Cita(s):** 942

- **Familia de código: 2.3. Mecanismos de inscripción**

**Códigos (21):** [Accidente] [Cambios] [Certificación] [Comorbilidad o patología dual] [Conciencia de enfermedad] [Consentimiento informado] [Contrato terapéutico] [Daño orgánico] [Depresión] [Derivaciones] [Epicrisis] [Estadística] [Evidencia científica] [Factor de riesgo] [Factor protector] [Instrumentos] [Medicamentos] [Protocolos] [Recaída] [Temas administrativos] [Tolerancia]

**Cita(s):** 401

- **Familia de código: 3.1. Punto de paso obligatorio**

**Códigos (59):** [Abstinencia] [Adaptación] [Adherencia] [Alta] [Cambios] [Comunidad] [Consejería individual] [Consentimiento informado] [Decisiones] [Desintoxicación] [Diagnóstico y tamizaje] [Duración del tratamiento] [Educación] [Egreso] [Entrega de turno] [Entrevista] [Entrevista de (pre)ingreso] [Espera] [Etapas o fases del tratamiento] [Evaluaciones] [Fiscalización] [Flexibilidad técnica] [Hacer proceso] [Higiene y orden] [Horario] [Ingreso] [Integración social]

[Intervención en crisis] [Llamadas telefónicas] [Logro terapéutico]  
[Objetivo de tratamiento] [Objetivos terapéuticos] [Oficios] [Plan de salida]  
[Plan de tratamiento individual] [Profundizar] [Programa de tratamiento]  
[Psicocalistenia] [Psicoterapia] [Recaída] [Reflejos]  
[Resultado del tratamiento] [Reunión clínica] [Salida fin de semana]  
[Seguimiento] [Taller de familias] [Taller de Gastronomía] [taller de manualidades]  
[Taller de psicoeducación] [taller grupal de objetivos]  
[Taller sociolaboral] [Talleres] [Terapia] [Terapia grupal] [Terapia individual]  
[Trabajo] [VAIS] [Visita domiciliaria] [Visitas]

**Cita(s):** 1006

● **Familia de código: 3.2. Representaciones / Delegaciones**

**Códigos (19):** [Abuso sexual] [Agresión] [Análisis de casos]  
[Artículos] [Autonomía y voluntad] [Autoridad] [Cédula de identidad]  
[Clínica] [Delegación] [Derechos del paciente] [Diversidad y tensión técnica]  
[Familia y acompañamiento familiar] [Política] [Psicoterapia]  
[Rescate] [Reunión clínica] [Subordinación técnica] [Transmitir y comprender]  
[Universidad]

**Cita(s):** 549

● **Familia de código: 3.3. Alianza / Traición**

**Códigos (59):** [Abandono] [Abstinencia] [Adherencia] [Agresión]  
[Alianzas] [Amistad] [Amor] [Amor responsable] [Antiguos] [Asamblea]  
[Autoridad] [Calle] [Carga de trabajo] [Cercanía] [Ceremonia de egreso]  
[Chantaje] [Clínica] [Comunidad] [Confianza] [Conflictos]  
[Cuestionamiento al equipo] [Derivaciones] [Desgaste del equipo]  
[Disciplina y reglas] [Diversidad y tensión técnica] [Emocional] [Engaño / Contrato oculto]  
[Entorno del centro] [Epicrisis] [Familia y acompañamiento familiar] [Fiestas] [Fuga]  
[Ganancial] [Género] [Hermano] [Instrumentos] [Insultos] [Medicamentos] [Pareja] [Pituto]  
[Plan de salida] [Quiebre familiar] [Recaída] [Red de servicios] [Relación equipo-familias]  
[Relación equipo-usuarios] [Rescate] [Resistencia] [Respeto] [Reunión clínica]  
[Ritual de reparación] [Sapo] [Sexo]

[Soledad] [Subordinación técnica] [Transgresión] [Violencia de género]  
[Visitas] [Yo auxiliar]

**Cita(s):** 1275

● **Familia de código: 3.4. Obturación / Opacidad**

**Códigos (9):** [Abstinencia] [Clínica] [Disciplina y reglas]  
[Enfermedad] [Irreversibilidad] [Lenguaje experto] [Medicamentos]  
[Recaída] [Terapia]

**Cita(s):** 412

El alto nivel de abstracción de los componentes operativos de los objetivos específicos, aunque presenten definiciones lo suficientemente específicas como para poder agrupar segmentos de información, deriva en un alto nivel de solapamiento de codificaciones, y un alto nivel de concentración en aquellas familias que se ubican en las capas conceptuales más generales de la investigación, como son las racionalidades del sistema tecnológico, o las formas en que los proceso de traducción impactan en la manera en que los propios usuarios o usuarias se relacionan consigo. La excepción a esta relación entre frecuencia de códigos y nivel de abstracción se encuentra en la familia 3.4. Obturación / Opacidad, y ello se debe a que deliberadamente se anidaron códigos específicamente relacionados con estos procesos, y no aquellos que, en su interpretación y análisis, insuman de forma indirecta esta dimensión del objetivo específico. Esto tuvo como consecuencia, que las reflexiones sobre obturación y opacidad se derivaron fundamentalmente de conclusiones previas en otras secciones de análisis, además de la interpretación de sus códigos específicos.

La siguiente tabla resume la cantidad de códigos y citas que incorpora cada familia desarrollada. Además, la cuarta columna muestra la cantidad promedio de citas por código en la familia, de tal manera que sea posible realizar estimaciones preliminares acerca del nivel de presencia que tienen los códigos en el corpus trabajado. Por ejemplo, los códigos que se refieren a la modificación de la persona a partir de su interacción con la tecnología son profusos pero diversos en sus expresiones específicas, lo cual deriva en una

baja densidad de cada uno de ellos. Por el contrario, los códigos relacionados con la opacidad de la tecnología, esto es, las clausuras de lenguajes, conocimientos y operatorias de la tecnología de tratamiento, tienden a ser menos diversos, pero con una mayor cantidad de referencias en los distintos ejes de observación o entrevista.

**Tabla 6**

*Resumen de codificación*

<b>Familia</b>	<b>N° Códigos</b>	<b>N° Citas</b>	<b>Cita/Código</b>
1.1. Entidades	33	1010	30,6
1.2. Materiales	58	758	13,1
1.3. Racionalidades	71	1360	19,2
1.4. Procedencias	49	1050	21,4
1.5. Antigüedades	58	1140	19,7
2.1. Traducción e interesamiento	44	1108	25,2
2.2. Encarnación / Personificación	85	942	11,1
2.3. Mecanismos de inscripción	21	401	19,1
3.1. Punto de paso obligatorio	59	1006	17,1
3.2. Representaciones / Delegaciones	19	549	28,9
3.3. Alianza / Traición	59	1275	21,6
3.4. Obturación / Opacidad	9	412	45,8

**Ensamblar una investigación**

La manera de desarrollar el análisis de estas familias de códigos se corresponde con la estrategia de ejecución del trabajo de campo. Se inicia con una reflexión de entrada, que condensa elementos de procedencia y temporalidad del centro de tratamiento, de tal manera que podamos situar el campo de investigación y definirlo como una geografía y momento específico dentro de un ejercicio mayor y continuo de ensamblajes sociotécnicos ligados al tratamiento de adicciones. Este ejercicio inicial es clave para la asunción de una perspectiva de complejidad, puesto que, sin atender a elementos

contextuales e históricos del centro, muchas hebras de su funcionamiento actual pueden ser interpretadas de mala manera o bien desaprovechadas. Desde la perspectiva de actor red resulta tentador abrazar una perspectiva híbrida que olvida uno de sus orígenes epistemológicos más relevantes como es un principio de simetría que no solo observa lo que hay, sino también lo que quedó atrás, desplazado, subvertido, y se constituye como una de las fuentes esenciales de heterogeneidad, contradicción o multiplicidad de las tecnologías vigentes. En este sentido, repetimos, en el caso específico del centro, la relación entre constructivismo e historicidad que hemos desarrollado para fundamentar las relevancias y vacancias de la presente investigación.

Posteriormente, el análisis se mueve hacia una mirada general de las tensiones que ocurren en el centro desde el punto de vista de los actores humanos participantes, y, luego, exploramos las mediaciones humanas y no humanas que mantienen cohesionada la red. Esto se justifica por la necesidad de brindarle coherencia al trabajo de observación y las alianzas que las propias entidades del centro construyen con la presente investigación.

En la medida en que la investigación logra sintonizar con el lenguaje del equipo técnico, los usuarios y las usuarias, y los familiares, entonces es posible avanzar en la configuración de una tecnología de investigación, una subred al interior del centro, que incluye procesos de enrolamiento y la normalización de relaciones entre todos quienes formamos parte de ella. Este proceso no es rápido, puesto que supone procesos de seducción, ejercicios de poder o intercambios que permiten la construcción de una red distinta a la que se desarrolla cotidianamente en el centro. Los usuarios o usuarias cambian su rol y asumen funciones de reflexión y narración que se ubican en un lugar distinto al que ocupan cotidianamente en el centro. Cuando se cierra la puerta de la oficina donde desarrollo las entrevistas, los usuarios o usuarias pueden sentarse donde quieran, pueden hablar de los demás sin miedo a parecer indisciplinados o inconformistas, y pueden exponer dimensiones de su consumo o de sus intenciones en el centro, que no pueden ser parte de las interacciones que desarrollan fuera de esta red específica. Por su parte, los técnicos o profesionales tratantes también pueden tomar otro lugar, pueden

dejar de estar ocupados en la cohesión de la entidad que supone el equipo técnico frente a los usuarios o usuarias, y pueden mirar desde otro lugar sus propias creencias y ejercicios técnicos.

Para que los distintos actores humanos del centro entren en esta red, es necesario movilizar confianzas específicas y generales. En el plano específico me encuentro yo pidiendo un espacio para conversar, y desde el diálogo cotidiano generar empatías, complicidades, y ánimos de entablar un ejercicio mutuamente beneficioso. En algunos casos este beneficio se relaciona con la posibilidad de revisarse y mejorar sus prácticas dentro del centro, ya sea en términos de tratar a otro o bien de configurar recursos para la propia recuperación, mediante una reflexión libre de trabas convencionales y enriquecida con los recursos sociológicos o históricos que puedo poner sobre la mesa en mi rol de investigador. En otros casos, esta alianza se trabaja desde la descarga, la posibilidad de hablar en otro nivel sociotécnico como forma de resolver tensiones que los afectan en la cotidianidad del centro. Algunos usuarios o usuarias se involucran desde un ejercicio de auto exposición, valorando una experiencia que les parece valiosa y digna de ser contada. Por su parte, actores como el jefe de tratamiento, entablan alianzas con la investigación como forma de entrar en una red que les parece ajena y necesitan entender para tomar un lugar y velar por su coherencia y convivencia con la red del tratamiento.

En el plano de la confianza generalizada entran en juego elementos mediadores. La red de investigación comienza a tejerse en la academia (FLACSO) y se traduce prontamente en materiales que permiten interesar a otros, como es un proyecto de investigación, cartas de certificación, logos y firmas institucionales. Posteriormente, esta red se fortalece en el servicio de salud sur oriente, donde estos materiales provenientes de la academia se traducen en otros certificados, otras firmas, logos y timbres, que esta vez obturan relaciones de poder al interior del sistema de salud. Al llegar al centro de tratamiento rodeado de estos objetos, que remiten a relaciones que para sus actores son relevantes, entonces es posible interesar a una mayor cantidad de actores que, de otro modo, se mantendrían ajenos al funcionamiento de la investigación. En varias ocasiones me preguntan qué significa FLACSO,

cómo es estudiar un doctorado, como podrían ellos estudiar fuera del país, como se opta a becas, a quién conocí en el servicio de salud, qué relevancia va a tener la investigación para el servicio de salud, etc.

Cuando los actores del centro se encuentran interesados a nivel personal o específico, y a nivel general o material, entonces es posible avanzar en la comprensión de los enlaces que dotan de sustentabilidad a la red del tratamiento. Por ello, el análisis busca reproducir esta evolución de la observación, y, por lo tanto, posterga para un segundo momento de reflexión el campo de las intermediaciones. Transversalmente a estos dos momentos se despliegan los distintos campos de análisis que encauzan los objetivos específicos de investigación.

#### Capítulo 4: Primera capa de resultados. Las coordenadas relacionales del centro de tratamiento en el contexto hospitalario

El centro de tratamiento de drogodependencias estudiado corresponde a la unidad de adicciones del Complejo Hospitalario San José de Maipo, ubicado en la precordillera de la región metropolitana de Chile. Se trata de centro residencial, público, con financiamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA), perteneciente al Ministerio del Interior del Gobierno de Chile.

La comuna de San José de Maipo, ubicada en un sector denominado “Cajón del Maipo” por su geografía, se caracteriza por sus ríos caudalosos, abundante vegetación, altitud y pureza del aire. Estas características explican la antigüedad de la principal instalación del hospital, la “Casa de Salud de Mujeres”, la más visible al llegar al hospital, que fue construida en 1870 por Carolina Doursther. Aquejada por una enfermedad pulmonar, Doursther escoge el Cajón del Maipo como residencia temporal, y luego, una vez curada, traspasa esta casa a la beneficencia de Santiago para constituirse en el primer sanatorio de tuberculosis de Chile en 1911.

El Hospital actual se divide en un edificio administrativo y de atención ambulatoria ubicado en el centro de San José de Maipo, cerca de la plaza de armas, y un sanatorio de tres bloques que se ubica en la punta de un cerro que rodea la comuna. Los tres pabellones del sanatorio (Roberto Koch, Pabellón Roosevelt y Casa de Salud) se ubican a más de mil metros de altura por sobre el nivel del mar, y se encuentran insertos en una densa trama de árboles, parques y jardines.

Algunas instalaciones antiguas se encuentran abandonadas y esperan financiamiento para reintegrarse al complejo hospitalario. Los trabajadores del hospital que se han criado en San José de Maipo cuentan sus aventuras infantiles curioseando entre estos espacios, recogiendo los objetos olvidados y reconstruyendo las costumbres de un paciente extinto. El paciente aristócrata, de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, dota de sentido una espacialidad en decadencia, que no encuentra hoy los códigos culturales

para su reproducción. La grandiosidad de los jardines y las arquitecturas se mantiene en tensión con los financiamientos públicos, los malos usos y las necesidades concretas de los pacientes actuales, esto es, más camas, más salas de especialidad, más espacios funcionales para una recuperación física.

*“la gente de dinero venía a tratarse, y paseaban por los jardines preciosos (...) también íbamos a un orfanato que hoy es la cruz roja. Yo abría las piezas clausuradas y sacaba libros de ahí”* (Entrevista a terapeuta ocupacional del centro, residente de San José de Maipo)

#### **Fotografía 14**

*Archivo histórico 1*



Los accesos al sanatorio, desde el centro del pueblo, consisten en una larga y empinada escalera peatonal, y dos vías de automóviles igualmente inclinadas. El transporte público no llega al sanatorio, pero existen taxis dedicados a subir a los pacientes, familiares y funcionarios. Si bien se trata de un recorrido corto, la ubicación del pabellón principal, Casa de Salud, en el borde de una ladera, mirando al pueblo completo desde la altura, sorprende y redimensiona espacial y temporalmente este pequeño desplazamiento. El corte entre el pueblo y el sanatorio, las dificultades de acceso, su altura y potencia estética,

elaboran un tránsito rural, acaso migratorio, que aviva las claves de antigüedad y autoridad tradicional contenidas en su arquitectura.

El clima de San José de Maipo constituye otro factor que sobredetermina las materialidades del Hospital. Se trata de un espacio preparado para contener adentro a sus habitantes, puesto que las lluvias son habituales, e incluso se presentan nevazones durante el invierno. Esto se traduce en múltiples espacios de encuentro, amplios lugares de tránsito, grandes ventanales para observar el paisaje desde adentro, y múltiples pasillos techados para transitar por un semi exterior protegido. Incluso las cocinas son grandes e incorporan mesas para comer, todo lo cual recalca la importancia del espacio interior, la espera, el cobijo y la convivencia motivada por el clima. Por otro lado, el clima frío y la lluvia marcan una estética de mucha vegetación, desgaste de los muros, decoloración de las pinturas exteriores, suelos surcados por el agua y tejas con musgo.

### **Fotografía 15**

*Archivo histórico 2*



A diferencia de otros hospitales integrados al paisaje y a los recorridos urbanos, y cuyos accesos buscan conectar a los pacientes con los servicios requeridos de la forma más inmediata posible, el ingreso al hospital San José impone un recorrido extenso por sus jardines y edificios.

La entrada principal, resguardada por un inmenso portón de fierro forjado, conduce al visitante por una hilera de acacias de la cual brota un fuerte rechinar de grillos. Pasada la Casa de Salud, el edificio más antiguo del complejo, se encuentran los espacios más concurridos por los pacientes y sus familiares: Un jardín interior y un bosque de pinos, en cuyo centro se encuentra una cancha de fútbol. En este sector es posible distinguir un tipo de desplazamiento, un tipo de paso, que distingue a los sanatorios de los centros hospitalarios actuales. Se trata de movimientos lentos, pausados, sin urgencia, que enlazan lo terapéutico, o lo clínico, con una ética de espera y humilde paciencia.

La historia discursiva de los sanatorios para tuberculosos, centrada en la cura de aire y reposo (Duarte & López, 2006), marca una racionalidad que valora la espera y ancla sus principios terapéuticos en la permanencia, el medio ambiente, la buena nutrición, y la regulación de las actividades cotidianas<sup>70</sup>.

Estas corporalidades pacientes son contenidas por un espacio pensado y construido para quedarse, lo que supone una diferencia radical con la racionalidad de la atención eficiente y el tránsito expedito por los espacios de salud. El contacto con esta dimensión de la recuperación, la dimensión del tiempo, la disposición, y el estado mental para mejorar, abre el mapa de la atención hospitalaria a una observación mucho más rica en dimensiones éticas y morales, con antigüedades diversas que no se dejan reducir por la administración empresarial, y renuevan permanentemente, en su materialidad

---

<sup>70</sup> Estos valores llegan a Chile entre la década de 1880 y 1920, a través de múltiples proyectos de tratamiento de la tuberculosis impulsados por filántropos, empresarios y médicos, que se inspiran en el modelo europeo. Estos proyectos fueron los siguientes: 1) Sanatorium del Alfalfal (1886), 2) Gran Hotel de Francia-San José de Maipo (1894), 3) proyecto fallido de Sanatorio Apoquindo (1902), 4) Sanatorios de Los Andes y Peñablanca (1904), 5) estadias estivales del Asilo Marítimo de Cartagena (1906), 6) Sanatorio de Diaguitas (1912), y 7) Casa de Salud-San José de Maipo (1920).

o en el paso parsimonioso del paciente, su mirada de complejidad y heterogeneidad.

A la mitad del camino principal, que conecta linealmente los edificios del complejo, se encuentra la unidad de adicciones para hombres. Se trata de una casa relativamente nueva, hecha de madera, con una larga entrada techada que denuncia las inclemencias meteorológicas del lugar. A diferencia de los demás edificios, esta casa se encuentra rodeada por una reja, lo que indica la intención de aislar a estos usuarios.

### **1. Aislamiento y recuperación**

El aislamiento social constituye un esquema de relación consigo y con otros que, en gran medida, antecede la internación de las personas que consumen drogas en forma problemática en una comunidad terapéutica o centro hospitalario. Este aislamiento se construye sobre la base de la culpa, la vergüenza y el rechazo social que suelen producir las acciones de búsqueda y consumo compulsivo de drogas, especialmente en los núcleos familiares.

Las trayectorias de tratamiento de drogodependencias suelen estar marcadas por la intención de las familias o redes cercanas de aislar o mandar lejos a los usuarios o usuarias, de tal manera que se rompan los vínculos barriales que habilitan sus prácticas de consumo, y se suspendan los daños o formas de estrés que las afectan directamente. En este sentido, las prácticas de enviarlos al campo para aislarlos, o al Caribe para recibir tratamiento lejos de sus hogares o barrios, se reeditan y mantienen vigente el aislamiento como recurso esencial de los dispositivos residenciales de tratamiento, ya sea en comunidades terapéuticas o en centros hospitalarios.

*(...) de hecho, él (padre) quería mandarme pa república dominicana, porque viene de república dominicana ese tratamiento que hace CREA Chile. (Entrevista a usuaria)*

*Mis viejos siempre creyeron que la solución era internarme, nunca han creído en los ambulatorios, por las posibilidades que entrega la calle. Siempre creyeron que necesitaba un lugar, alejado de todo, para reencontrarme conmigo mismo (Entrevista a usuario)*

*Durante la reunión, el doctor dice: "A Roberto tendrían que haberlo mandado a otro lado. Él es de aquí (San José de*

*Maipo) y por lo tanto tiene muy cerca todo el entorno que le hace mal. La idea de la comunidad es aislarse de todo eso y él no puede" (Cuaderno de campo, 16 de octubre de 2017)*

De hecho, es usual escuchar al equipo técnico referirse al problema que supone la internación de usuarios que residen en San José de Maipo, debido a la cercanía con sus espacios habituales de consumo, amigos consumidores, redes de tráfico, y una rememoración permanente del consumo en las claves ambientales del lugar. En este punto, el programa de tratamiento adquiere un discurso que parece contradictorio en un esquema de salud pública que debería propiciar una cercanía de los pacientes con sus entornos socio comunitarios, un acceso expedito de familiares, y una relación de bienestar y prevención territorial. Sin embargo, estas premisas de salud comunitaria no logran los arraigos supuestos, fundamentalmente debido a la historia del dispositivo como espacio que valora el aislamiento geográfico como forma de evitar contagios.

La relación entre tratamiento y aislamiento adquiere múltiples sentidos, valores y consecuencias técnicas en el caso del centro de tratamiento del Hospital San José. En primer lugar, y considerando la primera función de este dispositivo en relación con el tratamiento de tuberculosis, el aislamiento se nutre de una racionalidad epidémica que busca proteger a las poblaciones sanas y procurar un espacio adecuado de sanación para el paciente. En este sentido, el rechazo producido por los consumos problemáticos de drogas, una vez que son definidos como símbolos de peligrosidad, conducta delictual, y propagadores de vicios (Becerra, 2013), y la búsqueda de reclusión para el usuario, adquiere una valencia positiva en la idea de un confinamiento apacible, especialmente cuando se contrasta con otras vías de internación como son las persecuciones penales asociadas al consumo, transporte o venta de drogas ilegales.

Entre los usuarios y las usuarias es frecuente escuchar que este centro ofrece experiencias que ellos buscaron y nunca encontraron en otras comunidades terapéuticas. La posibilidad de aislarse entre las montañas, dejar atrás sus barrios, alejarse de la familia, alejarse de la ciudad e internarse para sostener un proceso de recuperación. Este estado de suspensión total de los roles, en

una interpretación parsoniana del enfermo, vincula fuertemente el fenómeno de la adicción con referentes salubristas clásicos. Este encaje es interesante, puesto que las definiciones decimonónicas de los consumidores como cargas y elementos corrompidos de una sociedad que busca ponerse en forma, los tiende a excluir de esta lógica de cuidado e inversión social. Más aún en aquellas lógicas de cuidado que implican grandes inversiones de construcción, transporte y abastecimiento, como son aquellas vinculadas al tratamiento de tuberculosis en personas con altos niveles de ingresos económicos.

El aislamiento en la montaña retrotrae al usuario a la experiencia del paciente de tuberculosis, tomado por una epidemia contagiosa, rechazado y definido como una amenaza para el resto de la población, pero, a su vez, contenido y provisto en todas sus necesidades humanas básicas. El Hospital entremezcla lógicas higienistas de cuidado y cuarentena con la posibilidad de un descanso para el paciente, en un lugar silencioso y majestuoso que resguarda el período de recuperación. La definición de la adicción como una enfermedad del cerebro fortalece esta asociación y posibilita el lugar del usuario en estos espacios hospitalarios. Ahora bien, el dispositivo evita el concepto de paciente, y al fragilizar este rol pone en cuestión el ensamblaje hospitalario.

*El profesor de Gastronomía dice: "No sabemos que termino usar: usuario, interno, paciente. Queremos una persona más activa que el paciente. Nos gusta el termino usuario". El coordinador de la unidad masculina refuerza esta idea y señala "El usuario ejerce más derechos" (Cuaderno de campo, 31 de octubre de 2017).*

Las comunidades terapéuticas buscan desde sus inicios este estado de aislamiento, ya sea para evitar distracciones y tentaciones de consumo, o bien posibilitar el contacto de los usuarios con oficios o trabajos rurales bajo un esquema de supervivencia comunitaria. Este último punto marca un quiebre con el foco salubrista clásico del aislamiento, puesto que los valores protestantes del esfuerzo, el forjamiento del carácter y la salvación o la redención a través del trabajo rural<sup>71</sup>, redefinen el sentido del aislamiento

---

<sup>71</sup> En este punto resulta interesante observar el eco de la relación que establecen las éticas protestantes con la reforma del carácter mediante el trabajo. "La Reforma no significaba únicamente la eliminación del poder eclesiástico, sobre la vida, sino más bien la sustitución

geográfico. La internación de las comunidades terapéuticas significa en gran medida un ejercicio de supervivencia fuera de la ciudad, mediante un contacto con los oficios básicos y las dificultades más esenciales de la convivencia humana.

La recomposición de las formas de convivencia constituye un foco esencial del ejercicio de ostracismo, y acaso exilio, que proponen las comunidades terapéuticas. La configuración de un escenario de muerte social, un espacio reservado para los indeseables, al margen de la ciudad, entremezcla elementos de castigo y angustia de no existencia (Williams, et. al., 2005), por un lado, y ofrecimiento de recursos reeducativos para volver a la pertenencia comunitaria, por otro. Este escenario de supervivencia activa, de retorno a las formas esenciales de la sociabilidad, contrasta con la experiencia de un dispositivo de salud que aísla a un paciente, proveyendo todos los recursos necesarios para su supervivencia y recuperación.

Ahora bien, se trata de modelos de aislamiento que se solapan, puesto que el modelo de aislamiento rural, que simula un escenario de destierro y refundación moral y ética en los márgenes de la civilización, se sostiene también en un dispositivo técnico que hace posible la inscripción de dicho ejercicio en un campo de conocimientos y programas de intervención modernos (diseñados, evaluados, medidos, financiados, profesionalizados, etc.). Por su parte, el modelo salubrista, si bien contiene al paciente en sus necesidades y moviliza recursos de diversa índole para lograr la recuperación, implica, también, el aislamiento y la suspensión momentánea de las diversas identidades del sujeto enfermo, lo que implica, por lo pronto, un sometimiento total hacia las jerarquías del espacio médico.

Esta tensión entre comunidad rural y dispositivo hospitalario marca en gran medida la ambivalencia de la experiencia de recuperación en dispositivos residenciales, y permite comprender el alivio de los usuarios y usuarias en sus ingresos al Hospital San José. Esto también explica, en parte, por qué el

---

de la forma entonces actual del mismo por una forma diferente. Más aún: la sustitución de un poder extremadamente suave (el católico), en la práctica apenas perceptible, de hecho, casi puramente formal, por otro que había de intervenir de modo infinitamente mayor en todas las esferas de la vida pública y privada, sometiendo a regulación onerosa y minuciosa la conducta individual” (Weber, 1969, pp. 28).

equipo evita la noción de paciente, aun encontrándose en un esquema administrativo propiamente médico. El centro de tratamiento no interviene a la persona de forma pasiva, sino, por el contrario, demanda de él todos los esfuerzos motivacionales y prácticos para involucrarse en actividades terapéuticas que conducen un proceso de reforma y recuperación, en última instancia, reflexivo, individual y específico.

Los intereses, motivaciones, sentidos, proyecciones o identidades que mantienen al sujeto al margen de un consumo problemático de drogas no pueden ser generados en un cuerpo indiferente, y por lo tanto el dispositivo se tensiona permanentemente entre las bondades de conducir la recuperación bajo los esquemas jerárquicos tradicionales de la medicina, y la necesidad de que la persona abandone las expectativas y prácticas de un paciente. Esto marca un amplio terreno de disputas al interior de los centros de tratamiento. Lo cierto es que la estética del lugar, el tránsito de personas en sillas de rueda, tránsito de médicos y enfermeros, y, en lo concreto, personas en bata caminando entre los jardines acompañados de algún familiar, inducen fuertemente la asunción de un rol paciente.

Ahora bien, las rejas que rodean al centro de tratamiento suspenden esta homologación fluida entre pacientes de enfermedades físicas y pacientes de drogodependencias, e imponen una distinción que reedita las concepciones morales y delictuales del consumo de drogas.

## **2. Rechazo social en el contexto hospitalario**

*Me molesta cuando la gente los discrimina o los desprecia. Me molesta, me duele, por ejemplo, cuando vamos a la cancha y los discriminan. Imagínate que tengo a mi hijo aquí al lado haciendo la práctica de paramédico, y lo llamé el otro día en la noche para que viniera a conversar conmigo, me dijo "ya papá, voy para allá" y las enfermeras le dijeron "con cuidado, que para allá es peligroso" eran las 11:30 de la noche, y aquí al lado, para conversar con mi hijo aquí al lado afuera (¿Y eso es porque piensan que los usuarios son violentos?) Claro po. Entonces me molestó el comentario de la enfermera. Estos no son cabros malos, son cabros con necesidad afectiva, necesidad económica, tienen necesidades por falta de padres, de maltrato de la madre del papá. Tienen historias complicadas. Me gustaría*

*que todo el mundo leyera la historia de los usuarios antes de juzgar, se diera el tiempo de conocer la historia de vida del paciente. (Entrevista con paramédico)*

El rechazo del contexto hospitalario a los usuarios y usuarias del centro de drogodependencias da cuenta de un problema de actualización o desfase entre las decisiones políticas que delimitan los financiamientos y emplazamientos de los programas de tratamiento, y los sistemas de creencias y prácticas que sostienen las personas que las ejecutan. Si bien el desplazamiento del tratamiento de drogodependencias al campo de la salud se apuntala con fenómenos de profesionalización, capacitación, cambio en las metodologías, protocolos, lenguajes de atención, y un fuerte recambio en el perfil de las personas que conforman los equipos técnicos, especialmente en relación a la salida de técnicos en rehabilitación y una mayor presencia de psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, las dificultades para identificar y enrolar efectivamente al usuario de estos centros como un paciente, fragiliza y abre brechas importantes para el posicionamiento de otras racionalidades de carácter punitivo.

Sin un diagnóstico médico acabado acerca de la adicción definida como una enfermedad observable y tratable, sin un protocolo claro sobre las fases de la enfermedad y su recuperación, y especialmente, sin una actitud del paciente como alguien que evidentemente padece y busca recuperarse, los actores de la red sociotécnica pierden la capacidad de sostener el discurso de enfermedad y elaboran otras formas de definir y relacionarse con los usuarios, entre las que se destaca una especial atención a las actitudes antisociales de los usuarios (agresivo, impredecible, vicioso, ladrón) la elaboración de explicaciones de orden delictual (cultura de calle, historias de violencia), y la ejecución permanente de abordajes punitivos o autoritarios (infantilización, sanciones, beneficios).

*Antiguamente era más fome, más penca el perfil del paciente. Con el tiempo se ha ido mejorando esto (¿Por qué era peor el perfil?) (...) iban al supermercado y se robaban un café, esto otro, y siempre los del SENDA. (¿En el pueblo los tenían tachados?) Claro, es que esos son del SENDA. (¿Y qué cambio?) Se cambió la modalidad, empezaron las ayudas terapéuticas, las altas, y eso no está permitido. Si alguien viene para acá y dice que le robaron y si esa*

*persona robó, se puede ir preso. Nosotros damos el alta. (¿Antes no se hacía eso?) Es que el perfil era diferente, era más callejero. (Entrevista a Paramédico)*

Por otro lado, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras que eran reasignadas al interior del Hospital para desempeñarse en el centro de tratamiento se encontraron con una red de actores que no responde a los cánones tradicionales y resienten la injerencia que tienen otros técnicos o profesionales en sus áreas de competencia. El cuidado cotidiano del paciente se distingue tradicionalmente de la relación profesional más distante y concisa que sostienen los médicos, por lo cual un equipo multidisciplinario, dedicado casi exclusivamente a este tipo de relación, ya sea en el plano ocupacional, motivacional, de consejería y problematización permanente del orden cotidiano, generó dificultades y rechazos de parte de las enfermeras y marca hasta la actualidad una tensión que contribuye a la deslegitimación del tratamiento de drogodependencias como una actividad propiamente médica.

*la persona que fue enfermera en ese momento, muy agradable con uno, era muy confrontacional y, además, ella, desgraciadamente, nosotros nos enteramos por los usuarios, que desconocía la labor de nosotros. Ella sentía que lo que iba a sanar a la persona era la parte médica, los medicamentos. Yo me vi enfrentada al chico que me dijo "tengo que contarle algo. La señora dice que ¿por qué están ustedes acá?" (Entrevista a educadora)*

Por otro lado, el traslado de las paramédicos y enfermeras del hospital hacia la unidad de tratamiento de drogodependencia fue prontamente definido como una oportunidad de aliviar las cargas laborales y acceder a un espacio con un menor grado de tecnificación. Mientras las labores de cuidado en el hospital se caracterizan por tener un alto componente físico y regirse por estrictos protocolos de acción, el centro de tratamiento se caracterizó por ser un espacio con alto nivel de laxitud y baja demanda técnica, todo lo cual activa un campo interpretativo que se desancla de los acervos de conocimiento y las prácticas médicas, y habilita la emergencia de discursos morales sobre los consumos de drogas, marcados por un alto nivel de maltrato hacia los usuarios.

*las paramédicos que están aquí son de dos tipos, o están acá porque no quieren trabajar en el Roosevelt (¿Qué pasa*

en el Roosevelt?) *Ahí tienen que mudar, tienen que cambiar, que requiere un esfuerzo físico. Muchas llegan por problemas físicos, tantos años trabajando, entonces buscan la pega con menos esfuerzo físico. Aquí no tienen que cargar a nadie, son todos autovalentes, no tienen que hacer ninguna curación, no tienen que mudar, no tienen que sacar pañales, no tienen que estar con caca mudando tres veces al día. Y no es un paciente, tienen seis u ocho pacientes, entonces están todo el día, es agotador. Acá nada. (...) llaman a cierta hora para dar los medicamentos y listo. Se desentienden y el resto del día tejen, ven tele, no sé. (Entrevista a Médico)*

Entender la acción de “tratar” significa poner atención a la red sociotécnica específica que se construye en esta confluencia de actantes, y en el caso específico del centro de tratamiento estudiado, esta acción está marcada por la circulación de enfermeras con uniformes hospitalarios que imposibilitan una estabilización al margen del contexto institucional. Los profesionales de la salud, es decir, paramédicos, médicos y enfermeras operan como mediadores de la red interna con una red externa de discursos que modelan las identidades, las relaciones, y los cursos de acciones posibles al interior del centro. Esta situación genera un alto nivel de estrés hacia los demás profesionales del centro, puesto que se trata de actantes híbridos, es decir, humanos que cargan una amplia gama de objetos que se funden en la identidad que estos ponen en juego en la red de tratamiento (uniformes, instrumentos, carpetas, credenciales institucionales, filiaciones gremiales) y concentran una alta cantidad y heterogeneidad de elementos escasamente observables, puesto que opera un mecanismo de exclusión (no pertenencia institucional y contratos a honorarios<sup>72</sup>) y obturación (desconocimiento del tipo y relevancia de los elementos que movilizan estos actantes).

Por otro lado, la marginalización y el estigma del centro de tratamiento se acrecentó por su disposición física al interior del complejo hospitalario. La interpretación dominante que tienen las autoridades médicas del hospital sobre el tratamiento de drogodependencias se evidencia en la ubicación del

---

<sup>72</sup> En Chile, la contratación a “honorarios” implica la prestación y pago por servicios al margen de un contrato laboral regido por el código del trabajo. Esto significa que los trabajadores a honorarios desarrollan sus funciones de forma independiente y sin subordinación, pero no pueden acceder a derechos laborales tales como vacaciones, cotizaciones previsionales, seguros o indemnizaciones.

centro, en el mismo sector que utilizan los pacientes de tuberculosis, quienes se caracterizan por presentar altos niveles indigencia y prácticas de consumo de drogas. Este consumo en los espacios públicos del hospital consolida una comprensión del centro como un generador de problemas ambientales o motivador de conductas antisociales, y expone permanentemente a los usuarios y usuarias del centro a recaídas producto de un acceso inmediato al consumo de estas sustancias.

Actualmente, este fenómeno ambiental y su interpretación estigmatizante, que homologa las prácticas de consumo de los pacientes hospitalarios con los vicios de los usuarios del centro de tratamiento, incluye a los pacientes de cáncer, quienes exploran los beneficios terapéuticos de la marihuana haciendo uso de estos espacios. De esta manera se consolida una reproducción fractal de las condiciones de marginalización barrial que caracterizan las trayectorias de consumo de los usuarios y usuarias, y se solapan racionalidades de consumo bajo una interpretación policial-penal que carga los valores negativos del consumo a los consumidores que presentan mayores niveles de precarización y exclusión social.

*en la otra ala estaban los TB (\*pacientes de tuberculosis), en el primer piso y en el segundo piso. (...) Los TB, como te decía, no necesitan hospitalizarse, pero ¿quiénes llegaban ahí? Todos los vagabundos y drogos, que no cooperan con el tratamiento ambulatorio, entonces los encierran y los mandan para acá. Entonces era tener al frente a 50 o 60 adictos que no están ni ahí con el tema de la adicción, que les importa un bledo, que no quieren recuperarse ni rehabilitarse, y que no están acá por ese tema, sino que están por la tuberculosis y porque los obligaron. (¿Qué pasó?) Qué es lo que pasa todavía, que los fines de semana esto era un lugar de consumo. Los viejos bajan, compran alcohol (...). Marihuana también compran. (...) los invitaban "eh cabros, vengan pacá" entonces de repente había problemas en el sentido de que recaían por lo mismo. (Entrevista a Médico)*

El rechazo social y la irrupción de lógicas punitivas en el contexto hospitalario se relaciona con el alineamiento de múltiples actores, entre los que se encuentran los profesionales o técnicos de la salud, que no encuentran las claves de un abordaje médico para el fenómeno que observan en sus atenciones cotidianas, y elaboran definiciones alternativas, otros actores

institucionales que difunden una actitud de cautela o miedo en los alrededores del centro de tratamiento, o las comunidades locales, que reportan y generalizan las conductas antisociales de algunos usuarios. Sin embargo, más relevante aún es la lógica de intervención que reprodujeron durante muchos años los propios usuarios rehabilitados que asumieron funciones técnicas en los equipos del centro.

El control sobre los procedimientos que regulaban el centro de tratamiento, por parte de ex usuarios de centros de tratamiento, implicaba el despliegue de prácticas que hoy resultan inaceptables para la nueva configuración tecnológica. Recientemente, la forma de definir la identidad del terapeuta cambió desde un foco personalista, complejo y ambivalente, que empatiza con las dimensiones más marginales de la experiencia de consumo para definir un campo de competencia y excluir a actores “sin calle”, hacia una identidad anclada en las profesiones, los roles y las reglas institucionales. Sin embargo, durante los primeros años de funcionamiento del centro de tratamiento, los técnicos en rehabilitación sostuvieron la legitimidad técnica mediante una reivindicación de sus propias prácticas de consumo y sus conductas de desviación social, lo cual generó un distanciamiento radical respecto al tipo de autoridad profesional, vertical, mandona y racionalista del médico.

*Por ejemplo, algunos tenían problemas de consumo. Entonces habían estudiado técnico en rehabilitación porque en su momento se habían rehabilitado. Esta idea de ayudar al otro que está en las mismas condiciones. Yo alcancé a conocer a dos, uno que a veces tenía sus recaídas, se desaparecía algunos días, y otro con un consumo ocasional. Quizás no lo dificultaba tanto en su dinámica laboral, pero yo decía “bueno, desde donde te parai tú para ayudar a un otro que está en consumo dependiente”. (Entrevista a asistente social)*

Los técnicos en rehabilitación eran capaces de enrolar a otros actores, tales como los paramédicos, para mantener vigentes las técnicas, los discursos y los objetos de tratamiento que los dejaban a ellos en control del programa. Las terapias de confronto reeditaban una autoridad basada en la experiencia, cuya eficiencia sociotécnica se sostiene en tener escasos objetos mediadores (libros, artículos, seminarios, cursos, manuales, etc.) y centrarse en la relación

personal de cada terapeuta con los usuarios. La cualidad de ser exusuario de tratamiento, y exadicto (aunque dicho discurso se juega en ambivalencias que refuerzan la alianza personal), se convierte en un recurso central de la identidad de los técnicos en rehabilitación, que legitima su lugar en el confronto, y, a la vez, deslegitima los intentos de participación y posicionamiento de otros actores. Entre más duro es el “confronto”, más legitimidad adquiere el técnico en rehabilitación como único actor con la capacidad de llevar a cabo un proceso de estas características sin ser resistido por los usuarios. Esto debido a la complicitad que significa haber pasado por el mismo proceso y el modelo de superación y reinserción laboral que supone el técnico para los usuarios.

*(¿Y ustedes eran más duros que ahora?) Sí, al comienzo, nosotros comenzamos con una disciplina que era de confrontación. Lo que era el trato con las personas adictas era confrontacional. Tirarlo al suelo, arrastrarlo y decirle hasta pa su abuela. Porque las técnicas en rehabilitación a ellos les decían que eran una bolsa de caca, por ejemplo. Era una cosa muy confrontacional de los terapeutas al residente, y entre ellos también. Había terapias confrontacionales entre ellos, en el sentido de que ponían a una persona al medio, y cada uno de los compañeros le iba diciendo las cosas malas, no las cosas buenas. (Entrevista a educadora)*

En el caso de los paramédicos, no existe un pasado que los legitime en una dinámica de confronto, por lo que su rol se ancla más bien en una perspectiva autoritaria tradicional en espacios de salud mental, es decir, una posición habilitada por el contexto de internación que se nutre de la autoridad médica, pero opera como un discurso moralista sin el correlato, presuntamente beneficioso, que reivindica el técnico en rehabilitación (“*tocar fondo para luego recuperarse*”). El equipo se refiere a esta postura de los paramédicos como un resabio generacional, asociado a una concepción moralista y castigadora de los consumos de drogas, y como una expresión de las dificultades que, en general, tienen los funcionarios de la salud para comprender los procesos de recuperación asociados al tratamiento de consumos problemáticos. En la medida en que los usuarios del centro no responden de forma positiva e inmediata a los cuidados entregados por los funcionarios, y, por el contrario, recaen, se fugan o mantienen el conjunto de

conductas asociadas al fenómeno de la adicción, se generan respuestas de confusión, frustración y molestia hacia los usuarios.

*Nos encontramos con limitancias, comentarios de un técnico paramédico, por ejemplo, “no, si estos hueones no cambian nunca, hay que tratarlos así nomás”. Entonces, chuta, estamos trabajando con la persona. No entienden que, si vienen de situación de calle, o han estado uno o dos años en la calle, vienen con la calle encima. Entonces no puedes esperar que te pidan las cosas por favor a veces, o siempre de una forma adecuada porque no están acostumbrados, no tienen el hábito. La pega de nosotros es esa, volver a educar. Reeducar. (Entrevista a asistente social)*

La desestabilización de la red sociotécnica controlada por los técnicos en rehabilitación buscó una transformación de los ejes morales del tratamiento, desde el enjuiciamiento personal e individual hacia la construcción de perfiles de desviación y reeducación que racionalizan las intervenciones de la conducta y tienden a la despersonalización de los tratos cotidianos. Este punto es fundamental, porque el ensamblaje sociotécnico que representaban los técnicos en rehabilitación se sostenía fuertemente en el enrolamiento de los usuarios como actores cercanos y afectuosos que se relacionaban desde la empatía y la complicidad con los técnicos. Esto cambia radicalmente cuando llegan nuevos profesionales a los centros de tratamiento y comienzan progresivamente a modificar la red sociotécnica.

*Cada terapeuta pone límites para que no se te suban por el chorro. Cuando yo llegué, yo desconocía esto, y un técnico en rehabilitación, una vez un usuario llegó, lo saludó con la mano y con un beso en la cara. Después con el TEN [técnico en enfermería] también, beso en la cara, y yo no sé si corresponde. (Entrevista a asistente social)*

Mientras el esquema sociotécnico dominado por los técnicos en rehabilitación propiciaba alianzas técnicas hacia adentro, controlando el programa y alineando a los actores del centro en torno a las vivencias marginales del consumo de drogas, todo lo cual dificulta el arraigo de una perspectiva psi o biomédica racionalizada, hacia afuera se socializan las conductas antisociales, el extrañamiento, el rechazo y se instala una dificultad estructural en la comprensión que tiene el Hospital en general acerca de las actividades y los objetivos que persigue el centro de tratamiento. Estas suspicacias dotan de

sentido las rejas y abren un campo de tensiones que deben ser gestionadas cotidianamente por el equipo para que no se consolide una perspectiva punitiva y de rechazo social hacia los usuarios del centro.

*Las comunidades terapéuticas no se manejan desde un concepto médico, y yo como venía desde afuera no me quise ni meter, yo quería pasar piola, así funciona yo. Piola. Hacer lo que tuviera que hacer desde mi cuento y no meterme más. (Pero fuiste viendo) Yo fui viendo las cosas. No me gustaban. Sobre todo, las decisiones arbitrarias, tampoco la personalidad me gustaba mucho de los técnicos en rehabilitación. Pero yo ahí no me metía con ellos. Hacía lo que me correspondía nomás y punto. (Entrevista a Médico)*

Ahora bien, el rechazo social y la emergencia de racionalidades punitivas o carcelarias al interior del hospital se reproducen fundamentalmente por la incapacidad del dispositivo de discontinuar los ejercicios de maltrato que viven los consumidores de drogas en la cotidianidad de sus barrios y familias. Si bien el contexto hospitalario trata de consolidar una mirada biomédica de la adicción, los usuarios buscan soluciones en el plano de la recomposición identitaria, familiar, ocupacional, o afectiva que se derivan de trayectorias de precarización y violencia, y por lo tanto los contenidos de estas carencias emergen permanentemente en los esquemas terapéuticos y la cotidianidad del centro. La imposibilidad de alinear a los actores hospitalarios con estas necesidades de orden social, debido, en parte, a la marginalidad de las variables sociales en el enfoque biopsicosocial (Mol & Berg, 1998) se traducen en distintas formas de discriminación y violencia.

Esta violencia intrahospitalaria tiene como efecto la reproducción de las barreras de acceso a salud que afecta a los usuarios y usuarias de drogas. Las prestaciones médicas que necesitan las personas que participan del programa de tratamiento son negadas sistemáticamente esgrimiendo diversas excusas relacionadas con los cupos de atención disponible. Es posible conjeturar que esta precarización hacia el usuario se nutre de un primer nivel de precarización que afecta a los propios profesionales y técnicos del equipo, puesto que su condición laboral de trabajadores externos sirve como pretexto para negarles beneficios, excluirlos de actividades recreativas en la comunidad hospitalaria, y, peor aún, negarles atenciones de salud, aunque se

trate de situaciones de emergencia. Sin embargo, en la interpretación del equipo técnico, son ellos quienes sufren indirectamente la discriminación hacia los usuarios de drogas.

*era tremendo, tremendo. Nadie te daba la mano, nadie te pescaba (No era sólo hacia los usuarios) Era hacia toda la unidad, además de los usuarios. (¿Los sentían responsables por haber traído esto?) Seguramente. Porque ellos iban a tener que ser atendidos también por el hospital, entonces como que ellos sentían que no eran enfermos, eran adictos. Y con nosotros era una actitud muy complicada (...) en una oportunidad, yo soy bien despistá, y fui al minimarket que está ahí en la parada de los colectivos, (...) y yo me bajo del colectivo, me tropiezo y me entierro una cosa que había en la vereda, y me sentía morir. Entonces yo vengo para acá, y me mandaron donde una doctora. Me atendió con una displicencia inmensa, en definitiva, no me atendió. Me dijo tómate un paracetamol. Ahí me sentí muy mal. (Entrevista a educadora)*

Esta marginalización remueve la historia de discriminaciones y formas de violencia que se extienden en toda la red de atención hacia los usuarios de drogas. El problema es que muchas de estas discriminaciones son legitimadas hacia adentro por la propia tecnología de tratamiento atendiendo a su historia de estrecha vinculación con los sistemas penitenciarios y la lógica del castigo. Un ejemplo muy claro de esto es la exclusión que hace el hospital del centro de tratamiento en el sistema de lavado de ropa. En vez de reivindicar la condición de paciente, equivalente a cualquier otro usuario del hospital que accede al beneficio de lavandería, el equipo técnico incorpora el lavado de ropa como una actividad obligatoria de los usuarios que les permite reforzar objetivos de disciplina y autonomía.

*Mientras estoy en la oficina miro por la ventana y me encuentro con funcionarios del hospital empujando un carro grande con ropa. Le pregunto a [médico] si esa era la ropa de los usuarios del centro. Me responde: "Esta es una unidad anexa así que no tiene los beneficios del hospital, además, la unidad promueve la autonomía, así que los internos lavan toda su ropa" (Cuaderno de campo, 20 de octubre de 2017)*

A diferencia de las clínicas privadas, especialmente creadas para atender las necesidades del tratamiento de drogodependencias, la imagen de un dispositivo institucional asociado a un Estado que criminaliza

permanentemente los usos problemático de drogas, reconvertido para acoger el tratamiento de adicciones y asentado en un lugar de aislamiento geográfico, remueve historias de confinamiento, prisión y trabajo forzado. Si la lógica salubrista clásica no se consolida, entonces la idea de reclusión en una infraestructura imponente y recóndita, que incorpora la idea de trabajar el carácter a través del esfuerzo, la disciplina y el castigo, resulta profundamente amenazante. La racionalidad del aislamiento y el trabajo como forma de recomposición del carácter es profusamente utilizada en los sistemas carcelarios estadounidenses, y de hecho ello explica por qué la metodología de comunidades terapéuticas logra sobrevivir al fracaso de su primera generación mediante una vinculación con los sistemas penitenciarios estadounidenses y caribeños.

La comunidad terapéutica lleva a la práctica estas premisas de reforma a través del esfuerzo físico, el compromiso comunitario, el castigo y la recompensa, lo que supone una reedición permanente de lógicas carcelarias y militarizadas. En Chile, la memoria reciente enlaza estas dos racionalidades en la experiencia de brutal violación de derechos humanos durante la dictadura militar, lo que supone una prevalencia del castigo, la violencia y el miedo, por sobre las promesas de reforma o recomposición moral.

*Ella cuando veníamos llegando ahí decía “Esto parece una prisión, vinimos a la punta del cerro, esto es un castigo, aquí uno viene como exiliado” Y no sé qué más “Claro”, le dije yo, “pero es lo que tú necesitas hija. Recréate con el paisaje”. Era septiembre y estaba todo muy bonito.*  
(Entrevista a familiar)

*Psicólogo: "Tamara se fue. Se hizo la intervención en crisis, pero no, solicitó su alta. Dijo que le hace mal estar encerrada, le recuerda la cárcel. Necesita estar libre"*  
(Cuaderno de campo, 19 de diciembre de 2017)

Ahora bien, todos los elementos que actualmente se conjugan y derivan en diversas formas de violencia y marginalización hacia los usuarios de tratamiento al interior del centro hospitalario reeditan experiencias que el propio centro conserva en su historia de estabilización tecnológica. Antes del actual centro de tratamiento, el hospital desarrolló iniciativas tecnológicas en el campo de la rehabilitación del alcoholismo siguiendo una línea de

desarrollo técnico que privilegia la intervención de un cuerpo pasivo, desanclado de la subjetividad, que podía ser reformado siguiendo las premisas teórico-conceptuales y metodológicas del conductismo clásico. En estas etapas tempranas, la conducta de consumo era trabajada bajo un esquema mecanicista, y por lo tanto más cercana a las lógicas tradicionales de intervención médica.

### **3. Unidad de Bebedores Problemas**

A pesar de los esfuerzos del equipo por definir la actual unidad de adicciones como un servicio nuevo, durante la década de 1990 ya se encontraba en operaciones un dispositivo de atención para personas con adicción al alcohol. La “Unidad de bebedores problemas” mezclaba intervenciones médicas de estabilización y desintoxicación, con el uso de técnicas de condicionamiento clásico para promover y consolidar en la mente del usuario una relación estrecha entre el consumo de alcohol y una serie de malestares físicos. En un principio estas técnicas psicológicas fueron secundarias y operaban bajo un esquema de consejería cotidiana, muy similar a la que han desarrollado históricamente las enfermeras o cualquier otro profesional de contacto permanente con pacientes, durante el período que demoraba la desintoxicación del cuerpo. Sin embargo, prontamente comenzaron a tomar fuerza los principios del condicionamiento como forma de mecanizar y posibilitar una intervención sistemática en el plano de las significaciones, las motivaciones y las disposiciones de acción de los usuarios en torno al alcohol. En este contexto se hicieron habituales los denominados “Talleres de reflejo”.

*Era una unidad más médica porque todo el tratamiento de desintoxicación era médico. A la mayoría se le colocaba suero, etc. (...) Algunos llegaba con síndrome de privación bien heavy, entonces tenían que pasar las primeras dos semanas desintoxicándose, y cuando ya pasaban esa etapa crítica, se aprovechaban las 2 semanas siguientes para hacer tratamiento, o implante de pellet, o reflejo, o tratamiento placebo. (Entrevista a médico)*

Estas técnicas no eran desarrolladas por psicólogos, sino que eran conducidas por médicos, paramédicos y, en una etapa posterior, por los técnicos en rehabilitación formados en el contexto de la aparición de las primeras

comunidades terapéuticas en Chile. La autoridad tradicional del médico, que en un principio operaba en el campo de la desintoxicación orgánica, permitió el tránsito hacia una serie de técnicas basadas en la intervención tramposa del cuerpo del usuario para generar malestares y reinterpretarlos en un escenario ficticio de consumo. El médico podía administrar fármacos, destinados al tratamiento de enfermedades, tales como el Parkinson<sup>73</sup>, pero con el fin de intoxicar al paciente, inducir náuseas vómitos, y estados de profundo malestar. Estos efectos nocivos eran trabajados en escenarios llenos de claves asociadas al consumo de alcohol, tales como mesas con dos sillas, ceniceros, poster de marcas de cerveza, iluminación baja, música, y por supuesto un vaso servido con el trago de preferencia, de tal manera que el usuario construyera la relación simbólica entre el consumo y el sufrimiento<sup>74</sup>.

*hace 15 años yo hacía el taller de reflejo con apomorfina. Se le inyecta y luego se lo lleva a un ambiente como de cantina y se le pide que haga gárgaras o tome un poco de alcohol. Desde una mirada pavloviana se esperaba que después del malestar dejara de consumir. También se hacía con electricidad<sup>75</sup> (Cuaderno de campo, 17 de octubre de 2017)*

---

<sup>73</sup> La principal droga utilizada en estos talleres de reflejo fue la Apomorfina, un derivado de la morfina utilizado en el tratamiento del Parkinson. Su utilización se debe a su fuerte acción emética o vomitiva. En la década de 1930 se visibiliza el uso de apomorfina, especialmente a partir de la experiencia del médico Yerbury Dent en Reino Unido (Dent, 1934), y se populariza en la década de 1950 gracias a las apologías de William Burroughs luego de haber tratado su adicción a la heroína, en Londres, con el mismo Dent. Ahora bien, se presume la presencia de apomorfina en las curas misteriosas propuestas desarrolladas por Leslie Keeley en Estados Unidos a fines de la década de 1890 (Keely Cure) (Auffret, et al., 2018).

<sup>74</sup> Ya en la primera mitad del siglo XIX es posible encontrar proto tecnologías de condicionamiento relacionadas con el alcoholismo. Benjamín Rush, médico estadounidense y actor clave del movimiento temperante, señala los beneficios de las situaciones de riesgo vital, como caer al mar, ser azotado o desangrado para salir del estado de ebriedad, y la inducción de vómitos y malestares como una de las formas efectivas para prevenir nuevos episodios mediante la creación de una reacción aversiva. De hecho, Rush remite al antiguo testamento las primeras técnicas de este tipo: “*This appeal to the operation of the human mind, which obliges it to associate ideas, accidentally or otherwise combined, for the cure of vice, is very ancient. It was resorted to by Moses when he compelled the children of Israel, to drink the solution of the golden calf (which they had idolized) in water. This solution, if made as it most probably was, by means of what is called hepar sulphuris, was extremely bitter, and nauseous, and could never be recollected afterwards, without bringing into equal detestation, the sin which subjected them to the necessity of drinking it*”. (Rush, 1819, pp. 34).

<sup>75</sup> Uno de los primeros médicos en aplicar terapias de aversión para el tratamiento del alcoholismo fue el soviético Nikolai Kantorovich, en 1929, quien buscó asociar múltiples características de las bebidas alcohólicas como el aspecto, el olor o el sabor, con el dolor producido por descargas eléctricas.

*Te colocaban una cantidad de apomorfina, un medicamento que te produce una reacción de vomito a los 30 minutos, entonces después los técnicos paramédicos lo que hacían era originar un reflejo condicionado. Entonces te metían en un lugar que era como una cantina, con poster y todo, que imitaba un ambiente de consumo clásico de alcoholismo. Entonces se te daba a beber un trago de alcohol, pero con la indicación de que no te lo tragaras, sino que hicieras gárgaras y después lo escupieras. Pero eso se hacía como 20 minutos después de haberte colocado la inyección, entonces más o menos a los 30 minutos tú empezabas a sentir los efectos de la inyección, entonces después tú asociadas. La idea es que la persona asociara el hecho de servirse algo con los vómitos y las náuseas que le venían a raíz de haberse colocado esa inyección. Es el ejemplo de Pavlov, que al final el perro al sentir la campana le venía la salivación (...) (¿La persona sabía que era por la apomorfina?) No. (¿Funcionaba?) Funcionaba, mi experiencia fue que funcionaba. (Entrevista a médico)*

*Le pregunto al psicólogo sobre las terapias de aversión. Hace algunos días me contó que alcanzó a hacer este tipo de terapias con el médico del centro. Dice que se hicieron hasta el año 2000 y consistían en la instalación de pellet e inyecciones “Les armábamos la cantina con todos los elementos y le pasábamos un trago. Se sentían pésimo. Les pasábamos un espejo para que fueran viendo cómo se les transformaba la cara (...) Les decíamos que les íbamos a inyectar TH3, una droga de fantasía, para que se fueran a la casa pensando que no podían consumir nada de alcohol o se iban a sentir pésimo” (Cuaderno de campo 29 de enero de 2018)*

Ahora bien, esta construcción de una relación estímulo-respuesta era opaca, puesto que el usuario se aliaba a la terapia bajo la idea de probar la efectividad de un dispositivo de reacción al alcohol. Al usuario se le indicaba que se le había administrado un fármaco similar al disulfiram<sup>76</sup>, cuyos efectos negativos dificultarían un uso recreativo y placentero de bebidas alcohólicas. Sin embargo, para sustituir esta lógica de autogestión, por un condicionamiento violento basado en el miedo y la aversión a ciertas claves ambientales, el equipo técnico utilizaba otro tipo de fármaco con efectos

---

<sup>76</sup> Esta droga fue creada en 1948 en Dinamarca. Su efecto consiste en bloquear la transformación del acetaldehído o etanal (producto derivado de la metabolización del alcohol en el hígado) en ácido acético (inocuo para la salud humana). El etanal es el responsable de las resacas, y, por lo tanto, una concentración de esta sustancia genera una crisis de náuseas, vómitos, taquicardia y erupciones cutáneas. Los pellet subcutáneos utilizados en el tratamiento del alcoholismo suelen utilizar esta sustancia.

nocivos fuertes e inmediatos independientes del consumo de alcohol, o bien cargaban subrepticamente al usuario con dosis excesivas de disulfiram para que las repuestas frente al consumo fueran especialmente agresivas. Otras veces, posterior a la reacción bioquímica, se engañaba al usuario indicándole que se le había administrado una droga nueva en investigación, o bien que se le había administrado disulfiram, cuando en realidad se le había inyectado suero. En algunas ocasiones estos engaños se relacionaban con falta de recursos para administrar efectivamente disulfiram a todos los usuarios que lo requirieron, sin embargo, una razón de mayor peso se relaciona con construir ejercicios de aversión o “cucoterapia”.

*(¿Cómo funcionaba el tratamiento placebo?) Eran puras cosas falsas pero que de alguna u otra manera resultaban, era cucoterapia. Mira esta droga, y sacábamos la droga que en el fondo era o agua destilada o complejo b, cosas así, y se les inyectaba después de firmar un consentimiento informado donde él se sometía voluntariamente, y se le explicaban las consecuencias, “¿Usted está de acuerdo o no?” y como los tipos estaban desesperados por dejar de tomar decían "sí, sí, sí" "después usted tiene que venir cada cierto tiempo a hacerse un refuerzo" Entonces teníamos un control post alta y la gente venía (¿Qué hacía esa agua destilada?) Nada (¿Y qué se le decía que podía hacer?) Que podía tener una reacción aversiva muy potente, muy intensa (¿Y por qué no se le ponía el pellet de verdad? ¿Porque era más barato?) (Risas) Era un pellet falso. De hecho, se usaba el disulfiram para imitar una reacción. Tú lo cargabas con disulfiram tres días antes, pero sin decirle que era por eso, y después tú le colocabas la inyección o la droga y después le hacías una prueba terapéutica "Mire, vamos a ver si esto va a funcionar o no, si la droga está activa o no, pero va a ser muy suave el efecto que va a tener" Y en el fondo lo que la persona observaba era el efecto del disulfiram con alcohol, porque se le daba a beber un poquito. A veces teníamos una reacción heavy. Una vez un paciente muy sensible tuvo una reacción con convulsión. Ahí paramos el cuento (Entrevista a Médico)*

Estas técnicas de tratamiento se sostuvieron en retóricas y materialidades que hoy siguen vigentes, pero aliándose con otros actores, otros discursos y otros cursos de acción sociotécnica. En esta línea, el uso del concepto “terapéutico” para probar el nivel de intoxicación de un usuario, resulta profundamente extemporánea, aunque devela el carácter móvil y estratégico del concepto. Lo terapéutico expone, más que un procedimiento específico o un acervo de

conocimiento, un tipo de relación con el usuario, marcado por la opacidad y la apelación a una autoridad, que habilita un rango de acciones imposibles desde un trato horizontal y transparente. En la misma línea, el consentimiento informado opera durante la década de 1990 como un formalismo que no busca informar efectivamente al usuario sobre los cursos de acción técnica, sino más bien posibilitar el desarrollo velado de terapias que de ser conocidas en detalle no serían consentidas por el usuario. En este sentido, las terapias de reflejo, aversión o placebo se montan sobre objetos y discursos parecidos a los que es posible encontrar en la actualidad del centro, pero adquiriendo valores y operaciones muy distintas en función de los nuevos intereses y cursos de acción vigente. Este cambio en la red sociotécnica vuelve caduca una gran gama de cursos de acción, lo cual explica el esfuerzo de los nuevos equipos por diferenciarse y perder de vista la continuidad histórica del dispositivo.

Mientras los médicos administraban estos fármacos y preparaban escenarios de condicionamiento (cantinas, espejos, poster, baldes para el vómito, discursos de deterioro y muerte) para producir el cambio de conducta, muchos de los demás integrantes del equipo técnico reproducían diversos tipos de abuso, violencia y maltrato cotidiano hacia los usuarios. Las historias personales de sufrimiento en torno al alcoholismo, especialmente historias infantiles de padres alcohólicos y violentos, derivaron prontamente en actos de revancha hacia un usuario pasivo, ignorante, vulnerable y encerrado en un marco de violencia institucional legitimada y conducida por el estamento más poderoso del ambiente hospitalario. Por otro lado, a los insultos, malos tratos y desatenciones cotidianas, se sumaron prontamente actos de violencia sexual hacia usuarias de la unidad.

*Pero de repente nos llegaban algunas pacientes femeninas, algunas de las cuales eran muy bonitas físicamente, muy atractivas. Entonces este funcionario se aprovechó de unas pacientes. Como les entregaba los medicamentos, las dormía y las abusaba, abuso sexual. (Entrevista a médico)*

El cierre de esta unidad se encuentra marcada por la violencia. El abuso del cuerpo de los usuarios y las usuarias comenzó a dejar registros visibles que fueron denunciados por los familiares de los internos y derivaron en confrontaciones violentas que afectaron a la directora del complejo

hospitalario. Por su parte, algunos integrantes del equipo impulsaron denuncias de violencia sexual que fueron desestimadas debido al poder que ejercían diversas familias oriundas de San José de Maipo en el Hospital. En este sentido, las huellas del daño se tradujeron como malas prácticas profesionales, negligencias o problemas de satisfacción usuaria, dejando en la historia no escrita los ataques impunes que sufrieron las mujeres internas.

Gracias a este recorte de la historia violenta de la unidad de bebedores problema, su cierre registró un alto nivel de ambivalencia. Si bien las técnicas utilizadas llevaron al límite los cuerpos intervenidos, y expusieron al hospital a una gran cantidad de alegatos y denuncias, los resultados de abstinencia fueron altamente valorados por la institución, y dotaron de un sentido positivo la experiencia. De esta manera, la disociación entre los valores técnicos que habilitan la violencia y mutan con el tiempo en malas prácticas, y aquellos que sobreviven y posibilitan el cambio tecnológico hacia nuevos valores de intervención, resulta altamente eficiente para la continuidad de las tecnologías, y perpetúa la mirada desmoralizante de los nuevos paradigmas tecnológicos.

Esta capa prehistórica del centro de tratamiento, negada por el equipo y la administración actual, constituye una evidencia interesante de las dificultades o imposibilidades que experimenta un dispositivo tecnológico para contener y conducir adecuadamente sus formas pretendidamente específicas de poder. El trato que se traduce como práctica terapéutica bajo un esquema técnico, se nutre, reproduce e interactúa permanentemente con ejercicios de dominación, sometimiento y violencia que lo anteceden en el espacio social y material de su operación. Este es el punto que marca la relevancia de usar un enfoque de gubernamentalidad en los estudios sociales de la tecnología, puesto que las improntas de control y gobierno que incorpora un programa técnico, ya sea de personas, animales, plantas o territorios, se engarza o incrusta en esquemas de poder preexistentes. A la vez, estos programas actualizan tipos de relaciones, fortalecen, priorizan y habilitan nuevos posicionamientos de actores, tal como ocurrió en el caso de estos técnicos del área de la salud, que observan la posibilidad, antes reprimida o prohibida, de violentar usuarios y usuarias en un marco de acción legítimo.

Por otro lado, la historia de la Unidad de Bebedores Problema impide la identificación del centro con las corrientes europeas de comunidades terapéuticas, que enlazan el tratamiento de adicciones con premisas de psiquiatría comunitaria, y las devuelve a sus fundamentos norteamericanos de raíz conductista, estrechamente relacionados con estrategias coercitivas carcelarias. En este sentido, si bien la red material del centro coincide con los contextos hospitalarios de las comunidades europeas, su lógica se nutre prontamente de las corrientes estadounidenses y caribeñas que reelaboran sus fracasos iniciales precisamente en relación con los sistemas carcelarios.

#### **4. Ejercicios de (des)estabilización en contexto hospitalario**

En la actualidad, el centro busca recomponer la relación del centro con un esquema salubrista basado en derechos del paciente<sup>77</sup>, para lo cual es fundamental generar alianzas que permitan enmarcar el trabajo de tratamiento de drogodependencias en la red y comunidad hospitalaria. Sin embargo, esta identificación se ve dificultada por los tropiezos que experimenta el modelo de atención al simplificar el fenómeno del consumo problemático de drogas y orientar su intervención bajo las premisas conductistas del modelo estadounidense.

*A mí me han preguntado de una forma super vulgar ¿qué huea hace usted allá? así, literalmente, de parte de un superior (¿Y qué le respondiste?) Mi respuesta fue "Doctor, lo que yo hago allá es enseñarles a las personas cómo necesitan vivir para no depender de gente como usted". Me queda mirando y me dice "Bien hueon". (...) Mucha gente hasta el día de hoy no tiene idea de lo que hacemos acá, porque es difícil definirlo y mucho más difícil conceptualizarlo. Y aún más difícil operacionalizarlo. Porque estamos luchando con un programa terapéutico*

---

<sup>77</sup> Desde el año 2012 todas las acciones vinculadas a prestaciones de salud se deben regir por la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (N.º 20584). En el centro de tratamiento, tanto en la unidad masculina como en la femenina, es posible observar en los muros la carta de derechos y deberes que la ley exige mantener visible en todos los espacios de salud. Este objeto permite inscribir las prácticas del centro en un esquema salubrista, es decir, definir el programa como prestaciones de salud. Sin embargo, varios puntos de esta ley, tales como el resguardo de la privacidad del paciente, la claridad sobre las decisiones clínicas, la protocolización de las atenciones, el derecho a no ser grabado ni fotografiado sin consentimiento, el derecho a visitas, o el porte de credenciales, suelen ser pasados a llevar en la cotidianidad del centro de tratamiento. Incluso pueden entrar en conflicto con los principios de intervención, como es, por ejemplo, el resguardo de la privacidad y la exigencia permanente de las terapias por abrir experiencias íntimas de los usuarios y usuarias.

*hace años y aún no lo podemos definir. Tiene que ver con estas variables que no son clásicas, que no son instrumentales, bajo manuales y estándares medibles y cuantificables. (Entrevista a director)*

Eso que no es medible, que no es cuantificable, que no cabe en los manuales y que imposibilita construir un programa claro, consistente, que dialogue bien con el lenguaje del hospital, es el eco permanente de aquellas racionalidades religiosas, policiales y penitenciarias que el equipo no logra distinguir adecuadamente para avanzar hacia un modelo de atención propiamente salubrista. La tecnificación del tratamiento, tal cual fue importado desde la corriente estadounidense o caribeñas, supone un intento de asumir valores manageriales de profesionalización, protocolización y estandarización que deberían bastar para poder ensamblar y posicionar un programa de tratamiento moderno en cualquier contexto hospitalario. Sin embargo, al ser consultado, el director opta por un discurso moralista e inespecífico que frustra las opciones del centro de engarzarse en una lógica hospitalaria que opera en códigos noseológicos, esto es, definiciones claras de enfermedades o trastornos, objetivos de recuperación y sanación, y procedimientos claros para conseguir dichos estados.

El director del centro enfrenta dificultades permanentes para explicarle a las autoridades del hospital cuales son los fundamentos y los procedimientos de salud que se juegan en el tratamiento de drogodependencias. En este sentido, el rechazo social se sostiene en la constatación de que aquello que ocurre detrás de las rejas del centro de tratamiento no es una labor propiamente médica, y como tal, no puede considerarse parte de la cotidianidad, las confianzas o los afectos que regulan a la comunidad hospitalaria en general. Esta situación es reconocida por el director del centro, y para sobrellevar esta dificultad de integración, que reproduce las condiciones de discriminación y exclusión social que viven los usuarios fuera del centro, busca aliarse con los actores de múltiples formas, entre las que se destaca la producción y ofrecimiento generalizado de productos gastronómicos.

*¿cómo lo hacemos? La comida po. La comida es lo más rápido, lo más rico, lo más funcional, todo el mundo lo quiere, demos comida. Ahí se nos ocurrió generar un taller (...) antiguamente los chiquillos hacían pan amasado, pero*

*no había nada más (...) empezaron a vernos, a pedirnos "¿Chiquillos nos pueden preparar un cocktail?" prácticamente somos los que oficialmente damos los cocktail en el hospital, en el servicio. La gente los empezó a ver de otra manera, porque paradójicamente, tú no puedes comerte algo de alguien que tú no consideras sano, era contradictorio. Y eso es lo que yo buscaba. (Entrevista a director)*

Seducir a través del estómago, redefinir el consumo desde un sistema de prácticas positivas, trabajar la interpretación social de los cuerpos del adicto, enfatizando la idea de unas manos limpias que elaboran comidas para la comunidad, y profundizar la idea tradicional de una redención social a través del trabajo duro, constituyen ejercicios simbólicos permanentes del centro para recomponer la alianza médica mediante una sustitución o al menos complementación de los intermediadores tradicionales del centro con el hospital. Este punto es relevante, puesto que los fenómenos estigmatizadores que sujetan la red a una interpretación policial-penal de los consumos y los tratamientos, fundamentalmente arraigados a la agencia de los profesionales de la salud que circulan por uno y otro espacio, tiende a ser sustituido por una red de objetos que actualizan otras racionalidades y fortalecen la capacidad de traducción de los nuevos profesionales a cargo del centro.

Así, es posible observar la hibridación de elementos sociales, relacionales y afectivos en el ensamblaje de un dispositivo que se autodefine desde una racionalidad puramente técnica. La legitimidad sociotécnica del centro de tratamiento, y luego su capacidad de perseguir financiamientos, sentarse con las demás autoridades del hospital, conseguir un posicionamiento público en seminarios, cursos o actividades impulsadas por el hospital, participar en redes de derivación o análisis clínico, y obturar una red de materiales y discursos terapéuticos acerca de las adicciones, depende en gran medida de la mediación que logran las bandejas copadas de tapaditos con queso, berlines, y alfajores con manjar elaboradas por los usuarios y usuarias del centro.

Otra estrategia de posicionamiento se relaciona con un uso estratégico de los recursos económicos del centro. Si bien se trata de un programa con recursos medios o bajos en relación con otros programas del hospital, el director del centro de tratamiento realizó una lectura muy efectiva sobre el rol que

cumplen los bodegueros en la administración del prestigio que tienen las distintas unidades del centro. Sobre la base de esta identificación, el centro de tratamiento realiza todas sus compras anuales en una sola instancia, lo que supone colapsar las bodegas del hospital con alimentos, materiales de construcción, combustible, herramientas u otros suministros, de tal manera que los bodegueros comenten a los demás actores su alta capacidad adquisitiva.

Esta operación supone enrolar a un nuevo actor de la red, como son los bodegueros del hospital, quienes movilizan, a su vez, objetos de interés para los profesionales o técnicos de la salud, con efectos directos en la manera en que estos últimos se relacionan y se conforman con los principios y acciones que buscan estabilizar los nuevos profesionales del centro. Los puestos de trabajo se mueven en gran medida en torno a la capacidad que tienen los distintos programas de pagar sueldos, y poner a disposición de los equipos todos los insumos que requieren en sus labores cotidianas, de tal manera que proyectar un presupuesto elevado permite modificar la percepción precarizada y marginal del centro de tratamiento sobre la base de los intereses que sostienen los actores técnicos y profesionales.

*creamos un mito de que la unidad residencial tenía plata, ¿cómo lo creamos? no tenemos mucha plata, hay unidades que manejan muchos millones en recursos, nosotros no tenemos tanto, pero compramos una vez al año. Compramos harto, ene. Entonces "ahh, ya compró el residencial" dice bodega, ¿cuánto compró? preguntan, 18 millones "ohhhh". Que no es nada frente a lo que compran los demás durante el año. Pero a mí se me ocurrió que había que posicionarse para que no nos vieran como poca cosa. Siempre fuimos menospreciados, ni siquiera los profesionales eran validados. (Entrevista a Director)*

Por su parte, los ejercicios de (des)estabilización en el contexto hospitalario que persiguen los profesionales del equipo técnico, específicamente los psicólogos y médicos, se centran en la búsqueda de oportunidades para desplazar las interpretaciones y prácticas hacia el campo psicosocial y biomédico de las adicciones, traduciendo y subordinando las racionalidades de criminalización que emanan del paradigma policial-penal de los consumos de drogas ilegales. Esta búsqueda de posicionamiento ambiental de la red

sociotécnica completa (equipo técnico, usuarios, casa, instrumentos, prácticas, lenguajes), habilita la movilización de nuevos objetos de interesamiento que sostienen el lugar de los médicos y psicólogos en un lugar privilegiado de control sobre el programa y las decisiones que cotidianamente se toman en el centro de tratamiento.

Estos objetos de interesamiento se relacionan fundamentalmente con la proliferación de discursos clínicos y terapéuticos que traducen los repertorios de conductas, las decisiones, las actividades, las formas de autoridad y la manera de definir la agencia de los actantes de la red sociotécnica del tratamiento. Lo clínico y lo terapéutico se ubica ahí donde estaba antes la experiencia vivida, la calle, el oficio de años, y despliega una forma de autoridad obturada por el discurso salubrista, especialmente aquel que se ubica en espacios de alta especialización y jerarquía. Por su parte, la fragilización de las lógicas de exclusión social que afectan al centro en el contexto hospitalario repercute en una pérdida de legitimidad de aquellos actores que capitalizan ese discurso hacia adentro, como son los técnicos en rehabilitación y sus alianzas estratégicas con los paramédicos o los usuarios con presentaban un mayor nivel de marginalidad y exclusión social.

(lo terapéutico pudiese estar fuera del campo de lo clínico, ¿no? (...), pudiese ser ejecutado por una iglesia, porque ellos también trabajan el campo valórico, en el campo ético, en el campo de la escucha, abriendo posibilidades) *Pero no es suficiente, porque aquí hay residentes, incluso, de patología dual. Si no estás formado, y rigurosamente formado en lo clínico, no tienes forma de ayudarlo de verdad. Desde mi visión, hay que ser lo suficientemente responsable, y dedicado al quehacer, de que, si yo no poseo la expertice suficiente, mi responsabilidad ética es salir de aquí en vez de tratar de aportar algo, y empezar a abrir temáticas que no estoy preparada para trabajar.* (Entonces estos otros espacios, como las iglesias, no pueden operar en este campo por falta de competencias para trabajar eso) *Son complementarias, yo creo que pueden generar un grado de utilidad en un cierto nivel. Pero el trabajo clínico es fundamental.* (Entrevista a psicóloga)

Este cambio en la superficie de emergencia de la red de tratamiento supone una inversión de lo que usualmente entendemos como una enjambrazón de dispositivos, puesto que no se trata de la movilización estratégica de canales

para sujetar la tecnología en distintos ejercicios de poder cotidiano, sino más bien la constatación de una alta permeabilidad de la red sociotécnica a los ejercicios de poder que ocurren en su contexto de operaciones. Esta constatación del bajo nivel de autonomía o clausura de la red sociotécnica nos devuelve a una interpretación constructivista clásica, que observa las emergencias tecnológicas en escenarios de disputas y controversias públicas, que en este caso son especialmente intensas y relevantes desde el contexto hospitalario.

Ahora bien, el ejercicio de posicionamiento contextual del centro de tratamiento no compromete todas sus operaciones internas, es decir, todo se bagaje histórico de sobreescrituras vinculadas a las maneras de definir y tratar los consumos problemáticos de drogas, sino que se acota a la morfología actual de actantes que activan y movilizan dichos elementos. En este sentido, el discurso clínico y terapéutico que sirve como forma de armonizar el posicionamiento de la red en el contexto hospitalario y habilitar un control específico de relaciones de fuerza hacia adentro, traduce y reproduce en vez de crear o sobreponer nuevas racionalidades del tratamiento. El discurso clínico aborda los mismos problemas, conflictos, trasgresiones o disconformidades y le impone las mismas soluciones prohibitivas, autoritarias y castigadoras clásicas, pero apelando a un esquema comprensivo y metodológico distinto que intenta relegitimar las operaciones internas del centro.

*El paramédico dice: "llamó la pareja o amante de Roberto, Clara, quiere venir a visitarlo". El trabajador social interviene: "¿Cómo lo vamos a abordar? Puede llegar la otra pareja después y se nos arma un conflicto aquí". La psicóloga dice: "la pregunta es si le sirve o no al residente esa visita" Trabajador social: "Él está esperando" Psicóloga "Él ha mejorado, hace dos semanas parecía un perrito esperando a su dueño". Trabajador social: "Hay que trabajarle en consejería y psicoterapia y decirle a Clara que aún no está permitido. Trabajarle con él" Psicóloga "Cualquier estímulo externo lo puede desconectar seriamente". El director del centro toma la palabra en un tono concluyente: "Si es clandestina la relación, entonces no podemos avalarla, haríamos con él un contrato oculto. No podemos avalar un contrato oculto. Es una conducta transgresora y los demás usuarios lo van*

*a percibir. Si me preguntan a mí, yo no estoy de acuerdo con que venga o lo llame. Díganle que, por decisión clínica, las interacciones internas se reducen a sus padres". En este plano, el director propone mentirle a la amante del usuario, y anular sus posibles alegatos, esgrimiendo razones técnicas incomprensibles, clínicas, es decir, opacando la tecnología de tratamiento. El terapeuta ocupacional refuta: "Pero si él es muy famoso acá, se va a enterar igual, hay una cultura de hermandad cajonina" De este modo, el terapeuta ocupacional pone en duda la posibilidad de opacar la tecnología obstaculizando el conocimiento sobre las decisiones del equipo. El entorno del centro igual va a difundir la prohibición arbitraria y moralizante. (Cuaderno de campo, 24 de octubre de 2017)*

De otro modo, el posicionamiento de la red de tratamiento en el contexto hospitalario no se ubica ni en una estrategia de valorización de los factores sociales, económicos, políticos o culturales engarzados en los consumos problemáticos, ni en un tránsito definitivo hacia una atención propiamente salubrista de los consumos, procurando articular la recuperación fisiológica de un cuerpo deteriorado por el abuso de sustancia con un programa intensivo de salud mental, sino más bien en la traducción de la misma madeja de factores morales históricamente imbricados en los consumos problemático bajo un discurso opaco y obturador como es lo clínico o lo terapéutico. Ahora bien, este proceso es posible sólo en la medida en que los ensamblajes con objetos y actantes clave del contexto hospitalario permitan debilitar los discursos estigmatizadores de los usuarios y la debilidad técnica del equipo a cargo.

El problema que tiene el equipo para volver eficiente el discurso técnico como mediador de las decisiones que toman se relaciona con la amplitud e interconexión de las redes solapadas en el contexto hospitalario. Los psicólogos del centro son especialmente críticos con la cultura institucional de contratar a residentes locales, puesto que ello implica que las redes abarcan a las familias, los compañeros de curso, los amigos que trabajan en otros servicios, y de este modo, se multiplican los actantes involucrados en los esfuerzos de diferenciar y estabilizar una tecnología.

*Psicólogo: "El hospital reproduce la lógica social de San José. Es una olla de grillos. Todos se pelean, se meten en líos personales y se arman cagadas. Todos se conocen, son*

*familiares, tienen relaciones, así que se pelan mucho. Pueblo chico infierno grande, como dicen"* (Cuaderno de campo, 17 de diciembre de 2017)

Aunque el equipo avanza exitosamente en el enrolamiento de actantes humanos y no humanos para debilitar las lógicas clásicas del tratamiento como labor moralizante y punitiva, cuyos arraigos se ubican en las percepciones personales y la propia historia institucional, y posicionar un discurso clínico y terapéutico que logre consolidar un control más o menos estable de la tecnología de tratamiento, las extensiones de las redes locales involucradas dificultan esta labor. En este plano el recurso conceptual del desplazamiento o la representación es sumamente valioso, puesto que, si bien al interior del centro es posible observar un discurso relativamente homogéneo, el equipo no logra que esa traducción se desanclen de sus condiciones inmediatas de producción, puesto que una vez afuera de la reja, estas prácticas pueden ser intervenidas rápidamente por otros actores que se revisten de un poder que escudriña y pone en riesgo estos ensamblajes. De esto se deriva la importancia que tiene la consolidación de un programa de tratamiento que permita desanclar o desplazar las prácticas y discursos estabilizados hacia adentro, mediante manuales, presentaciones, charlas, estadísticas, trípticos informativos, entre otros, que consoliden a la red hacia afuera.

## Capítulo 5: Segunda capa de resultados. Terrenos y tensiones de ensamblaje

La configuración de la red sociotécnica del tratamiento supone el despliegue y recorte permanente de agencias posibles en función de las relaciones que se establecen entre sus diversos actantes. Este ejercicio no es elaborado por una mente central que ordena dichas relaciones en función de un objetivo claramente elaborado, sino más bien de operaciones de resistencia, negociación y conformidad que resultan en estándares más o menos dominantes, y más o menos generalizados a lo largo y ancho de la red. Esto quiere decir que la conformidad no responde a un parámetro estable y extendido, sino que se presenta, al menos en este centro, como un principio de orden altamente sensible a las morfologías relacionales específicas en las que opera.

Ahora bien, esto no quiere decir que el tratamiento no responda a una combinación de fuerzas dominantes que despliega exigencias y determina criterios de inclusión y exclusión, sino más bien que las traducciones ordenadoras logran arraigos más o menos intensos, y permiten mayores o menores niveles de disconformidad, en función de las coordenadas relacionales específicas en las que operan. Esto significa que la estabilidad de la red se mantiene en vilo por las brechas de traducción, es decir lenguajes o prácticas que se reproducen en espacios específicos de la red y que no logran ser amarradas eficientemente en el discurso dominante. Normalmente la cantidad y relevancia de estas brechas coinciden con niveles de cercanía espacio temporal respecto de los nodos que dominan la traducción vigente.

La disconformidad, en el mejor de los casos, tiene como consecuencia una respuesta eficiente de expulsión, especialmente cuando el discurso dominante ha logrado una materialización extendida en forma de normas, reglas y procedimientos que salvaguardan su estabilidad. Sin embargo, cuando estos procesos de interesamiento no logran extenderse adecuadamente y controlar el territorio relacional completo de la red, entonces las disconformidades emergentes, en estas tierras de nadie, pueden disputar el discurso y tensionar las traducciones que mantienen unida la red sociotécnica.

En el caso de la Unidad de Bebedores Problema, que antecede como prototecnología de tratamiento al actual Centro de tratamiento de Drogodependencias, las operatorias de abuso del cuerpo de los pacientes, que buscaban racionalizarse y circunscribirse a una labor técnica y profesionalizada, no lograron arraigos adecuados en forma de reglas, normas, arquitecturas<sup>78</sup> o instrumentos que permitieran controlar de manera adecuada a todos los actores de la red. Si bien los usuarios y los agentes institucionales lograron niveles sorprendentes de adherencia, valoración y conformidad con estos procedimientos deshumanizantes, otros actantes, como fueron los paramédicos y enfermeros, desconocieron prontamente el marco de traducción de estas prácticas, y desplegaron formas de violencia ilegítima que no pudieron ser simplemente expulsadas, puesto que no se trataron de prácticas completamente subversivas, incoherentes o extrañas, sino que reinterpretaron aquello que con anterioridad se desarrollaba de manera normal y configuraba el foco principal de la tecnología. En este sentido, la disputa del significante que se ubicaba en la relación del dispositivo con el cuerpo de los y las usuarias, terminó por desarticular completamente la red sociotécnica.

Estas precisiones parecen una obviedad, sin embargo, marcan las condiciones de posibilidad de una tecnología de tratamiento que se caracteriza, precisamente, por un bajo nivel de obturación y control interno del discurso. En este capítulo se abordan los territorios relacionales, predominantemente humanos, en los que se (des)estabilizan las premisas centrales de la tecnología, cuyo foco central es la interpretación y traducción eficiente de las formas de pensar(se) y actuar frente a otros semejantes. Posteriormente, en el capítulo seis, pondremos el foco en las estrategias de inscripción, intermediación y configuración no humana de dichas morfologías.

---

<sup>78</sup> Cuando me refiero a arquitecturas apunto específicamente a las condiciones de diseño y construcción material del espacio que habilitan o no ciertas prácticas, predisposiciones de acción, o formas de regulación y vigilancia directa. Al respecto, son interesantes los avances que realizan los estudios ambientales en el campo de la prevención del delito (CPTED).

## **1. Esperando el ingreso**

Las primeras relaciones de los usuarios y usuarias con las tecnologías residenciales de tratamiento se inician antes de conocer al equipo técnico, a la comunidad o el espacio físico específico de la internación. Estos suelen adquirir conocimiento sobre la existencia de estos dispositivos mientras participan de otros programas, principalmente ambulatorios, en conversaciones con psicólogos u otros usuarios que ofrecen una mirada acerca de los beneficios que puede reportar esta elección. Este primer ejercicio de reflexión e imaginación sobre lo que es un tratamiento residencial supone un reordenamiento del discurso y la identidad del usuario, especialmente en su relación con las drogas. Ante la aparición de un dispositivo de mayor intensidad, emerge también un rango nuevo de experiencias validadas, dificultades, y la identificación de factores obstaculizadores para una recuperación efectiva. Saber de la existencia de un centro residencial activa el interés y a la vez un proceso en el cual el usuario se modifica a sí mismo para asociarse con dicho dispositivo.

La imaginación de un dispositivo residencial suele anular inmediatamente la eficiencia de un dispositivo ambulatorio, en la medida en que su narrativa se ubica en la imposibilidad de aguantar, de hacer frente a situaciones de tentación o estrés, de convivir con el deseo de consumo, y de sostener o cambiar gradualmente la cotidianidad que en primer lugar dio inicio al consumo problemático. El usuario se ve a sí mismo en esta narrativa residencial, y valida todas estas premisas que antes combatía o trabajaba en el dispositivo ambulatorio. De este modo, emerge un nuevo nivel de intensidad de la tecnología sobre el cuerpo, las relaciones y la subjetividad del adicto.

Todo el ejercicio de significación y afrontamiento que instala el dispositivo ambulatorio, en torno a un “buen andar” o “buen ambular” acompañado por un equipo terapéutico (Candil, 2020), se suspende legítimamente bajo el campo discursivo de una nueva tecnología; una tecnología que habilita la subversión de estas premisas ambulatorias y ofrece un ejercicio de confinamiento. La internación residencial permite la emergencia de nuevos

códigos de la adicción, especialmente en torno a la idea de un último recurso, la experiencia de tocar fondo, la negación de los contextos o ambientes cotidianos, y el dejarse tomar, de una forma mucho más invasiva y dependiente, por un equipo terapéutico. En este sentido se valida la inadecuación, la incomodidad, y la tensión que los usuarios podían venir sintiendo, en un ejercicio de subversión controlada que habilita nuevas fronteras sociotécnicas: Tenías razón, pero ello te inscribe en un nuevo campo de intervenciones.

*Durante el ingreso, la técnico en rehabilitación le dice a la usuaria nueva: "Ingresar a residencial tiene costos; no ver a tu hijo, etc. Es un sacrificio por un bien mayor". El profesor de educación física interrumpe: "Tú pierdes al principio la capacidad de decisión, al principio al menos". Me parece raro que diga esto, puesto que su rol de profesor de educación física no requiere ni promueve esta pérdida de voluntad. Al parecer, él replica un discurso que enmarca y constituye al paciente de drogodependencia, anticipando un ejercicio de poder de parte del equipo en su totalidad. Como es usual, las usuarias o usuarios aceptan esta amenaza de pérdida de voluntad esgrimiendo las falencias de los tratamientos anteriores. La usuaria baja la cabeza y murmura: "el ambulatorio no me sirvió de nada". (Cuaderno de campo, 12 de diciembre de 2017)*

*En la entrevista de ingreso el usuario dice: "Pasé por COSAM<sup>79</sup> La Florida, pero quiero internarme. No sé qué más tengo que aprender, prefiero pasar un año mejorándome y cambiar. He pasado por todo. En la calle yo me muevo mucho, tengo muchas posibilidades de tomar". El trabajador social le pregunta: "¿Estás consciente de lo complicado que puede ser internarte?" El usuario responde: "Sí, si me quiero mejorar. (Cuaderno de campo, 23 de noviembre de 2017)*

La capitalización de estos quiebres que ocurren en el plano ambulatorio constituye un factor clave para el enrolamiento eficiente de los usuarios en los dispositivos residenciales. Si bien el usuario puede definir esta ruptura con los programas ambulatorios como un espacio de validación de su experiencia de padecimiento, el ingreso a los programas residenciales lo sujeta fuertemente a nuevos requisitos y procedimientos que se nutren precisamente

---

<sup>79</sup> En Chile, los Centros de Salud Mental (COSAM) son parte del sistema público de salud e incluyen programas ambulatorios de tratamiento de drogodependencias.

de esta renuncia. La definición jerarquizada de las tecnologías de tratamiento, ubicando la opción residencial en un último nivel de gravedad e intensidad, lo dota de cualidades definitivas, una suerte de ultimátum que demanda del usuario una entrega total y una resignificación de sus capacidades y autonomías.

Este proceso de constitución heterogénea, que como indica John Law debe ser gestionado permanentemente para procurar la estabilidad del dispositivo, implica traducir lo que hace el sistema de atención ambulatoria en los lenguajes propios del modelo residencial. Una dimensión clave de las referencias que es posible encontrar al interior del centro residencial se centra en el nivel de preparación de los usuarios para enfrentar la experiencia de internación, especialmente en torno a la conciencia de enfermedad. En este plano, el discurso residencial articula una narrativa ambivalente, que destaca la necesidad de un fracaso precedente a la vez que demanda el éxito en la instalación de la definición de la adicción como una enfermedad que es necesario tratar mediante una internación. Así, el centro de tratamiento define a priori las necesidades del usuario en referencia a la operatoria del sistema anterior, y a su vez se distingue generando críticas acerca de los objetivos que dicho dispositivo debiese conseguir.

*Hay ciertos COSAM que con suerte mandan los datos del residente, y no dan ningún informe. Ahí hay una deficiencia en el sistema que nosotros hemos hecho ver. Es necesario que los entes derivadores deriven bien, que hagan una buena descripción para que uno pueda filtrar mejor, y al menos que se haga un tratamiento inicial para que se vaya generando una conciencia de enfermedad, porque estar en residencia no es fácil. (Entrevista a psicóloga)*

*La residencia es el último eslabón. Todo lo demás ha fallado, por eso llegas a la residencia, pero has intentado lo otro. Falló, pero intentaste. Aquí hay residentes que van, piden ser internado, les anotan el nombre y los suben a la lista. Ni siquiera les hacen una intervención que les explique en qué consiste una residencia. A mí me han llegado residentes a entrevista que no tienen idea que vienen internarse en una residencia donde van a estar día y noche, no tienen idea. Entonces ahí hay una negligencia del sistema seria. (Entrevista a psicóloga)*

(¿Que personas llegaban en ese tiempo?) *De todo. Gente de calle. Había gente que venía con algunos más recursos, pero en general era gente de calle. Gente que nunca había hecho un ambulatorio.* (Entrevista a educadora)

Este nuevo ejercicio de problematización, que permite la emergencia de una red sociotécnica en el campo residencial, carga fuertemente el concepto de motivación, puesto que el lenguaje de transición se encuentra marcado por una suerte de amenaza (¿Realmente lo quieres?) que testea en falso el compromiso del usuario con una decisión ya tomada. Por otro lado, la espera de un cupo de ingreso es significada como una prueba del interés del usuario con esta solución final, dejando atrás la idea de un acompañamiento parcial, con recaídas, avances acotados, ambivalencias y disponibilidad de los equipos terapéuticos. Bajo la noción de gravedad o complejidad del caso, que se sostiene en la jerarquización de los sistemas, el centro de tratamiento evita justificar sus puntos de paso obligatorios, como es la abstinencia de consumo, y la conformidad con las reglas que regulan la inclusión o exclusión de los usuarios y usuarias: Todo lo distinto ya fue hecho y lo único que queda es tomar conciencia del fracaso.

Ahora bien, más que constituirse como un requisito excluyente, la idea de sostener la motivación<sup>80</sup> durante la espera funciona más bien como una preparación de los códigos que ordenan la abstinencia obligatoria al interior del centro residencial, una suerte de preámbulo disciplinario, a la vez que se opacan los problemas administrativos y financieros de la política pública de tratamiento. Los usuarios y las usuarias suelen esperar el cupo manteniendo sus prácticas de consumo, o incluso intensificándolas bajo la idea de una despedida antes de internarse, especialmente cuando ya se ha recibido la notificación de una fecha de ingreso, lo que supone un fracaso de las evocaciones monásticas asociadas al recogimiento y la purificación antes del

---

<sup>80</sup> Resulta interesante revisar la noción de motivación que se articula en esta interfaz en contraste con el enfoque motivacional que orienta el trabajo a nivel terapéutico. Mientras este último busca generar una mirada lucida y crítica sobre el padecimiento propio para emprender acciones basadas en la autonomía y la sostenibilidad a largo plazo, en el caso de la motivación para el ingreso, el concepto adquiere un valor de sometimiento subjetivo a las reglas impuestas desde afuera y una actitud conformista sobre los cursos de acción propuestos. En este sentido, la actitud buscada se acerca más bien a la renuncia, la rendición, el cansancio, y la esperanza puesta en un andamiaje institucional.

enclaustramiento. En este sentido prevalece un diseño penitenciario de la espera que favorece los placeres antes del castigo.

*le hacían las despedidas antes de entrar los amigos, y en el centro nos decían que no podía llegar así. Era un problema. (Entrevista a familiar de usuaria)*

*Uno parte con el COSAM, entonces ahí le hacen el tratamiento ambulatorio. Cuando no le funciona el tratamiento ambulatorio, uno habla con ellos y ellos le dan la opción de internarse. Entonces ahí lo suben a un sistema, un sistema, una lista de espera. Ahí lo inscriben, y eso normalmente se demora 2 meses, 3 meses. Cuando tiene suerte se demora un mes. (Entrevista a usuario)*

*El psicólogo me dijo, sabes que aquí hay una posibilidad, en San José de Maipo, espera un momento. Y esperé, esperé, esperé (¿cuánto tiempo?) tres meses, no, dos meses y medio (Entrevista a usuario)*

Esta heterogeneidad de racionalidades puestas en la espera tiene efectos paradójicos. Si bien puede parecer un acto de subversión la ausencia de recogimiento y la organización de despedidas que incomodan a los equipos técnicos que reciben a un usuario trasnochado, prevalece la condición de entrega, de sometimiento, e incluso se radicaliza bajo la idea de un último placer antes de entrar. Por esta razón es fundamental atender a las racionalidades históricas que se encuentran tejidas en el tratamiento, y no solo a sus narrativas vigentes y explícitas. El tratamiento es posible precisamente por la movilización de estas capas que juegan roles cruciales en cada una de sus etapas.

## **2. Psicólogo ambulatorio**

La interfaz entre ambos dispositivos, marcada por el desinteresamiento a nivel ambulatorio y un nuevo proceso de enrolamiento a nivel residencial, se juega en diversos planos relacionales relevantes. En primer lugar, se destaca la relación que sostienen los usuarios o usuarias con los psicólogos o psicólogas de los centros ambulatorios, quienes se constituyen como nodos esenciales del quiebre con dicha tecnología y la proyección de nuevas opciones terapéuticas a nivel residencial. Esta figura marca en gran medida la validez del proceso de transición, y por lo tanto de las condiciones de posibilidad de los dispositivos residenciales, mediante un delineamiento

inicial del discurso de gravedad de la enfermedad, la inutilidad del programa actual y la necesidad de buscar una opción de mayor intensidad y sujeción institucional. En este sentido, es necesario tomar en cuenta que la interfaz emerge fundamentalmente a través de un diagnóstico, y por lo tanto es controlada por actores clínicos, especialmente psicólogos.

El psicólogo ambulatorio no sólo es capaz de deconstruir las premisas de su propia tecnología para dar paso a una alternativa residencial, sino que también marca definiciones iniciales que fundamentan la conformidad o resistencia de los usuarios durante el proceso de internación. En este sentido, el dispositivo residencial necesita enrolar e interesar al psicólogo ambulatorio, sin embargo, se observan pocas operaciones exitosas en este campo, y más bien se escenifica un antagonismo que emula las posiciones en disputa en la política nacional de drogas, esto es, posturas abstencionistas o prohibicionistas, y posturas de reducción de daños, o bien que avalan algún grado de consumo. En este plano, se observa que el esquema de poder, discusión y operación de la política de drogas prevalece por sobre las consideraciones propiamente terapéuticas del tratamiento que justifican la complementariedad entre dispositivos ambulatorios y residenciales.

En la medida en que la figura de este psicólogo se mantiene haciendo ecos de un dispositivo precedente, y se constituye como una figura ambivalente al interior del centro residencial, puesto que antagoniza las premisas de dependencia, rigidez normativa y falta de autonomía de los usuarios y usuarias desde la vereda ambulatoria, los equipos técnicos residenciales suelen desestimarla y excluirla de dicho ensamblaje. Esto marca un terreno de resistencia para algunos usuarios, que apelan a esa figura para legitimar una flexibilización de ciertas normas, cuestionar definiciones relevantes para el programa y poner en duda la unidad del discurso técnico. Se destaca en esta línea la controversia sobre el daño que producen las distintas drogas.

*El equipo habla de un psicólogo de COSAM que vino a hablar con un usuario. La psicóloga se encuentra molesta por la visita: "Vino a reforzar su conciencia de enfermedad, pero él sabía que se está trabajando con otra psicóloga (...) no se puede replicar la intervención con Rubén, tiene que hablar conmigo primero. No estoy de acuerdo en que venga*

*a trabajar con él. No me retroalimentó y yo estaba en el box de al lado". (Cuaderno de campo, 24 de octubre de 2017).*

*La psicóloga dice que Marcos viene de La Bandera. "Ahí no lo acompañaban bien. Además, que en ese COSAM promueven el uso de hoja". "¿Quién dijo eso?" pregunta el coordinador del equipo, en una actitud exagerada que, intuyo, se debe a mi presencia. "Luis nos contó" responden la psicóloga y el médico. (Cuaderno de campo, 11 de octubre de 2017).*

*Cuando fumaba yerba me iba a leer un libro, escuchaba música, o tocaba, o escribía, me iba como en otra, de eso me acuerdo (¿No te generó un problema?) No, de hecho, en más de un COSAM me recomendaron que la yerba la usara como ansiolítico "en casos de emergencia fúmate un pitito po hueon, no hace daño" (¿En varios COSAM?) Sipo, mi psicólogo me decía "Si te sirve, si te hace bajar la ansiedad, si te vai a ir en una volá más interna, más en la tuya, úsala" (Entrevista a psicólogo).*

En la medida en que los usuarios reservan un espacio de reflexión y contrapunto frente a la traducción vigente en el centro, mediante una alianza presencial o discursiva con profesionales de programas ambulatorios, entonces la capacidad de control y uniformidad de la red se debilita y abre la posibilidad de resistencias, subversiones o desestabilizaciones. Sin embargo, en la línea de John Law, la integración eficiente de este terreno relacional también permite la conformidad de los usuarios, la posibilidad de pensar(se), o actuar con otros recursos, y dotar de sentido la experiencia de tratamiento, todo lo cual resulta funcional para la estabilidad del centro.

### **3. El terreno familiar**

Ahora bien, el diagnóstico que motiva el tránsito o la llegada del usuario al centro residencial no es solamente clínico, sino que se nutre de diversas fuentes entre las cuales se destaca el rol de las familias. Suele haber un hito de violencia que moviliza la intención de internar al usuario, y ubica a los familiares en un discurso centrado en la necesidad de estabilizar la situación en el hogar, y la búsqueda de un respiro frente a una gran cantidad de años lidiando con las prácticas irresponsables, temerarias, violentas y dolorosas de los usuarios. El dispositivo, lejos de excluir este discurso para hacer prevalecer criterios propiamente clínicos de la adicción, integra fuertemente

estos códigos de agotamiento, daño y condicionalidad de los cariños más cercanos para sintetizar una metodología de intervención.

Este terreno de emociones, vivencias, malestares e intereses se conecta con el centro de tratamiento y experimenta una serie de transformaciones bajo sus principios sociotécnicos. Una de las transformaciones más relevantes se relaciona con la redistribución del poder, ya sea de interpelación o de decisión frente a los cursos de acción de los demás, dentro del grupo familiar. Una vez que el grupo familiar comienza a participar en las actividades del centro, este adquiere un mayor control de la palabra frente al familiar internado, es capaz de interpelarlo, y encuentra en el equipo técnico la legitimación de su indignación, frustración, pena y decisión de transferir los cuidados del usuario al centro de tratamiento.

Esta acogida genera un alto nivel de fidelidad en los familiares, quienes prontamente se alinean con los cursos acción propuestos y se involucran en un proceso de transformación de su propia relación con el usuario. En este sentido no se trata de un mero encuentro entre distintas redes de la persona internada, sino más bien un proceso de enrolamiento e interesamiento clave para constituir la red sociotécnica del tratamiento. Junto con adquirir más poder frente al usuario, los familiares adquieren nuevas funciones y responsabilidades lenguajes, formas de pensar y tratar al usuario que son activamente producidas por el equipo técnico. Emerge así un nuevo familiar que se acopla a las operaciones constitutivas del centro, respondiendo de una manera muy clara a las especificados de las redes de tratamiento en las que se inserta.

*El paramédico del centro me invita a una entrevista de ingreso. Pasado 20 minutos de entrevista, le pide al usuario que salga. Entra la Mamá y la pareja. Les pide "corroborar información entregada por el postulante". Les consulta la razón de ingreso. Ambas se sienten nerviosas, se miran entre sí y tratan en vano acomodarse en las sillas. Marcos busca inconsistencias en el relato, como la fecha del último consumo, la edad de inicio. Marcos les pregunta: "¿Ustedes dirían que Juan Carlos es pasivo agresivo o agresivo?" (no da la opción de no agresivo) y ambas responden dubitativas "pasivo agresivo, porque a veces*

*tiene mal carácter*". (Cuaderno de campo, 24 de octubre de 2017).

Esta respuesta es visible cuando se contrastan las sesiones familiares de las unidades femenina y masculina. En el caso de la unidad masculina, esta nueva entidad familiar se articula bajo las premisas del control, la supervisión y la sospecha, todo lo cual modifica afectos y promueve un nuevo paradigma relacional managerial altamente tutelado por el equipo técnico, especialmente psicólogos, quienes buscan transferir "competencias parentales" coherentes con el tipo de terapia que se promueve al interior del centro. Algunas de estas competencias son nuevas y se acoplan al funcionamiento familiar previo, como es la redefinición de los placeres en el hogar, evitar fiestas o consumos como forma de pasarlo bien, conocer y procurar que el usuario no interactúe con señales ambientales que puedan motivar deseos de consumo, no pasarle dinero, y acompañar el cumplimiento de objetivos trasados por el equipo para las salidas en fines de semana o festivos.

Sin embargo, existe otro plano que busca editar los esquemas relaciones preexistentes, especialmente en el plano de la relación entre el cariño, la confianza y las prácticas de cuidado. En la medida en que los familiares interactúan con la unidad masculina, aprenden a desconfiar de las palabras del usuario, de matizar sus cambios visibles, de atender a su naturaleza manipuladora, y, especialmente, a levantar alertas sobre posibles desviaciones respecto de las reglas del centro. Este cambio se articula en torno al concepto de "Amor responsable", cuya eficiencia es clave para contener o prevenir alianzas negativas al interior del centro, y se extiende a las relaciones familiares. La idea de un cariño que se basa en saber y procurar lo que es mejor para el otro, rompe la agencia subjetiva del usuario frente a un amplio rango de prácticas familiares, y lo afirma con fuerza a las premisas de la tecnología.

Se produce así una suerte de desplazamiento temporal de la relación familiar, en el cual el familiar deja de relacionarse con su hijo, hermano o primo, y lo sustituye por una entidad en tratamiento. Esto configura una actitud de espera en el familiar frente a los cambios prometidos por el equipo técnico, para, luego, retomar la espontaneidad, honestidad o cercanía del trato. Ahora bien,

retornar a los lazos íntimos constituye también una premisa difícil de definir, puesto que la promesa de alguien nuevo en el hogar desarticula la coherencia histórica de esos afectos más genuinos. Ya no se trataría de la misma persona, sino más bien de alguien que inicia una nueva vida, concepto que engarza lógicas religiosas de renovación espiritual con racionalidades protésica relacionadas con lograr cambios visibles y sostenibles en el sujeto de intervención psicosocial.

*Mientras se desarrolla el taller con los familiares en el living de la casa los usuarios revisan sus objetivos semanales en una sala contigua. Cada cierto rato sale algún usuario camino al baño, con actitud nerviosa, y sonrío de lejos a sus familiares. A veces aprovechan una mirada distraída del trabajador social que dirige el taller para acercarse y tomar brevemente las manos de sus padres, madres o parejas. (...) El padre de Claudio dice con un aire de extrañeza: "Este Claudio que pasó recién por aquí no era el que estaba hace 3 semanas en la calle". (Cuaderno de campo, 26 de octubre de 2017)*

El sujeto emergente, un ciborg con experiencias pasadas redefinidas desde un dispositivo técnico, en permanente acomodo con una prótesis mental y a veces física (ej. Pellet), que se proyecta sobre la base de los valores inculcados por la red sociotécnica, constituye un desafío también para la familia, en términos de recomponer afectos de forma sincronizada y no obstaculizar la constitución de esta nueva entidad. Esto se logra fundamentalmente mediante una traducción eficiente del quiebre que supone el egreso. Mientras el ingreso se suele cargar de significado de manera rápida y eficiente, especialmente transformando penas e incertidumbres, en confianzas institucionales y esperas, el egreso constituye un proceso de mayor complejidad que demanda del grupo familiar la mantención indefinida de los códigos transferidos por el centro. En este sentido el retorno a una normalidad familiar, basada en afectos genuinos, espontáneos, referidos a la experiencia cotidiana, tiende a desdibujarse y motiva tensiones en las alianzas establecidas inicialmente.

El proceso de egreso dura mucho tiempo (aproximadamente 3 meses) porque en esa temporalidad el centro suele evaluar con mucha mayor severidad la adecuación del grupo familiar a las nuevas necesidades de este sujeto tratado. Si en el ingreso el interés estaba puesto principalmente en la familia y los

recursos que puede entregar el centro para conducir y resignificar sus necesidades, el egreso presiona para que la familia responda a las necesidades del usuario y del equipo técnico, fundamentalmente en torno a su estilo de vida, sus conflictos internos, su relación con los consumos, sus maneras de cuidar y generar autonomía en los usuarios, o el estrés que pueden generar hacia un usuario susceptible a las recaídas.

En este momento emergen referencias a las “familias iatrogénicas” que, si bien, son identificadas desde un inicio, comienzan a ser objeto de intervenciones, directas o indirectas, de mayor intensidad hacia el final del proceso. Este punto es clave, puesto que una familia que no responde adecuadamente a los estándares sociotécnicos del andamiaje mental y conductual que se ha ensamblado al usuario, puede motivar un cambio en el paradigma de intervención que reaviva las dimensiones “sistémicas” del consumo problemático de drogas.

Si el equipo diagnostica un problema sistémico, el consumo problemático deja de estar puesto primordialmente en el usuario y pasa a ser un problema colectivo, o más bien el síntoma de una forma de funcionamiento de la familia. Esta línea de observación se centra en la idea de que una familia que funciona mal necesita a un usuario adicto para lograr ciertos equilibrios. Por ejemplo, una pareja puede evitar sus conflictos afectivos y relacionales mediante el cuidado de un tercero que necesita toda su atención y energía. De este modo la familia como sistema se mantiene operando, aunque algunas de sus relaciones constitutivas sean altamente precarias.

*Durante el taller familiar, el psicólogo dice "Toda la familia se ve afectada. La persona interna es el síntoma. Cuando vemos a la persona con el consumo dejamos de ver el sistema. En este caso es Ana, pero también puedes haber sido tú, o tu hijo, con algún trastorno. Por eso es importante trabajar a nivel familiar" (Cuaderno de campo, 21 de diciembre de 2017).*

*Yo siempre he creído en un paradigma familiar. En las familias que tienen un integrante adicto, las familias terminan enfermándose de tal manera que, si el adicto ya deja de ser adicto, la familia deja de funcionar. Las familias, llega un momento, empiezan a funcionar a partir de un enfermo, y todo gira en torno a él. A mí me pasaba*

*mucho que, cuando yo estaba bien, empezaban a surgir un montón de problemas en la casa, problemas entre mis viejos, entre mis hermanos, entre mis viejos y mis hermanos, porque ya no estaba el enfermo, y cuando yo volvía al consumo como que todo se normalizaba. Pese a que había escándalos, que eran angustiosos para todos, había una normalidad. Toda la atención estaba focalizada en mí. (Entrevista a usuario)*

Ahora bien, la referencia a un síntoma y el proceso de moderar la presión sobre la conducta de consumo, privilegiando una mirada ecológica o sistémica que aborda causas más profundas, pone al equipo en un terreno de relativa incompetencia dadas las premisas individualistas y conductuales que fundamentan el proceso técnico desde sus inicios. El equipo realiza muy pocas actividades familiares y no desarrolla visitas domiciliarias, por lo cual difícilmente puede sostener un cambio paradigmático más allá del discurso. En este plano la teoría sistémica opera más bien como una forma de castigo hacia la familia, quienes resienten esta nueva interpretación.

*(Me decía que en los centros se dice que el familiar también es adicto, ¿usted lo siente así?) No. De alguna forma en las reuniones de los centros nos daban a entender que se produce como un feedback entre las familias y el enfermo, pero eso es relativo. Yo no creo que haya una familia que necesite tener al hijo mal para entender que es importante, que puede aportar, que puede apoyar y se retroalimenta de eso mismo (¿No lo cree?) No, personalmente pienso que no. (Entrevista a familiar)*

Cuando la interfaz centro-familia entra en crisis y se reportan traiciones en la manera de actuar de uno u otro, entonces la presión de la tecnología se ubica en el usuario y la capacidad que tiene este de diferenciarse y distanciarse de la familia. En muchos casos de usuarios que entran al centro solos o abiertamente conflictuados con sus redes familiares, este trabajo es permanente y dialoga adecuadamente con todo el proceso terapéutico, sin embargo, cuando el conflicto familiar emerge en una etapa avanzada, los esfuerzos de sujeción del usuario al tratamiento se resienten por el quiebre de esta alianza.

Esto se observa cuando la familia no reporta una conducta desviada en los usuarios o usuarias durante las salidas de fines de semana, lleva a las visitas factores estresantes que hacen dudar al usuario de su estadía en el centro, le

entregan dinero o cosas prohibidas, los exponen a situaciones de consumo en sus visitas, entre otros. Como la falta fortalece la alianza familia-usuario, en desmedro de la traducción que sostiene el centro, el equipo técnico debe canalizar una gran cantidad de energía en el quiebre de esa alianza, apelando especialmente a la conciencia del usuario, lo que difícilmente se logra debido a los beneficios o presiones que se registran en el vínculo familiar, y la condición de soledad en internación que lo hace valorar especialmente estos lazos.

*Yo cuando llegué acá les dije "no quiero que vengan tanto para acá, porque quiero hacer mi proceso solo" (¿A quién le dijiste eso?) Cuando estábamos con don Christian, en la entrevista, y estaba mi cuñado y mi mamá. Y claro po, igual esta terapia como que te hace reconstruir tus lazos familiares y afectivos, y de repente siento muchas ansias que hablar con mi familia, de verlos, cosas que cuando estaba en el vacilón no pensaba. No pensaba en nada, pensaba en la botella y en nada más." (Entrevista a usuario)*

*El equipo me decía que Sigrid me podía sacar del tratamiento. Llegando aquí, llevando dos meses, Sigrid me llama que quería venir a verme (...) Cuando la vi me derretí. La quiero mucho (...) (¿Te acomoda la forma en que es la psicóloga?) Sí, lo único que no estoy de acuerdo es que ayer tuvimos una psicoterapia, individual, y yo le comenté lo de Sigrid y me dijo "tenis que dejarla po" yo le dije "es que no po, no la voy a dejarla, voy a darle otra oportunidad". Lo único fue como que me molestó cuando dijo eso. (Entrevista a usuario)*

Se observan múltiples situaciones en las que el usuario opta por mantener su alianza con el grupo familiar y debilita la capacidad de traducción del centro, especialmente cuando las críticas y el interés del centro se ubican en el quiebre de una relación de pareja. Si bien no se trabajan estos “síntomas sistémicos” más allá del análisis con el usuario, el quiebre con personas cercanas resulta coherente con los códigos de amor responsable, conciencia del problema y la enfermedad, autocuidado, o desarrollo progresivo de la autonomía. Sin embargo, en este nuevo plano de exigencias hacia el usuario, el centro resulta particularmente ineficaz y torpe en sus actuaciones. Prevalece una lógica de control total, en su dimensión penitenciaria o seminarista, que dialoga mal con códigos relacionales externos, lo cual es prontamente detectado por los usuarios y produce desestabilización de la red.

*El paramédico dice: "si no le dicen que llamó Clara, se va a enterar igual, incluso puede venir y decirle que no le pasan las llamadas". El director se molesta por la insistencia del paramédico y responde tajante: "por norma de tratamiento las visitas están restringidas a los padres" Lo dice como si fuera una regla antigua y conocida por todos, sin embargo, prontamente se da cuenta de la inconsistencia y corrige con un aire clínico y reflexivo: "Clara es tan adictiva como las drogas para él" (Cuaderno de campo, 24 de octubre de 2017).*

Otras veces es la propia acción conjunta y coordinada del centro con las familias lo que genera malestar y desinteresamiento de los usuarios. Cuando esta relación invade espacios íntimos que no guardan una relación nítida con el proceso terapéutico, entonces se debilita la capacidad del centro de sostener la fidelidad del usuario. Ahora bien, el centro opera en esta apuesta por flexibilizar las fronteras sociotécnicas del tratamiento, asumiendo los costos que ello puede tener en la estabilidad de la red.

Esta invasión, en la unidad masculina, se asocia frecuentemente a un cambio en el rol o el lugar que ocupa el usuario en su casa. El cambio de rol implica un sometimiento, o una pérdida de poder, del usuario frente a sus padres, mediante un cambio en la red de objetos y estéticas que lo sostienen en una situación dominante. Desde la perspectiva del equipo, poner en crisis este lugar de dominación masculina en el hogar de los padres, remese las condiciones de dependencia confortable del sujeto en tratamiento, lo que motiva una búsqueda de mayor autonomía y asunción de responsabilidades familiares, laborales, comunitarias, etc.

Por otro lado, esta alianza que desestructura el lugar del usuario en el hogar dialoga perfectamente con la situación subordinada y sumisa que asumen también en el centro. La sensación de estar volviendo a sus relaciones primarias, en un rol de niño, descentra a un sujeto que muchas veces se encuentra identificado con las estéticas temerarias, autosuficientes o desafiantes del consumo de drogas ilegales.

Este campo de relaciones familiares es visiblemente distinto en la unidad femenina. En esta unidad las alianzas centro-familia-usuario se tejen en torno al daño como eje de traducción. Se asume a la familia como una entidad

golpeada por la situación de drogodependencia y se la incluye como foco de una reparación que guía el proceso terapéutico de las usuarias. En este plano, las interacciones con la familia se caracterizan por una revisión de su historia, y el análisis conjunto de los puntos de inflexión relacionados con el deterioro de la salud mental y física de sus integrantes. Esto deriva en la construcción de una figura que se muestra más ambivalente y resistente, puesto que no mira desde afuera el tratamiento del usuario, sino que se ve interpelada e involucrada en varios de los procesos. Esto a su vez repercute en una figura de mayor honestidad en los talleres familiares, con menos actuaciones (performance) vinculadas al paradigma tradicional del tratamiento (confrontos, rituales, discursos estandarizados sobre el daño, y una actitud subordinada al equipo técnico), sino más bien asumiendo un rol activo en la interpretación del problema, los cursos de acción que deben ser seguidos,

Entendiendo lo anterior, las fases de problematización de la red sociotécnica en la unidad femenina aceptan una mayor cantidad de voces que en la unidad masculina, y por lo tanto el rol de las familias queda menos sujeto a la interpretación del equipo técnico, y, luego, presenta un mayor nivel de libertad y heterogeneidad. Ahora bien, esto no quiere decir que los familiares no deban seguir instrucciones, operar funciones transferidas en el hogar, o regular su conducta bajo los conceptos de amor responsable o riesgo de boicot. De hecho, en la medida en que las familias participan con mayor intensidad en las problematizaciones del centro, suelen abrirse canales de sujeción mucho más fuertes asociadas a la codependencia o las perspectivas sistémicas de la adicción. De esta manera, la mayor participación, libertad y heterogeneidad, tiene como contraparte, una mayor cantidad y variedad de estrategias de regulación interna de la red para sostener su estabilidad.

En este punto cabe profundizar un poco más acerca de los alcances de la perspectiva de codependencia en la red sociotécnica. Criar a un adicto, desde la perspectiva del centro, supone generar condiciones perversas de dependencia, es decir, negar autonomía y establecer una pauta de comportamiento que siempre requiere un control externo. En este plano se genera un escenario de bajo control y de necesidad de contar con elementos externos, tales como una droga, para ejecutar tareas, poner en contexto una

práctica o sentir emociones. Ahora bien, el punto clave de la codependencia es que esta socialización dependiente cumple la función de estabilizar un sistema familiar.

*Durante el taller familiar, el trabajador social se refiere a la codependencia como una conducta de perpetúa el consumo. "Las familias reciben el impacto del consumo, se afectan, y esto puede derivar en una paradoja, un sistema de conductas que apoyan la adicción, ¿cómo cuáles? la hipertolerancia a las conductas del consumidor, la disfunción, una mala comunicación. Estas codependencias facilitan el proceso adictivo, mentir, ocultar, legitimar la irresponsabilidad, etc." (Cuaderno de campo, 26 de octubre de 2017).*

*(¿Qué proceso deberían hacer los familiares?) Proceso psicológico (¿Aunque no consuman?) Aunque no consuman, porque hay una codependencia. Normalmente hay una situación que facilita la dinámica del consumo, la dinámica adictiva, y además porque se ha generado un daño tal, que es importante que esa persona lo trabaje también, que vaya adquiriendo sus propios recursos, de modo que el paciente que está con nosotros tratando de cambiar, también se encuentre con una persona distinta y con mejores recursos una vez que egresa. Si no, pasa esto de que es el paciente el que está en proceso, la familia no, el paciente sale y terminan armándose los mismos conflictos de antes y el paciente se frustra, porque todas las expectativas que se le puede generar en torno a este cambio que el vio en sí mismo, no encuentra eco afuera. (Entrevista con psicóloga)*

La entrada de este código a la dinámica del centro se engancha con otros preexistentes, relacionados con un andamiaje que opera como control externo del sujeto. Ahora bien, la tensión se ubica en la temporalidad del andamiaje, puesto que mientras el equipo técnico se define como un andamiaje provisorio, que motiva a la vez distintos recursos de autonomía, el andamiaje externo de una familia codependiente tiene una naturaleza perpetua y precarizante. Por su parte, resulta especialmente difícil desarrollar bien este concepto cuando la perspectiva del equipo define a las drogas con una agencia de enganche, y los efectos de la drogodependencia como una enfermedad crónica.

Entendiendo lo anterior, la autonomía del sujeto se vuelve un problema para el tratamiento, lo que explica por qué en sistemas más rígidos la

codependencia no suele ocupar un lugar central. Por el contrario, en sistemas más flexibles como el que se encuentra en la unidad femenina, se trabaja la incapacidad de autorregulación, la historia de una familia que educa mal la dependencia, el desplazamiento del equipo técnico como un dispositivo que piensa y actúa por las usuarias, y un uso muy marginal de la categoría de enfermedad para conceptualizar el problema a tratar.

*(...) mi hermano menor tiene 10 años menos que yo. Él no tiene ningún problema mental ni nada, pero él trabaja, llega, come y se encierra a jugar play. Es todo lo que hace. No tiene amigos, no tiene polola, no sé si su tendencia sexual será otra, no tengo idea, pero a él lo infantilizaron mucho. De hecho, hasta el día de hoy si él se queda hasta después de las 12 en el computador ellos le cortan el internet (¿Cuántos años tiene?) 31. Porque al otro día tiene que trabajar. Yo discutía con mi mamá "Pero mamá, si se queda hasta las 4 de la mañana, él tendrá que asumir el costo de que al otro día tiene que levantarse a las 6 de la mañana, va a andar con sueño, y él va a tener que empezar a moderarse, porque el cuerpo no le va a dar" Pero ellos le cortan el internet. Lo castigan. Tiene treinta y tantos y lo castigan. (Entrevista a usuaria)*

Por otro lado, hay procesos clave del tratamiento que logran mejor eficiencia si se anclan en este concepto. Un punto relevante de ubica en el egreso del usuario y la emergencia de la desconfianza de los familiares. En este plano, la desconfianza operaría como una forma de desencadenar un nuevo consumo, o una “recaída”, puesto que el familiar desafía, precariza, excluye, infantiliza, y niega una identidad distinta para el usuario egresado. Esta interpretación flexibiliza la cadena de control que se mandata desde una perspectiva más tradicional y conductual del tratamiento, cuya premisa es que el sujeto no se puede controlar y por lo tanto necesita un contexto de desconfianza para llevar a cabo sus funciones cotidianas, hasta demostrarle al resto la calidad de su cambio. En otras ocasiones incluso este último punto es negado y se interpreta de que el usuario siempre estará dispuesto a engañar a su entorno cercano y volver al consumo. Esta definición del consumidor como un mentiroso por naturaleza, es muy frecuente en el equipo de salud de mayor edad en el centro.

A diferencia de la unidad masculina, cuyo funcionamiento cotidiano centrado casi exclusivamente en el usuario dificulta la instalación efectiva de un paradigma sistémico de las adicciones, en el caso de la unidad femenina este tránsito es expedito y genera múltiples focos de conflicto en su interior. Por su parte, las familias también despliegan una serie de críticas sobre la forma en que el equipo monta sus roles y funciones sobre una interpretación del problema en el que ellos han participado. Esto se observa especialmente en relación con los tratos hacia las usuarias y la exigencia de una mayor integración de los intentos, fracasos o éxitos que han tenido las familias antes de llegar al centro. En este sentido se desarrolla una perspectiva histórica que remese la instantaneidad o presentismo de la tecnología de tratamiento, todo lo cual repercute en las materialidades disponibles para obturar la tecnología, como veremos en el siguiente capítulo.

*El papá se sienta a la mesa y contribuye a la conversación: “Es muy hábil [su hija, usuaria del centro] para torcer las cosas, manipuladora. La primera vez que fuimos a Lampa [centro de tratamiento ubicado en dicha localidad], yo les dije que no se engañaran, que tengan cuidado con ella, que no se dejen llevar, no le compren todo”. La mamá interrumpe brevemente con una ironía: “el papá no la quiere”. El papá afirma con las cejas la ironía y continúa: “que no se dejen manipular, era para facilitar. Yo sé que son especialistas, pero hay cabros que son más malos po, que igual los engañan, o porque ustedes se confían, que se yo, pero se aprovechan, se avivan, son muy hábiles, sobre todo los cabros de la calle. Pero lamentablemente esos profesionales no reciben bien esas precauciones, no le creen a uno. Pero uno lo que busca es ayudar en esa fase. En el Francisco de Asís [centro de tratamiento de la región metropolitana] también les dije: “mire esta niña ha pasado por aquí y por aquí” es una forma de ayudar al equipo, para que se haga bien el trabajo. Uno no es especialista, pero trata de ayudar a hacer el camino, para que resulte po. Me dijeron “no se preocupe señor, aquí somos especialistas” pero yo ya cachaba que no les iba a ir bien. Caché que no debería haber dicho nada. A veces son un poco arrogantes, porque nosotros llevamos muchos años con ella, la conocemos bastante, entonces nunca está de más recoger información. A veces no es tan fácil acceder a esa información, sobre todo conociéndola a ella”. (Entrevista con familiares)*

Cuando la heterogeneidad es percibida y visible por una mayor cantidad de actores, estos son capaces de acusar la traducción y la resienten como porfía, simplismo, o intento de exclusión. Esta cercanía tensiona los roles familiares de frente al equipo técnico, a diferencia de otras tensiones que se escapan a la mirada directa de los psicólogos, trabajadores sociales, médico o paramédicos que buscan controlar las distintas aristas del tratamiento. Entre más cerca de los nodos de poder se desarrolla el cuestionamiento, una mayor cantidad de mecanismos se activan para volver a cargar los significantes que estabilizan el lenguaje y los procedimientos del centro. No es raro observar a los psicólogos de la unidad femenina sosteniendo conversaciones profundas sobre las formas de tratar una adicción, reabriendo decisiones ya tomadas, improvisando cursos de acción, flexibilizando normas, e incorporando nuevos lineamientos, pero desplegando a la vez criterios nuevos de responsabilización.

Trabajar o negar la némesis, el opuesto radical que pone en riesgo la estabilidad del tratamiento de los usuarios o las usuarias, constituye una diferencia fundamental entre ambas unidades. Cuando las voces disidentes en la unidad masculina llegan a oídos del equipo técnico ya hay poco que hacer para reforzar los lazos, puesto que el mecanismo de poder privilegia la dureza o impenetrabilidad de las decisiones tomadas. Por su parte, la unidad femenina trabaja estas disidencias cotidianamente, lo que permite al equipo técnico trabajar permanentemente la calidad de los lazos, aunque ello signifique una inmensa carga de estrés, y un estado de crisis de cara a los instrumentos o los estándares fijos que exige el entorno institucional, ya sea hospitalario o gubernamental.

#### **4. La inestable unidad técnica**

*En la unidad femenina sostienen la reunión clínica de la semana, pero la dedican a discutir el programa de la unidad. El psicólogo dice: "¿Quién va a armar el Frankenstein?" El equipo se ríe de la inmensa cantidad y diversidad de elementos presentes en el programa. (Cuaderno de campo, 23 de noviembre de 2017)*

El objetivo de la política pública de tratamiento, plasmada en el programa técnico que montan los centros de tratamiento, tiene tantas lecturas posibles

como movimientos y desplazamientos específicos realizan los actores que configuran estas redes sociotécnicas. Si bien todos los programas de tratamiento apuntan, en principio, a la recuperación o rehabilitación de los usuarios, las traducciones que impulsan los actores involucrados en la construcción de dichos programas orientan los ensamblajes hacia una diversidad y multiplicidad de racionalidades, narrativas, discursos, textos y operatorias tecnológicas que tienen por finalidad el empoderamiento de algunos de ellos y el silenciamiento de otros (Shore y Wright, 2005).

Esta disputa por la representación de la red sociotécnica tiene un hito histórico clave en la postergación de los técnicos en rehabilitación, quienes dominaron durante múltiples décadas los discursos y operatorias técnicas del tratamiento de consumos problemáticos en Chile. Durante las discusiones del programa en la unidad de mujeres pude conversar y observar las prácticas de la única técnico en rehabilitación de todo el centro. Ella asume un rol más bien pasivo, alineada con otra técnico social en la aportación de comentarios domésticos del centro (cómo ocurren las cosas del día a día), sin entrar en las discusiones profundas acerca de qué busca y como se despliegan los procesos fundamentales del tratamiento. En los meses que siguieron, la relación de la última técnico en rehabilitación con el jefe del centro se fue deteriorando rápidamente y terminó en el despido. A través de las entrevistas pude comprender algunos elementos claves de esta marginación.

*“Como yo estudié en la USACH, hay muchos rehabilitados ahí. Muchos que estudiaban eran rehabilitados. Yo todavía los veo y son compañeros que han tenido centros de tratamiento, han sido directores de centro de tratamientos”*  
(Entrevista a Técnico en Rehabilitación)

La historia del centro de tratamiento está marcada por los mismos hitos de la historia reciente del tratamiento en Chile (mediados y finales de la década de 1990), en términos de una fuerte presencia de personas que, habiendo pasado por un proceso de tratamiento, comienzan a formarse en los primeros programas académicos impulsados por la Universidad de Chile y la Fundación Credho<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Este origen de los primeros programas académicos es una conclusión extraída de las entrevistas semiestructuradas realizadas a dos protagonistas de la historia del tratamiento de drogas en Chile (Selva Careaga y Jorge Olivares), durante el año 2018, y confirmada por uno de los entrevistados del centro de tratamiento (médico).

para incorporarse en las comunidades terapéuticas como especialistas. Estos procesos formativos consolidan una tendencia que ya se venía desarrollando en años anteriores con ex usuarios de centros que se forman en Centroamérica o El Caribe y vuelven a Chile para formar parte en las primeras comunidades terapéuticas del país (Muñoz, 1996).

Los técnicos en rehabilitación dominaron durante varias décadas la metodología de comunidades terapéutica, cuyas premisas de intervención se mantuvieron ajenas, e incluso reacias, al conocimiento proveniente de la psicología y la psiquiatría, privilegiando la lógica norteamericana de la autoayuda en sus vertientes anti-institucionales y anti-profesionales (Soto, 2011). Este ejercicio de traducción se sostiene en la idea de una tecnología que se monta en las experiencias compartidas, en la empatía personalizada y la construcción de redes o comunidades altamente clausuradas y proselitistas. Si bien estas formas de operar derivaron en escándalos internacionales relacionados con sectarismo y graves violaciones a los derechos humanos de los pacientes (ej. Synanon en Estados Unidos, o “El Patriarca” en Francia), los técnicos en rehabilitación formados bajo las lógicas tradicionales de la comunidad terapéutica (aislamiento geográfico, clausura de redes, confronto, liderazgos carismáticos, etc.) lograron sostener la representación del tratamiento hasta hace muy pocos años, y viven hoy un proceso de subordinación y cambio en sus formas de intervención, prevaleciendo las dimensiones de trabajo grupal y autoayuda bajo una racionalidad predominantemente biomédica (categoría de enfermedad, estatuto de paciente, protocolos médicos, documentación institucional médica, bioética, etc.).

El control sobre los procedimientos que regulaban el centro de tratamiento implicaba el despliegue de prácticas que hoy resultan inaceptables para la nueva configuración tecnológica. La forma de definir la identidad del terapeuta cambió desde un foco personalista, complejo y ambivalente, hacia una identidad anclada en las profesiones, los roles y reglas institucionales. Bajo una racionalidad científico-administrativa, que traslada las prácticas de tratamiento hacia la evidencia y los estándares internacionales, los técnicos en rehabilitación son recordados en el centro como actores inconsecuentes,

que generaban alianzas y sobrentendidos con los usuarios y manejaban de forma caprichosa y arbitraria los objetivos del tratamiento, cuyo eje central fue y sigue siendo la consecución de la abstinencia.

*Las terapias principalmente las llevaban los técnicos en rehabilitación (...) Cuando yo llegué había 3 técnicos, y antes también había habido, y la verdad es que no fueron buenas las experiencias con los técnicos en rehabilitación. (¿Qué pasó?) Por ejemplo, algunos tenían problemas de consumo. Entonces habían estudiado técnico en rehabilitación porque en su momento se habían rehabilitado. Esta idea de ayudar al otro que está en las mismas condiciones. Yo alcancé a conocer a dos, uno que a veces tenía sus recaídas, se desaparecía algunos días, y otro con un consumo ocasional. Quizás no lo dificultada tanto en su dinámica laboral, pero yo decía "bueno, desde donde te parai tú para ayudar a un otro que está en consumo dependiente (Entrevista a Asistente Social)*

Los técnicos en rehabilitación eran capaces en enrollar a otros actores, tales como los paramédicos, para mantener vigentes las técnicas, los discursos y los objetos de tratamiento que los dejaban a ellos en control del programa. Las terapias de confronto reeditan una autoridad basada en la experiencia, cuya eficiencia sociotécnica se sostiene en tener escasos objetos mediadores (libros, artículos, seminarios, cursos, manuales, etc.) y centrarse en la relación personal de cada terapeuta con los usuarios y usuarias. La cualidad de ser ex usuario de tratamiento, y exadicto (aunque dicho discurso se juega en ambivalencias que refuerzan la alianza personal), se convierte en un recurso central de la identidad de los técnicos en rehabilitación, que legitima su lugar en el confronto, y, a la vez, deslegitima los intentos de participación y posicionamiento de otros actores. Entre más duro es el “confronto”, más legitimidad adquiere el técnico en rehabilitación como único actor con la capacidad de llevar a cabo un proceso de estas características sin ser resistido por los usuarios. Esto, debido a la complicidad que significa haber pasado por el mismo proceso y el modelo de superación y reinserción laboral que supone el técnico para los usuarios y usuarias.

En el caso de los paramédicos no existe un pasado que los legitime en una dinámica de confronto, por lo que su rol se ancla más bien en una perspectiva autoritaria tradicional en espacios de salud mental, es decir, una postura

dominante, posibilitada por el contexto de internación, que se nutre de la autoridad médica, pero opera como un discurso moralista, sin el correlato, presuntamente beneficioso, que reivindica el técnico en rehabilitación (“tocar fondo para luego recuperarse”). El equipo se refiere a esta postura de los paramédicos como un resabio generacional, asociado a una concepción moralista y castigadora de los consumos de drogas, y como una expresión de las dificultades que, en general, tienen los funcionarios de la salud para comprender los procesos de recuperación asociados al tratamiento de consumos problemáticos. En la medida en que los usuarios del centro no responden de forma positiva e inmediata a los cuidados entregados por los funcionarios, y, por el contrario, recaen, se fugan o mantienen el conjunto de conductas asociadas al fenómeno de la adicción, se generan respuestas de confusión, frustración y molestia hacia los usuarios.

*cuando estaban estos tres técnicos en rehabilitación es que nos costaba sacarles ese estilo de trabajo a los paramédicos. Compartían las formas de intervención también. Un poco más autoritario, desde la confrontación”. (Entrevista a Asistente Social)*

*nos encontramos con limitancias, comentarios de un técnico paramédico, por ejemplo, "no, si estos hueones no cambian nunca, hay que tratarlos así nomás". Entonces, chuta, estamos trabajando con la persona. No entienden que, si vienen de situación de calle, o han estado 1 o 2 años en la calle, vienen con la calle encima. Entonces no puedes esperar que te pidan las cosas por favor a veces, o siempre de una forma adecuada porque no están acostumbrados, no tienen el hábito. La pega de nosotros es esa, volver a educar. Reeducar (Entrevista a Asistente Social)*

La desestabilización de la red sociotécnica controlada por los técnicos en rehabilitación implicó una transformación de los ejes morales del tratamiento, desde el enjuiciamiento personal e individual, hacia la construcción de perfiles de desviación y reeducación que racionalizan las intervenciones de la conducta y tienden a la despersonalización de los tratos cotidianos. Este punto es fundamental, porque el ensamblaje sociotécnico que representaban los técnicos en rehabilitación se sostenía fuertemente en el enrolamiento de los usuarios como actores cercanos y afectuosos que se relacionaban desde la empatía y la complicidad con los técnicos. Esto cambia radicalmente cuando

llegan nuevos profesionales a los centros de tratamiento y comienzan progresivamente a modificar la red sociotécnica.

*Cada terapeuta pone límites para que no se te suban por el chorro. Cuando yo llegué, yo desconocía esto, y un técnico en rehabilitación, una vez un usuario llegó, lo saludó con la mano y con un beso en la cara. Después con el TEN también, beso en la cara, y yo no sé si corresponde. (Entrevista a Asistente Social)*

Como señalan Apud y Romaní (2016), la psicología logra un lugar privilegiado en el campo de las adicciones ante las dificultades que tiene el modelo biomédico para sostener la idea de una dependencia física fuera del campo específico del alcoholismo. Probablemente esta complementariedad de miradas, que amplía la cantidad de categorías y sistemas de prácticas que operan en el campo de la adicción, sin afectar sustancialmente el paradigma de enfermedad y la individualidad como punto de partida de las operatorias técnicas, permite una convivencia cotidiana de psicólogos y médicos sin mayores complicaciones. No ocurre lo mismo con los profesionales que anteceden el dominio del modelo biomédico, como es el caso de los técnicos en rehabilitación, o todos aquellos actores que tensionan la mirada acerca del fenómeno de la adicción y su abordaje. La alianza entre la psicología y el modelo biomédico, cuya traducción se ubica en el modelo biopsicosocial, enrola y subordina rápidamente estas perspectivas divergentes.

*(¿Cuándo se modifica la técnica confrontacional?) Cuando empieza a cambiar es cuando llega otro coordinador (...) un psicólogo que ahora está en el COSAM de Puente Alto. Muy agradable. Él empieza a cambiar un poco, pero igual seguían las mismas personas, así que igual había confrontación. Estaba la técnico en rehabilitación (...) Ella era confrontacional. Era muy afectiva, pero muy confrontacional (...) Aparece [actual jefe de del centro], y seguían los técnicos aquí. Estaba el técnico que funcionaba como paramédico. Pero empezamos a saber cosas de él (¿Cómo qué?) Que, como era de noche, él bajaba con los chiquitos, los llevaba al pueblo, iban a jugar tacataca. Entonces la cosa se empezó a poner complicada así que se va esa persona. Pero siguen tres personas. Siguió un tiempo esto. Él [Actual jefe de tratamiento] estaba muy complicado con ellos, porque ellos tenían su manera de ser, tenían su alianza. Dos, sobre todo, (¿Alianza para qué?) Por ejemplo, "se va este cabro, y se va este cabro" tomaban*

*las decisiones. Ellos tenían mucha fuerza. (Entrevista a Educadora)*

*Cuando le pregunté al médico por qué, si el centro se ubicaba en un hospital y seguía protocolos de atención propios del sistema público de salud, él no tenía un rol relevante en las discusiones, me respondió: "En general los psicólogos llevan la batuta" (Cuaderno de campo, martes 17 de octubre)*

Las tensiones que derivan de los intentos de ajustar la identidad y el rol que cada actor ocupa en el centro de tratamiento se relacionan fundamentalmente con la forma de definir a los usuarios, el objetivo de tratamiento y los procedimientos para lograrlo. La perspectiva psicológica presente en el centro estudiado se centra fundamentalmente en la idea de un "yo auxiliar" que opera como andamiaje para que el usuario pueda adquirir autonomía progresiva. Ahora bien, los procesos involucrados en dicho paradigma terapéutico suponen la posibilidad de un cambio gradual entre la dependencia a las drogas, la dependencia al equipo terapéutico, y, luego, la adquisición de independencia para buscar la reinserción social, familiar o laboral. Los terapeutas ocupacionales son los encargados de gestionar esta parte de la tecnología, sin embargo, esta frontera manifiesta múltiples disputas discursivas y prácticas.

*La psicóloga dice: "hay que reforzar autonomía, autoimagen positiva. Importante que tenga ya una fecha de egreso para empezar a prepararse, postular al puesto de trabajo que él ya tiene identificado en el Santa Isabel [supermercado] y reforzar lo ocupacional y la higiene". El terapeuta ocupacional se siente interpelado y responde incomodo: "yo no lo voy a entrenar como a un niño de 5 años. Pelo, ducha, lavado (...). No adscribo al modelo de ocupación humana". La Psicóloga insiste: "Hay que trabajar higiene y conducta de Carlos en el centro y en el plan de salida. El otro día me dijo "traje esto papito", ¿cómo está? (risas de equipo)". El terapeuta ocupacional responde: "Va a salir trabajando objetivos, eso ya está claro, pero él quiere descansar, aliviarse del sistema, descansar de este sistema". La psicóloga refuta: "Si quiere descansar es porque no tiene consciencia de su enfermedad y su trabajo". El terapeuta ocupacional respira hondo y responde: "Bueno, pero no va a seguir el objetivo". En tono de molestia la psicóloga responde: "Pero es nuestra pega intensionarlo". El terapeuta ocupacional dice: "Sí, pero lamentablemente no tenemos tiempo para hacer un trabajo*

*de integración de objetivos". La psicóloga abre los ojos con indignación: "Todos tenemos la misma carga. Juan tiene 22 horas y lo hace, María 22 horas y lo hace ¿cuál es la diferencia contigo?". El trabajador social busca disminuir la tensión y dice: "Es importante que esta estructura él se la lleve y eso le permita mantener abstinencia". El terapeuta ocupacional cierra la discusión en un tono reflexivo: "Carlos se acostumbró a lo vicarial, no a lo reflexivo" dejando entrever que el fracaso en abstinencia no tiene que ver con la falta de planes u objetivos, sino, todo lo contrario, con la falta de autonomía y pensamiento propio". (Cuaderno de campo, 24 de octubre)*

Esta tensión se ubica en la construcción permanente de una frontera tecnológica en el campo del tratamiento de adicciones. El grupo de psicólogos del centro de tratamiento busca permanentemente anclar nuevos procesos técnicos en las salidas de fines de semana, las reuniones que desarrollan los usuarios entre ellos, y las propias subjetividades de los usuarios. La idea de que los usuarios y usuarias se encuentran “rumiando<sup>82</sup>”, permite al equipo terapéutico comenzar a indagar en los distintos planos de sus vidas para encontrar en cuál de ellos se ubica algún interés, práctica o perspectiva contraria al tratamiento. Bajo la perspectiva dominante del equipo técnico, los usuarios rumea cuando expresan malestar, disminuyen su motivación, discuten los objetivos o muestran desinterés, todo lo cual activa intentos de llevar el tratamiento a nuevos campos relacionales, valorativos, motivacionales o prácticos de los usuarios y usuarias.

*Rumiar es como decir que yo me estoy mentalizando en lo que los demás quieren que yo haga, y en decir lo que los demás quieren escuchar, pero no lo que a mí me convence. (¿Es como manipular?) Claro, es la manipulación. Piensan cosas y nos dicen a nosotros lo que nosotros queremos escuchar (ah perfecto) pero la intención de ellos es simplemente hacer tiempo acá (Entrevista a Paramédico)*

Por otro lado, el concepto de “contrato oculto” también construye una frontera técnica, esta vez ubicada en las interacciones que sostiene el usuario o usuaria con su entorno social. Bajo la perspectiva sociotécnica, el contrato oculto busca anular alianzas entre usuarios o incluso con actores del equipo técnico,

---

<sup>82</sup> La RAE define el verbo rumiar de la siguiente forma: 1) Masticar por segunda vez, volviéndolo a la boca, el alimento que ya estuvo en el depósito que a este efecto tienen algunos animales, 2) Considerar despacio y pensar con reflexión y madurez algo, y 3) Rezonar, refunfuñar.

que tengan por efecto la relativización o debilitamiento de alguna instrucción, objetivo o énfasis propuesto por el centro de tratamiento. En este sentido, el contrato oculto opera como discurso de interesamiento, en el sentido de ubicarse precisamente en las grietas de la red sociotécnica, evitando que las conversaciones o interacciones entre los distintos actores del centro comprometa la estabilidad de la tecnología.

*El encargado de la unidad femenina retoma la palabra y le explica a Karina el funcionamiento del centro "Aquí hay, ahora, 9 internas. Hay un grupo grande de profesionales y terapias todos los días. Se hace cargo de un oficio. Esto no es hotel. Tienes comida, agua caliente, y se levantan a las 7. Es un grupo estable, pero no exento de problemas. Aquí siempre hay contratos ocultos". Karina entiende el tono del encargado y responde "yo vengo a mejorarme, no a hacer amigas" (Cuaderno de campo, 12 de diciembre)*

Estas fronteras son especialmente relevantes para observar la reedición de racionalidades pasadas o desplazadas por la red sociotécnica vigente. En el caso de los contratos ocultos, la manera en que el equipo logra extender la frontera tecnológica declarada en su programa técnico es devolverle a la comunidad de usuarios la capacidad de entrometerse, denunciar y confrontar a sus compañeros. La comunidad ocupa el concepto de "amor responsable" para desarrollar estas acciones que reeditan la lógica confrontacional de las comunidades terapéuticas clásicas.

*Así se ejerce el amor responsable. Diciéndole las cosas como son. No podemos nosotros, si un compañero nos dice "Sabes que tengo ganas de irme, me siento preparado, me siento listo, siento que ya soy capaz", nosotros tenemos el deber de decirle al compañero "¿Sabes qué? estás mal, estás mal, porque el proceso no se ha terminado, te estás engañando, tal vez viene un consumo, hay personas que se han ido en la misma etapa que estás tú, y en este momento están recaídos, están mal, están mal afuera" (...) (¿Siempre el amor responsable coincide con lo que el equipo terapéutico le propone al usuario?) Sí, coincide, porque ese objetivo lo pone primeramente el terapeuta, ellos lo imponieron acá. Se relaciona bastante con eso. La diferencia, yo creo que puede haber, es que nosotros, los usuarios, tenemos la vivencia, nosotros somos hermanos del dolor, somos como hermanos del dolor, porque todos hemos sufrido, todos hemos pasado cosas. Acá situaciones de hambre, de necesidad, de calle, delincuencia, violencia,*

*en las casas, de parte de los papás, papás presos, papás traficantes, entonces nosotros tenemos la vivencia, la experiencia como para decirle a un compañero "¿Sabes qué? Nosotros vivimos esto, nosotros pasamos esto, esto es real, esto pasa y esto no pasa" (Entrevista a usuario)*

Por otro lado, la idea de control y producción de incomodidades para evitar que los usuarios y usuarias rumeen reedita una lógica carcelaria y punitiva. De hecho, es usual que el equipo use el concepto de interno e interna cuando expone las reglas del centro a las personas que ingresan, y desarrolle acciones de reubicación e inspección sorpresa del centro. Esto último se desarrolla bajo el concepto de "Terremoto", cuya consecuencia en algunos usuarios es la remembranza angustiada de experiencias carcelarias. El control sobre las llamadas o visitas de familiares o amigos que distraen a los usuarios (aislamiento) opera bajo la misma racionalidad carcelaria posibilitada o reeditada en estas fronteras tecnológicas, es decir, en estos espacios de interés que, si bien no se declaran espacios físicos o simbólicos de incumbencia de la tecnología, se mantienen vigentes en su operatoria cotidiana.

*es que me falta esto, es que me gustaría que estuvieras acá trabajando, que estés conmigo, que te echo de menos", puuu, y una tracalá de cuestiones. Entonces [las familias] le trabajan la mente al muchacho, y ahí empieza el paciente a rumiar. (Entrevista a paramédico)*

*Cuando se hizo un terremoto, el cambio de pieza, revisión de casillero, para ver el orden. (¿Cada cuanto se hace eso?) Es relativo. No se sabe cuándo (¿Un par de veces al año?) Podría ser un par de veces al año, dependiendo de cómo está el ambiente en la comunidad. Si la comunidad está con mucho conflicto, mucha disyuntiva entre los usuarios, mucha complicación entre ellos mismo, se hace cambio de pieza, cosa de ordenar quien puede estar con quien en la pieza. Separar a los que tienen conflictos. (Entrevista a paramédico)*

*Todos tienen cigarros escondidos (¿Por eso se hacen terremotos?) Sipo, pa que aparezcan. Yo también tengo escondidos, pero no me los encuentran (risas). Ellos saben que fumamos más de 8 cigarros diarios, entonces entre que nos promuevan esto de seguir haciendo las cosas a escondidas, mejor que muestren sus cigarros para no andar haciendo cosas escondidos como si anduviéramos haciendo algo malo, porque al final vai a sentir que estai haciendo algo negativo. Fúmate tus cigarros tranquilos y no andis como delincuente. (Entrevista a usuario)*

La idea de no normar las salidas de fines de semana constituyó una de las luchas que se desarrollaron en las reuniones del equipo entre la psicóloga y el terapeuta ocupacional del equipo, cuyos impactos se relacionan directamente con el programa y el campo de objetos del centro. El “Plan de salida” constituye uno de los instrumentos que busca enrolar e inscribir en la red sociotécnica del centro todo el campo discursivo, relacional y objetual en el que se desarrolla el usuario o usuaria durante sus salidas de fin de semana.

Desde la perspectiva del terapeuta ocupacional, estas inscripciones constituyen ejercicios de sujeción que imposibilitan un cambio efectivo hacia la adquisición de libertades y autonomías. La emergencia de estos mecanismos modulares, blandos y personalizados de control (Deleuze, 1990), tales como aquellos que se relacionan con estrategias terapéuticas de autocuidado o autocontrol monitoreado, tensionan fuertemente la red sociotécnica hacia una racionalidad policial que tiende a quebrar las dimensiones sociales y habilitantes de la tecnología que sostienen otros actores del centro.

La forma de usar el deporte como recurso terapéutico también se tensiona entre el bienestar subjetivo y la necesidad de gestionar las convivencias de los modelos tradicionales de comunidad terapéutica. En el caso de los medicamentos, nos encontramos con solapamientos entre una racionalidad biomédica centrada en la enfermedad y una racionalidad de control comunitario que salvaguarda los imperativos de convivencia de las comunidades terapéuticas clásicas.

*(...) hacemos una extradeportiva. Cosa de mantenerlos ocupados y cansados, cosa que llega la hora del medicamento, se toman el medicamento más el cansancio y ¡puf! y se van a acostar solitos. (Entrevista a paramédico)*

*Si una persona hace un ejercicio pensando "Voy a fatigar a esta persona. Al extremo de la fatiga. Hágame 20 lagartijas, 20 abdominales, después me sube y me baja el cerro, sin tomar agua". Es probable que algunos de estos centros [energéticos] que están bloqueados se bloqueen más. (Entrevista a terapeuta ocupacional)*

## 5. Religión, espiritualidades y concepciones de hábito

Por otro lado, tanto en la cotidianidad del centro como en las sesiones de discusión técnica, la religión es un tema de discusión recurrente. En ocasiones, el equipo se muestra completamente contrario al uso de argumentos religiosos, sin embargo, en la medida en que se abren espacios de profundización en torno al programa, los actores se muestran más abiertos al uso de algunos recursos de este tipo. Ahora bien, esta apertura suele operar bajo un marco de traducción que redefine los contenidos religiosos utilizando conceptos y técnicas propias de la psicología.

*Al termina la entrevista con Matías le pido ocupar el PC de la oficina. Al ocuparlo, cierro por error el reproductor de música. Le pido disculpas y me dice: "no, tranquilo, si pongo música cristiana porque me tranquiliza". Le pregunto si es cristiano "Sí, pero yo no hablo de eso con los internos, a menos que ellos me pregunten. Si no después pueden andar diciéndole a Israel [jefe del centro] "Nahh, si el Matías anda puro hablando de Cristo y de Dios" y eso no estaría bien. (Cuaderno de campo, 28 de octubre de 2017)*

*Psicólogo dice: "Los psicólogos tienen que saber hacer su pega, basarse en conocimiento científico, sino el trabajo aquí se llena de otras cuestiones religiosas, que se yo". (Cuaderno de campo, 13 de octubre de 2017)*

*Creer que todo esto que estás viviendo se va a compensar en otro lugar. Se genera una suerte de aceptación que te permite avanzar. No es aceptar desde la resignación, eso es más vacío. La aceptación es hacer algo (¿Funciona más como un colchón entonces?) Claro, como un colchón. Desde ese punto de vista la espiritualidad es un soporte importante". (Entrevista a psicóloga)*

Un punto interesante de estas traducciones religiosas que se incorporan al programa bajo la idea de espiritualidad o soporte se relaciona con la incorporación progresiva del budismo en la perspectiva psicoterapéutica. Si bien las técnicas corporales siempre han tenido un lugar relevante en el tratamiento de consumos problemáticos, de hecho una de las primeras comunidades terapéuticas (CT Colina) en Chile utilizaba el yoga cuando

dicha práctica era completamente desconocida para el resto de la población<sup>83</sup>, las traducciones que es posible observar en la discusión específica que desarrolla este equipo técnico ubican los contenidos religiosos en espacios más amplios y controvertidos, que incluso entran en conflicto con los mecanismos de monitoreo institucional de las políticas públicas.

*Psicólogo: "Salió un nuevo modelo de prevención de recaídas con énfasis en el mindfulness, que toma lo de Marlat pero lo mezcla con meditación. El mindfulness toma el budismo, pero lo sistematiza a la gringa, 8 sesiones" (Cuaderno de campo, 8 de enero de 2018)*

*(...) lo más contemporáneo con limítrofes, que es la mayoría acá, que es lo de la Marsha Linehan, una psicóloga estadounidense, cognitivo conductual. Estructuró un modelo para limítrofes y es el que tiene más evidencia, así que se está ocupando en todas las clínicas privadas, se llama DBT, en inglés es Dialectic Behavioral Therapy, terapia conductual dialéctica. Es un modelo cognitivo conductual, vale decir, bien esquematizado, didáctico, que los pensamientos, tipo de creencia, eso que te lleva a cierta emoción, a cierta conducta, con experimentos conductuales, etc. Pero con una mezcla con budismo zen, que tiene que ver con la aceptación de sí mismo. (Entrevista a psicólogo)*

*El gestor de calidad sigue leyendo y se encuentra con un párrafo del programa que la psicóloga estaba construyendo en la última sesión. "¿Quién es Linehan?" pregunta el gestor. La psicóloga responde "Es una entre varios autores del marco intersubjetivo relacional. Ella, específicamente es DBT" Yo no comprendo a qué se refiere, y los demás participantes de la reunión tampoco parecen estar familiarizados con estos conceptos. El gestor de calidad responde "Tiene que observar también nuestras definiciones institucionales. Quizás no ahora, pero es necesario integrar enfoques. Desarrollando una mirada propia. Tomar los distintos autores y tener algo propio" Psicóloga responde "Lo hacemos al revés, ¿qué hacemos acá? y luego vamos tomando autores" De este modo la psicóloga se muestra desafiante frente al gestor de calidad. (Cuaderno de campo, 31 de octubre de 2017)*

*(¿Tiene alguna cabida lo religioso?) Acá no se impone una religión. En la ficha de ingreso se pregunta si práctica alguna religión. (¿Qué relevancia tiene?) Saber desde que marco espiritual o religioso se para el usuario. Por*

---

<sup>83</sup> Información obtenida en entrevista con la psicóloga Selva Careaga, ex directora de centros de tratamiento y jefa del área de prevención de SENDA.

*ejemplo, saber cómo esa religión la podemos tomar para que se convierta en un factor protector. Si practica una religión quizás podemos tomar eso para lo ayude el día de mañana. Leer la biblia, rezar en la noche. (¿No se generan grupos?) Pocas veces, usuarios evangélicos, 4 o 5 y ahí puede que se junten un poco más. Una vez también vino un pastor los días sábado y todos los que querían participar iban. (Entrevista a asistente social)*

Si bien aparecen elementos budistas en los enfoques que actualmente opera el equipo técnico, el discurso que sostienen los profesionales del centro busca distinguir, sin mucho éxito, todos aquellos recursos sanadores o reparadores, que emergen de la espiritualidad, los buenos tratos, el medio ambiente, la alimentación u otras fuentes de bienestar, de aquellos otros, propiamente terapéuticos que emergen de una técnica basada en ciencia, profesionalizada, y que opera bajo estándares de calidad.

El fracaso de esta distinción clave para sostener la jerarquía interna del centro, se relaciona fundamentalmente con la imposibilidad de atribuir resultados positivos en los usuarios o usuarias a un esquema ordenado de conocimientos y procedimientos transversales a todas las disciplinas presentes en el tratamiento. De hecho, cuando el discurso se vuelve disperso, se desdibuja la distinción entre recursos sanadores y terapéuticos, y los actores comienzan a valorizar en demasía otras fuentes de bienestar, entonces emerge una tendencia que atribuye a las sesiones de terapia psicológica los logros más relevantes del tratamiento. Este atrincheramiento en la terapia psicológica, que funciona bien para retomar el control de la tecnología frente a los usuarios o usuarias, genera hacia adentro del equipo una serie de tensiones. La gran mayoría de las acciones que se realizan en el centro no se inscriben en la terapia psicológica, sino más bien en los buenos tratos, la educación de hábitos, o la escucha, y los actores que las operan reivindican pronto su importancia para el tratamiento.

*La psicóloga señala: "Todo lo que se hace en este lugar es terapéutico, puesto que las drogas han deteriorado todos los ámbitos del individuo" (Cuaderno de campo, 2 de octubre de 2017).*

*El terapeuta ocupacional cuestiona la valoración neutra de lo "terapéutico": "Bueno pero una cosa es la conciencia y el insight del usuario y otra cosa es lo que quiere el*

*terapeuta (...) la consejería debería ir de la mano de la psicoterapia, y entonces debe haber un director de orquesta, y la que tiene formación terapéutica es la psicóloga" El trabajador social cuestiona la forma en que este define lo terapéutico como una unidad de saberes y técnicas expertas propias de la psicología y refuta: "con el tiempo todos adquirimos habilidades terapéuticas". (Cuaderno de campo, 24 de octubre de 2017).*

En el caso de la terapia ocupacional, el trabajo de campo muestra tensiones relevantes que se asocian a las funciones del cuerpo, específicamente a su relación con el trabajo, los hábitos y el diario vivir. Este espacio técnico es formalmente liderado por terapeutas ocupacionales, quienes operan especialmente bajo un enfoque de AVD (Actividades de la Vida Diaria, tales como rutinas de higiene, alimentación, autocuidado y sociabilidad) dada las escasas opciones de trabajo socio ocupacional que ofrecen los dispositivos residenciales. En esta línea se definen desafíos ocupacionales asociados al fenómeno de la adicción que legitiman el lugar de las técnicas ocupacionales en el tratamiento, tales como el abandono progresivo de hábitos asociados al consumo (levantarse tarde, no comer bien, aislarse, no asearse, etc.), o la superación de la incapacidad de manejar dinero u otros recursos sin usarlos para adquirir drogas.

Sin embargo, este campo es disputado por otros múltiples actores que abordan las ocupaciones o el ritmo cotidiano del cuerpo adicto desde otras lógicas, tales como la educación física y su intención de cansar, desgastar y apaciguar a los usuarios del centro, o una lógica de producción de alimentos que se desancla de las necesidades de intervención ocupacional de la persona y se ubica en el financiamiento e imagen institucional del centro en el contexto hospitalario. Probablemente la disputa más interesante se observa en torno a la psicocalistenia, una corriente terapéutica que busca intervenir las funciones del cuerpo desde un paradigma asociado a los flujos de energía vital, y realiza interpelaciones en los recovecos de una religiosidad poco explorada, con origen en el hábito sacerdotal, y que emana códigos de conducta marcados por la disciplina, la reiteración o el ritualismo, la paciencia y la subordinación.

Si bien en otras experiencias de centros de tratamiento había constatado la presencia de técnicas asociadas al hinduismo, el yoga o la meditación, en este

caso, la psicocalistenia busca trazar una trayectoria técnica central que redefine los abordajes ocupacionales y los conecta de una forma distinta con las necesidades del cuerpo del adicto. Este posicionamiento supone una desvalorización, una forma de suspender otras miradas ocupacionales que se centran en la corrección permanente, la regulación por obligación, o el aprendizaje corporal por reiteración, entendiendo las deformaciones de la conducta como una consecuencia del consumo problemático. Por el contrario, la psicocalistenia busca explicar una relación bioenergética entre la conducta de consumo abusivo y el bloqueo de ciertos núcleos o centros funcionales que deben ser liberados mediante un trabajo de flexibilización y permeabilización progresiva, anulando un abordaje externo de carácter normativo o el uso de medicamentos que operan a nivel superficial o sintomático.

La forma de disputar estas problematizaciones y cursos de acción se desarrolla mediante una legitimación disciplinaria y científica de este abordaje, y su puesta en diálogo directo con las demás disciplinas del área ocupacional. La persona que desarrolla la psicocalistenia en el centro estudiado es un profesional terapeuta ocupacional, que localiza su formación bioenergética en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. A partir de ese primer nudo de legitimidad avanza a través de alianzas con libros y autores que disputan la integridad de otros campos de conocimiento en el centro, especialmente el de la psicofarmacología y la psicología cognitivo conductual. En esta línea se destaca un posicionamiento que integra la perspectiva de Carl Gustav Jung, Wilhelm Reich y Claudio Naranjo, y despliega principios de trabajo técnico desarrollados por Óscar Ichazo en el Instituto Arica.

Estos avances heterogéneos en el plano de la terapia ocupacional logran alianzas relevantes, especialmente con el psicólogo de la unidad femenina y varios usuarios o usuarias que valoran estas perspectivas de trabajo. Sin embargo, prontamente la forma, más que el fondo, comienza a configurar un nudo de tensión y alineamientos en contra de la psicocalistenia. Desde la racionalidad managerial que ordena el trabajo en el centro, la formalización, la producción de archivos, el llenado de fichas y archivos del paciente constituye un eje fundamental de la legitimidad. Este territorio de la red

sociotécnica es descuidado por las personas que impulsan las fuerzas reformistas de la terapia ocupacional, y su principal interprete comienza a ser acusado de ser una persona floja, descuidada y negligente en su relación con los y las usuarias.

El destino del terapeuta que impulsa la psicocalistenia es muy ilustrativo de la forma en que mutan las redes sociotécnicas sin comprometer su integridad, puesto que sus dinámicas de cambio no se centran en la expulsión activa o violenta, sino más bien en el aislamiento y el desprendimiento. Estos aislamientos, operados por las secciones de mayor poder de la red, inhiben la capacidad de interpretación y traducción de estos actantes rebeldes impugnadores del status quo. En el caso de la psicocalistenia, el jefe del centro y sus aliados más cercanos, procuraron asignar una identidad “mística” a esta sección de la red, inhibiendo su capacidad para aliarse con el discurso científico y profesionalizante, a pesar de sus esfuerzos. En la misma línea se disminuyó su capacidad de hablar durante las reuniones clínicas y discusión del programa.

Este aislamiento progresivo puso en crisis también las relaciones de esta investigación, en el sentido de recomendarme no entrevistar al terapeuta. Unos días después de que se me solicitará no realizar la entrevista, que de todos modos fue realizada una vez que expuse una mayor diversidad de argumentos al jefe del centro, el terapeuta fue finalmente despedido. De este modo, la salida del terapeuta se revistió de naturalidad y necesidad, esgrimiendo una baja participación, poca conexión con el resto, escasa capacidad de exponer fundamentos, y una mala relación con los instrumentos ordenadores del quehacer cotidiano del centro. El terapeuta percibe este aislamiento y etiquetamiento en la entrevista realizada, al punto de sentir cierta desconfianza sobre el lugar que ocupó yo en el diálogo entablado.

*Entonces es un principio físico, mayor apertura mayor vulnerabilidad. Es lo que me está pasando aquí ahora a mí también, que digo "¿Será entendido esto, o será llevado a qué esfera?" porque mis rasgos persecutorios también se activan (¿Cuándo?) Ahora. ¿por qué te digo esto? porque los que nos dedicamos a esta área formamos parte de una corte de personas que es considerada bien loca. Porque cómo es esto de la energía. Por eso viene mi jefe y dice "Ah,*

*que es esa huela de la psicocalistenia" (Entrevista a terapeuta ocupacional de unidad femenina)*

Ahora bien, esta frontera entre lo legítimamente espiritual o religioso, y lo loco, místico o pachamámico, tiene que ver con estos intentos de mover el cerco hacia el centro operativo de la tecnología. El caso estudiado muestra que la psicocalistenia tenía un lugar legítimo que ocupar en un plano accesorio de recursos terapéuticos que complementan a las técnicas disciplinaria que dominan la red, entre las cuales se encuentra la terapia ocupacional más cercana al AVD. Sin embargo, el terapeuta quiso remecer las bases de problematización del centro y reconfigurar las alianzas humanas y no humanas que se tejieron en torno a dichas formas de pensar y actuar frente al cuerpo o el hábito del usuario o usuaria.

Esta distinción rígida, que deviene en altos niveles de multiplicidad y heterogeneidad, puesto que prevalece la convivencia segmentada en los márgenes de la tecnología de tratamiento, en vez de la sustitución o el cambio tecnológico en su centro, constituye una respuesta adaptativa frente a las críticas y la necesidad de retomar la legitimidad de las comunidades terapéuticas. Un foco relevante de esta forma de operar se encuentra en sus orígenes, puesto que las comunidades rurales New Age de posguerra en Estados Unidos se encuentran cruzadas por elementos místicos o nuevas formas de espiritualidad (Ruiz, 2002), que, luego, en el campo específico de las comunidades terapéuticas, deben ser redefinidas hacia finales del siglo XX frente al fracaso rotundo de las experiencias orientadas bajo estas racionalidades.

Sin embargo, estos sustratos espirituales y religiosos se niegan a abandonar a las comunidades terapéuticas y retornan periódicamente a enlazar aquellas partes menos cohesionadas de la red. Estas secciones que crujen suelen ser aquellas que procesan la relación entre el cuerpo y la subjetividad.

## **6. El discurso clínico**

Algo similar, pero con mayor rigidez, opera en el campo de "lo clínico". El discurso clínico busca dotar de mayor profundidad histórica y disciplinaria los procedimientos del centro, ubicando en el centro a la psicología y la

psiquiatría como fuentes de conocimiento y metodología. Sin embargo, esta búsqueda de legitimidad adolece dos problemas fundamentales. En primer lugar, los profesionales o técnicos no psicólogos o psiquiatras del centro adolecen esta mirada clínica que ubica en una mayor jerarquía de calidad los recursos provenientes de esas disciplinas. Sin embargo, ello suele gestionarse mediante la revitalización de una alianza histórica entre psicólogos y trabajadores sociales (“Dupla psicosocial”) que, a la vez que legitima el área de experticia de los psicólogos en torno a cuestiones clínicas, reserva un campo de competencias exclusivas en torno a cuestiones sociales. Ahora bien, en un equipo diverso, que convoca a técnicos, médicos, educadores y paramédicos, esa repartición de competencias o áreas de experticia se tensiona fuertemente.

Un segundo problema del discurso clínico se relaciona con la necesidad permanente del centro de movilizar discursos que restrinjan el campo de acción de los usuarios y usuarias mediante argumentos de autoridad, sin parecer demasiado autoritarios. El discurso clínico es utilizado, especialmente por su director, para justificar decisiones que no pueden ser explicadas o argumentadas adecuadamente frente a los usuarios o usuarias. Esto genera una fuerte presión comunitaria hacia el concepto, cuya fuerza teórica y metodológica no logra contenerla demasiado tiempo. De esta forma, el discurso clínico suele emerger en períodos muy acotados de tiempo durante el transcurso de las distintas generaciones de usuarios y usuarias, puesto que pierde rápidamente su legitimidad, y es utilizado en momentos críticos de obturación técnica, esto es, momentos en que la tecnología no puede develar su operatoria profunda y por lo tanto se oculta detrás de un entramado discursivo inaccesible para el usuario o la usuaria.

Esta imposibilidad de circunscribir adecuadamente el discurso clínico se relaciona estrechamente con el enfoque de trabajo específico que movilizan los equipos técnicos, puesto que una operatoria con mayor énfasis en lo conductual suele requerir con mucha mayor frecuencia el ocultamiento de argumentos y decisiones técnicas, ya sea por una anticipación de movimientos terapéuticos que desarticulan la relación entre lo cognitivo y lo conductual (“ya se dará cuenta”), o bien, por la renuncia a configurar una

relación reflexiva con los usuarios o usuarias. En la unidad femenina del centro de tratamiento, lo clínico suele ser un espacio más estable puesto que, en coherencia con una apuesta de mayor reflexividad, se encuentra abierto para las usuarias, y por lo tanto no puede ser movilizado para obturar decisiones. Por el contrario, el enfoque más conductual de la unidad masculina suele poner lo clínico en un lugar escasamente alcanzable para los usuarios, de tal manera que se habiliten estrategias de ocultamiento.

*(...) otras oportunidades donde efectivamente primero se atacaba la conducta, dejando de lado un poco los aspectos más internos, se hacía menos "insight", menos mirada para adentro, y al final no funcionaba, porque lo que hacía es racionalizar el cambio, entenderlo desde el concepto cognitivo nomás, pero no vivirlo, no sentirlo, entonces se hace poco significativo" (¿cómo operaba eso en otros tratamientos?) "Así po, se atacaba la conducta (¿pero les decían que hacer?) Claro, había que hacerlo nomás, había que hacerlo y cambiar conducta, y la profundización del por qué, o las cosas que venía sintiendo por esos mismos cambios, no eran tan significativos en la conversación diaria o en la terapia. Entonces, al final no terminabas sintiendo el cambio, ni siquiera lo entendías, era una conducta aprendida nomás, era mecanizado. (Entrevista a usuario)*

Una tercera categoría discursiva movilizada por el equipo técnico se relaciona con la adicción como una enfermedad crónica. Esta conceptualización se ancla en investigaciones neurobiológicas (citas), y entra en el discurso del centro como un mecanismo de enjambrazón, en el sentido de que el usuario se lleva esta conceptualización fuera del centro, a su hogar, su trabajo, su grupo de amigos, y se mantiene dialogando con el discurso del tratamiento, y modulación, en el sentido de que el discurso hace referencia a un fenómeno biológico muy específico que puede ejercer diversas formas de control en función de las características específicas del usuario, y lo interpela desde el autocuidado. Este concepto es clave para aliviar la presión sobre las prácticas y discursos presenciales del equipo técnico. Se trata de la constatación de un hecho, más que de la problematización de una conducta o un daño social, por lo cual los procedimientos técnicos adquieren un referente objetivo o natural.

Algunos miembros del equipo técnico integran esta categoría de enfermedad en todas sus prácticas, y la creen con firmeza, sin embargo, otros miembros

la usan solo de manera estratégica, e incluso otros la consideran contraproducente. En el caso de los usos puramente estratégicos, la categoría de enfermedad sirve para que los usuarios y usuarias se preocupen de su salud, acudan periódicamente al centro u otro dispositivo de salud para consultar y reforzar sus logros terapéuticos, y se mantenga motivados para cambiar sus prácticas de consumo. Sin embargo, desde la perspectiva del médico del centro de tratamiento, esta categoría muestra efectos contrarios, puesto que, al relacionarse con una enfermedad, los usuarios y usuarias buscan traspasar su preocupación y las acciones terapéuticas a un dispositivo tradicional de salud. Como señalamos anteriormente, este traspaso se monta sobre el concepto de paciente y desarticula todo el plano de motivaciones, reflexiones, prácticas y subjetivaciones que el equipo busca activar en los usuarios y usuarias. En este plano, la conciencia de enfermedad los desmotiva y los ubica en una posición dependiente y pasiva frente al dispositivo de salud.

Para los profesionales que defienden el uso de este concepto, este momento de pasividad puede ser revertido en el mediano plazo mediante la idea de cronicidad, puesto que de esta manera se suspende la entrega de una solución definitiva al problema y se rearticulan los recursos de motivación, autorregulación y cambio que busca el equipo. Esta conceptualización de la enfermedad dialoga bien con la metáfora del andamiaje, puesto que permite estrechar una alianza con el usuario, en términos de una delegación inicial de las formas de pensar y actuar (“dejarse tomar”), para luego construir recursos de autonomía.

Lo cierto es que ninguno de estos tres adjetivos (terapéutico, clínico o mórbido) logra estabilizar definitivamente el terreno de ensamblajes del equipo técnico, puesto que permanecen o incluso se acentúan las diferencias y disidencias entre ellos. Probablemente el concepto que logra mayor transversalidad y capacidad de enlace en el interior del equipo técnico sea el de hábito o habituación, puesto que este permite traducir sus componentes disciplinarios, de sujeción terapéutica, sujeción a la norma, pero también de sus dimensiones educativas, promotoras, y habilitantes. El problema es que la noción de hábito, o tener un “Mal hábito” entra permanentemente en

conflicto con la naturaleza sanitaria del dispositivo, y la presión que ejerce la política de drogas por objetivar el daño que producen las drogas ilegales.

Ante las dificultades que experimenta el equipo técnico para definir y legitimar una perspectiva ordenada y estable de operación, se monta una estrategia managerial que privilegia la programación y la institucionalización por sobre la fortaleza teórica y metodológica de las apuestas terapéuticas.

## **7. Armar el Frankenstein**

*Del programa del 2007 hasta ahora algo ha mejorado, pero yo lo leí en extenso cuando llegué. Me costó mucho leerlo. Ahí es cuando mi amigo usa el termino Frankenstein. (¿El de acá del femenino?) Y el otro igual. Aquí hay una supremacía de algo conductual y también lo que postula mi amigo en la línea más integrativa, humanista, con algunos condimentos. Pero lo modular es conductismo, duro. Al verlo escrito te das cuenta de que fueron ensambles que no necesariamente había una comunión en eso, en el sentido de integrar lo que trae cada terapeuta. Entonces cuesta mucho hacer algo en la práctica si no está ahí descrito como algo que sea nuestra línea, nuestra biblia, nuestro Corán. (Entrevista a terapeuta ocupacional)*

El programa tiene un estatus fundamental en el desarrollo del tratamiento, puesto que materializa enfoques, decisiones, gestiones, y, fundamentalmente, relaciones de poder. El programa deja estático durante un período de tiempo el resultado de una disputa, y, como tal, deja ver en su cuerpo trazos discontinuos, intentos de traducción, interrupciones en la reflexión, éticas o marcos teóricos incompletos que no logran tocar sus premisas fundamentales. El programa enuncia perspectivas que no logran tomar consistencia y operan más bien como gestos desprovistos de un arraigo real en el sentido que buscan originalmente los actantes que los impulsan. De esto se deriva una falta de identidad u orfandad característica de la figura literaria de Frankenstein. El programa entendido como Frankenstein no rechaza los discursos que propone la red sociotécnica, sino que los integra de forma tal que puedan ser traducidos bajo un paradigma sociotécnico específico y dominante de la red, lo que supone acotar sus agencias específicas a un plano marginal. Esta marginalidad, si bien mantiene en vigilia la estabilidad de la tecnología, en la medida en que se trata de un acuerdo frágil entre perspectivas

permanentemente disconformes, permite durante un período acotado de tiempo su representación y desplazamiento legítimo.

*Hay un modelo [familiar] que está chapoteando en el agua. No sé cómo llamarlo, no se le ha dado un nombre. Consiste en que tomamos el Frankenstein, distintas formas de pensar, cosas que resultaron antes, alguna universidad que investigó. Un pegote po. (...) Nosotros decimos que la familia es super importante, está escrito en el programa, todos hablan hasta por los codos de eso, como si tuvieran una enorme fuente de recursos en la familia, y resulta que poco trabajamos con la familia. Una actividad. (Entrevista a terapeuta ocupacional)*

La disconformidad emerge en la constatación de que aquello enunciado en el programa no tiene consistencia real, y opera como una integración fallida, un “pegote”, es decir, algo que se trató de incorporar al cuerpo del programa, pero que amenaza con caerse en cualquier minuto. La traducción seduce, en algunos casos, y obliga, en otros, a los actantes a alinearse detrás de este ejercicio heterogéneo e híbrido, sin embargo, los representantes de cada parte presente en el cuerpo del programa denuncian prontamente una traición.

El problema es que el ensamblaje sociotécnico no se somete definitivamente a los actantes que dominan la red y prontamente esta materialidad adquiere agencia propia. El programa comienza a demandar de la red de actantes una serie de gestiones burocráticas asociadas a aquellos elementos integrados de forma desorganizada e incoherente, lo que supone una alta carga de trabajo para el equipo técnico, una desazón ritualista en el trabajo cotidiano y la imposición de una serie de dificultades prácticas en la gestión del centro de tratamiento. En este sentido, la figura de Frankenstein denuncia la pérdida de control sobre una tecnología que adquiere valores propios y amenaza con controlar espacios relevantes para el equipo técnico, debido a una presunta premura o falta de prolijidad en el ejercicio de ensamblaje.

*Si el equipo no tiene estructura ¿cómo le vas a dar estructura a ellas? [se refiere a una situación ocurrida en el taller familiar, días antes de navidad, en la cual el equipo entregó instrucciones contradictorias sobre la posibilidad de salir del centro para estar con sus familias. En un principio dijeron que nadie podía salir, pero ante el llanto de algunas usuarias, el equipo comenzó, sobre la marcha, a proponer criterios para decidir quién salía, lo cual fue fuertemente*

rechazado por las usuarias] *Es que no hay coherencia en cómo se toman las decisiones. No vas a entender cómo se toman las decisiones. Por eso se arman problemas, porque obviamente las chiquillas se van a defender "¿por qué a ella sí y a mí no?". De hecho, el programa no tenía ni visión ni misión. Es un copy paste de otras cosas, pero mal copiados, ni siquiera citado, copiado. Entonces el final es un Frankenstein.* (Entrevista a técnico en rehabilitación)

Ante la desazón del equipo frente al programa y su agencia en la cotidianidad del centro, cabe preguntarnos si es posible ensamblar de buena manera un instrumento de estas características. Las situaciones y diálogos observados dan cuenta de un ejercicio de traducción que asocia múltiples racionalidades históricas vinculadas al mundo de las drogas (religión, comunidad, psicología, medicina, confronto, deporte, trabajo, etc.) en un mismo nivel de materialidades manageriales, que imponen textos y esquemas discursivos rígidos asociados a un imperativo cuantificador y evaluador. En este sentido, el encuentro de estas racionalidades históricas en un mismo y único cuerpo de inscripciones deriva en exclusiones obligadas y acoplamientos fallidos.

Ahora bien, esto no significa que las racionalidades históricas del tratamiento dejen de operar por su exclusión o integración precaria en el programa, sino que se mantienen permanentemente marcando microlibertades o microresistencias (Certeau, 2000) y habilitando el cambio tecnológico en función de las correlaciones de fuerza que se generan entre los actores que se encuentran en el ejercicio de traducción y representación. Tal como señala John Law (2003), las tecnologías no operan “a pesar” de la convivencia entre distintas formas de orden, o racionalidades técnicas, sino, por el contrario, gracias a dichas forma de multiplicidad, en tanto las formas de organización unívocas o puras resultan impracticables debido a su incapacidad de gestionar diferencias radicales. Esto es fácilmente rastreable en los centros de tratamiento, en cuyas formas de organización conviven lógicas médicas, psicoterapéuticas, ocupacionales, religiosas, deportivas, comunitarias, educacionales, penitenciarias, entre otras, todas las cuales se alinean con objetivos contingentes que varían entre la abstinencia, la calidad de vida, la integración, el bienestar familiar, la reeducación, la seguridad pública o la sostenibilidad autorreferente del modelo comunitarista. En este sentido, el programa, denostado como un Frankenstein, constituye un ejercicio de

unificación necesariamente fracasado para brindar viabilidad a la tecnología de tratamiento, a pesar de la frustración que supone para los distintos miembros del equipo observar fenómenos de traducción, apropiación y desplazamiento de las definiciones y metodologías que cada uno de ellos busca posicionar favorablemente en las materialidades que conducen el centro de tratamiento.

La obturación y opacidad de las tecnologías, cuyas premisas esenciales son precisamente el ocultamiento de esta construcción histórica de sus componentes, mantiene vigente una idea de linealidad, homogeneidad, integración y estabilidad de las tecnologías que frustra a los equipos técnicos. Frente al equipo técnico, este ideal de homogeneidad contenido en un programa se presenta de manera deformada, alienada y amenazante. En este sentido, la pretensión de naturalizar las relaciones de poder contenidas en los objetos del tratamiento de consumos problemáticos (espacios físicos, manuales, programas, estadísticas, seminarios, etc.) imposibilita una comprensión profunda acerca de los procesos de traducción que derivan en ensamblajes siempre contingentes y frágiles. La posibilidad de contactar la multiplicidad y heterogeneidad de las tecnologías de tratamiento, mediante un diálogo híbrido (Callon, et al., 2009) entre los equipos técnicos y la ciudadanía en general, constituye un ideal humanizador y democratizante de las tecnologías que evita todas las abominaciones proyectadas en la figura de Frankenstein.

## **8. El pelo demasiado largo**

Si el equipo no puede asumir la heterogeneidad de sus ensamblajes terapéuticos, y se monta sobre un esquema managerialista que reduce sus prácticas y discursos mediante el diseño de un programa único de tratamiento, entonces las formas de definir los mecanismos de inclusión y exclusión de personas en el centro sobrepasan el campo de los enfoques y las disciplinas del equipo técnico y se ubican en la relación con los usuarios y usuarias. Esto significa que la discusión técnica pierde eficiencia en la definición de estos mecanismos producto de una sobre simplificación de sus contenidos para lograr una suerte de coherencia, linealidad y unidad programática.

El equipo suele enfrascarse en fuertes discusiones cuando se pone sobre la mesa la necesidad de expulsar a alguien del centro. Esto se debe a que la simplificación del fenómeno de los consumos problemáticos deriva en estándares o expectativas de comportamiento que resultan absurdos al interior de un centro de tratamiento, especialmente en relación con la impulsividad, la conflictividad, los problemas relacionales, o la vuelta reiterada al consumo.

*A la hora de almuerzo nos quedamos en la plaza del pueblo compartiendo una bolsa de papas fritas con cuatro de los profesionales de la unidad femenina. El psicólogo se refiere a las recientes expulsiones del centro: "Si el problema del usuario es controlar sus impulsos, no lo puedes echar por eso, es como si te echaran de una peluquería por tener el pelo demasiado largo (...) Llegué aquí y tenía una adherencia del 40% y ese nivel era normal para los estándares chilenos. Hoy tengo un 80% y es porque dejamos de echar gente (...) La adherencia no es tanto lo dispuesto que está el usuario a quedarse, sino cuan dispuesto está el equipo a tratarlo. Yo les digo, entonces, pongamos que no se reciben personas con complejidades mayores al puro consumo. Pero es imposible porque no hay servicios específicos para cada problema. Hay que saber trabajar con estas complejidades, no rehuirles" (Cuaderno de campo, 16 de octubre de 2017)*

Lo interesante de esta expresión no es solo la equivocación evidente y permanente a la hora de definir qué es lo que se trata o no en el interior del centro, sino, también, que las expulsiones constituyen una piedra angular de la mantención en el tiempo de estas tecnologías de tratamiento. El pelo demasiado largo es una arbitrariedad evidente que, no obstante, está a la base del ensamblaje estudiado, lo cual implica la cotidianidad de un absurdo que desgasta a los equipos, los tensiona, e imposibilita el cambio tecnológico hacia un tipo de ensamblaje con mayores niveles de reflexividad y claridad de objetivos. Ahora bien, el centro de tratamiento hace lo que tiene que hacer para seguir siendo el centro de tratamiento, y, por lo tanto, el riesgo de expulsión cumple un rol en la mantención de la red, con todas sus contradicciones y sinsentidos.

El riesgo de expulsión dota de sentido la experiencia de los usuarios y la estabilidad de las decisiones del equipo, en tanto mantiene la confianza en lo que se está haciendo en una dinámica de bajo cuestionamiento. En este

sentido se expulsa como un mecanismo de control y regulación interna, que adquiere más valor que el objeto de intervención, esto es, el consumo problemático de drogas de los usuarios y usuarias. Sin embargo, por otro lado, el foco en la estabilidad de la comunidad por sobre la comprensión y abordaje del fenómeno a intervenir, puede tener que ver con las dificultades que tiene el equipo para alinearse con una interpretación de dicho objeto de intervención. Ambos procesos se complementan para configurar una dinámica con alto nivel de autorreferencia y en permanente crisis.

Estas crisis suelen ser desatadas por el rol administrativo de mayor jerarquía en el centro, es decir, el jefe del centro de tratamiento. El rol del jefe es, en primer lugar, sostener la existencia legítima del dispositivo en un contexto hospitalario que le demanda linealidad, pulcritud, orden y consecución de objetivos visibles, todo lo cual choca de frente con la heterogeneidad, polivalencia, tensión e incertidumbre de los resultados a lograr con cada uno de los usuarios o usuarias del centro.

La imposición de orden deriva en un funcionamiento ritualista con bajo nivel de transparencia. El código “Hacer proceso” en el centro, significa al mismo tiempo, tomar conciencia y motivarse con un cambio frente al consumo de alcohol u otras drogas, velar por la estabilidad de la comunidad, procurar un bajo nivel de cuestionamiento hacia el equipo técnico, no distraerse con factores externos, y avanzar en sus planes de tratamiento. Toda disidencia es leída como un quiebre con este código, y legitima una expulsión argumentada con conceptos a la vez transversales, obturados en el discurso técnico y, en última instancia, incompatibles con las necesidades de los usuarios y usuarias: No está lo suficientemente motivada, no quiere hacer proceso, no hace el esfuerzo, no está dispuesta a recibir ayuda, no logra poner de su parte, etc.

Esta lectura del usuario o la usuaria encuentra resistencias fuertes en algunos miembros del equipo técnico, quienes ven en estas causales de expulsión, precisamente el objeto de intervención asociado al consumo problemático de drogas: Repetición, desmotivación, quiebre de normas, baja autoestima, opositorismo, etc. Sin embargo, para varios profesionales, reconocer a los

usuarios como adictos que pueden recaer, es promover o afirmar algo que se quiere cambiar.

*Por eso hacemos reuniones una vez al mes, porque hay cosas que tenemos que decirle a la familia pero que el usuario no use en su contra. Decirles "Familia, el usuario puede recaer", pero no lo podemos decir frente a los muchachos, porque ellos pueden decir "ah ya, sí sé que voy a recaer entonces voy a consumir" (Entrevista trabajador social)*

*(¿La recaída es un fracaso del tratamiento?) No, es parte del proceso. Pero el ideal es mentalizarnos en que no es parte del proceso. No decirle al paciente que la recaída es parte del proceso, porque si no al paciente ya le activaste ese bichito de que en cualquier momento va a decir "pero si la recaída está permitida po" (Entrevista Paramédico)*

*(...) los libros y la literatura y los especialistas siempre te van a decir que no es fracaso, pero la realidad es que las personas que trabajan en esto tienden a pensar así (¿Sí?) Sí, tienden a pensar así, por eso el "ahhh, recayó" pero no piensan que recuperaron capacidad de producción, trabajo, tienen más redes, se sienten mejor consigo mismo, pero tienden a consumir de vez en cuando. (Entrevista psicólogo)*

Esta afirmación es clave para entender momentos críticos de circularidad y autorreferencia, asociados al modelo tradicional de comunidades terapéuticas, pero que a la vez habilitan instancias de lucidez y reanclaje tecnológico. Si el equipo técnico no puede nombrar a los adictos debido a que ello los afirma en una identidad que el centro quiere cambiar, entonces el problema a intervenir adquiere dimensiones relacionales que desarman el esquema biomédico que intentan legitimar en el espacio hospitalario. Si el problema es la relación del sujeto con su entorno y no un problema individual, entonces el ensamblaje de la tecnología tambalea entre una claridad sobre el problema, esto es, que los adictos son adictos porque viven en un ambiente que los socializa y los sostiene en ese rol, y, por otro lado, la vigencia de herramientas terapéuticas biomédicas y psicológicas que priorizan el confinamiento, la motivación, la conciencia de enfermedad, el rastreo de causales neurobiológicas, y el cambio, en última instancia, individual.

Esta es la grieta que se abre en el equipo técnico frente a cada expulsión argumentada en la falta de compromiso de un "Buen paciente". Emergen,

entonces, estas dimensiones relacionales y contextuales que retrotraen al dispositivo a los niveles de construcción del problema público de las drogas previos a la hegemonía del modelo biomédico (marginalidad, sospecha, lógica del contagio, condiciones laborales, educación farmacológica, etc.). Ahora bien, estas crisis no tienen por objetivo transitar hacia una mirada política o cultural de las adicciones, sino más bien revitalizar miradas de la psicología y el trabajo social que ponen mayor énfasis en las necesidades integrales de las personas (salud mental, familia, trabajo, educación, etc.), y buscan reformar el dispositivo para adecuarse a dichas necesidades. En este plano se revalorizan las miradas de un enfoque biopsicosocial ya no auxiliar al tratamiento médico, sino que adquiriendo un mayor peso en la definición del problema y el ordenamiento de los procesos técnicos.

En la misma línea, pero tomando aún más distancia respecto al dispositivo vigente, se observan miradas desde la psicología que incluso desestiman el foco en los consumos problemáticos de drogas y reubican el concepto de adicción en la categoría de “Síntoma”. Esta posición en disputa tensiona aún más al equipo técnico, puesto que abre la puerta a enfoques terapéuticos centrados en la salud mental y no en una prácticas o conducta específica, todo lo cual supone la deslegitimación de los componentes comunitaristas del enfoque estadounidense de tratamiento.

Ya sea por la adquisición de un modelo biopsicosocial que pone mayor énfasis en las dimensiones ecológicas o sistémicas de la adicción, o bien por la definición de este fenómeno como un síntoma que debe ser abordado en sus causas bajo un paradigma de salud mental integral, el dispositivo residencial es cuestionado en relación a la necesidad de confinamiento, lejanía, y vida comunitaria, lo que supone una revalorización de los dispositivos ambulatorios, ya no como momentos previos de menor complejidad, si no, por el contrario, como ensamblajes sociotécnicos que pueden dialogar mejor con las características sociales, ambientales, relacionales de los consumos problemáticos, aunque estos revistan un alto nivel de gravedad o complejidad.

Esta revalorización ambulatoria, desde una mirada de estudios sociales de la tecnología, se sostiene en la reapertura de todos aquellos factores y niveles de trabajo que se encuentran negados o, en gran medida, subordinados en la operatoria residencial. Si bien el equipo residencial se encuentra en una permanente discusión sobre la naturaleza o los alcances de un abordaje terapéutico, el aislamiento y el contexto hospitalario clausura una parte importante del repertorio de acciones posibles. Este punto es interesante, puesto que la revalorización de los dispositivos ambulatorios supone la apertura de una mayor variedad de ejercicios de vigilancia, ajuste, internalización y control en el diario vivir de los usuarios y usuarias, a diferencia del dispositivo residencial que opera en coordenadas espaciotemporales acotadas, sin embargo, se tiende a pensarlos como tecnologías más blandas. En este sentido prevalece la búsqueda de un mayor nivel de reflexividad, polivalencia y ajuste individualizado, aunque ello implique la ampliación de las fronteras de intervención de la tecnología de tratamiento.

## **9. Micro resistencias cotidianas**

La extensión de la mirada del dispositivo es un punto clave de este tipo de tecnologías, que lidian con fenómenos complejos, profundamente obturados por la política pública, y que, por lo tanto, no pueden gestionar eficientemente una gama acotada de factores específicos para obtener un estado esperado de cosas. En este plano, bajo la ansiada estabilidad del programa residencial se tejen tensiones en los discursos y prácticas de los usuarios que no logran ser abordadas por el dispositivo.

Al equipo residencial le cuesta posicionarse en determinados espacios subjetivos relevantes del consumo. Ya sea por lastres vigentes del enfoque que dificultan activamente su abordaje (comunitarismo, autoayuda, aislamiento geográfico y social), o bien por la falta de códigos que permitan ensamblar dimensiones de interés del usuario o las familias con las del equipo técnico. Como hemos visto anteriormente, el dispositivo trata de ampliar sus fronteras tecnológicas, sin embargo, sus fundamentos metodológicos no le permiten flexibilizar sus operaciones, observar nuevas dimensiones del

problema, diseñar nuevas operaciones, y enrolar a los actantes con nuevas traducciones.

En esta frontera conflictiva del dispositivo nos encontramos con la “Calle” como territorio simbólico y concreto que, si bien es altamente intervenido desde la subjetividad del usuario y usuaria, se mantiene altamente ambivalente y resbaladizo. La calle suele ser el lugar donde se despliega la mayor cantidad de acciones relacionadas con la obtención y el consumo de drogas, y, como tal, conserva una memoria que conjuga experiencias de dolor, abandono, peligro y violencia, por un lado, con valores positivos relacionados con la astucia, la pericia, y la euforia, por otro. “Tener calle” constituye un código fuerte, difícilmente abordable por las improntas normalizadoras del dispositivo, en tanto se constituye como una postura de clase, una distinción que pone en valor la capacidad de lidiar con la marginalidad.

“Tener calle”, especialmente para los usuarios hombres del centro, significa que el consumo de drogas operó como una prueba exitosa de coraje y valentía frente a las adversidades del mercado negro, la delincuencia y la exclusión social, todo lo cual se capitaliza en identidad, autoestima, y jerarquía frente a los demás usuarios.

*De repente hay personas, compadre, que llegan acá, que llegan por consumo, pero no salen ni de su pasaje. No salen de su población ¿cachai? Yo, pucha, por mi tema del alcohol me movía por todo Santiago. Yo salía a buscarla. Y llegar acá así, a estar encerrao de repente, de repente no sabiendo con que personas estai compartiendo, ni nah. Tenís que estar... Bueno, yo creo que por eso no tuve ningún problema en la cana [cárcel], porque igual sabía caminar [enderezar el torso y pone las manos sobre las rodillas], era como caminar en la calle (¿En el sentido de intimidar al resto?) Claro po. Igual yo acá las primeras veces me decían que yo hablara más despacio y más lento, porque de repente yo siempre era como que hablaba con un tono que los compadres pensaban que yo les estaba echando la añiñá [desafiarlos]. (Entrevista a usuario)*

Este código permite acceder a una geografía simbólica constituida por nodos de estatus (puntos que anudan múltiples gestos, prácticas, lenguajes y las dotan de un sentido jerárquico), que operan relativamente al margen de los conceptos que promueve el centro de tratamiento, y resultan fundamentales

para comprender la relación que tienen los usuarios o usuarias con las drogas, con sus propias subjetividades y con los demás integrantes de la comunidad. Este es el espacio profusamente recorrido por los antiguos técnicos en rehabilitación para montar sus esquemas relacionales y orientar la tecnología de tratamiento mediante recursos personalistas, proselitistas y autoritarios. El declive de estas figuras y la reubicación de los énfasis técnicos dejó, en la actualidad, estos elementos al margen de la traducción hegemónica, o bien en un borde precario de interpretaciones e inclusión en la dinámica cotidiana del centro.

En la medida en que la calle y otras interpretaciones ambivalentes del consumo de quedan al margen del centro, estos comienzan a ser procesados bajo el concepto “Rumiar”, es decir, en un campo prohibido de reflexión para los usuarios o usuarias que, de ser detectado por el equipo técnico, puede justificar una expulsión por no “hacer proceso”. Esta prohibición se refuerza mediante la conceptualización de las experiencias de calle como activadores del deseo de consumo, y, por lo tanto, su reedición, aunque sea en la memoria personal y no en la discusión grupal, como un acto cercano a la recaída y la falta de compromiso en el proceso de tratamiento.

Una parte fundamental de este campo de interpretaciones se relaciona con las experiencias de infancia. Es usual que, al profundizar con los usuarios y usuarias en estos márgenes de la experiencia de consumo, emerjan referencias a niños con dificultades familiares que encontraron en el barrio, y en vecinos de una edad similar, los recursos afectivos, materiales, y de pertenencia social que no encontraron en el hogar. Lo mismo ocurre en el plano del trabajo, en términos de un ingreso al campo laboral muy prematuro, relacionado con dificultades y abandono escolar, y el establecimiento de relaciones con adultos consumidores.

Estas narrativas del inicio del consumo son claves, especialmente en el caso de los usuarios, puesto que lo significan como una respuesta razonable frente a un contexto de adversidad y dan cuenta de una capacidad de afrontar o buscar activamente aquello que es necesario, por lo cual se relativiza la idea de un sujeto pasivo frente a los efectos de una sustancia que llega a sus manos

de forma intempestiva o casual. Por el contrario, las drogas emergen como medios de socialización, de resistencia en el trabajo, de regulación emocional o de compensación anímica, sobre todo en las narrativas sobre las variaciones de tipo, cantidad y contexto de uso.

En muchos casos, el consumo de drogas condensa recursos anímicos y sociales que se inscriben en la subjetividad como una trayectoria necesaria y valiosa, no obstante, los problemas que puede estar causando en la actualidad. En esta línea se genera una fuerte tensión entre el imperativo del centro de definir el consumo como un problema personal, y la existencia de estas subjetivaciones del consumo que tienden a ubicar los problemas del consumo en situaciones específicas, familiares, relacionales, barriales, u otras, que no merman una valoración positiva o neutral en su historia de vida. La metodología de investigación utilizada debió integrar rápidamente esta ambivalencia para no registrar de forma ingenua las narrativas, y buscar de alguna forma acceder a esta valoración profunda que explica o fundamenta pequeños actos de resistencia cotidiana en el centro<sup>84</sup>.

---

<sup>84</sup> Durante las primeras entrevistas que realicé fui entendiendo el marco de escucha activa, involucramiento emocional y valoración explícita que requiere una apertura de este tipo. En algún punto de la entrevista solían detener un relato más bien homogéneo, acerca de lo mal que lo han pasado y las esperanzas que guardan en el tratamiento, y trataban de encontrar en mi cara, mis gestos, y mis respuestas las claves para comprender la manera en que estoy interpretando y los usos que le voy a dar a los contenidos que me están ofreciendo. La reflexión conjunta sobre mi lugar en el centro y mi interés, tanto científico como personal en el relato que me están ofreciendo, constituyó la mayoría de las veces un ritual de quiebre en la posición jerárquicas que estaba ocupando en la entrevista, producto de la cercanía pública que estaba sosteniendo cotidianamente con el equipo técnico. Luego de este ritual, en el que reflexionamos sobre la sociología, sus diferencias con la psicología, los estudios que estoy llevando a cabo, y particularmente mi foco constructivista frente a las tecnologías terapéuticas, el que supone una mirada situada, comprensiva, no evaluativa, de los elementos que venían poniendo sobre la mesa en la primera parte de la entrevista, casi todos los entrevistados se mostraron interesados en cambiar el foco, y mostrarme otras superficies. En estas nuevas secciones de las entrevistas el nivel de involucramiento emocional se elevó y paradójicamente mi rol adquiría, a la vez, niveles de contención y neutralidad que facilitaban una reflexión en espejo de parte de los y las entrevistadas. Esta alternancia entre el diálogo y el monólogo puso en valor la contradicción y la dotó de cierto valor estético, permitiéndonos elevar la discusión y despegarla de los conceptos binarios y simplistas que suelen prevalecer en las discusiones sobre el uso de drogas ilegales. Durante estos ejercicios recordaba la manera en que la psicóloga para definía mi lugar en las terapias grupales del centro: “Hagan como que no está, hagan como que es un mueble”. Por el contrario, una presencia completa, que puede ser interrogada, interpelada, cuestionada, generó las condiciones para que los y las entrevistas pudieran efectivamente ofrecer una mira profunda de sus vivencias e interpretaciones. Esto no se debe solo a la honestidad y la empatía, a la sintonía emocional que logra un ejercicio de nivelación y horizontalidad en un contexto institucional como este, sino también a la posibilidad de traducción, es decir, a la posibilidad de conocer al otro para poner en una interfaz común los lenguajes de una conversación profunda.

La secuencia de un niño que es capaz de hacerse adulto rápido ya sea por los distintos tipos de violencia que prevalecen en el hogar, o bien por los códigos presentes en el barrio que promueven este tránsito, suele anteceder la configuración de una juventud aguerrida, lúcida y hábil en el manejo de los lenguajes y las prácticas que prevalecen en barrios marginalizados de la ciudad de Santiago. Estas competencias marcan una serie de disidencias cotidianas en el centro de tratamiento que son difícilmente percibidas o abordadas eficientemente por un dispositivo con clausura territorial.

### **10. Autonomía farmacológica**

El centro debe lidiar con una amplia gama de interpretaciones funcionales del consumo. Entre ellas se destaca el uso de las drogas para afrontar situaciones de estrés y violencia en el hogar o el barrio. En este campo el dispositivo es capaz de conceptualizar “malas formas de afrontamiento” para describir el ciclo paradójico de una solución relacionada con el consumo de drogas y la emergencia de un problema de consumo problemático. A veces los usuarios asumen este esquema racionalista y otras veces buscan subvertirlo, a través de sus propias premisas o bien cambiando el foco de análisis.

Estas resistencias a la idea de un mal afrontamiento se relacionan con la eficiencia de algunos consumos, especialmente de marihuana y particularmente cuando es acompañado por alguna autoridad médica o psi. Por otro lado, se destaca la eficiencia del tabaco para disminuir niveles de ansiedad o estrés, cuya práctica es compartida por usuario y técnicos. Sin embargo, en otras líneas de subversión, el propio enfoque de salud mental, entendido como un universo bien definido de factores y trayectorias de bienestar, es disputado bajo la idea de otras dimensiones del bienestar que son desapercibidas por el enfoque hegemónico de los consumos problemáticos, tales como las relaciones de amistad que habilitan los consumos, las dinámicas de espejo entre consumidores, la sensación de seguridad que proveen algunas sustancias en contextos adversos, o los usos de drogas ilegales para la reflexión o la introspección.

En la mayoría de estos casos se observa una interpretación asociada al quiebre con una realidad que resulta insoportable, absurda o tediosa. Las drogas emergen como parte de un ritual más amplio de disconformidad y transformación que se sostiene en estados de conciencia alterados para acceder a espacios sociales, mentales o simbólicos alternativos. En este plano emergen quiebres de la “Vida piola”, relacionados con el consumo de drogas y el acceso a sistemas de prácticas marginales, eufóricas y adrenalínicas que generan un punto de inflexión en los relatos de vida de los usuarios y usuarias. En el caso de las mujeres del centro, es habitual encontrar referencias a este ritual de cambio en el plano del tedio doméstico.

*Yo consumía, y él llegaba a la casa y me encontraba totalmente ebria. Ahí vivíamos solos. (...) Me sentía sola. Yo dejé de trabajar, y bueno teníamos una situación relativamente buena, así que los niños iban a sala cuna. Después al jardín. Entonces yo me levantaba en un principio, hacía las cosas de la casa, pero llegaba un momento en el que no tenía nada que hacer. (Entrevista a usuaria)*

*Las técnico sociales me cuentan la historia de una de las usuarias: "se juntaban las señoras de los dueños de las micros a consumir. La mayoría acompañaba la coca con alcohol, con whisky o qué se yo, pero Natalia tomaba coca cola (...) (Cuaderno de campo, 6 de diciembre de 2017)*

*No vas a consumir porque no vas a querer perder la alegría de tener una vida piola. Yo siempre he dicho, yo no quiero una vida que me embriague de alegría, que esté todos los días feliz. No, yo quiero una vida normal. (Entrevista a usuario)*

*Me tiene aquí el tema de reivindicarme en la vida social, laboral y afectivamente, yo creo, porque en el consumo no estaba sacando nada de provecho. De hecho, perdía todo. He perdido todo. Como he tenido de todo. Más por eso. Para tener una vida normal. (Entrevista a usuario)*

Al profundizar con los usuarios y las usuarias emergen estas dimensiones positivas del consumo, cuyo valor se relaciona con haber precipitado, acompañado o motivado un cambio importante en las trayectorias de vida, aun cuando el costo haya sido el consumo abusivo o problemático que deben gestionar en la actualidad. Esta interpretación refuerza un sentido de autonomía en el plano farmacológico, en el sentido de diversificar los valores

que definen a las drogas y la posición que asumen los usuarios y usuarias frente a ellas en función de su situación específica y contingente. En este sentido emergen opiniones contrarias a la idea de una definición única de las drogas y los consumos, que choca con la premisa de la abstinencia y la cronicidad de la adicción.

Además de diversificar las funciones, se observan referencias a la diversificación de las técnicas de uso. En este plano, lo que hace crisis en el consumo problemático o la adicción no es tanto la subjetividad, el deseo, el control o la motivación, sino más bien el conocimiento que pueden tener los usuarios y usuarias para sostener un consumo adecuado de drogas legales e ilegales. Este campo de subversiones se alimenta fuertemente de las prácticas de consumo legítimo al interior del centro, fundamentalmente de cigarrillos y psicofármacos. Los usuarios y usuarias saben que algunas de las sustancias que utiliza el equipo técnico pueden causar una dependencia física o psicológica, por ejemplo, los tranquilizantes, y por lo tanto aprenden progresivamente a relacionarse con ellas desde la perspectiva de las dosis adecuadas, los intervalos de uso, y los sentidos del uso.

*En el COSAM a nosotros nos daban clonazepam, y muchos de los compañeros, el mismo clonazepam que nos daban lo usaban para drogarse. Porque también lo puede drogar. (...) Yo hablé hoy día con el doctor y le pedí que me empezara como a bajar la dosis porque igual cuando salga quiero no estar tomando medicamentos, si es que se puede. (Entrevista a usuario)*

*(¿Y la dependencia?) Es que ahí yo creo que entra el tema de la educación, cómo educar a un consumidor de drogas que son más socialmente aceptadas, qué utilidad le dan. Yo he conocido tipos que están todo el día volaos, desde la mañana hasta que se acuestan, como he conocido gente que se fuma un pito para ponerse a estudiar. Yo valido el consumo de la yerba cuando uno le da un uso beneficioso para la vida. Cuando no lo haces nocivo, cuando no lo haces por enajenarte nomás. (Entrevista a usuario)*

Lo mismo ocurre en el caso del cigarrillo, cuyo uso legítimo y extendido en el centro no se concibe, en todos los casos, como un mal menor o transitorio, sino más bien como un proceso educativo centrado en la diferencia entre un

uso adecuado para la regulación anímica y un abuso que puede generar graves daños a la salud física.

Paradójicamente, es el propio lenguaje del equipo sobre la salud mental la que habilita estas reflexiones sobre el bienestar integral, la valorización del cambio, y la capacidad de impulsar cambios en el plano subjetivo sin quedar tomado por marcos normativos rígidos y precarios. Esto se observa, por ejemplo, en un uso “cognitivo” de las drogas, esto es, la capacidad de usar las drogas para reflexionar, concentrarse, mirar hacia adentro y conocerse.

*No estoy por normalizar los consumos, pero sí creo que hay gente que le puede dar una funcionalidad positiva a algunas sustancias, que son más estimulantes a nivel cognitivo. (Entrevista a usuario)*

## **11. La emergencia del problema**

La problematización del consumo sigue estos mismos patrones de conformidad y resistencia. Mientras el equipo se esfuerza por generar conciencia del problema, o bien de una enfermedad, en el caso de los profesionales que adhieren con mayor fuerza el enfoque biomédico, los usuarios traducen códigos de esta problematización para darle cabida a sus experiencia y sentidos. En esta interfaz, la escalada del consumo, esto es, la explicación de por qué los usuarios y usuarias transitan de una droga a otra, elevando la intensidad de los consumos y adquiriendo el hábito de drogas más dañinas y adictivas, es desanclada de las explicaciones neurobiológicas (el cerebro pide estímulos cada vez más intensos) y reubicada en los códigos conductistas disponibles en el discurso experto.

Las dinámicas de los mercados negros de la droga se posicionan como un foco predilecto de las explicaciones que los propios usuarios y usuarias elaboran en torno a las escaladas del consumo. Esta mirada se centra en los condicionamientos que se producen en la interacción de los consumidores con los narcotraficantes, cuya lógica comercial de inducir nuevos consumos se entremezcla con dinámicas de violencia, precarización y humillación. En la medida en que los consumidores entran en estas dinámicas de violencia física y simbólica, el tránsito por las distintas drogas se constituye como un recorrido esperable y en ocasiones obligatorio atendiendo al fuerte control

territorial, comunitario y subjetivo que ejercen los oferentes de las drogas. La capacidad de gestión subjetiva de los consumos es arrasada por el interés que tienen los narcotraficantes de imponer consumos de menor calidad, con efectos dispersos, desorganizados y con baja agencia del sujeto consumidor, y altamente dependiente a los productos disponibles.

Este escenario de control narco es narrado en múltiples ocasiones por usuarios y usuarias del centro que encuentran en el lenguaje conductista una buena fuente de lenguajes normalizados o legítimos para ofrecer una mirada colectiva, social y cultural de los consumos problemáticos, aunque el énfasis individual del programa no sea capaz de incorporarla en el dispositivo de tratamiento. Ahora bien, esto no quiere decir que el equipo técnico desconozca estas dimensiones sociales del consumo, sino más bien que las mantiene sujetas a una dimensión contextual de los consumos, anexa, subsidiaria, complementaria y marginal de la interpretación dominante del fenómeno en el centro, y en la política chilena de tratamiento de drogas en general.

En este sentido, las micro resistencias se ubican en la relación sujeto-droga como origen de la escala del consumo, incorporando activadores relacionales, sociales y específicamente barriales que deben permanecer en capas inferiores del enfoque biopsicosocial para no ser completamente desplazadas de la traducción vigente. Ese punto es clave, puesto que las resistencias deben encontrar nichos de lenguaje para no entrar en un conflicto abierto con el programa, cuyos efectos serían la denuncia de una traición y la expulsión del centro. Por el contrario, en la medida en que los usuarios son creativos en el tejido de códigos que permiten ofrecer interpretaciones divergentes utilizando las propias categorías del lenguaje experto (“Condicionamiento” y “Contexto de la relación sujeto-droga”), entonces el dispositivo es capaz de traducirlas hasta volverlas irrelevantes e integrarlas en los funcionamientos heterogéneos profundos que lo dotan de viabilidad. Este hallazgo complejiza la noción totalizante que solemos sostener frente al proceso de traducción en las redes sociotécnicas (una traducción dominante), y nos invita a pensar en múltiples procesos de traducción que ocurren en distintos niveles y momentos, aunque

no logren disputar el control del programa o la interpretación hegemónica que orienta en términos generales la tecnología.

Otra interpretación visible entre los usuarios y usuarias vuelve a asumir el ordenamiento jerárquico de las drogas, anclado en el marco normativo estadounidense asociado a la Guerra contra las Drogas (desde las más blandas hasta las más duras), pero esta vez no instala variables relacionadas con el condicionamiento que producen las redes del narcotráfico, sino que se centra en la baja disponibilidad de recursos económicos y, por lo tanto, en la búsqueda de aquellas de menor costo y calidad. Siempre estas interpretaciones escalares del consumo se construyen en referencia a la pasta base como punto de mayor criticidad del consumo, y, más abajo, tienden a desdibujar sus niveles de precisión asociada a la gravedad de sustancias tales como la cocaína, el alcohol o la marihuana. El problema del costo suele ubicarse en la transición cocaína-pasta base, puesto que es en este punto donde se distinguen efectos radicales vinculados a la calidad de la droga y sus efectos en el deterioro subjetivo.

## **12. La otra cara del daño**

En la misma dimensión del daño, son escasas las claridades o posturas firmes sobre los efectos nocivos de las drogas más allá del antes referido tránsito entre la cocaína y la pasta base, cuyo foco central no es el efecto psicoactivo sino más bien la calidad del producto completo, y más específicamente la forma en que los mercados negros modifican o “patean” las drogas para hacer más rentable su comercialización.

Al margen de este tránsito específico, el daño es narrado desde una perspectiva ambivalente, que entremezcla creencias personales, experiencias familiares o sociales, y los lenguajes que utiliza el centro para alinear a sus integrantes. Un punto fuerte de esta narración se relaciona con los buenos y malos consumidores, personas con buena o mala cabeza, y, luego, una integración de múltiples dimensiones del carácter y las cualidades personales con los efectos nocivos del consumo. En esta línea toma especial relevancia el carácter de las personas, la integridad, la fuerza de voluntad y los recursos con los que cuentan para gestionar adecuadamente un consumo, con especial

énfasis en un relato intergeneracional que pone en valor los consumos excesivos y no problemáticos que evidencian los padres de los usuarios y usuarias.

La idea de una erosión o corrosión del carácter (Sennett, 2000) toma fuerza en narrativas de integración familiar, laboral, política y social que permiten sostener consumos de diversas drogas sin desarrollar los estados físicos y mentales que evidencian los usuarios y usuarias del centro. De este modo se palpan explicaciones sistémicas y estructurales profundas sobre la imbricación entre consumos y estabildades laborales, proyectos de vida familiar, satisfacción de necesidades básicas y creencia en un orden político y social nacional. Algo de esto es leído e integrado por el dispositivo en sus dimensiones educativas, cuyas líneas de acción son la nivelación escolar, el entrenamiento de oficios y, en un nivel medianamente solapado, la educación cívica de los usuarios y usuarias. Constituirse como buenos vecinos, buenos padres o madres de familia, buenos trabajadores, buenos aportes para la sociedad, especialmente accediendo a “nuevas oportunidades” que una unidad social orgánica ofrece a los usuarios y usuarias, son objetivos que hacen referencia a esta noción de daño como fractura con un orden social integrador.

*Cuando llegué en la mañana, ordenamos, con el asistente social y la educadora, el hall (no le llaman living como sí ocurre en la unidad femenina) para la realización del taller de familia. Sin embargo, en el lugar donde debía proyectarse el PPT de la sesión (sobre codependencias que finalmente no se alcanzó a usar), se encuentra ocupado por una bandera chilena hecha por los usuarios con papel volantín, pegada por completo a la pared. La educadora dice: "la hicieron para el 18 de septiembre, me dá no sé qué sacarla porque les costó hacerla". Asistente social: "Sí, pero hay que sacarla porque no deja trabajar con el proyector" Educadora: "Pero que la saquen ellos, le voy a decir a Ricardo" (Cuaderno de campo, 26 de octubre de 2017)*

*Durante el taller familiar se realiza una terapia de reparación. Los usuarios pasan adelante con sus familiares y botan en el basurero una cartulina que resume las cosas que quieren dejar atrás. Pasa un usuario con su papá y la palabra la toma este último. Con un tono fuerte le dice: "¡párate!, ¡con esfuerzo!, ¡con mente!, ¡con sacrificio!".*

*Inmediatamente después, pasa otro usuario con su padre, y es el usuario quien toma la palabra: "quiero ser un día un hombre como tú papá". (Cuaderno de campo, 30 de noviembre de 2017).*

*Mi papá consume. (...) Yo consumí con él. Marihuana y Cocaína. Pero mi viejo siempre me enseñó que a la casa nunca le faltó, siempre la casa primero, y que esto no te puede controlar (¿O sea que tu padre consume, pero de forma más moderada?) Sipo, cuando carreea, cuando carreea puede consumir, como puede no consumir también. Si no hay oportunidad no hay nomás (¿Por qué a él no lo agarró como a ti?) Realmente no lo sé. Creo que salí como mi mamá. Mi mamá es viciosa. Mi mamá tiene el vicio de las maquinas, de las tragamonedas, y el cigarro. Mi papá no fuma cigarro, fuma sólo cuando hay partido, cuando está nervioso. Cuando consume también fuma, ahí lo cacho (¿Después de consumir cocaína?) Sí, como que te ayuda a bajar, te libera la garganta. Esto no lo he contado aquí a los terapeutas, porque yo no soy mi papá, mi papá siempre fue muy trabajólico, demasiado trabajólico. Él trabajaba para pascua y año nuevo. Mi papá trabaja desde los 14 o 15 años en Chilectra [Compañía Chilena de Electricidad]. Donde él va lo conocen. En el ámbito de los contratistas lo conocen bien. No son muchos los que trabajan en Chilectra. Un mes y de alta, porque mucha corriente, no cualquiera se mete ahí, es de alto riesgo, con lluvia en los postes. A mi papá lo vienen a ver los compañeros, lo alaban, que es bueno pa la pega. Andaba con trepadora en los empalmes, era uno de los mejores cuando era joven. Él desarma un automático y lo vuelve a armar para que quede bueno y toda la cuestión. Hace de todo, y es super considerado. (...) Mi papá juntaba cobre y yo se lo robaba. Lo vendía y me iba a consumir. Y ese cobre era para época de vacas flacas. El viejo se enojaba, pero nunca me echó de la casa. Me decía "¿Cuándo vai a salir de esta mierda?" "¿Cuándo vai a poder?" "¿Cómo no vai a poder?" y yo le decía ayúdame y él "Pero ¿cómo te ayudo?" "¿Quién le va a dar a los niños si tú te internai?" (Entrevista a usuario)*

Esta noción de fractura dialoga perfectamente con un dispositivo de salud que pone en pausa los roles integrales del sujeto, y lo prepara para su vuelta a la sociedad, y a la ciudad, en términos espaciales, considerando el aislamiento físico que promueve el dispositivo. Ahora bien, a nivel subjetivo los usuarios y usuarios encuentran en sus historias personales los sustentos históricos propios de esta marginalidad y desintegración, todo lo cual habilita su enrolamiento, sin embargo, una vez más se soslayan las dimensiones sociales

y culturales del fenómeno, se reproduce una mirada rígida y escasamente reflexiva sobre las condiciones efectivas de integración social disponibles en la operatoria actual de la sociedad chilena, y se deja en un plano subterráneo de operación los cuestionamientos que al respecto elaboran los usuarios y usuarias.

Lo cierto es que las agencias de la droga se mantienen en una disputa permanente con estas otras dimensiones del daño. Si bien el discurso del equipo sobre las huellas neurobiológicas de la adicción y la compulsión al consumo se encuentra presente en la perspectiva de los usuarios y usuarias, en la práctica estas definiciones entran en contradicciones evidentes. Esto ocurre con frecuencia cuando se presentan instancias de consumo de drogas legales en el centro, tales como tabaco, cafeína o yerba mate. En estos casos es difícil para los usuarios y usuarias descentrarse de sus experiencias particulares y asumir el relato sobre una vulnerabilidad extendida o despersonalizada. En este campo, el riesgo como marco interpretativo (Sepúlveda) colapsa frente a la constatación inmediata de un comportamiento biológico contrario al discurso experto. Si bien en el interior del centro los usuarios no pueden consumir estos productos, durante las entrevistas la mayoría de ellos señala consumirlos en sus salidas, y constatan la debilidad del discurso.

### **13. La parte maldita**

Si seguimos recorriendo este territorio de heterogeneidades y tensiones entre los usuarias y usuarias, es posible distinguir la emergencia de lugares aún más alejados del discurso dominante, o del profundo anhelo de unidad y estabilidad que busca el programa del centro. Lugares marcados por una disidencia radical a las interpretaciones pasivas del consumidor de drogas, cuya eficiencia se ubica en la necesidad de trabajar con usuarios y usuarias que han errado, que se han dañado o han hecho daño a otros, y han tocado fondo al sostener un funcionamiento paradójico, absurdo, abusivo de drogas. Este relato de un sujeto torpe, dañado, incompleto, que necesita rearmarse con la ayuda del dispositivo para, por fin, ubicar una trayectoria de vida normal, se desdibuja pasadas algunas horas de entrevista, habiendo

sincronizado algunas miradas cómplices, habiendo calzado algunas risotadas que contrastan con los pasajes más oscuros y tristes del relato.

En este lugar, los consumos de drogas constituyen explosiones eufóricas frente al estancamiento, la incapacidad de canalizar de otro modo una crítica o una profunda negatividad frente a la vida (Baudrillard, 2006). Aquí aparece lo que Escotado discute como un derecho a la disconformidad y la posibilidad de trazar en la propia subjetividad nuevos niveles de conciencia que permitan canalizar de alguna forma ese estado propio, profundo, acaso espiritual, de la persona. En este plano, la estadía en el centro de tratamiento no es una negación de los usos de drogas, sino más bien un espacio para descansar, para recopilar insumos, para analizar qué salió mal, y buscar formas alternativas de orientar esta disconformidad.

El placer del abuso se moviliza en relatos que ponen en valor rituales de derroche, quiebre y travesura infantil. Estos relatos hacen ecos de una forma ancestral de entender los consumos de psicoactivos como el develamiento de una naturaleza profunda y contradictoria en el sujeto<sup>85</sup>, de una honestidad consigo que impacta de frente con los roles de la vida moderna, y hace emerger un goce radical que desdibuja, al menos temporalmente, los valores de una vida normal. Este ritual de derroche y trasgresión, que se viste de sensaciones y emociones infantiles, se ilustra en la expresión “*Cagarla brígido*”.

Cagarla brígido es una expresión ambivalente que se construye sobre la base de la constatación de un quiebre en la norma social, un daño, pero amplificando sus consecuencias nefastas hasta diluir la capacidad del

---

<sup>85</sup> “*De sus tres hijos, uno -Cam- vio la desnudez de su padre y llamó a sus hermanos para que la contemplasen. Los otros dos -Sem y Jafet- prefirieron no mirar y cubrirle púdicamente. Al recobrar a sobriedad, Noé bendijo a los segundos y maldijo al primero. Nada posterior en el Génesis sugiere que el patriarca haya mancillado su condición de justo al embriagarse. Solo queda claro que el vino lleva a hacer tonterías a quien no lo conozca y prescindir de mesura. La verdadera falta reside en la irreverencia ante un ebrio, que como agricultor tiene derecho a solazarse con los frutos surgidos de su esfuerzo. Así lo piensa un erudito bíblico profundamente helenizado como Filón de Alejandría, para quien la desnudez de Noé constituye un acto infantil, aunque también símbolo de la verdad que rasga los disfraces de la virtud y el vicio, devolviendo su inocencia al hombre; en efecto, Noé adopta la misma actitud de Adán y Eva antes de pecar, cuando no se avergonzaban de sus cuerpos. Y si bien demuestra torpeza, no es menos cierto que evita los males del escándalo por acontecer todo en el interior de la casa, privadamente*”. (Escotado, 2017, pp. 81).

individuo para hacerse cargo de ellas. La ambivalencia se construye precisamente en esta frontera de incapacidad, puesto que ahí aparece una rendición cómica, chistosa, humorística, que se acompaña de risas y una actitud infantil. Lo infantil recalca esta imposibilidad de asumir las consecuencias y el traspaso de la gestión de los daños a otros actores presuntamente mejor preparados, como son los familiares, parejas, terapeutas o incluso los dispositivos de seguridad. Ahora bien, este traspaso presunto de las responsabilidades es más bien una farsa, puesto que la risa da cuenta de la liviandad y la despreocupación con la que el sujeto se toma el acto, y, por lo tanto, no importa realmente si alguien realiza o no estas gestiones posteriores para reparar los daños.

Cuando emerge esta expresión en las entrevistas, los usuarios y usuarias exponen ese momento exacto en el que el consumo de drogas genera una brecha normativa y habilita una vuelta hacia una infancia desnuda y desanclada. En estos casos, no suele haber una intención consciente de causarle un daño a alguien o algo en particular, sino más bien de desbordar la experiencia subjetiva sin importar sus consecuencias. Cuando el o la entrevistada usa esta expresión, asume que lo que hizo estuvo mal, sin embargo, valora positivamente la experiencia como una forma de afirmar algo en el plano subjetivo, acaso un ejercicio de liberación, de desprendimiento, de derroche, o de una entrega incluso suicida<sup>86</sup>.

A veces esta experiencia modifica la norma cotidiana, y se articula el discurso antes expuesto sobre la vida piola o normal. En estos casos la experiencia de cagarla brígido ensambla un discurso ético sobre las trayectorias que se configuran en el borde de la norma y niegan una vuelta hacia la plena conciencia de los daños y el ajuste permanente de la conducta. Este efecto es clave para entender la doble cara en la que opera el dispositivo de tratamiento,

---

<sup>86</sup> En la literatura sobre prevención del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes se encuentran referencias culturales a este ritual de exceso y derroche. Si bien esta dimensión es tradicionalmente abordada por los estudios juveniles, cada vez es más usual encontrar dispositivos culturales transversales que ponen en valor la experiencia “épica” de un consumo desmedido de psicoactivos, y su relevancia como ritual que habilita la conversación íntima, la reflexión profunda, el reencuentro, el desprendimiento con esquemas o roles nocivos, y la modificación de la subjetividad. En este sentido, medios tales como el cine, cumplen un rol fundamental en la socialización de esta perspectiva ancestral del consumo aún negada o desconocida por los dispositivos de tratamiento.

puesto que el esfuerzo que realiza el equipo técnico se centra precisamente en esta conciencia de daños, sin embargo, una parte importante de los usuarios y usuarias sostiene una relación profunda con este ritual de derroche y desborde.

Estos rituales desbordan ejercicios de subjetivación “normal” de distinto tipo. En algunos casos, aquello que se cagó brígido es un molde familiar, un molde de pareja, o un molde ciudadano, por ejemplo, cuando el consumo se acompaña de infracciones o delitos. Un foco relevante de estas subjetivaciones tiene que ver con la clase social. Si bien el foco terapéutico suele ubicarse en la valoración y mantenimiento de un factor clave de la integración social como es el desempeño laboral, y los fundamentos del problema se centran en la inmadurez, la autoestima o la falta de recursos intelectuales o prácticos para alcanzar dicho logro, el relato del exceso muestra una arista estructural de clase social que no se inscribe en ninguna cara del dispositivo.

“*Lo tuve todo y ahora no tengo nada*” suele ser una expresión que observa con nostalgia y soberbia un momento, a la vez, pleno e ilusorio, construido para no perdurar, donde el consumidor de drogas logra elaborar una memoria de propiedad que puede superar, que puede narrar desde los embates de su subjetividad y no desde las condiciones estructurales de su lugar de nacimiento, residencia, educación o trabajo. En este sentido, se resuelve en el sujeto las ansias de tenerlo todo, y se traduce como un ritual de derroche que sobrestima convenientemente las cantidades y cualidades de aquello que efectivamente se tuvo, para reivindicar el lugar de la voluntad, la habilidad, la suerte, o incluso la capacidad de cagarla del sujeto por sobre la clase social.

*Es que han pasado tantas cosas en mi vida, que no sé hueón, uno quedaría loco. Imagínate que una vez estuve trabajando en una constructora. De día estábamos haciendo albañilería, y de noche me quedaba como rondín. Vivía en la constructora. Ahí, al lao del Parque Arauco, donde está el hotel Marriott, ahí. En la noche me quedaba con un compañero, pero era como que se dividían. Había una pared y yo me quedaba en las torres que estaban casi listas. (¿torres grandes?) Sipo, de 47 pisos. (¿ahí se hacían rondas?) Sí, pero no pasaba nah, era una pega bien lineal, así que, en la noche, ¡ya!, se iban todos, iba al Tottus*

[Supermercado] que está en el Parque Arauco y me compraba un pack de 12, o me compraba una de pisco con bebía, y me iba a los departamentos que ya estaban hechos, a mirar el atardecer [risas]. Siempre sólo. Siempre que ando tomando siempre ando solo. No necesito a nadie que me acompañe pa tomar. De repente me sentaba ahí, escuchando música, mirando el atardecer desde el piso 42. Me sentaba ahí, me tomaba un trago y miraba el atardecer. Y cosas así, cosas locas. Y pensaba "ohhh, donde estoy aquí tomándome un trago". En ese minuto y varias veces me ha pasado, que he dicho "mira, donde estoy aquí, tomándome un trago" Yo me he estado tomando unos tragos en partes muy locas. (Son departamentos super cuicos esos) Sipo, todavía no los entregaban. Yo me tiraba a la piscina, porque arriba son con piscina, quincho y todo eso. Son departamentos que son para gente de harta plata, no cualquier persona tiene un departamento así. Yo iba a la terraza y me tomaba sus copetes. En ocasiones salía de la obra, en el día, iba pa Macul [Comuna de la Región Metropolitana]. Del Parque Arauco a Macul. Pedía permiso como que tenía que hacer un trámite, y compraba unos pititos de marihuana, y después en la noche, llegaba, así, ya, y estamos hablando de verano, el atardecer es a las 8, 8 y media, ya estaba sólo a esa hora. Hablaba por whatsapp, sacaba fotos, hacía todo un cuento, todo un cuento. Viendo el atardecer, tomándome unos tragos y cuando ya iba por la mitad, ¡ya!, su chapuzón a la piscina, y sabís que cuando me pillaron... [se queda un minuto en silencio] Esta pega también la perdí por el trago. (¿Qué pasó?) Esta pega la perdí por el trago porque, bueno, como era rondín, yo igual podía dormir en la noche, pero una vez en vez de comprar una de pisco compré dos, pero dos de litro, de Alto del Carmen [Marca de pisco]. Ahí igual tenía plata todos los días. Por la pega de rondín me pagan 20 lucas todos los días. Así que me tomé esas dos de pisco y terminé de tomármelas como a eso de las 4, 4 y media, y en la mañana me desperté a las 9, y el portón se tenía que abrir a las 6 y cuarto. Imagínese. Afuera había como trecientos obreros, había como 8 camiones que iban a sacar tierra, traían dos retroexcavadoras [risas]. Estaba el administrador (¡Pero qué desastre!) estaba el administrador, oye [Risas], estaba el administrador, y ohhh, y de repente despierto, te lo juro, una cosa muy loca. Veo el reloj y eran las nueve y media. Afuera tocando el portón. A parte que no se podían pasar por arriba (¿Y no tienen llaves?) No, el administrador no tiene, solamente las llaves que se manipulaban las manipulaba el rondín. El rondín y creo que el gerente, pero el gerente no estaba. Iba una vez a las cuantas a mirar la obra. No, abrí la puerta compañero y desorientado, si ¡imagínate todo lo que tomé!,

*desorientado, con los zapatos desabrochados. Sabís que todos me tiraban "abróchate los zapatos po" y yo no podía decir nada, pesqué mis cosas y me fui. No fui ni siquiera a buscar mi sueldo. Igual eran como 200 lucas, pero no los fui a buscar, como por mí, porque dije "la embarraita. Quizás cuanta plata le descontaron a la empresa a la cual yo estaba trabajando po" así que no, imagínate eso.*  
(Entrevista a usuario)

#### **14. La constitución protésica del usuario**

La cotidianidad del centro de tratamiento remueve y reescribe los hábitos monásticos que se encuentran en el origen de las problematizaciones y los abordajes del consumo problemático de drogas. En términos ambientales, el centro se constituye como un lugar alejado, que valora el silencio, que promueve una convivencia pacífica y uniforme con otros, e instala una manera relacionarse consigo centrada en el análisis permanente, la escritura de un diario con las reflexiones que encauzan los objetivos personalizados del tratamiento, y el desarrollo de instancias confesionales que permiten ensamblar valores, creencias y prácticas sobre una vida buena, una vida normal. Ahora bien, más allá de este sistema de prácticas, un foco clave de esta racionalidad primaria del tratamiento se relaciona con pensar al usuario como una materia a ser modelada por un saber superior.

El equipo técnico sustituye a los sacerdotes que guían la reflexión y los hábitos, pero, más relevante aún, dicha guía no se sostiene en una autoridad punitiva, afectiva o carismática, sino más bien en el establecimiento de un estado o un momento de realización de la persona y la comunidad que no es del todo entendible en el presente, sino que se constituye como una promesa. A diferencia de la religión, cuyo foco de epifanía suele ubicarse en la vida después de la muerte, el tratamiento sacraliza un momento de integración y normalización de la vida terrenal y social. Como hemos visto, los focos de esta integración son diversos, e incluyen dimensiones familiares, barriales, laborales, relacionales, o políticas, que, si bien encuentran puntos en común entre los usuarios y usuarias, prontamente se dispersan de acuerdo con las trayectorias y las coordenadas espaciotemporales específicas de sus experiencias sociales. En este sentido, el punto de inicio de la experiencia reflexiva en el centro no logra constituirse como una unidad totalizante de la

vida, y, por lo tanto, deforma y personaliza las premisas de la disciplina y las técnicas en función de las coordenadas específicas del sujeto.

Esta personalización de las disciplinas y las técnicas tiene variadas consecuencias que pueden ser observadas bajo una perspectiva protésica o ciborg, esto es, atendiendo a la manera en que las subjetividades logran engarzar diversos objetos materiales o simbólicos en sus formas específicas de ser, pensar, desear o actuar. En este punto se vuelve tentador pensar en disciplinas modulares diseñadas para dichos efectos (Deleuze, 1995), cuyo sentido se ancla en nuevos estadios de gobierno de la persona, y que, por lo tanto, ubican su eficiencia con anterioridad al engarce específico que logran con las subjetividades. Sin embargo, lo que logro observar en el centro de tratamiento es una operatoria más bien aleatoria, precaria, dispersa y fallida de subjetivación, con efectos, la minoría de las veces, habilitantes e integradores, y, la mayoría de las veces, empobrecedores, estigmatizadores y excluyentes.

Frente a un modelo de trayectorias exitosas de tratamiento, sería posible sostener la idea de una tecnología bien pensada que logra subjetivar de forma modular a los usuarios, sin embargo, el escenario es más bien parecido a un depósito desordenado de materiales y contenidos, acaso desperdicios o desechos de una sociedad que funciona ordenadamente en otro lado, que sirven como un espacio de búsqueda, a veces tortuosa y otras veces esperanzadora, de elementos que calcen con las necesidades del usuario o usuaria.

Esta imagen melancólica es descrita por Francisco Broncano (2009), quien recurre a la imagen de un ciborg que busca partes en los basurales de una sociedad distópica; una sociedad completamente ajena a las intenciones de gobierno y más bien centrada en la explotación, la reutilización y la gestión de unidades que aprenden a sobrevivir en sus márgenes. El ciborg de Broncano apunta a una melancolía frente a la unidad social, que observa las experiencias históricas de integración desde la vereda de la pérdida y la imposibilidad de retorno (Broncano, 2012). Ahora bien, este exilio abre la posibilidad de subjetividades construidas de forma simultánea y en planos

diferenciados (Tirado & Mora, 2004), que rompen la imagen unificada de un sujeto coherente, producto de un momento histórico y el funcionamiento de un sistema social construido sobre las premisas del humanismo.

En el plano identitario el ciborg rompe con el relato esencialista moderno de sí mismo. En el ciborg lo irrepitable no es está en una esencia, sino más bien en la combinación infinitamente variable de materias y símbolos que se ensamblan en coordenadas espacio temporales únicas para dotar al individuo de una particularidad. El ciborg se constituye como una coordenada azarosa, fragmentada e inacabada, que atrapa seres, cosas, sujetos y objetos para constituirse, o subjetivarse, siempre de forma transitoria (Tirado & Mora, 2004). Esta figura ciborg, dotada de la capacidad de encontrarse a sí mismo en sus trayectorias irrepitibles por las distintas tramas sociales, es una conclusión de las perspectivas de redes desde sus elaboraciones más tempranas. Ya en Simmel, Granovetter o Laub Coser, es posible encontrar las referencias a un sujeto que encuentra su libertad en el quiebre con los roles sociales y marcos normativos locales, reivindicando la imagen de un sujeto creativo, innovador, mejor dotado de recursos, producto de su tránsito por diversos espacios sociales sin quedar sujetado por ninguno de ellos.

En el campo de la salud, esta libertad de movimiento es clave para comprender la emergencia de distintos tipos de sujeto. Como señala Goffman (2012), el paciente adquiere definitivamente su rol mediante un acto público cercano a la ofensa y la degradación. El paciente de drogodependencia, como ocurre con los pacientes de salud mental en general, encuentra en la triangulación de sus problemas domésticos, mediante la presencia de un otro representante de la institución, una mutación de sus tensiones familiares, relacionales, laborales, u otras, que son desplazadas desde el plano de las relaciones íntimas a un plano social amplio. Este tránsito devela las precariedades del individuo y reconfigura el sistema de lealtades que lo sostiene cotidianamente, generando nuevas alianzas, traiciones y vaciamiento de su capital social. Los usuarios y usuarias del centro denuncian esta traición rápidamente en sus procesos de ingreso, especialmente de sus familiares o parejas cercanas, y se ubican en un ejercicio paradójico de resentimiento por haberlos presionado para entrar al centro, y a la vez, desprovistos de sus

relaciones íntimas, generan un fuerte deseo de recomponer dichos vínculos, bajo un esquema de culpa, conciencia de daño y promesas de cambio.

Rose Laub Coser da cuenta de este último efecto, indicando que los pacientes de instituciones médicas suelen generar lazos íntimos y primarios con los profesionales de la salud, lo cual genera un campo muy proclive a los maltratos, los tratos arbitrarios, y los amarres simbólicos. Ahora bien, como hemos propuesto, este proceso de amarre no parece contar en la actualidad con los recursos de eficiencia simbólica que sostenían estos procesos de internación en tiempos pasados. Si bien los usuarios y usuarias resienten el cambio en sus relaciones íntimas, y se enojan al constatar las alianzas emergentes que se tejen entre sus familiares o parejas y los profesionales del centro, el camino hacia una conducta reformada y el compromiso con una integración social exitosa resulta inespecífica, difusa y poco abordable. Esto explica la alta frecuencia de faltas a las normas del centro, las escapadas, y, especialmente, el resguardo de un amplio espacio de significaciones propias que sirven como medio para resistir un proceso de subjetivación uniforme y un amarre a las premisas conductuales y simbólicas del centro.

El paciente de drogodependencias se debate entre un modelo residencial clásico, interior, cuya lógica es la de constituirse como un eslabón más de la cadena de instituciones disciplinarias moderna que ejercen un fuerte control directo sobre la subjetividad, y, por otro lado, un modelo de control abierto ubicado en las tecnologías ambulatorias de tratamiento, cuyo foco se centra en la fluidez de la subjetividad y el establecimiento de un tipo de control flexible, modular (Tirado y Domènech, 2001), y fuertemente anclado a otras superficies de auto vigilancia y corrección cotidiana no institucionalizadas, potenciadas por observaciones codificadas que estandarizan perfiles de sujetos en vez de observarlos directa y detalladamente (Rose, 1996).

Ahora bien, lo que es posible observar en el centro de tratamiento es una escisión entre ambos modelos, una brecha intermedia que da cuenta de una mala comprensión, o una comprensión aún en proceso, sobre las implicancias de una tecnología fluida distinta a los interiores disciplinarios. Una distinción clave entre las instituciones y las extituciones, este último concepto ilustrativo

del cambio que autores como Serres y Deleuze observan entre las fuerzas centrípetas de las disciplinas clásicas y su cambio por fuerzas centrifugas que expulsan a los sujetos y los sujetan a un tipo de control abierto y continuo (Tirado y Domènech, 2001), es la sustitución de los mecanismos de inscripción en los cuerpos y mentes de los usuarios y usuarias, por mecanismos de agenciamiento.

Este último punto es clave para entender la nota melancólica que se observa en algunos usuarios y usuarias frente a la operatoria del centro, y su tránsito hacia una subjetividad ciborg. Se trata de la pérdida de una práctica de modelamiento equivalente a lo que hace la crianza primaria o la formación cívica tradicional, y su sustitución por un ejercicio de vinculación, de enlace, entre distintas materialidades y símbolos, que no modifica el interior del paciente, no inscribe su ejercicio de poder en los cuerpos y mentes (almas) mediante hábitos o normas, sino que le ofrece andamiajes, prótesis, circuitos de tratamiento, basados en relaciones, cercanías y movimientos que lo mantienen rondando permanentemente la extitución.

La emergencia de este tipo de dispositivo no es una elección, un programa claro y abierto que expone sus premisas de intervención, sino más bien un nudo, un eje de sobre determinaciones que entremezcla factores tales como el análisis de costos acerca del funcionamiento de las instituciones clásicas, la incapacidad de sostener una promesa de integración social que calce las inscripciones del sujeto en un sistema social equivalente al que describían las sociologías funcionalistas del siglo pasado, y, por cierto, los fundamentos de flexibilización, liquidez e interconexión que caracterizan a la sociedad de la información y las redes.

Este ejercicio protésico es observable en relación con tres puntos fundamentales indagados durante el trabajo de campo: Cronicidad, y recaída, andamiaje y autonomía, y decadencia de los códigos primarios. En el primer caso asistimos a un cambio fundamental de la racionalidad global que orienta el tratamiento de consumos problemáticos, desde la reforma, la sanación y la integración social, hacia la gestión y la reconfiguración del movimiento de los usuarios. En este punto emerge un primer campo de malestares de

transición en el sujeto, quien se encuentra frente a la imposibilidad de resolver definitivamente un problema, y la necesidad de internalizar nuevas premisas de autoobservación basados en una sospecha permanente de la propia conducta, los hábitos, los pensamientos y las relaciones bajo el prisma de una enfermedad crónica. La cronicidad alivia la tensión de resolución del sistema y traspassa al sujeto el éxito de un dispositivo que ya no encuentra un inicio y termino claramente definido de intervención, y a partir del cual puedan ser evaluados sus éxitos, sino que se extiende como un recurso que debe ser adecuadamente gestionado de por vida. En este sentido, el sujeto es educado para que aprenda a circundar los dispositivos de tratamiento en función de los diagnósticos que él mismo debe aprender a realizar.

*De vuelta en la oficina me encuentro con la psicóloga. Ella suele estar sentada en la oficina esperando sus horas de terapia. Me vuelve a preguntar sobre mi investigación y yo le explico qué es la sociología de la tecnología y los puentes conceptuales y metodológicos que estoy trabajando con relación al tratamiento de drogodependencias. Se queda pensando un rato y me dice que en el centro voy a ver disciplina y reeducación, pero que no es algo malo, es algo que se requiere para que los internos retomen el ritmo y el sentido de sus vidas. (Cuaderno de campo, 2 de octubre)*

*Tomo la enfermedad de manera funcional o estratégica, en el sentido de que, por un lado, sirve para que la persona se pueda cuidar más. Es como la diabetes y la hipertensión. Si la persona sabe que es hipertensa de por vida, sabe que tiene que controlarse de por vida. Entonces tú promueves que haya un seguimiento más activo y que se controle siempre y que sea deseable que la persona vaya constantemente a equipos de tratamiento en su vida, a reforzar lo que aprendió en su tratamiento inicial, a ver si es que presenta en la etapa de abstinencia síntomas depresivos, o si anda ansioso y estresado y tiene miedo a recaer. Claro, entonces, en el sentido del seguimiento, es bueno, super bueno. (¿Y no se vuelve contradictorio eso frente a las improntas de autoconocimiento y autocontrol que tú dices promover en la terapia?) Sipo, ahí está la tensión. (¿Y cómo te paras tú ahí, en esa tensión?) Difícil pregunta. Es como algo práctico, es como que me va a servir para que la persona vuelva y pueda ser ayudada. Como decía un profesor "Cucoterapia", que sería este miedo a recaer, decirle que es una enfermedad, entonces vuelve y es más fácil que adhieran a un seguimiento. (¿Cucoterapia?) Claro, miedo, "chuta, tengo que ir a verme". (Entrevista a psicólogo)*

El retorno a tratamiento se configura progresivamente como un efecto esperado de la intervención y no como un fracaso. Si bien algunas de las fuerzas centrípetas del centro se mantienen vigentes, especialmente en el discurso y las prácticas de los profesionales más antiguos, la lectura que suelen hacer los profesionales del centro es la imposibilidad de encontrar una solución o un remedio definitivo, la connotación de dicha promesa como un engaño hacia los usuarios y sus familias, y el trabajo sobre la capacidad de autonomía del sujeto en áreas que sobrepasan su campo personal de interacciones y se extienden a su relación con las redes de asistencia. Este último punto es fundamental, puesto que la autonomía no es pensada como el quiebre con cualquier tipo de dependencia hacia los dispositivos de asistencia, sino más bien como la capacidad de establecer una relación responsable con ellos, esto es, acudir cuando se detecta que la enfermedad crónica deja de estar controlada y requiere el acompañamiento de un equipo especializado.

*La mamá del usuario responde la última pregunta y se queda en silencio mirando la pared. Después de un par de segundos dice “Pero yo tengo fe en Dios que va a resultar todo bien. Estoy tan agradecida. Cuando me llamaron fue mejor que ganarse el Kino [Lotería]”. Cuando termina la entrevista de ingreso, el doctor se queda sentado en la mesa, pensando, mientras todos se levantan. Yo me quedo con él. Me dice: “¡Qué responsabilidad! Tremendas expectativas y uno ve que la realidad es paupérrima. Igual es bueno que tengan esperanzas” (Cuaderno de campo, 23 de noviembre de 2017)*

Ahora bien, el solapamiento de estas lógicas históricas del tratamiento (cuerpo, mente, conexión) genera una tensión que el programa del centro debe resolver. Para ello, el equipo suele establecer una progresividad de los objetivos personales de tratamiento que siguen la misma lógica: En primer lugar se busca la compensación fisiológica del sujeto, la intervención de sus hábitos, la nutrición de sus cuerpos, para luego habilitar espacios simbólicos de intervención, percepciones, valores, creencias, y finalmente generar un trabajo de redes, bajo el concepto de integración, que, más allá del trabajo, la vivienda y las relaciones familiares, busca reforzar la capacidad de gestión del sujeto y su adherencia a la idea de cronicidad. De hecho, la circularidad y el retorno permanente quedan bien plasmados en la última gestión del centro

con el usuario en proceso de egreso, que consiste en vincularlo con un dispositivo ambulatorio.

Este proceso de fortalecimiento del sujeto para que pueda aprender a circundar las extituciones en vez de encontrar una solución definitiva, se encuentra bien ilustrada en el concepto de andamiaje. El andamiaje o andamio vincula el centro de tratamiento con la racionalidad de los centros ambulatorios en el sentido de intervenir la capacidad de movimiento del sujeto antes que generar un proceso de intervención que se agota en el interior del sujeto. El andamiaje asume una definición protésica del individuo, y pone en el centro de la intervención la autonomía del sujeto para romper con el esquema institucional tradicional, a la vez que permite, en un tiempo acotado del programa, desplegar todas las herramientas clásicas disciplinarias sobre el cuerpo y la mente del usuario o usuaria. En este plano, el andamio redefine la rudeza de los primeros meses del tratamiento como un proceso incomodo de adecuación a una herramienta que permitirá en los meses venideros adquirir recursos de movimiento autónomo.

Lo cierto es que la melancolía del ciborg se relaciona estrechamente con esta contradicción entre la incomodidad de la prótesis y la ulterior incapacidad de vivir sin ella. El centro genera un andamio que le permite al usuario moverse, pero en un rango y abanico nuevo de capacidades, trayectorias, posibilidades y restricciones. De hecho, uno de los problemas del usuario en egreso es cómo llevar estas prótesis a sus barrios de residencia. Este problema, lejos de ser un efecto no deseado, constituye el foco central de la producción de una subjetividad protésica, incapaz de encuadrarse definitivamente en cualquier marco normativo rígido, y sostener una situación de exclusión, marginalidad y movimiento permanente. Esto explica en gran medida la dificultad que tiene el enfoque de integración social para ensamblarse al programa de tratamiento, puesto que no es deseable que el sujeto vuelva a adquirir los códigos y sistemas de prácticas de su lugar de interacción cotidiana, cuyos mecanismos de socialización suelen estar a la base del problema de consumo, sino precisamente lo contrario, esto es, potenciar su capacidad de tránsito, juicio crítico, conexión, desconexión e identificación con una red más que con una coordenada espaciotemporal específica.

Entendiendo lo anterior, el poder normalizador del dispositivo no se encuentra en la capacidad de desarrollar inscripciones exitosas en el cuerpo o la mente del sujeto, sino que en el diseño de un tipo de control que concierne al movimiento y las relaciones. De hecho, las propias premisas de participación en salud pueden ser leídas bajo el mismo prisma, esto es, no como meros recursos para contener el avance de estrategias disciplinarias caducas, que muy pocos parecen realmente interesados en impulsar al interior del centro, sino fundamentalmente como recursos de conexión, identificación, involucramiento y sostenibilidad de las relaciones que el centro busca generar con los usuarios y usuarias en el largo plazo. De esta capacidad de involucramiento depende la legitimidad de un sistema que ya no puede cumplir la promesa de reforma e integración social, y se ubica en la vereda de las corresponsabilidades, la prevención, la vigilancia y la autonomía del paciente.

El quiebre de esta promesa supone un quiebre también en el plano de las relaciones personales que se desarrollan en el centro. El usuario que ingresa suele buscar procesos radicales de reforma que demandan un tipo de relación a la vez cercano y jerárquico con los profesionales del centro. Sin embargo, estos ecos de institución total, cuya desconexión del sujeto con sus relaciones íntimas habilita el establecimiento de relaciones familiares y afectivas con los médicos u otros profesionales de la salud, solo se encuentran en los miembros más antiguos del equipo, y se reproducen en espacios ocultos, informales, al margen del programa vigente. Por otro lado, el centro asiste a la escisión de la relación entre afectividad o cercanía, y autoridad o dureza de las orientaciones de acción. Las personas que generan una mayor presión de ajuste, principalmente los psicólogos o psicóloga del centro, no suelen generar relaciones muy cercanas, situación que evita amarres simbólicos, y a la vez imposibilita una identificación afectiva y emocional total con los sistemas de creencias y prácticas del centro, como sí ocurría en las modalidades proselitistas y evangelizadoras de décadas anteriores.

Los usuarios y usuarias siguen encontrando trazos de estas racionalidades terapéuticas primarias en las operatorias subterráneas del centro. Se trata de autoridades pasadas, caducas y desplazadas por las nuevas improntas

profesionalizantes del tratamiento de drogodependencias, como son los paramédicos, técnicos en rehabilitación, o educadores. Algunas de estas figuras participaron de las modalidades sectarias, carismáticas y confrontacionales del tratamiento, cuyo eje de sostenibilidad técnica era la cercanía emocional o afectiva y la adhesión total de los usuarios y usuarias a las premisas del centro, dirigido usualmente por exadictos o miembros de comunidades religiosas. Por otro lado, roles como los del paramédico, siguen sosteniendo elementos tradicionales del trato en salud, cuya vigencia y cercanía física en el contexto del hospitalario habilita su supervivencia, aunque sea en un plano secundario de acción.

Ahora bien, la vigencia de estos recursos primarios no se ancla solo a una reminiscencia técnica o una necesidad de cercanía de parte de los usuarios y usuarias aisladas de sus familias. La relación primaria se caracteriza por generar una distancia radical entre una figura paterna o materna que lo sabe todo, y una figura infantil que necesita ser cobijado en una relación de total certeza y seguridad. Esto se traduce en la idea de recursos terapéuticos totales, que evitan cualquier ambivalencia y se comunican al usuario en forma de órdenes, contenidos acabados, que disminuyen su angustia. En este punto, la relación primaria es sumamente valorada y demandada por algunos usuarios o usuarias, especialmente cuando deciden suspender sus prácticas de consumo y generar un cambio radical de vida, lo que supone una revitalización de las disciplinas más tradicionales del tratamiento de adicciones.

*"A veces sucede que tu forma de ser me proyecta a como era mi padre conmigo". Me dijo eso el otro día. "Sabe que su forma de ser, que no le vienen con cuentos, me recuerda mucho a mi papá. Usted es igual a mi papá cuando me dice las cosas" Yo le dije: "¿Pero tú me lo estás diciendo en buena o mala onda?" "No, si yo se lo digo en buena onda, porque ahora yo veo cual era el propósito de mi padre para ser así conmigo" (Es como una segunda oportunidad con el papá) Claro "yo veo el propósito de mi papá, un papá que me prohibía cosas. Yo necesitaba un papá que me prohibiera cosas, pero en ese momento, cuando era cabro, yo veía que el viejo me hinchaba nomás y me molestaba. Ahora que estoy pasado en edad yo veo que mi viejo siempre me quiso". [Se queda un rato pensando cuando termina el relato] El usuario de Porvenir, todos decían que*

*se parecía a mí, que era mi hijo. Yo le decía "Hola hijo" y él me decía "Hola padre" y me abrazaba (risas). Siempre tuve una buena cercanía con él, a pesar de que tenía hartito daño. (Entrevista a paramédico)*

Estas referencias a una relación primaria, a pesar de no estar incluidas en el programa, y ser activamente suprimidas por los profesionales del centro, se fortalecen en su operatoria subterránea, y generan un balance fundamental para sostener la vida en comunidad. Mientras los hospitales mantienen una convivencia regular de estas lógicas de cercanía, ya sea con en figura paterna fuerte asociada al rol tradicional de los médicos, o los cuidados maternos ofrecidos por las enfermeras, que explica la posibilidad de habitar un interior institucional, el centro de tratamiento desarrolla lógicas de convivencia cotidiana que no se explicitan pero explican en gran medida la forma en que los usuarios y usuarias logran quedarse y sostener seis o más meses de internación. Además de una subsistencia solapada, la idealización de un espacio primario se suele traducir como una nostalgia de comunidad que procesa una diferencia con las relaciones familiares o afectivas fuera del centro, lo que genera una serie de tensiones que el equipo técnico puede capitalizar para estabilizar la tecnología de tratamiento, especialmente con relación a la prevención de abandonos tempranos.

*Durante el taller familiar, la mamá de uno de los usuarios dice: " Cuando llegó a la casa, después de abandonar, lloró mucho porque iba a estar sólo de nuevo. Él consume sólo. Nos dijo que no estaba preparado para salir. Pensaba que se iba a sentir como cuando va los domingos [a su casa], pero no fue así, porque no estaba preparado" (Cuaderno de campo, lunes 26 de octubre de 2017)*

Las críticas de los profesionales nuevos del centro hacia estas relaciones primarias, especialmente aquellas que se construyen de forma vertical, y revisten el riesgo de habilitar prácticas autoritarias o violentas, choca con una amplia gama de objetivos de tratamiento que históricamente se montaron en este tipo de relaciones y hoy deben transitar hacia otro tipo de relaciones y racionalidades. En este plano, la reeducación de usuarios y usuarias mantiene vigente el fantasma de amarres simbólicos relacionados con la posición parental que asumen los miembros del equipo técnico para conducir estos sistemas de prácticas.

La relación vertical tradicional de las relaciones primarias en estos contextos se nutre de componentes técnicos derivados del conductismo para legitimar su vigencia, sin embargo, ese referente no encuentra las claves de un modelamiento coherente con una perspectiva de integración social, como hemos discutido anteriormente. La imagen del centro frente a estas técnicas deviene abiertamente un modelo que infantiliza a los usuarios, en vez de revestir una disciplina normalizadora en el campo de la adultez. Los usuarios y usuarias pueden valorar este tipo de ejercicio de reeducación conductual bajo esquemas primarios, sin embargo, constatan permanentemente su estrecha relación con la educación de niños y niñas, por lo cual no puede estabilizarse ni menos inscribirse formalmente en el programa del centro.

*Él trata de generar esa figura de autoridad frente a los muchachos [director del centro]. (Es como una figura de padre, ¿no?) Exactamente, de hecho, algunos le dicen “El papi”, aunque yo le digo que hay que marcar. Los reta y después los trata con cariño. (Hay bastante de ese componente ¿no? algo así como volver a criar) Sí, también nos acompaña, eso de reeducar, de volver a educar a los muchachos, en sus diferentes ámbitos de la vida, desde hábitos, higiene, que están perdidos durante muchos años. No se preocupaban de bañarse, lavarse los dientes, cambiarse la ropa, afeitarse. Educar en modales, pedir las cosas por favor, gracias. Como te decía yo no voy a esperar que una persona que ha estado años en la calle, compartiendo con personas en ese contexto, que te pida las cosas por favor, no, porque no lo tiene incorporado, y parte de la pega es reeducar en ese ámbito también. (Entrevista a trabajador social)*

*Como le decía al principio, uno estaba acostumbrado a andar sin reglas, sin normas, sin nada, entonces uno está acostumbrado a pararse, ir al baño, hacer cosas así, pero aquí no, aquí hay un orden, tienes que golpear, pero no es complicado. Son las mismas cosas que uno le enseña a los hijos también, esperar en la mesa hasta que se puedan parar, esperar que terminen, cuando vas al baño cierra la puerta, apaga la luz. Son cosas básicas que uno va aprendiendo y aquí se vuelven a retomar. (Entrevista a usuario)*

El reconocimiento abierto y extendido de la relación entre reeducación e infantilización motiva un funcionamiento precario de ese eje del tratamiento. Los miembros del equipo técnico no saben bien cómo conducir esos recursos

de intervención sin caer en el autoritarismo paternalista que exhibe el director del centro, cuya relativa lejanía cotidiana con los usuarios o usuarias permite dejar en una suerte de olvido incómodo sus acciones. Por su parte, los paramédicos y educadores encuentran espacios sumamente acotados para conducirse con este tipo de códigos, por lo cual se trata de una traducción en disputa. En este escenario emerge un funcionamiento social impreciso, irónico, culposo, y a la vez descontrolado y funcional que permite abordar áreas del tratamiento respecto de las cuales no hay claridad técnica. Un ejemplo claro de esto es la dimensión sexual de los usuarios y usuarias, cuya emergencia en cualquier ámbito público de la cotidianidad del centro motiva ejercicios represión y ocultamiento, sobre la base de códigos que los infantilizan. Cuando los usuarios no se someten a estas estrategias censuradoras, entonces emerge la posibilidad de expulsión.

*En la oficina la psicóloga le comenta al profesor de gastronomía lo que dijo un usuario durante el taller grupal "Alex dijo que es bacán ser mantenido o, si no, él le roba a la pareja. Martín [Otro usuario] le respondió "Cafiche". La educadora, que también se encontraba sentada en la mesa, eleva la mirada y le dice al profesor: "Cuida a tu guagua" haciendo referencia a su rol de consejero. La psicóloga festina con el marco que ofrece la educadora y reafirma "Cámbiale los pañales". Todos se ríen. (Cuaderno de campo 25 de octubre)*

La idea de un ejercicio de traducción incompleto o en disputa nos aleja de una interpretación que privilegia la idea de vacío, error o evidente arbitrariedad. Por el contrario, se trata de un momento en el que confluyen múltiples operatorias posibles y discursos deformes, contingentes, que se moldean según los contextos humanos y no humanos específicos en los que se desarrollan. Una misma situación adquiere valores distintos en función del momento, el lugar, las personas, e incluso los objetos que se encuentran presentes. Este último punto es clave, puesto que una ficha sobre la mesa puede revestir de un cariz clínico la conversación, en contraste con una discusión que se desarrolla en el patio, en torno a un plato de almuerzo, o trasladando cajas de materiales para la ampliación de una pieza del centro, cuya lógica se traslada a las opiniones o las historias y enfoques profesionales personales.

La traducción en disputa no se trata necesariamente de una negociación explícita o una discusión acalorada, sino que se observa, más bien, en forma de un espacio copado de impresiones, usualmente morales o normativas, que no logran elevarse por sobre la perspectiva de los actantes presentes. En la misma línea, estos ejercicios resultan profundamente ineficientes en la disciplina o reeducación de los usuarios o usuarias, quienes perciben prontamente cuando un discurso se encuentra inmadura e inestable. Sin embargo, estos espacios de cavilación, de tensión entre profesionales y maleabilidad del discurso, habilitan un agenciamiento en los usuarios, una apertura relacionada con la posibilidad de generar un camino propio distinto al marco rígido que han encontrado en otros centros con enfoques más tradicionales de tratamiento. En este plano emerge el concepto de adultez precisamente como contracara de los escenarios en los que se busca imponer precaria o fallidamente un rol infantil.

*Durante la revisión de su objetivo, el usuario reflexiona de la siguiente forma: "¿Por qué me siento tan bien aquí? Porque soy escuchado, me piden mi opinión, mi palabra puede ayudar a otros. Eso me ayuda a quitarme los estigmas, ser independiente, tener logros y trazar un camino para mí. Es dejar de ser niño y ser adulto. En este espacio cambiamos lo que otros dicen de nosotros, por lo que nosotros decimos de nosotros mismos" (Cuaderno de campo, 6 de octubre de 2017).*

*En el taller grupal la psicóloga explica a los usuarios que no es bueno que se vinculen con usuarias del centro, debido a las dificultades que supone desarrollar una relación afectiva con otra persona que abusa de las drogas. "¿Y si es sólo sexo?" pregunta un usuario. La psicóloga responde: "Si uno ve al otro como objeto es lamentable. Si es consentido es entre adultos, pero mi opinión es que nos engañamos pensando que podemos salir indelebles de esos encuentros. Por lo pronto estar acorazado para no comprometerse con nadie. Por eso estamos como estamos, todo es desechable. Antes había objetos que se valoraban". (Cuaderno de campo, 11 de octubre de 2017).*

## Capítulo 6: Tercera capa de resultados. Los objetos mediadores del tratamiento

La referencia de la psicóloga a los objetos valorados no es casual, y da cuenta de una interpretación cultural profunda acerca de las redes materiales que confluyen en los fenómenos de la adicción y el tratamiento. Las adicciones constituyen un lenguaje que puede fácilmente ser desplazado desde el campo de los psicoactivos hacia el del sexo, las películas o los videojuegos, puesto que el núcleo de significado se encuentra en la incapacidad de contener la agencia de un objeto; el fracaso del sujeto frente al poder de una materialidad que le impone una forma de desear, de consumir, de sentir, de pensar, de proyectarse, de relacionarse con los demás y finalmente de vivir. Ahora bien, lo interesante de la referencia de la psicóloga no es el uso desproporcionado de la adicción para hablar de cualquier relación desventajada del sujeto frente a algún objeto, sino, por el contrario, a la incapacidad del sujeto para comprender y entrar en una relación profunda con el objeto.

La psicóloga parte su argumento criticando la cosificación de las relaciones y termina con una alusión nostálgica a un momento en el que las cosas fueron valoradas, sin embargo, esta aparente contradicción devela más bien una interpretación de la adicción como una mala relación con humanos y no humanos por igual, lo que supone una bonita entrada al principio de simetría generalizada en la exploración del centro de tratamiento.

¿Por qué son tan importantes los objetos cuando asumimos un marco metodológico de actor red? Una primera respuesta se relaciona con la rigurosidad de las observaciones que hace la sociología frente a los fenómenos que estudia. Como indica Latour, suele decirse que el hombre viajó al espacio, o que un avión de guerra voló sobre el mar, sin embargo, se pierde de vista la inmensa cantidad de objetos, agencias humanas y no humanas, que producen dicha acción, y que son fundamentales para entender sus características. En el caso del tratamiento, suele decirse que un equipo técnico trata a los usuarios, y en el mejor de los casos se hace referencia a distinciones profesionales entre las personas que conforman dicho equipo. Sin

embargo, como hemos venido observando, en el tratamiento confluyen múltiples gestos, materiales, movimientos, lenguajes, con distintas antigüedades y distintos niveles de coherencia entre sí, que impactan fuertemente en la racionalidad técnica del tratamiento, sin que ello dependa de ningún actor identificable específico. Por ejemplo, ¿Quién introdujo una lógica carcelaria o confesional en el tratamiento actual? ¿Se trata de alguien en el equipo con cierta afinidad por dichas técnicas?

La interpretación dominante en los estudios del tratamiento es que los resabios históricos del tratamiento se relacionan con las formaciones profesionales. Por ello, los focos de la política pública se han centrado en controlar los estudios de origen, las certificaciones, cambiar las profesionales intervinientes, generar programas de posgrado y especializaciones en el tratamiento de drogas, de tal manera que aquellos conocimientos alternativos y caducos dejen de reproducirse. Sin embargo, los resabios del tratamiento tienen poco que ver con los conocimientos formales, o los programas que se escriben en las políticas públicas y se socializan en salas de clases para luego ser monitoreados por entidades fiscalizadoras.

Desde la perspectiva de la sociología de las asociaciones, dejamos atrás esta interpretación formalista de las producciones técnicas y buscamos comprender la socio-naturaleza del centro de tratamiento, integrando en un enfoque comprensivo único el abordaje de actantes humanos y no humanos bajo una perspectiva transversal de sus agencias. Esto significa abandonar la idea de los materiales como medios inertes y pasivos en la configuración y operatoria del centro, y, por el contrario, atender de una manera simétrica a lo que estos objetos hacen cotidianamente, así como también a sus impactos en la manera en que se piensa y desarrollan las operaciones técnicas del tratamiento de adicciones.

### **1. Materialidades y cajas negras**

La procedencia de estas racionalidades heterogéneas, que diversifican, multiplican, cambian el sentido, ocultan o amplifican determinados cursos de acción, no se ubica ni de las personas ni de los objetos que se encuentran en el centro. Se trata de operaciones híbridas, que emergen de las asociaciones

específicas que establecen tanto los usuarios como los profesionales con el contexto hospitalario, los manuales, programas, instrumentos, test, la arquitectura de la casa, los medicamentos y una infinita cantidad de otros elementos que traen el presente algo que alguna vez tuvo sentido, dominó el discurso, se convirtió en poder y se conservó en sus materialidades.

Para entender este proceso de materialización de las traducciones, y su capacidad de agencia en el presente, es fundamental atender a los procesos de obturación y constitución progresiva de cajas negras que desanclan los materiales de las discusiones presentes para llevarlas a otras coordenadas espaciotemporales. La obturación supone el modelamiento heterogéneo de las materialidades que participan en redes sociotécnicas, lo que implica que los materiales se llevan consigo una huella, o una suerte de plantilla, de las relaciones de poder, las asociaciones, y los resultados de las redes en las que participan. Ahora bien, los actantes humanos también son afectados por su participación en redes, cambian sus opiniones, sus actitudes, sus corporalidades, sus lenguajes, y por lo tanto acarrearán también estas huellas o plantillas. Sin embargo, en el caso de los materiales debemos agregar variables de durabilidad, desplazamiento, replicabilidad y opacidad.

Los materiales, tales como un test que detecta drogas, cuya lógica de funcionamiento es modelada en función del marco de legalidad de las sustancias en el momento de su creación, el estándar de dosificación que se impone en la discusión pública, los accesos corporales a la sustancia (sangre, orina, pelo), y sus criterios de fiabilidad para detectar, identificar y constituir a un consumidor de drogas, con todas las consecuencias sociales, laborales, sanitarias, jurídicas, que ello implica, puede ser producido en masa y distribuido globalmente, dejando atrás sus coordenadas específicas de creación. Si bien los humanos también generan estas estrategias de replicación, fundamentalmente mediante la educación o la formación técnica, traspasando conocimientos marcados por el resultado de determinadas redes de producción sociotécnica, dichos ejercicios son evidentemente menos eficientes, en el sentido de una menor fidelidad, y menos duraderos que los que se pueden desarrollar en el campo de las materialidades.

Uno de los focos centrales de esta fidelidad y durabilidad material se encuentra en su opacidad. La teoría de actor red ofrece el concepto de cajas negras para referirse a la delegación progresiva de procesos técnicos hacia los materiales mediadores, y la pérdida de contacto con la secuencia y los valores específicos de dicha transferencia. En algún punto, los materiales comienzan a contener una mayor cantidad de decisiones, procedimientos y cursos de acción que las conciencias humanas, y, más importante aún, estas dejan de ser prístinas. Los resultados de las decisiones de una red sociotécnica se conservan en los materiales como forma de incrementar la complejidad de los cursos de acción técnica, en tanto no es necesario volver a repasar toda la cadena de decisiones que justifican un paso nuevo, sin embargo, ello conlleva la pérdida de registro detallado y la capacidad humana de contener la agencia de dichos objetos.

Este proceso de constitución de objetos obturados o cajas negras, lejos de ser un fenómeno macrosocial o estructural, se juega en las redes locales de producción, y forma parte esencial del desarrollo cultural y técnico, permanente e histórico, de las sociedades humanas. El ejercicio de constituir materialidades que vuelven durables los efectos de la acción humana forma parte esencial de lo que podemos entender por cultura humana, y los ejercicios de traducción que se encuentran detrás de estas materialidades, y las dotan de sentido para los colectivos que las sostienen en el tiempo, constituye el foco central de la sociología de las asociaciones o teoría de actor red.

Ahora bien, como señalamos anteriormente, estos objetos no operan siempre como reservorios de contenidos o recursos que son consultados y movilizados bajo la voluntad de una persona o grupo interesado en reactivar su agencia. Los conceptos de obturación y caja negra nos permiten comprender ese espacio opaco de los objetos que se va constituyendo al margen de la voluntad presente y activa de los seres humanos, y habilita progresivamente una agencia propia del objeto. Esta agencia propia es percibida en forma de incomodidad, sensación de imposición, imposibilidad de comprender, y más aún, de contener los efectos de un objeto que participa de las redes sociotécnicas. En este sentido, los objetos de la cultura humana brindan

durabilidad a los resultados de la acción y permiten incrementar su desplazamiento, pero a la vez se constituyen como actantes interesados, que sostienen programas de acción propios.

*Llego con un café a la oficina de la unidad femenina y me encuentro al equipo muy acongojado. El psicólogo me dice: "Jennifer dice que ella no consumió. Está orgullosa de que no consumió en su salida de fin de semana. Lo que dice es que, en su casa, en las escaleras, se arman carretes. Esos blocks de escaleras cruzadas, viviendas sociales. Entonces ella dice que cuando iba subiendo la escalera le pasaron un celular con una raya de cocaína. Ella dice que se negó, pero el doping salió positivo" El equipo, y especialmente el psicólogo, tiende a creer en el relato de Jennifer, de hecho, el psicólogo llama a un amigo para conocer los parámetros de confianza del test, pero no se realizó a tiempo una contramuestra que hubiese descartado un falso positivo. El psicólogo me dice: "A mí me queda la idea de que Jennifer hizo esa pelotudez de fumarse el cigarro después de pasar el filtro por la coca, porque esa huea la hacen cuando están fumando alrededor de alguien que está jalando. Entonces ella se queda con la idea de que no jaló, que le ganó a la tentación, pero igual se metió coca al cuerpo". Le pregunto por qué es tan difícil revertir la decisión "El problema es que como Isaac había hecho un trato con Jennifer de que ella se podía quedar, a pesar de una serie de prácticas negativas en el centro, conflictos con otras usuarias, no hacer los oficios, etc., bajo el compromiso de no consumo. Entonces con el test positivo se fue cagando en dos tiempos" Le comento que yo había compartido con Jennifer y no me parecía alguien tan conflictiva. El psicólogo me responde: "Ella podría haber modificado sus conductas negativas, de hecho, lo estaba haciendo. (...) Ella se fue tranquila, sin angustia, no como si se fuera a consumir". En este caso el test tuvo mucho mayor fuerza que la opinión de los profesionales, a pesar de que estaban llenos de dudas, la decisión se sostuvo en el instrumento. Ahora bien, la fuerza del instrumento se fundamenta en la alianza del instrumento con el jefe de la unidad, quien entrega la facultad al instrumento. La opinión del jefe por sí sola no habría bastado para dar el alta, por eso se trata de una alianza entre el jefe y el doping, un movimiento coordinado entre dos agencias. (Cuaderno de campo, 17 de octubre de 2017).*

Los programas propios constituyen un factor clave para distinguir entre objetos intermediadores y mediadores. En el primer caso se trata de soportes que permiten movilizar cursos de acción dentro de una red sociotécnica sin

que ello implique la introducción de diferencias, es decir, el objeto se alinea con los cursos de acción de los demás actores y simplemente media la circulación de contenidos, decisiones, lenguajes, cursos de acción, etc. Por su parte, la mediación aparece cuando estos soportes dejan de ser pasivos, dejan de estar alineados, y comienzan a introducir diferencias relevantes en el ejercicio de estabilización de la red sociotécnica, y por lo tanto en sus resultados finales. En estos casos, los mediadores, que pueden ser objetos, discursos, espacios, técnicas, u otros elementos, intervienen el proceso de producción y se constituyen como entidades activas. Ahora bien, esta diferencia no se juega en los componentes propios del elemento mediador, sino fundamentalmente en el esquema de relaciones que se construye, la repartición de roles y el peso relativo que cada actor adquiere en dicha dinámica. Así, un objeto que puede actuar como una superficie completamente pasiva en algunos contextos, adquiere una gran capacidad de acción y perturbación de la red sociotécnica en otros casos. La posibilidad de ubicarlos en uno u otro polo de acción se relaciona exclusivamente con el ejercicio empírico, es decir, las observaciones o los datos que dan cuenta de estas capacidades.

Entendiendo lo anterior, el presente capítulo busca reflexionar acerca de los objetos que participan y habilitan las relaciones y los cursos de acción del tratamiento. Si en el capítulo anterior la reflexión se centró en los territorios de tensión, que permiten acceder a las heterogeneidades, multiplicidades y fragilidades de las producciones sociotécnicas, en este caso nos centraremos en el rol de los objetos que dotan de estabilidad a la red mediante la activación de agencias no humanas.

Como revisamos en el capítulo anterior, los programas contemporáneos de intervención psicosocial, ya sea en el plano psiquiátrico, psicoterapéutico, socioeducativo, ocupacional, u otro, tienden a mezclar dos lógicas fundamentales de operatoria que coinciden en su estado puro con los conceptos de institución o extitución. Mientras la primera busca intervenir bajo premisas disciplinarias antiguas centradas en el cuerpo y la mente del sujeto para modificar directamente algún aspecto que es reconocido como problemático por el dispositivo, el segundo hace referencia a un dispositivo

que abandona el campo del cuerpo y la mente para concentrarse en las relaciones, las redes y las trayectorias o formas de circular del sujeto. En este último caso, el foco de la intervención está puesto en la integración del dispositivo como un nodo relevante que el sujeto circunda permanentemente, y por lo tanto deja de operar como un estado de excepcionalidad (Sick Role).

Lo anterior implica que el rol de enfermo, cuya definición incorporaba coordenadas, funciones y expectativas claras, acotadas a lugares o interiores institucionales específicos, se sustituye por identidades menos rígidas, menos estructurales, más líquidas, que no terminan nunca de definirse y habilitan el posicionamiento permanente del dispositivo en la cotidianidad del sujeto asumiendo distintas funciones protésicas que buscan integrarse definitivamente en su subjetividad, esto es, en su manera de actuar, pensar y definirse a sí mismo. Ahora bien, como hemos ya discutido anteriormente, la institución estudiada parece encontrarse más bien en un estado de transición o crisis entre ambos modelos. Lo antiguo no se ha extinguido, aunque existe una energía discursiva y práctica que socaba con fuerza sus premisas, y lo nuevo, por su parte, se encuentra aún en un estado prematuro, disputando espacios acotados en la operatoria del centro.

Este cambio es relevante porque el giro hacia las extituciones, más allá de una fuerza estructural de época, demanda de la red sociotécnica del tratamiento un cambio global y específico de las identidades y las relaciones que la constituyen. Este cambio no es simple, puesto que amenaza permanentemente con destrozarse definitivamente las alianzas entre actores que resisten y ven con nostalgia las definiciones prístinas que orientaron su actuar en el pasado. En este escenario, los objetos también evidencian identidades ambivalentes, en construcción, que prueban permanentemente nuevas fronteras de acción o influencia. De hecho, si entendemos que el punto de mayor relevancia entre una institución total y una extitución es el cambio de foco respecto del lugar que habita el usuario o usuaria del dispositivo, entonces necesariamente emerge una nueva materialidad que debe ser trabajada adentro y afuera del dispositivo para lograr un cambio de racionalidad. En el centro estudiado, el problema del lugar es clave, y anticipa cambios relevantes en la manera de pensar el tratamiento de adicciones.

## **2. El lugar inasible o el engranaje de la incomodidad**

La detección del lugar donde ocurren los ensamblajes sociotécnicos constituye en sí mismo un problema metodológico relevante bajo el enfoque de la sociología de las asociaciones. Los fenómenos de problematización asociados a la adicción suelen rebasar los límites de los centros de tratamiento y se ubican en complejas redes políticas globales, especialmente aquellas que se tensionan entre los enfoques médicos y criminales de la adicción (Danyi, 2018). Por esta razón, en primer lugar, observaremos el lugar donde tradicionalmente se supone que ocurre el tratamiento residencial de adicciones (Centro de Tratamiento), sin embargo, pondremos en debate la forma en que se construye y se tensiona esta espacialidad, de tal manera que podamos poner en cuestión la elección metodológica del lugar donde escogemos observar el ensamblaje de esta tecnología y propiciemos la apertura de nuevos enfoques de investigación.

El centro es un lugar cargado de sentidos y racionalidades heterogéneas del tratamiento. En este espacio confluyen personas y objetos que traen consigo distintas interpretaciones, intereses y objetivos asociados al tratamiento. Esto implica que no es un lugar coherente, con un programa bien definido que determina los cursos de acción de sus habitantes, sino que se trata de un lugar palpitante, complejo, cargado de tensión, cambiante, y marcado por una característica fundamental como es su condición inasible.

La imposibilidad de apropiarse del espacio, sentirse cómodo, generar pertenencia y avanzar en una relación de coherencia e integración entre el sujeto y el lugar, no deviene de una construcción negligente, ajena a la identidad de los sujetos o promotora de su anonimato (Auge, 1998), sino más bien de una sobre determinación de las formas de asignar identidades, problematizar y montar cursos de acción diversos e incluso contradictorios entre sí. El lugar de tratamiento se vuelve en gran medida un lugar incomodo por su polivalencia material intrínseca, histórica, asociada al tratamiento de adicciones, y, por otro lado, por la alianza activa del lugar con las estrategias de acomodo e incomodidad que ejecutan los profesionales y usuarios del

centro, y que devienen en una identidad pasajera, permanentemente en disputa.

Pensar las locaciones del tratamiento como espacios en producción rompe con el esquema tradicional que define los espacios como contextos naturales, tabulas rasas, en las cuales se desarrollan los fenómenos sociales, o bien, en la vereda contraria, como construcciones sociales que no reconocen la agencia material de dichos espacios (Yaneva; Mommersteeg, 2020). El centro de tratamiento, en sus dimensiones arquitectónicas, patios, jardines o canchas deportivas, no constituye un fenómeno externo, ajeno a las producciones sociotécnicas, sino que se involucra directamente y se ve afectado en sus distintos movimientos de traducción.

Un momento clave de estas traducciones es la problematización, esto es, la forma en que un fenómeno social, en nuestro caso cierto tipo o patrón de consumo de psicoactivos, se convierte en un problema que demanda la movilización de estrategias para resolverlo. Puesto que el problema no puede construirse sobre la base de un volumen de consumo, puesto que existen personas con consumos problemáticos o adicciones que consumen bajas cantidades, o personas que consumen altas cantidades sin desarrollar mayores dificultades, ni por el estatus legal de la sustancia, ya que la mayoría de las personas en tratamiento en Chile son consumidores de alcohol, este proceso de problematización requiere la escenificación, delineamiento y empaquetamiento de múltiples fenómenos subjetivos que en conjunto constituyen un consumo problemático. En este ejercicio de escenificar múltiples dimensiones del problema para habilitar una tecnología de intervención, la espacialidad del centro es clave.

Mediante el espacio del centro, es posible escenificar dificultades para seguir reglas, tales como ordenar, mantener limpio, hacer aseo de los baños, pedir permiso para entrar o salir de determinados espacios, o usar adecuadamente las puertas. Este último punto es especialmente ilustrativo, puesto que el centro estudiado cuenta con una gran cantidad de ventanales, abiertos durante el verano, que los usuarios no pueden utilizar como vías de acceso al patio, aunque es completamente posible y seguro hacerlo, puesto que ello da cuenta

de un problema, este es, la relación entre el consumo y la incapacidad de seguir reglas. Lo mismo ocurre con las rutinas, puesto que se define una relación entre consumo y pérdida de hábitos cotidianos, escenificados en el centro mediante un tránsito estructurado entre las habitaciones, los comedores y los talleres. Cuando los usuarios tensionan este orden espacial, y buscan, por ejemplo, tomar desayuno en el patio o abandonar la habitación a una hora distinta, la red obtiene una nueva capa de problematización asociada a los efectos del consumo.

Probablemente uno de los focos más relevantes de la asociación entre la espacialidad y la problematización del consumo se relaciona con la adaptación y el conflicto. Los usuarios y las usuarias duermen en espacio compartidos, en literas, de a cuatro personas, en piezas que no superan los nueve metros cuadrados, lo cual genera una gran cantidad de tensiones y conflictos, ya sea por el orden de la ropa, los ruidos, ronquidos, horas de levantarse, falta de intimidad, entre otras. Cuando las personas entran en conflicto por estas dificultades cotidianas, fuertemente relacionadas con la espacialidad, el equipo técnico se apresura a indicar dificultades en el campo de la frustración, la comunicación, el individualismo o la falta de motivación. En este plano, la espacialidad busca presionar y desafiar permanentemente al usuario para problematizar un estado subjetivo presuntamente asociado al consumo de drogas.

*La entrega de turno adquiere un alto nivel de tensión cuando el paramédico le cuenta al equipo técnico y al director del centro que Luis no había acatado sus instrucciones de cambiarse de pieza durante la noche, y había exigido recibir esa orden directamente de parte del director. Llaman a Luis a la oficina. Sin mediar ningún saludo o explicación previa, el Director le dice con un tono autoritario: "¿Por qué no se cambió?" Luis: "Porque eran las 11 de la noche. No era hora. Me iba a acostar, y, además, otro compañero se había comprometido a pasarle la cama al compañero. Hay otro tema también. Yo no tomo pastillas, y el lugar donde me mandarían hay muchos ronquidos" El director se nota desarmado frente a la consistencia de los argumentos de Luis, pero arremete pronto con la misma fuerza inicial: "Tú tienes que explicarle eso al paramédico, no decirle que no nomás". Se queda pensativo y adquiere una voz distinta, más cercana al tono y el volumen de voz que adquieren los terapeutas*

*cuando quieren ser firmes frente a los usuarios: “Si usted quiere hacer las cosas como quiere, usted va a llegar donde mismo. Llevas varios procesos. Tienes que ceder a tu voluntad. No te tienes que convertir en el perkin de nadie [lenguaje carcelario]. Nosotros estamos preocupados de que tú cumplas tus objetivos, y si tú haces las cosas a tu pinta, vas a llegar al mismo lugar” Luego vuelve a subir el tono y el volumen de voz, y retoma una postura más autoritaria: “A veces tu inteligencia te juega en contra. Antes de esta salida larga que tienes, debes entender que eres llevado a tu idea [expresión que suelen usar los abuelos o padres en Chile para reprender a los niños] y eso te hace caminar en círculos. Escucha tu voz interna de humildad. No te quedes con la soberbia y actúa de otro modo”. Baja el volumen y el tono. “Eres muy capaz y nos preocupa que lleves un camino que te lleve donde mismo. Te pido que tengas el mismo respeto con todos”. Luis: “Quiero disculparme porque pude haber hecho las cosas de otra manera” Director: “Ojo con lo que te dicen tus compañeros. No te contamines. No te metas en cosas que no te competen. Tienes amigos, pero tú llevas un proceso individual, y tienes muy buenas perspectivas de rehabilitarte. Vuelve a subir el tono y el volumen. “Cuidado con los factores que te están influenciando” El paramédico toma la palabra: “En varias oportunidades me dijiste “Anóteme”. Quizás te quedaste allá para demostrarle a los demás”. El director retoma: “Aquí las cosas no son personales, no es que alguien se sienta ofendido, es preocupación por ti. Queremos saber qué te pasa para ayudarte”. El profesor de gastronomía toma la palabra: “No queremos que te quedes callado, queremos que elijas bien al Luis que aparece. Tú eliges quien quieres que aflore. Y no te dejes influenciar. Vive tu autenticidad. No es para que te achagues, es para que lo trabajes”. Es interesante esta idea de barajar subjetividades. Luis suele referirse a esta multiplicidad en la entrevista que sostuvimos antes de este incidente. Luis: “No sé qué puede estar pasándome internamente”. Acepta el foco y el lenguaje de la tecnología. No vuelve a ubicar el problema en el peso de sus argumentos. Continúa: “Me gusta ayudar. Esta fecha más que conflictiva es emocional”. Director: “Tienes que estar preparado para la presión. Tú lo sabes. Incluso en la política, en la familia o en el trabajo. Eres tremendamente capaz de cambiar tu vida”. Todos se quedan callados y, luego, le dicen a Luis que puede salir de la oficina. Luis sale de la oficina cabizbajo. (Cuaderno de campo, 22 de diciembre de 2017).*

La producción de incomodidad es parte fundamental de la agencia de los espacios, y marca en gran medida el cambio de racionalidad que hemos

explorado bajo la idea de extitución. Cuando los usuarios y usuarias se acomodan al interior que ofrece el centro emerge un nuevo problema relacionado con la dependencia. Las personas en tratamiento no pueden sentirse cómodas con las prótesis materiales y ambientales que ofrece el centro, sino que ellas solo deben ser funcionales a la búsqueda de sus propios espacios bajo una perspectiva de autonomía. Esto significa que el espacio actual debe generar condiciones para la problematización y el despliegue de diversas formas de tratamiento, sin que ello implique un acomodo estático de los usuarios o usuarias al centro, todo lo cual choca directamente con la racionalidad tradicional del Hospital de San José de Maipo.

La operatoria tradicional del centro hospitalario implicaba satisfacer necesidades de atención médica, procurando, a la vez, una estadía cómoda para las aristocracias chilenas durante el tiempo que duraban estos tratamientos. Esta integración de valores sanitarios y vacacionales quedó plasmada en una arquitectura amplia, con grandes pasillos, halls, jardines, lugares de esparcimiento, fuentes de agua y una vista privilegiada de la precordillera, que motiva un estado confort, tranquilidad, espera y pasividad. La manera en que la red actual del tratamiento gestiona este código impuesto e ineludible del espacio, consiste en integrar los roles de usuario y usuaria con marcadores de clase social, de tal manera que se sustituya el goce pasivo de estos espacios privilegiados de confort, por la producción activa de dichas condiciones espaciales desde la vereda del trabajo.

Los oficios relacionados con el embellecimiento del espacio se iniciaron en el entorno inmediato de la casa que corresponde al centro de tratamiento, bajo la idea de cuidar lo propio. Los usuarios arreglaron las rejas, desplazaron escombros y podaron los árboles centenarios que comenzaban a meter sus ramas entremedio de las tejas de la casa. Sin embargo, prontamente el hospital en su totalidad comenzó a requerir los servicios de los usuarios en otros sectores del lugar. De esta forma se integraron intereses relacionados con la legitimidad del centro de tratamiento en el hospital (estrategia de legitimación conducida por el director del centro), y la gestión de los códigos de comodidad que genera el espacio y que debían ser enrolados adecuadamente por el equipo técnico del centro para evitar que los usuarios y usuarias asuman

una actitud pasiva de goce, sientan interés por salir oportunamente del centro, y sean productores activos de sus recursos de introspección, educación, sanación, reforma, e integración social. Prontamente las tareas de jardinería dieron paso a otra actividad propiciada por esta lógica de consumos aristocráticos inscrita en la materialidad del hospital, como son los servicios de banquetes en sus distintos salones de reuniones, seminarios, capacitaciones y otros eventos sociales.

La apelación de clase social que habilita este tipo de alianza entre espacios de confort y usuarios del centro, en la cual estos últimos asumen el rol de producir, mantener, ofrecer y servir dichos espacios y prácticas inscritas, en vez de consumirlas y gozarlas, genera altos niveles de resistencia en algunos usuarios y usuarias que no se reconocen bajo estos marcadores. En estos casos el centro trata de producir con más intensidad aquellos códigos que explican desde la vereda terapéutica el valor de los oficios, especialmente en el caso de usuarios o usuarias que provienen de clases acomodadas, y por lo tanto detectan prontamente este giro en su posición de privilegios, o mujeres que identifican en estas actividades una vía de subordinación, sometimiento y tedio que las devuelve a un escenario de riesgo.

Este último punto es especialmente relevante, puesto que, a diferencia de los hombres, en el caso de las mujeres la ejecución de oficios muestra un avivamiento de experiencias traumáticas a la base del consumo problemático, como es la violencia física, sexual, psicológica o económica al interior del hogar. En algunos casos esta relación es directa y evidente, por lo cual algunas usuarias se niegan a participar en oficios cuando ellos no se relacionan directamente con sus necesidades personales de aseo y orden, sin embargo, en otros casos estas experiencias de violencia y abuso reverberan en objetos y sensaciones imbricadas en los oficios, especialmente en objetos viscosos como la masa de harina o el papel maché.

*El psicólogo de la unidad femenina me señala que trabajar con mujeres es muy complejo. Me comenta el caso de una mujer muy traumatizada, que no puede hacer prácticamente nada sin recordar el abuso sexual. Abusos, desde los siete años, por parte de padre, que se mezclan con amenazas de muerte hacia su madre.*

*Psicólogo: "¿Te acordai de una escena de la película "Puerta al infierno" donde a un tipo en una cama llena de sangre lo agarran desde el inframundo? El papá le decía que le iba a hacer eso a la mamá si lo acusaba. Entonces en gastronomía no puede hacer nada porque todo la conecta con imágenes y sensaciones relacionadas con el semen o la sangre. Incluso, aquí, al bosque, no puede ir, porque le recuerda las veces que el papá la llevaba a lugares alejados para abusar de ella". (Cuaderno de campo, 16 de octubre de 2017)*

En este plano, la violencia, el trauma y los abusos determinan los marcadores de género y los vuelven mucho menos proclives a establecer enlaces funcionales con la estrategia de servidumbre, por lo cual los esfuerzos se concentran más bien en desarticular los discursos y las prótesis que ubican a las usuarias en una situación privilegiada de consumo. En este plano se destaca una crítica permanente a la ropa de marca, las comidas de alto costo como el sushi, y la ridiculización de discursos o experiencias aburguesadas en la historia de vida de las usuarias. Estas nivelaciones de clase se presentan especialmente en la unidad femenina, cuestión que reafirma la hipótesis de su asociación sustitutiva con las estrategias de servidumbre en el complejo hospitalario. De otra manera, al no poder posicionar a las usuarias en la producción de las condiciones de comodidad de otros que sí pueden gozar en el hospital, entonces se intensifican los ataques hacia cualquier tipo de marcador que legitime, normalice o habilite el goce aristocrático del espacio. El caso de Katy, una usuaria recién llegada al centro que recibe una fuerte impronta niveladora para que suprima estos marcadores, es especialmente ilustrativo.

*Katy conversa entusiasmada con el equipo durante su entrevista de ingreso: "Les digo al tiro que soy mañosa para comer. No como pan, ¿puedo traer galletas y chocolates? La psicóloga me dijo que comiera chocolate para la abstinencia". Fabiana, la técnica social, le responde "El primer mes se puede, para controlar la abstinencia. Igual tú tienes un mes de corta estadía así que no tienes abstinencia" Katy se incomoda con el cuestionamiento y responde: "Igual me viene de repente". Katy continúa hablando sobre su alimentación "no como fritura, no como embutidos, ¿hay nutricionista? yo soy más de verdura". Los integrantes del equipo se miran entre sí con cara de perplejidad. El profesor de educación física toma la palabra: "Es importante que tú sepas que aquí hay*

*gente con menor nivel socioeconómico, o menos educación que tú, pero son gente que ha sufrido mucho" (Cuaderno de campo, 12 de diciembre de 2017)*

*Se desarrolla una reunión clínica en la unidad femenina. Antes de ir a la oficina entro a la casa de las usuarias y me encuentro con Katy llorando. La terapeuta ocupacional me comenta que no tienen en este centro muchas usuarias con este perfil. Un perfil de mayor nivel socioeconómico que "se toma las copas de vino comiendo quesos". Se ríe. Me cuenta que cuando Katy repite esta frase frente a las usuarias, estas le responden "shhh, nosotros con cueca teníamos pal cartón (vino en caja)" (Cuaderno de campo, 19 de diciembre de 2017)*

*Durante la reunión clínica, la terapeuta ocupacional dice: "Ana me dijo que le pasan cosas con Katy. Dice que ve cómo era ella antes, porque minimiza su consumo. Katy siempre dice que se toma una copa. Como que es evitativa" El director dice sorprendido: "A mí Katy me dijo que se tomaba la botella". El psicólogo toma la palabra con un tono burlón: "Pero con queso". Se ríen. El trabajador social aporta a la broma: "Ella es más gourmet". (Cuaderno de campo, 19 de diciembre de 2017).*

Ahora bien, la forma más directa, aunque más resistida, de generar incomodidad es la reedición permanente de una racionalidad militar que genera un corte radical entre el espacio distinguido del complejo hospitalario y la casa específica en la que residen los usuarios. En este plano el centro conecta con la lógica del servicio militar, y articula una cotidianidad asociada al entrenamiento, la postergación del placer para reformar el carácter, el esfuerzo físico y mental como prueba de integridad, y la definición de sí como parte de una unidad mayor que demanda uniformidad y ajuste irrestricto a la norma. Bajo esta forma de operar, la espacialidad del centro adquiere un fuerte minimalismo funcional, y los usuarios desarrollan su actividad cotidiana de una manera predecible y fuertemente interconectada. Las actividades se concentran en el deporte y el aseo de la casa, todos comen juntos, y el ciclo diario se asocia al desgaste y recomposición de energía. Esto suele ocurrir los fines de semana, bajo la dirección de los paramédicos, especialmente de aquellos con más años de experiencia en el tratamiento de

adiciones, y resulta muy visible desde la entrada al centro por la gran cantidad de cosas que se botan al basurero<sup>87</sup>.

Este minimalismo del espacio dialoga bien con otras racionalidades presentes en el tratamiento, como es la lógica seminarista, que asocia la simpleza del entorno con la posibilidad de autoinspección, y la lógica penitenciaria, que utiliza el orden y la escasez de elementos como forma de mantener visibilidad y control del espacio. De este modo se suspenden los elementos vacacionales del espacio, se reivindica una lógica netamente funcional y elemental del espacio, y se desarrolla un esfuerzo de contención adentro que revitaliza la agencia de la reja que rodea al centro. Resulta ilustrativo observar a algunos usuarios reacios a estos cambios en los regímenes de la comodidad tomando sol frente a la reja del centro, utilizando sillas inadecuadas o recostados en el suelo, rodeados de materiales de construcción, a escasos metros de los parques que ofrecen una espacialidad idónea para dicha actividad.

### **3. Asociaciones y controles ambivalentes**

Estos posicionamientos develan el solapamiento permanente de instrucciones, cursos de acción o programas que no logran configurar una unidad coherente de operaciones con capacidad de coerción por sí solas. Los usuarios no se encuentran reclusos en el centro, y por lo tanto pueden traspasar la reja del centro atendiendo a la norma formal que regula su estadía en el lugar, sin embargo, ello desencadenaría una serie de traducciones que reinterpretan dicha acción como una trasgresión, como una incapacidad de seguir instrucciones cotidianas, como un desafío hacia la autoridad del centro, como una búsqueda de comodidad e incapacidad de trabajar en torno a la terapia, o como una actitud de calle que amarra al usuario a su identidad de consumo, entre otras. Estas traducciones del acto de traspasar la reja probablemente devendrían en la expulsión del centro.

---

<sup>87</sup> En el centro estudiado esta lógica militar es pasajera y se reedita en momentos de difícil cohesión de la red, especialmente en los fines de semana debido a la ausencia de otros profesionales y recursos disponibles. En otros centros de tratamiento conocidos por los miembros del equipo, esta racionalidad militar es permanente: “(...) en Comterra tenían ramas militares, sargento, comandante. Sargento era el que estaba en la cocina”. (Entrevista con trabajador social).

Lo interesante es que la eficiencia del control que ejerce la reja se explica por la conjunción y sustitución permanente de racionalidades que no deben quedar fijas, sino que deben ser subvertidas, amenazadas o cuestionadas para que no se produzca una rigidez que termine por desarmar la tecnología. Una rigidez de este tipo sería constatar que los usuarios se encuentran encerrados en el centro de tratamiento, lo cual generaría un problema jurídico institucional que pondría en jaque su continuidad. La reja opera en red, desplegando su agencia en distintas lógicas de asociación que le permiten finalmente regular la capacidad de tránsito del usuario sin gatillar o apresurar su caducidad.

Este aislamiento ambivalente, que juega entre la contención y la expulsión, que hace ecos de instituciones totales sin el estatus normativo necesario, y cuya fuerza coercitiva hacia el usuario demanda la construcción permanente de alianzas que varían en el tiempo, muestra una especial elasticidad frente a las prácticas cotidianas de los usuarios. En la medida en que se rigidizan las normas que regulan las prácticas en distintos espacios del centro, las prácticas de subversión se trasladan y desafían su capacidad de vigilancia y castigo, por ejemplo, en los baños. Cuando se realizan “Terremotos”, se restringe el número de cigarrillos que se pueden fumar al día, o se controla en exceso las interacciones entre hombres y mujeres del centro, los baños se constituyen como espacios de resistencia en los cuales se juegan videojuegos, se escucha música, se consumen drogas, y se desarrollan encuentros sexuales.

Ante estas prácticas, el equipo técnico del centro constata su falta de recursos legítimos para sobrepasar estos límites espaciales y despliega acciones torpes de control que entremezclan expulsiones de usuarios o usuarias, arrepentimiento o cuestionamiento interno, y cambio en las normas de control cotidiano. En este sentido, la alianza de los actores con los espacios es clave para entender el modelamiento de la tecnología de tratamiento, especialmente en sus dimensiones normativas. A pesar de los ejercicios seminaristas, carcelarios y militares que se ensayan los fines de semana, el dispositivo es incapaz de desplegar un control panóptico del espacio, lo que deriva en desplazamientos, ocupaciones y disputas espaciales permanentes, que

remecen la manera en que las personas que controlan el programa de tratamiento definen y despliegan cursos de acción.

*Durante el terremoto a Jorge le encuentran juegos de una consola portátil. Lo confrontan y él indica que los juegos son de su sobrina. Dice que la consola la trae su sobrina durante las visitas y luego se la lleva, pero deja los juegos. Sin embargo, según el trabajador social que lo interroga, otro usuario lo vio llevarse la consola al baño. (Cuaderno de campo, 17 de octubre de 2017).*

*Durante la reunión de la mañana discuten el caso de un usuario y una usuaria que sostienen una relación amorosa. La psicóloga de la unidad masculina dice: "Se pierde la confianza con el equipo, se rompe el vínculo con el equipo (...) Antes ya había habido relaciones con otras mujeres fuera del centro y se había trabajado (...) Ahora hubo besos y cartas en el centro, se pidió que eso parara, pero ahora sabemos que continuó (...) Indagamos y encontramos que se presentaron como pareja en las familias de ambos". Esta situación se generó cuando se decidió que las mujeres utilizaran el baño de la unidad masculina durante el desarrollo de los talleres de gastronomía. La sala de gastronomía se encuentra en el patio de la unidad masculina, a unos 100 metros de la unidad femenina. Entre idas y venidas al baño, Yanni conoció a Carlos y empezaron a sostener una relación. La decisión del equipo fue expulsarlos a ambos del centro (Cuaderno de campo, 11 de octubre de 2017).*

#### **4. La producción de un afuera**

Los cambios más relevantes se relacionan con reconfigurar lo que se entiende por un afuera y un adentro del centro. La relevancia del dispositivo se traslada progresivamente desde los contenidos que sirven para ver e intervenir al sujeto directamente, hacia la construcción, acaso mitológica, de un afuera para el adicto que habilita actividades de simulación. Este tipo de actividades no buscan modificar directamente al sujeto, anclarlo a un modelo específico de pensamientos y conductas, sino más bien ubicarlo en un limbo, un espacio en suspensión, una interfaz que orienta modos específicos de transitar. Es a partir de los desafíos que emergen en ese lugar de tránsito que el cambio subjetivo aparece como una necesidad. Esta concepción de la terapia refuerza la condición protésica del sujeto, puesto que lo que el usuario genuinamente es, lo que se encuentra en su identidad más profunda, no resulta relevante,

sino que el énfasis se ubica en los recursos, las herramientas que carga dicha subjetividad para moverse en los escenarios proyectados afuera.

El paso hacia la extitución es una historia de crisis para los centros residenciales. La imposibilidad de contener, de intervenir directamente, habilita nuevas racionalidades asociadas al afuera y las prótesis del usuario. La imaginación del afuera constituye un ejercicio fructífero en estas modalidades de tratamiento, puesto que el usuario difícilmente puede matizar o contradecir las proyecciones elaboradas por los equipos técnicos, a diferencia de lo que ocurre en los dispositivos ambulatorios, cuya apertura repercute en un cuestionamiento inmediato y cotidiano de las premisas que elaboran los equipos técnicos. Como hemos ya observado en otros puntos de análisis, el orden, la higiene, el cumplimiento de reglas, la evitación de conflictos, la frustración, constituyen focos de terapia que no guardan mayor relación con aquello que el sujeto es, sino que se trata de recursos que el usuario o la usuaria debe desarrollar para moverse bien en un entorno que los va a demandar. ¿Qué va a pasar cuando...? Constituye una interrogante que está a la base de todo el discurso terapéutico que se instala en el centro.

Para que estas interrogantes tengan sentido, el afuera debe guardar ciertas características socioespaciales que se nutren de la memoria y los relatos de los usuarios, pero son enrolados y dispuestos en la operatoria de la tecnología para que cumplan un rol clave en la configuración de estas trayectorias de riesgo, recaída, tratamiento e integración. La “Calle” es un código clave en la configuración de estos lugares exteriores que habilitan los ensamblajes protésicos.

El diseño de esta prótesis de calle tiene a la base un terreno psicotrópico, un lugar donde todas las subjetividades y las agencias se entrelazan en torno a las drogas. Se trata de lugares que se dinamizan exclusivamente en torno al acceso, el conocimiento, la negociación, la distribución, el financiamiento, la alteración, la compra, la venta, el transporte y el consumo de drogas. En este terreno imaginado las drogas controlan toda la acción social a partir de su poder como un bien escaso, adictivo e inelástico, que mantiene seducidos y alienados tanto a los traficantes como a los usuarios de estas sustancias, en

una actitud impredecible, violenta, reducida a un solo objetivo que marca el sentido de la vida propia y la de los demás. Ante la completa ausencia de otras fuentes de sociabilidad, que disputen el sentido de la experiencia social en estos territorios, la imagen se constituye como un molde de angustia y temor para los usuarios, que se utiliza para recalcular periódicamente las magnitudes del problema que los tiene en terapia.

*Durante la terapia grupal un usuario cuenta lo que le ocurrió durante su salida de fin de semana: "Iba caminando en la tarde y ahí a la altura de la cancha me encontré un pito en el suelo medio enterrado y pensé en seguir caminando, pero sabía que el pito iba a quedarse en mi cabeza. Volví y lo rompí con el pie, porque me dio miedo de recaer si lo destruía con la mano" (Cuaderno de campo, 6 de octubre de 2017).*

Durante la entrega de turno que se desarrolla todas las mañanas, el paramédico, señala que dos usuarios tuvieron sueños de consumo. Dice: *"lo que pasa es que durante las asambleas hablan mucho de consumo y eso les hace mal. René dice que le hace mal que hablen tanto de eso"*. La psicóloga reafirma la culpa en las asambleas que desarrollan los propios usuarios en los horarios de tarde-noche, sin embargo, hace semanas yo participo en los talleres grupales, donde las experiencias de consumo se exponen con un especial tono onírico (Cuaderno de campo, 24 de octubre).

*(...) esa vez que yo vi a mi compañera en el baño consumiendo cocaína a mí me dieron (¿Ganas?) Sipo. No ganas, pero me recordó, y en la noche tuve toda la noche sueños con consumo. No consumía, pero me veía comprando la droga, tenía la droga, veía la droga, se me volaba con el viento ¿me entiendes? (¿Son sueños o pesadillas?) Para mí son pesadillas. (Entrevista a usuaria).*

Estos terrenos baldíos, secos, polvorientos, descuidados, de caminatas largas e incertidumbre, son fuente de sufrimiento cotidiano, humillación, miseria, empobrecimiento, violencia y trauma, por lo cual su aparición durante las terapias grupales siempre genera un silencio expandido y duradero, movimientos de incomodidad, dureza y entrecruzamiento de brazos en algunos, y quiebres de llano en otros. Su poder estructurante en la subjetividad de los usuarios, sobre todo hombres, desborda los relatos en las terapias o las narraciones que ofrecen los terapeutas y, a veces, se ubica en los sueños. Las

drogas aparecen como entidades todopoderosas y malignas, patronas de estos territorios de precarización, que amenazan a estas personas con devolverlas a su encierro.

Esta imagen, que entremezcla elementos concretos de precarización social, cultural, económica y política en territorios marginales de la región metropolitana, con colores, texturas y relatos de maldad que reducen su funcionamiento al poder de una entidad central, permite constituir un fenómeno de características histológicas, una anomalía en un tejido o una superficie exterior e interior que debe ser extirpada. A través de este ejercicio narrativo, la calle puede ser una cosa, un fenómeno que es homologable y transversal a todos los relatos particulares de los usuarios, con un punto de origen común en los territorios de la droga. Los usuarios tienen adentro la calle, los efectos de estos trayectos, las células cancerígenas que deben ser extirpadas mediante la terapia.

## 5. Cuerpos de calle

*El trabajador social me invita a una entrevista de ingreso. Al entrar me encuentro con René sentado en una silla frente a una mesa blanca que contiene múltiples carpetas con papeles en su interior. René es un tipo alto con algo de sobrepeso. Lleva el pelo corto. Viste pantalones de buzo negro con rayas blancas, igual que su chaqueta. Bajo la mesa suenan sus zapatillas rozando las baldosas. René nos cuenta que su hermano mayor y su padre son alcohólicos, y desde los 13 años lo sacan a tomar. "Salíamos a los cafés y tomábamos (...) He estado al borde de la muerte en peleas, he vivido en la calle. Cuando me separé de mi señora viví en la calle". Entra el paramédico a despedirse e interrumpe la entrevista por un par de segundos. "Se me fue la onda, ah, ahí yo era guardia y podía tomar más. Robaba alcohol. Yo caí 2 veces por hurto, por alcohol po". El trabajador social le pregunta: "¿Y está pendiente eso?" René responde: "Sí, ahora parece que tengo que pagar 50 lucas por robarme una botella" El trabajador social retoma la palabra: "Y cuando estabas en la calle ¿dónde pasabas la noche?" René: "Arriba de una micro, arriba de la 104. Yo no quería acostumbrarme a los albergues" El trabajador social vuelve a preguntar "¿y por qué? ¿No te dejaban volver a tu casa?" René responde: "No po, tenía muchos problemas. Comía en los supermercados. No tengo contacto con nadie más de la familia (...) He pasado por*

*todo. En la calle yo me muevo mucho, tengo muchas posibilidades de tomar". Trabajador social: "Estás consciente de lo complicado que puede ser internarte?" René: "Sipo, si me quiero mejorar. Cuando trabajaba de guardia podía tomar lo que quisiera. Tengo amigos con botillería y me dan cervezas, y llego a soñar que tomo. Me puedo tomar 4 botellas de pisco" (23 de noviembre de 2017).*

*Las técnicas sociales comparten un café en la mañana mientras preparan la revisión de objetivos que van a desarrollar con las usuarias en la tarde. "La Camila al principio se vestía sobrio, pero está cada día más flaite". Perciben mi interés en lo que están conversando y se dirigen hacia a mí. Me comentan que la psicóloga que ahora trabaja en la unidad masculina antes trabajaba en la femenina. Era muy agresiva con las usuarias en relación con la ropa y el maquillaje. Decía que parecían putas. Ellas dicen que respetan mucho más la estética de las usuarias, que se pinten y usen la ropa que quieran, pero en un marco cultural definido por ellas, esto es, que no sea flaite, esto es, mucho maquillaje, petos, calzas muy apretadas o tacos. Retoman la conversación sobre Camila: "Está cada vez más flaite y grosera, piensa que está en la calle (...) La encontraron hurgueteando en las cosas de una paramédico" (Cuaderno de campo, 17 de octubre de 2017).*

El centro propone un ejercicio ambivalente en el cual el usuario o usuaria debe reconocer su vínculo con la calle, cuyo valor se relaciona con una supervivencia exitosa en un ambiente hostil, para, a la vez, embarcarse en modificaciones sustanciales en las formas de pensar, vestir, hablar, tocar, o relacionarse con los demás, que se asocian a dicha calle. La calle se observa en actitudes desafiantes, arrojadas, acaso depresivas y suicidas, que entremezclan la capacidad de imponerse y someter al otro, con una actitud de desgaste, desmotivación y resignación. Todo ello conlleva, además, el uso de determinados objetos que constituyen un foco central de atención para la tecnología de tratamiento. En los hombres toman relevancia las zapatillas blancas deportivas, los pantalones de buzo y poleras anchas, todas con logos, a la vista, de marcas costosas. En el caso de las mujeres el foco se ubica en el maquillaje, las poleras cortas, los pantalones apretados y los colores llamativos. En la medida en que afirmaciones tales como "demasiado corto" o "demasiado llamativo" no responden a criterios claramente definidos, la posibilidad de delimitar algo como flaite se sustenta en mecanismos más

amplios de discriminación clasista que actualizan la tecnología a través del juicio o prejuicio de los equipos técnicos que la conducen.

A partir de este esquema territorial de las adicciones, que propone la idea de un espacio de calle modelado completamente por un objeto central como son las drogas, la tecnología establece como uno de sus focos esenciales de intervención los objetos del usuario, en tanto ellos lo retornan permanentemente a esa calle que es necesario extirpar. En esta línea, el centro busca que los usuarios abandonen marcadores “Flaites” en el vestuario, el maquillaje, los cortes de pelo, la música, y, por cierto, todas las miradas y movimientos que se acoplan a dichos objetos.

En la medida en que la palabra “Flaite” en Chile apunta peyorativamente a jóvenes de barrios marginalizados con actitudes cercanas a la violencia y la delincuencia (González & Ng, 2014), el uso de esta categoría en el centro deja entrever el fuerte vínculo que este dispositivo construye entre los consumos de drogas y la delincuencia en los sectores más empobrecidos de la sociedad chilena. Puesto que la droga se encuentra en el centro de estos territorios de precarización, dotando de sentido toda la experiencia alienada de la calle, el delito se conceptualiza como un fenómeno integrado y no independiente del consumo. Esta concatenación es eficiente para fortalecer la mirada biomédica de la adicción por sobre una mirada sociocultural y psicosocial que definiría los marcadores de calle como una forma específica en la que se enlazan los usos de drogas con las subjetividades barriales. Por el contrario, la construcción de un fenómeno integrado de alienación imposibilita hacer distinciones y atender a fenómenos específicos de precarización, marginalidad, violencia y subjetivación.

Estas interpretaciones materiales funcionan en al menos tres interfases fractales. Primero se encuentra la calle con sus dinámicas asociadas a los usos de drogas, en un segundo lugar se encuentran los marcadores subjetivos de calle a partir los cuales estos territorios modelan la superficie corporal del consumidor, y, finalmente el territorio neuronal, una superficie bioquímica en el cual la droga afirma el control absoluto del sujeto. Esto tres niveles recursivos e interdependientes ordenan la agencia de los objetos en el centro

de tratamiento. La ropa ancha de marca opera como un objeto mediador que inscribe al usuario en un territorio barrial dominado por las drogas, pero a la vez opera como un gatillador de los deseos de consumo. En este sentido, el barrio marginal, el cuerpo flaute y el cerebro adicto, configuran un mecanismo integrado de problematización, cuya característica fundamental es su hibridez, en el sentido de que demanda operatorias materiales independientes del sujeto.

La falta de experiencia subjetiva, y la problematización del consumo desde un esquema de tecnologías barriales y marginales que han hecho algo en el cuerpo y la mente del sujeto que es necesario tratar, se fortalece con la mediación de otro objeto como es el carnet de identidad. Cuando los usuarios y las usuarias entran al centro de tratamiento, deben entregar su carnet de identidad al equipo terapéutico, quienes guardan en un cajón de la oficina estos documentos hasta el egreso, o bien lo administran cuando el usuario o usuaria necesita realizar alguna gestión fuera del centro. De esta forma se reafirma un estado de anonimato que permite sostener estas imágenes transversales y homogéneas de los territorios y los marcadores del consumo, como si todos los consumidores fuesen la misma pieza conocida de un mecanismo espacial-corporal-mental que opera al margen de sus particularidades subjetivas. Los usuarios saben que su identidad se encuentra suspendida, que deben montarse provisoriamente en un andamiaje sociotécnico ajeno que les atribuye características generalizadas en estos tres niveles, y que cualquier movimiento de resistencia afirma esa pérdida de identidad en tanto los amarra aún más a la imagen resistente, arrebatada, desafiante y violenta de la calle.

## **6. Superficies neuronales y objetos**

La capacidad de problematización del sujeto adicto en el plano neuronal se sostiene cotidianamente en la idea de cuasi drogas, esto es, objetos que son enrolados por la tecnología bajo la misma agencia que los psicofármacos. Podemos distinguir dos tipos fundamentales de cuasi drogas en el centro. Por un lado, se encuentran consumos que presuntamente hacen lo mismo que el alcohol o las drogas ilegales en la medida en que activan el circuito de

recompensa del cerebro. En esta línea el centro problematiza los videojuegos como prácticas homologables al consumo de drogas, y por lo tanto son prohibidos, al igual que las bebidas azucaradas u otras drogas legales de menor acción psicoactiva como el café o el mate. La segunda categoría relevante de cuasi drogas se relaciona con todos aquellos objetos que activan memorias de consumo, es decir, no generan la activación del sistema de recompensa por sí mismos, pero sí el apetito de consumo. En esta categoría de cuasi drogas se ubican los marcadores de calle, espacialidades, uso de incienso, la música urbana (reggaetón, trap o hip hop), y las vestimentas, entendiendo que estos objetos convivieron estrechamente con los usos de drogas y por lo tanto adquirieron una agencia de activación y memoria, que retrotrae permanentemente al usuario a sus vivencias de consumo.

Si bien los objetos de esta última categoría no generan por sí mismos una experiencia psicoactiva, su poder estructurante en el hábitat de los consumidores es tan fuerte como las drogas. La interpretación que elabora el equipo técnico del centro acerca de las relaciones que configuran el barrio, la calle y la casa del consumidor, y por lo tanto su contexto de riesgo, activación, consumo y daño, permite identificar y enrolar una gran cantidad de estos objetos. Las entrevistas de ingreso y las terapias indagan caso a caso la existencia de estos objetos que habilitan sostener una hipótesis de activación, para luego extirparlos de la mente, o bien quitarlos, concretamente, de la vida del usuario o usuaria.

*Durante la mañana el equipo analiza el caso de Jorge. Dicen que presenta oposición a la autoridad, puesto que insiste en poner música y películas inadecuadas. La psicóloga propone construir una pauta de manejo conductual (...) El equipo profundiza más en el caso de Jorge. Señalan que le gustan las marcas y sus factores de riesgo son su auto y dormitorio: Donde arrancaba y donde consumía. Jorge está enojado porque le cambiaron su pieza, se la infantilizaron. Tengo la impresión de que la familia hace esto por las indicaciones indirectas del equipo acerca de la relación entre el espacio de consumo y los riesgos de recaída. (Cuaderno de campo, 3 de octubre de 2017).*

La categoría se modifica permanentemente y no responde a un criterio bien definido, puesto que cualquier objeto puede activar una respuesta placentera

asociada al circuito de recompensa (un libro, la naturaleza, una buena conversación), o bien generar una memoria de consumo, atendiendo a la inmensa red de objetos que acompañan los usos de psicoactivos. Por ejemplo, las películas de terror en el centro se encuentran prohibidas, puesto que generan ansiedad y ello se asocia al estado mental de los usuarios cuando buscan consumir drogas. Ahora bien, esta capacidad de enlazar objetos en esta categoría de cuasi drogas depende de la relación personal y clasista que los propios terapeutas sostienen con los objetos, y en ocasiones ello supone ignorar los discos de Ozzy Osbourne que escucha un usuario de mayores ingresos en el living de la casa.

Así, la intervención del cerebro no se independiza de los otros dos campos de problematización (territorio y cuerpo), y opera brindando coherencia a un esfuerzo integrado por definir el fenómeno del consumo problemático de drogas. Al igual que los otros dos campos, la traducción que opera en el plano neuronal se sostiene en imágenes. Las capacitaciones y las presentaciones de PowerPoint que difunden las distintas instituciones vinculadas al tratamiento de adicciones, principalmente SENDA y las Universidades con programas de formación en esta área, ofrecen una mirada estática sobre lo que ocurre en el cerebro de los usuarios o usuarias. Esta imagen del sistema de recompensa se conceptualiza con la rigidez de un mecanismo motorizado, cuyas piezas y fases de funcionamiento se coordinan siempre desde la misma manera y tienen los mismos efectos. La imagen suele ser la de un psicoactivo que inunda con dopamina el sistema nervioso y altera el circuito de recompensa generando dos problemas. Por un lado, esta oleada inhibe la producción natural del neurotransmisor generando desequilibrios que refuerzan la búsqueda de nuevos consumos, y, por otro lado, la experiencia de placer modifica la memoria y asigna importancia prioritaria a estas sustancias.

Esta imagen neuronal, muy centrada en algunos de los efectos del consumo de psicoactivos y modelados como un fenómeno invariante y transversal, no suele ser cuestionada por los usuarios o usuarias. Se trata de una imagen que se acepta como un argumento científico obturado, de difícil profundización y por lo tanto ajeno a las discusiones e interpretaciones que pueden hacer los propios sujetos que experimentan estos fenómenos neuroquímicos. Ahora

bien, esto no significa que el esquema caiga en la irrelevancia. Por el contrario, se trata de una traducción eficiente que anuda necesidades heterogéneas, especialmente en el plano de la voluntad, la culpa, el cuidado, la motivación o la memoria.

El circuito de recompensa y la imagen de la transformación de las áreas del cerebro involucradas en nuestra sensación de placer, nuestra motivación, nuestras prioridades y nuestras decisiones, permite avanzar en un ejercicio de subjetivación muy complejo, que involucra tomar distancia respecto de la propia acción. Esta distancia implica una alienación radical del sujeto, puesto que todo lo que concebimos como presencia, existencia o conducta propiamente humana (sentir, expresar, optar, discernir, priorizar, etc.) queda reducida a un funcionamiento químico completamente vulnerable a la acción de un objeto concreto, visible y presente en la cotidianidad de las personas. Ahora bien, puesto que este desplazamiento de la agencia del consumidor problemático de drogas suele ocurrir antes de su llegada al centro, en una asociación con las claves más informales y extendidas de la adicción en la cultura chilena, cuyas interpretaciones de la alienación del sujeto no son neurobiológicas, pero sí comparten la idea de un despojo de la subjetividad y un amarre radical, la imagen y la explicación del circuito de recompensa logra un alto nivel de interés y traducción en los usuarios y usuarias.

Los primeros meses del tratamiento transcurren así, en un ejercicio de interesamiento, que ubica estas ropas, estos videojuegos, estas bebidas cola, estos libros, esquemas, presentaciones PowerPoint o dibujos, entre el sujeto y el centro, buscando enlaces que superen la mera coerción física del espacio, e involucren a la persona en una intervención de sí mismo. La tecnología de tratamiento no se monta como una institución total que amarra el cuerpo y trabaja directamente sobre esta superficie para generar cambios conductuales. Por el contrario, el ejercicio actual se ubica con mucha mayor fuerza en las etapas usualmente denominadas “iniciales”, cuyos objetivos se centran en la adherencia y la problematización. Si uno observa toda la trayectoria del sujeto, este ejercicio de seducción para que el usuario o la usuaria participe en el tratamiento, definiendo sus propias prácticas, cuerpo, objetos, discursos, en concordancia con los códigos que ofrece el centro, constituye el único

objetivo visible y duradero del tratamiento actual. El objetivo “final” del centro, que tradicionalmente se relaciona con el cambio en los sistemas de prácticas, está marcado por recaídas, indicadores de baja eficiencia, sustitución de la abstinencia por otros logros de salud mental, y la articulación de trayectorias permanentes de atención. Por esta razón, no es raro escuchar a los profesionales más influyentes del equipo técnico afirmar este cambio de racionalidad, desde las prácticas hacia la red, priorizando la conciencia y la motivación del usuario por problematizar las cosas de una manera distinta, y no un cambio relacionado con la abstinencia en el uso de psicoactivos.

## **7. El éxodo de las subjetividades**

El foco puesto en la problematización requiere esta profundización en las asociaciones, pasando por la ropa, las cosas personales, el cuerpo, el lenguaje, la motivación, las decisiones, la memoria, el cerebro, las neuronas, los neurotransmisores, y una vuelta fractal que redefine todas estas dimensiones como parte de un mismo fenómeno de adicción. Uno de los efectos relevantes de este mecanismo de problematización es un avance significativo en la cosificación del cuerpo. En la medida en que la subjetividad deja de ser una capa genuina e irreductible a partir de la cual emerge una acción social propia y voluntaria, puesto que la droga controla los procesos psicológicos básicos detrás de dicha acción, la tecnología avanza sobre un nuevo territorio deshabitado. Si las tecnologías modernas en el área de la salud avanzan sobre la fisiología del cuerpo y dejan el sentido en la acción, esto es, lo que el humano hace en su libre albedrío con los procesos mecánicos y orgánicos del cuerpo, las tecnologías de tratamiento van más allá, despojan la acción, y desplazan el sentido hacia la espiritualidad, el desarrollo o el crecimiento personal profundo. Este último punto es fundamental, puesto que existe una promesa de retorno al cuerpo, a la acción consciente, limpia, genuina, montada en un ejercicio tecnológico psi.

Esta traducción de la acción humana como algo que se puede abandonar, intervenir y a lo que se puede retornar una vez que se resuelven las asociaciones que la mantenían en un estado de alienación, producto del poder de las drogas, apuesta por un estado de excepción que deja en incertidumbre

las coordenadas del sujeto. ¿Dónde se encuentra la subjetividad mientras la tecnología define su acción como el eco de la agencia de un objeto psicoactivo? Esta interrogante explica en gran medida las dificultades que tienen las tecnologías de tratamiento aún en el siglo XXI para despojarse de elementos religiosos. Y es que la religión permite sostener un espacio, a veces provisorio y otras veces permanente, de reconocimiento del sujeto al margen de lo que podemos constatar directamente en su acción. Por otro lado, la religión promueve, desde ese espacio de pertenencia y reconocimiento, el retorno a la acción, por lo cual opera como un motor complementario para el tratamiento<sup>88</sup>. Ahora bien, frente a la mala publicidad de las asociaciones con el catolicismo, las tecnologías de tratamiento, y específicamente la estudiada, se han movido durante las últimas décadas a otros campos religiosos y espirituales de origen asiático, que entremezclan meditación, yoga y budismo.

*Ricardo está molesto y angustiado. Quiere abandonar su proceso de tratamiento debido a la incomodidad que le produjo el “Terremoto” de esta mañana. El equipo discute y llegan a la conclusión de que este malestar se debe a su memoria en experiencia de cárcel. El técnico en rehabilitación no está de acuerdo y dice: “En la cana las revisiones son fuertes, son con palizas. Esto no es nada”. Siguen pensando como disuadir a Ricardo. El médico adquiere un tono burlón y dice: “Quizás seguir hablándole es malo, lo refuerza. Quizás necesitamos a alguien más elevado” Entonces pone las manos sobre la cabeza y canta en tono angelical. Si bien se trata de una broma, devela un mecanismo de sustitución real. (Cuaderno de campo, 17 de octubre de 2017)*

*(¿[La ausencia de redes] impacta en las decisiones que toman ustedes como equipo?) Es que hay una sensación de pérdida de sentido, de vacío cuando la persona llega, todos necesitamos sentirnos aceptados ante los queridos, y cuando eso no ocurre a nivel familiar es mucho más difícil hacer el andamiaje interno que le permita al usuario tener un soporte a pesar de los adverso afuera. Para todos es mucho más fácil cuando hay algo en qué creer, incluso en*

---

<sup>88</sup> Un estudio reciente en Estados Unidos muestra que el 73% de los programas de tratamiento en dicho país incluyen componentes basados en espiritualidad. Por otro lado, el mismo estudio indica que más del 84% de la literatura científica en esta materia identifica efectos positivos de estos componentes en la recuperación de los usuarios (Grim & Grim, 2019). No existen estudios en Chile que permitan estimar la proporción de centros que incluyen componentes espirituales, sin embargo, la historia de estos dispositivos y su estrecha relación con el modelo norteamericano, nos permiten conjeturar una presencia extendida.

*la creencia de dios o en algo espiritual. Te da cierto norte.*  
(Entrevista a psicóloga)

(Te quería consultar sobre los discursos espirituales del centro. Me he encontrado con elementos budistas, transpersonales) *Los psicólogos aquí son muy fuertes en eso (¿Qué pasa con la religión?) Tuvo lugar, perdió lugar, tiene lugar. Está como interrogativa. Yo siento que tiene que tener un lugar (¿Qué lugar?) No sé, siento que lo espiritual va a incidir a favor, o constructivamente en el proceso de rehabilitación (¿En qué sentido?) Te da esperanza (...). Aquí yo he conversado con terapeutas que me han dicho "yo creo, creo que es super relevante leer algún versículo de vez en cuando, pero si lo hago corro el riesgo de ser acusado de estar disciplinando o promocionando". Yo soy testigo de jehová, por ejemplo, y no podría estar hablando de mi religión con los usuarios. (Pero sí hay terapeutas que hablan de budismo) Claro, porque parece que el budismo está de moda. Además, que el budismo en la vertiente cognitivo conductual, la Marsha Linehan, que es una como wow.* (Entrevista a médico)

Desde la perspectiva psicológica de la profesional más activa en la producción de dichos desplazamientos, este espacio espiritual, ante todo, debe tomar la forma de un espacio terapéutico que suspende la acción y habilita un uso más profundo y fructífero de los lenguajes, las imágenes, o las experiencias del sujeto. En la medida en que estos contenidos pueden flotar sin ser requeridos por el sentido de una acción, entonces es posible reubicar, reconectar, resignificar y preparar una vuelta hacia la acción. En este sentido se combina una perspectiva disciplinaria moderna relacionada con la psicoterapia, con elementos espirituales que permiten trabajar desde el cuerpo la suspensión requerida para trabajar contenidos simbólicos y mentales.

Ahora bien, el desplazamiento de la subjetividad y el avance de la tecnología sobre la acción como una nueva capa de la corporalidad, el cuerpo en acción, susceptible de ser abordada mediante un programa de intervención, se encuentra en una permanente tensión frente a la multiplicidad y heterogeneidad de los cuerpos adictos. La apuesta por la tecnificación de la acción subjetiva, como hemos visto, se monta sobre esquemas lineales del mecanismo neuronal detrás de la alienación del sujeto, cuya interacción o asociación privilegiada se ubica en los marcadores de clase. Esto constituye un problema de uniformidad para la tecnología, puesto que se espera una serie

de indicadores de alienación, asociados a la impulsividad, la agresividad, la angustia o la inmediatez, que remiten permanentemente a un joven de clase media o baja que se escapa de la casa para consumir con sus amigos en la calle, una calle controlada por los mercados de la droga, moviliza una red estable de objetos culturales asociados a la música, la ropa o los consumos en general, y genera daños hacia sus familiares o cercanos.

Junto a este modelo de un cuerpo arrebatado, que se asocia con las drogas para romper cualquier tipo de convención social o afectiva hacia quienes lo rodean, y, por lo tanto, reúne las condiciones para consensuar la migración de su voluntad, responsabilidad, afectos o decisiones, emergen otros cuerpos que no responden a ese esquema y por lo tanto dificultan un abordaje estandarizado. De forma simultánea o diferenciada podemos encontrar cuerpos tomados por el daño, que no pueden ejecutar una separación entre el cuerpo y la mente, y cuya intensión o voluntad se ubica precisamente en una sanación consciente, corporizada, integrada. En estos casos se despliega una dimensión simbólica diferente, cuyos lenguajes no operan en un bolsón de recursos previos a la acción que puede ser trabajado en un estado de suspensión, sino que se construyen de forma analógica en la experiencia activa, vivida, decidida. Estos cuerpos ponen en crisis la imagen tradicional de la psicoterapia como un diálogo que se produce en una suerte de nube, en una excepción que permite distancias y triangulaciones, y, por el contrario, demandan una psicoterapia despierta, performativa, con conversaciones que impactan tanto en la identidad y la acción del usuario como del terapeuta, y modifican los tratos cotidianos en el centro. Esta forma de terapia vivida es dominante en la unidad femenina del centro.

*Yo creo que el modelo humanista o rogeriano [Carl Roger] quedó corto, porque él decía que si hay un ambiente de sanación (...) un terapeuta congruente, que el cliente percibe que es congruente, que es consecuente, que es genuino en su afecto, y que lo acepta positiva e incondicionalmente, la persona por sí sola debiese flotar su autorrealización. Ahí se quedó corto, porque yo creo que hay que agregar más cosas (¿Cómo qué?) Quizás más conocimiento en otras áreas, una actitud más activa del terapeuta y no tan pasiva, de generar el ambiente de empatía, de promover la inquietud intelectual incluso. Todo eso. Más activo, no sé cómo llamarlo. Yo creo que es muy*

*pasivo el humanismo, pero sí rescato de lo que yo veo acá, que las usuarias suelen decir una frase muy repetitiva, "es que nos creen" y cuando la persona cree que le creen tiene mejor pronóstico. (Entrevista a psicólogo)*

*(No debe ser fácil abrir todo eso) Nopo, no es fácil, pero ¿sabe qué? yo antes cometía ese error en los otros tratamientos, decía "¿y por qué le voy a contar mis cosas a ese que ni conozco? mis cosas (¿Y qué cambio?) Mi postura. No cambió el resto, cambié yo (¿En qué sentido?) En que quiero estar bien (¿Y para estar bien tiene que contarle sus cosas a estas personas?) Sipo, tengo que saber contar, porque yo hablo del tema de la violación y yo me derrumbo, pero mientras más lo hablo, más voy sanando. Y otras cosas que han pasado. Claro po, entonces cada vez me va haciendo menos daño (¿Y eso por qué ocurre? ¿Por qué cuando uno habla las cosas pasa eso?) Eso no se te va a olvidar nunca (Claro, uno podría pensar que volviendo siempre a la memoria eso podría hacer más daño) Nopo, al contrario, es al revés, es como una herida, que tú le sacas la costra, la limpias, te duele, lloras, y sana. Y después vuelves a sacar la costra, y la costra se va haciendo cada vez más chiquita. Más chiquita, más chiquita, hasta que desaparece. Es lo mismo. Eso no se va a olvidar nunca, pero uno puede aprender a vivir con eso, como una vivencia, algo que pasó, pero ya pasó ¿me entiendes? (Sí) No es fácil (Me imagino, debe ser doloroso) Duele po (Es una vuelta permanente) Sipo, es un dolor que no tiene... por ejemplo, te dicen "del 1 al 10, ¿cuánto te duele?" esto no tiene (Es otra escala) Sí. (Entrevista a usuaria)*

Paradójicamente, esta suerte de pragmatismo en la terapia, esta imposibilidad de suspender la acción para analizar con distancia, y la negación de un abandono de la subjetividad corporizada, permite niveles de profundización, contactos, emociones y aprendizajes que parecen más significativos y duraderos. Al reflexionar desde la acción, los cambios adquieren un sentido inmediato, y por lo tanto sus condiciones de éxito o fracaso son visibles en la misma cotidianidad del centro, retroalimentando la terapia. Por el contrario, en la unidad masculina, prevalece una esperanza, una promesa de cambio cuando el usuario retome la acción afuera del centro, mientras el presente transcurre por un cuerpo sumiso, dócil, suspendido.

También existen cuerpos energéticos, que demandan actividades, esfuerzos, experiencias, desafíos, y por lo tanto se encuentran en un momento distintos de sus asociaciones con las drogas. En estos cuerpos no prevalece la culpa o

el daño, sino más bien el riesgo activo y presente de acudir a las drogas para encontrar esas experiencias de éxtasis. Estos cuerpos corren en la cancha de fútbol, piden permanentemente caminatas a la montaña, y se lanzan a nadar en las cascadas, buscando aquellas experiencias que logran llenar el vacío dejado por los psicoactivos, o bien que fue llenado por los psicoactivos. Estos cuerpos se enfrentan al trabajo en el centro de una manera distinta, menos desde la reforma del carácter, y más desde el uso del tiempo y la energía desbordante.

Otros cuerpos, por el contrario, están faltos de vitaminas y requieren inyecciones diarias. Algunos cuerpos se muestran creativos y dispuestos al desarrollo de actividades artísticas o culinarias, mientras otros, con manos sucias y duras, prefieren oficios de construcción para seguir probando su fuerza y capacidad de desgaste. Los cuerpos afectuosos se lanzan sobre los terapeutas, abrazan y dan besos en la mejilla, mientras otros hacen un saludo reverencial a lo lejos. Hay cuerpos en duelo, sentados en el sillón la mayor parte del día o moviéndose con desgana, que viven penas profundas por la pérdida de un ser querido. Otros cuerpos adictos se encuentran en los baños para tener sexo, o una terapeuta puede encontrar en un cuerpo adicto un deseo y experiencia sexual.

Esta inmensa gama de cuerpos tensiona la traducción que controla el esquema neurobiológico de las adicciones. Sus asociaciones con las drogas no suelen responder a la secuencia de una suspensión de la subjetividad y una acción reducida a la priorización y búsqueda de drogas. El deseo de consumo, por el contrario, parece requerir de una fuerte presencia de la subjetividad, de las historias, de las imaginaciones, las reflexiones, los deseos, penas, daños, intereses o reflexiones que moldean permanentemente el cuerpo de un usuario o usuaria de drogas. En las entrevistas, terapias e interacciones formales del equipo técnico con los usuarios y usuarias se observa un gran esfuerzo por uniformar estos cuerpos diversos y llevarlos a un mismo plano de funcionamiento mecánico frente a los psicoactivos, promoviendo los pilares del apetito de consumo, el enganche de la sustancia, la tolerancia y la abstinencia, en la base de la problematización del fenómeno de malestar que lleva a los usuarios y usuarias a buscar ayuda en el centro.

La multiplicidad del cuerpo tiende a negar una linealidad en el fenómeno adictivo, y por lo tanto la hipótesis de apagado, suspensión y desplazamiento de la subjetividad, suele operar más bien en un plano caricaturizado. Las tecnologías psicosociales son especialmente proclives a generar estos ciclos auto confirmatorios que se sostienen en una producción falseada del usuario. De hecho, la historia de las tecnologías de tratamiento es en gran medida la historia del modelamiento de un usuario que responde, a posteriori, a las premisas de una intervención (toxicómano, adicto, dependiente). En el centro es visible el cambio de actitud de usuarios que se encuentra bailando en el living, bromeando con otros usuarios, para luego bajar la cabeza y adquirir un temple sombrío a la hora de acudir a las terapias grupales, asumiendo las premisas de su alienación neurobiológica. Por su parte, en la unidad femenina se articulan ataques directos a los modelos de alienación que buscan negociar las responsabilidades del consumo con la presencia o ausencia de la culpa. Si bien las usuarias tienden a adherir a una perspectiva de la adicción que las exculpa de ciertas consecuencias del consumo, atendiendo al modelo neuronal, estas se niegan a abandonar una perspectiva consciente de sus consumos, daños, culpas y dolores, lo que supone un obstáculo para el desplazamiento subjetivo buscado.

*En la unidad femenina se inicia el taller que desarrolla el médico del equipo, denominado "Taller de psicoeducación". El tema de hoy es la motivación. El médico introduce el taller en la mesa del comedor. Las doce usuarias presentes miran con interés la pizarra. Médico: "En este taller nos vamos a hacer tres preguntas: ¿qué problemas tuve por mi consumo?, después, ¿qué es lo peor que me podría pasar si sigo consumiendo?, y finalmente ¿qué podría ganar con un cambio?". Las usuarias responden a la primera pregunta: "yo perdí a mi familia", "Yo perdí mi casa", "Yo perdí mi auto", "Yo aprendí a robar", "Yo perdí la confianza en mí", "Muchas personas perdieron la confianza en mí", "Perdí la memoria", "Peleé mucho con mis hijos", "Me separé de mi familia", "Me daba todo lo mismo", "Me deterioré física y mentalmente", "Comencé a mentir y robar", "Descuidé a mis hijos", "Me descuidé de mi ropa, mi aseo", "Perdí el control y me puse violenta", "Tuve problemas con la justicia", "Tuve intentos de suicidio", "Perdí mi autoestima". El médico felicita a las usuarias y sintetiza la información: "Los cambios cerebrales generan estos daños y entonces los*

*consumidores comienzan a victimizarse y todo les da lo mismo". El entusiasmo de las usuarias se desploma rápidamente, se recuestan en las sillas, cruzan los brazos, fruncen el entrecejo. Una de ellas toma la palabra y dice: "Sabe que no, a mí me pasó todo lo contrario, yo sentía culpa todo el rato". (Cuaderno de campo, 18 de octubre de 2017).*

¿Por qué habría de problematizar así el consumo la red sociotécnica del centro de tratamiento, si la experiencia cotidiana de cuenta de la multiplicidad de los cuerpos y la heterogeneidad de las acciones de recuperación? Una de las líneas posibles de explicación se relaciona con el entorno institucional de salud pública. De alguna manera el hospital demanda del centro una forma de problematizar que se centra en una unidad corporal, orgánica, aun cuando los abordajes posibles de dichos problemas puedan divergir de la medicina, e incluir tratamientos no centrados en el cuerpo. La imposibilidad de adquirir el rango tecnológico propio de la salud mental se relaciona con la internación, cuyo foco en la intervención del cuerpo, aunque en el caso del centro se reduzca a la movilidad, demanda una explicación médica. Los dispositivos de salud también internan, sin embargo, en ese acto los abordajes psicosociales generan un enlace con la psiquiatría, y se centran en dinámicas de compensación, desintoxicación y medicación. Internar para tratar a través de la palabra un fenómeno mental, social, cultural, que expresa una amplia gama de subjetividades y corporalidades, se constituye como una disonancia que pone en juego la estabilidad y supervivencia del dispositivo.

Por otro lado, las materialidades del consumo problemático de drogas se reducen en cantidad y valencia como forma de reducir la complejidad del fenómeno y volverlo susceptible de intervención. En este sentido, la supervivencia del dispositivo depende, no solo de la legitimidad de su entorno institucional, que demanda la movilización de una gama específica de objetos entre los cuales se incluyen, por cierto, los cuerpos de la medicina, sino también de su capacidad de traducir eficientemente el problema y los cursos de acción asociados a la adicción. Asumir la diversidad de cuerpos para desmontar una hipótesis homogénea asociada a la neurobiología de las adicciones, requiere el traslado de la unidad mínima de problematización hacia otro campo no orgánico de la dependencia, como es la dependencia

psicológica, y transitar hacia la caducidad de la internación como eje distintivo de la tecnología del centro. En este plano, la operatoria material-corporal del centro refuerza la tensión que existe entre las racionalidades residenciales y ambulatorias, o bien, entre las instituciones y extituciones del tratamiento de consumos problemáticos.

## **8. El entorno del ciborg**

Asumir un cuerpo heterogéneo es en gran medida asumir un cuerpo en disputa y atender a su condición ciborg. La hibridez del sujeto adicto se plasma en la discusión sobre cuáles son los límites entre la persona y la sustancia psicoactivo, ¿Dónde termina uno y empieza el otro? Para ello, la atención a los ensamblajes materiales constituye un enfoque clave de intervención que se posiciona crecientemente en el equipo terapéutico, especialmente en los momentos de mayor debilidad de la lógica de la internación, como es la preparación del egreso. El exterior comienza a ser problematizado no solo desde los cuidados, las relaciones y la conciencia del sujeto para conducirse adecuadamente en un entorno de riesgo, sino también sobre la red de objetos que efectivamente van a tensionar al sujeto y van a demandar un tipo de asociación, identificación e integración con efectos directos en las prácticas de consumo de psicoactivos.

Las cuasi drogas dejan de ser objetos específicos que deben ser sacados del centro, y pasan a ser los contextos específicos en los cuales se van a desarrollar los usuarios en el momento de egresar. La noche, las fiestas, la música, aroma a asado, las estéticas de diversión, globos, serpentinas, chaquetas, camisas, maquillaje, entre otros objetos, generan una red densa que imposibilita un aislamiento de cada objeto. Se constituye así una situación material, que se presenta al interior de la casa del usuario que egresa, en la casa de un amigo vecino, en el trabajo a fin de año, y prácticamente en todos lados durante las fiestas nacionales de año nuevo o independencia.

*Este fin de semana había una fiesta en la que estábamos invitados mi pareja y yo. Ella me dijo que no iba a ir porque no tenía plata pal regalo. Yo le dije "pero es que te están esperando" Me dijo "no, si no voy a ir ¿Querís que vaya? Vai a andar con el caracho" Yo le dije "Ya filo, yo me quedo*

*trabajando". Así fue, hasta las 1 de la mañana, los niños jugando, les hice papas fritas, y el carrete al frente de mi casa. Yo no, no voy a ir, ¿Pa qué voy a ir? Me quedé con mis hijos, me acosté y me quedé dormido. No me tomé ni la pastilla para dormir. (Entrevista a usuario)*

Uno de los abordajes interesantes, que busca innovar en esta dimensión ciborg, se relaciona con el entrenamiento de los sentidos. La hipótesis de intervención en este caso es distinta a aquella que interpreta una sobre estimulación, para luego quitar elementos activadores y mantener a los usuarios o usuarias en un estado de excepción sensorial sanadora. Por el contrario, lo que busca un grupo pequeño de profesionales y técnicos del centro, liderados por un terapeuta ocupacional de formación reicheana, es interpretar el consumo abusivo o problemático como una reducción sensorial, un estancamiento, que debe ser tratado mediante una liberación de los distintos nudos que se ubican en el habla, la escucha, la respiración, el tacto, el olfato o el gusto. De este modo, en vez de evitar una asociación con los contextos, lo que busca esta perspectiva es una capacidad selectiva basada en la disponibilidad, en un acervo personal de experiencia sensorial que compiten con los psicoactivos<sup>89</sup>.

*(¿Y los cigarros, café, películas de terror?) Más de lo mismo. Yo sé que los períodos de tensión o carga van a ser variables según las personas y sus recursos, pero la descarga va a venir igual, tarde o temprano, y luego viene de nuevo la tensión. (...) ¿Entonces qué es lo que estamos haciendo? Estamos suprimiendo las versiones posibles de descarga, porque no le damos alternativa, les suprimimos lo que ellos adquirieron como fórmula para descargar y aliviarse. (...) La misma persona que tenía aversión a manipular esa pulpa, que le generaba sensación de vomito, después, de a poco, empezó a movilizarla y empezó a tener una conexión de las manos con una sustancia más helada, más fría, en un día caluroso. Entonces yo dije tate, aquí mi comadre va a hacer una conexión con que se alivió, no sabe cómo, no sabe por qué. (...) Ponerme debajo del chorro fuerte del agua. Me senté en una roquita y el agua cayéndome encima. Yo sentía la energía eléctrica por todo*

---

<sup>89</sup> Este enfoque tiene un desarrollo fuera del tratamiento, ajeno a los desarrollos de la psicología reicheana, en el campo de la prevención juvenil. Principalmente los países nórdicos, han puesto mucho énfasis en la hipótesis de las "Natural Highs", esto es, actividades no asociadas al consumo de psicoactivos que logran un alto nivel de placer, interés y enganche de parte de los jóvenes, y por lo tanto reducen los riesgos de consumo asociados a la búsqueda activa de nuevas sensaciones (Milkman, 2001).

*mi cuerpo. (...) Si tú a un usuario, que está acostumbrado a descargar de una manera, que es química, no le das alternativas, va a tener que descargar por alguna parte, porque el sistema se lo va a pedir tarde o temprano. Eso es lo que no entienden muchos terapeutas, igual va a venir. (...) Desenfocarse ¿por qué? porque tú tienes que estar con una idea en la cabeza. Es como construir el Golden Gate con un solo pilar al medio. Se cae ese y se va todo a la mierda, y eso es lo que pasa. (Entrevista con terapeuta ocupacional)*

## **9. Las asociaciones del medicamento**

Esta perspectiva centrada en animar y habilitar el cuerpo desde la experiencia y el contacto encuentra otro punto de tensión en los medicamentos utilizados por el centro de tratamiento. Estos objetos generan múltiples anclajes en el cuerpo del usuario y operan como prótesis que permiten sobrellevar situaciones difíciles para el usuario a través de un apaciguamiento químico, especialmente en relación con el sueño o el descanso nocturno, y el tratamiento de trastornos de ansiedad o depresión.

Esta disputa por el cuerpo del usuario es clave para entender la estabilidad de la tecnología, puesto que los medicamentos cumplen un objetivo central para la convivencia en el centro de tratamiento, especialmente en torno a la prevención de conflictos. En este plano los medicamentos se alejan de un rol acotado y tradicional, asociado al tratamiento de una enfermedad o un padecimiento orgánico, y a partir del cual se genera un esquema farmacológico con metas y cronogramas claros. En el centro estudiado, los medicamentos son enrolados en otras coordenadas de asociación, ya no solo entre el usuario y el médico, sino que incorporando a otros usuarios que comparten el espacio cotidiano.

*Se desata un conflicto entre Manuel y Alejandro. Manuel suele apropiarse de los jockeys de los demás usuarios. Cuando Alejandro lo enfrenta, este le dice "Claro, ahora que tienes dientes te pones choro" haciendo referencia a su paso reciente por el dentista para mejorar su dentadura deteriorada por el consumo de alcohol. Cambian a Alejandro de pieza para frenar el conflicto. Se le da un medicamento a Manuel porque se encuentra "desbordado". El equipo se refiere al medicamento como un S.O.S, que consiste en Quetiapina o Clorpromazina,*

*ambos antipsicóticos. (Cuaderno de campo, 17 de octubre de 2017).*

*El psicólogo me comenta: "Yo creo que el sistema público es mejor que las comunidades terapéuticas. Yo tuve una paciente que consumía de vez en cuando. Le gustaba. Una vez fue donde su primo que le hacía y se lanzó. Terminó intoxicada y la familia se desesperó, y la metieron a la Rayencura. La vi después de un tiempo y no era ella. Estaba super drogada porque al Lorca le gusta empastillar. Además, la señora es la psicóloga, y maltrata mucho". (Cuaderno de campo, 6 de diciembre de 2017).*

*A veces ¿qué es lo que uno tiende a hacer?, es usar el medicamento como una camisa de fuerza química, podríamos ponerlo, como para tenerlos tranquilos, muy contenidos. (¿Se usa así?) Un poco sí, porque uno le da mucho ácido valproico para bajar los niveles de agresividad. (...) Entonces uno da los medicamentos en función de si tiene depresión. O si tiene un trastorno de personalidad límite o una personalidad difícil de manejar uno le da antipsicóticos de segunda generación, o estabilizadores del ánimo porque los contienen más, para evitar las interrupciones, los conflictos, que son otra fuente de altas. Un conflicto, una pelea, ahí puede surgir un alta. Si una persona está dando jugo permanentemente, ahí viene un alta. Entonces uno lo orienta así ¿cómo lo hago para que esta esté más tranquila? desde lo médico". (Entrevista a médico)*

El uso de medicamentos para contener conflictos es narrado desde una perspectiva explícitamente centrada en la estabilidad del centro, generando analogías con los dispositivos de sujeción que caracterizaban a los manicomios en siglos pasados. Esta forma de movilizar a los medicamentos dentro de la red tiene al menos dos consecuencias visibles. La primera se relaciona con el reforzamiento de la capacidad de avanzar sobre el cuerpo del usuario, desplazando su subjetividad a un plano de trabajo psicoterapéutico específico escasamente integrado con el cuerpo y la acción social. Como veíamos anteriormente, este estado de suspensión de la acción social tiene un correlato fundamental en la manera en que se conceptualiza y se trabaja sobre el cuerpo del usuario bajo esquemas biomédicos habilitados por el contexto hospitalario.

Los medicamentos movilizan un esquema biomédico concreto al interior del centro y desplazan las perspectivas e intentos de otros actores por enrolar al

usuario de una manera distinta, integrando la corporalidad y la acción en el proceso de cambio subjetivo. Sin embargo, su acción no se enmarca en los parámetros procedimentales típicos de la medicina, acotando sus alianzas a la diada médico-paciente y operando en asociación con un diagnóstico, un plan y una evaluación. De hecho, los medicamentos no suelen ser incluidos en los planes de tratamiento integral (PTI) que registran los abordajes terapéuticos consensuados para cada caso. Por el contrario, los medicamentos rompen estos márgenes, amplían su rango de influencia y diversifican sus asociaciones, al punto de mediar las relaciones entre los usuarios.

Los medicamentos ofrecen la capacidad de reforzar la hipótesis de un cuerpo enfermo en una gama más amplia de interacciones adentro del centro, lo que supone reforzar el desplazamiento de la subjetividad a un plano recóndito de la experiencia de recuperación, en tanto la cantidad de personas que adhieren y refuerzan esa idea es mayor. Esta diversificación se explica fundamentalmente por su capacidad de traducir la culpa y la responsabilidad al interior del centro. Al daño que se le han hecho a los familiares u otras personas queridas producto de un cuerpo enfermo tomado por las drogas, se suman acciones fallidas, agresiones y conflictos de distinta índole al interior del centro, cuyas consecuencias éticas, morales y relacionales pueden ser evitadas mediante una nueva apelación a un cuerpo y una acción alienada. Por su parte, esta supresión farmacológica de los conflictos adquiere una alta relevancia administrativa en tanto la ausencia de un cuestionamiento social directo hacia las dinámicas relacionales al interior del centro permite sostener su operatoria.

Una segunda consecuencia de la movilización de estos esquemas farmacológicos se relaciona con un cambio en las correlaciones de fuerza. La sujeción química no solo permite sosegar al colectivo y administrar una comunidad de personas dóciles, sino que habilita dinámicas de dominación y violencia específica hacia mujeres del centro de tratamiento. Si bien los ataques sexuales de un terapeuta hacia distintas mujeres del centro de tratamiento son narrados como un pasado distante, el mecanismo o la asociación farmacológica movilizadas por ese agresor sigue vigente y disponible para cualquier otro. Se trata de personas aisladas, lejos de sus

familias y redes cercanas, que desconocen los fundamentos y los procedimientos específicos del tratamiento de adicciones, y que son sometidas a la acción de fármacos que disminuyen su capacidad de discernir, actuar y defenderse frente a un agresor. En este plano, los medicamentos circulan como mediadores amenazantes, especialmente para las mujeres, que reeditan las vulnerabilidades propias del consumo de drogas ilegales en la calle.

## **10. Mediación y consolidación en documentos técnicos**

Que los medicamentos se distribuyan de forma contingente y arbitraria, sin un marco farmacológico y terapéutico definido, no solo manifiesta su propio dinamismo y alta capacidad para moverse en distintos territorios de la red sociotécnica, sino que expone, también, la movilidad y labilidad de algunos instrumentos técnicos del centro.

Los instrumentos técnicos son documentos impresos o digitales que conducen el desarrollo de algún procedimiento al interior del centro. Esta conducción puede ser concretamente a través de ítems que deben ser llenados por los integrantes del equipo técnico o los usuarios para formalizar y dotar de coherencia las intervenciones, o bien documentos de mayor generalidad que orientan y legitiman la toma de decisiones desde un marco consensuado de teorías, conceptos, evidencias o ideas predominantes. En el primer grupo se destacan los PTI, los consentimientos, planes de salida, fichas del usuario, reportes de derivación o comunicación a otras instituciones, y bitácora del centro. En el segundo grupo se encuentran fundamentalmente el programa de tratamiento, las orientaciones técnicas entregadas por SENDA, el reglamento del complejo hospitalario, y una amplia gama de presentaciones PowerPoint, artículos y libros que sustentan las perspectivas y prácticas cotidianas del equipo técnico.

Estos instrumentos no son estáticos, sino que intervienen y son intervenidos permanentemente por la red sociotécnica del centro. Algunos instrumentos tienden a liderar, o al menos a mediar, en disputas relevantes para los cursos de acción del tratamiento, mientras otros consolidan *statu quo* y resguardan un cúmulo de ideas o acciones que se imponen y restauran un esquema

específico de relaciones de poder. Los documentos que presentan mayor dinamismo y entran en disputa con mayor facilidad suelen ser objetos recientes, emergentes, que develan el interés de algún actante por modificar algún área de relaciones. La forma más visible de estos objetos es la movilización concreta de un PPT, artículo o sección de libro, por medio de un archivo digital mostrado en el celular o un documento impreso, para resolver alguna discusión técnica al interior del equipo técnico.

El Plan de Salida, para los usuarios que comienzan a visitar a sus familiares durante los fines de semana, constituye un objeto emergente cuyo interés es estructurar lo que los usuarios y usuarias hacen cuando salen del centro. Puesto que este instrumento disputa coordenadas espaciales y temporales que antes se encontraban dominadas por la alianza entre los usuarios y sus familias, se trata de un objeto que tiende a incomodar, molestar y es rechazado en los hogares, mientras que en el centro el equipo técnico se divide entre quienes quieren imponerlo como un instrumento obligatorio, y quienes lo consideran intrusivo, innecesario e incluso perjudicial. El resultado depende de las alianzas específicas en las que opera el documento, especialmente la relación entre el equipo técnico y los familiares, o el nivel de conformidad que manifiestan los usuarios con este tipo de innovaciones. Hasta el término del trabajo de campo, no se observaba aún una estabilización de este documento, puesto que se mantenía en conflicto o bien ya engarzado en algunas dinámicas familiares de fines de semana.

Otro documento relevante en esta línea dinámica son los reportes del centro hacia instituciones exteriores. Estos documentos son claves para reforzar o deteriorar la alianza del equipo técnico con los usuarios y usuarias, y por lo tanto adquieren una alta variabilidad en sus formatos y contenidos. Algunos reportes son extensos, bien redactados y firmados por múltiples terapeutas además del director del centro, mientras otros son escuetos, redactados a la ligera y firmados solo por el director. Las áreas de influencia más relevantes de estos documentos son aquellas en las que se encuentran usuarios con procesos judiciales vigentes, por daños, accidentes o delitos que comprometen su libertad, o bien marcan sus hojas de antecedentes. En este sentido se genera una confluencia de dos documentos fundamentales para la

integración social, como es el certificado de antecedentes y el reporte del centro de tratamiento. En otros casos, los usuarios necesitan estos informes para resolver disputas relacionadas con manutenciones, especialmente pensiones de alimentos.

En estas tensiones mediadas por objetos se destacan dos tipos de documento que articulan y lideran el ejercicio de construir la historia o la memoria del centro de tratamiento. En primer lugar, se encuentran las fichas de usuario, en las cuales los distintos miembros del equipo anotan las actividades que se han desarrollado, la respuesta del usuario o usuaria, y las decisiones que se toman hacia el futuro del tratamiento. Este registro implica en si mismo una traducción de la experiencia compartida y tiene efectos relevantes en la situación del usuario, especialmente cuando se discute algún problema de comportamiento, solicitud de algún beneficio o estado de avance. Por ello, los usuarios suelen acercarse a los terapeutas para asegurarse de que el registro sea adecuado, responda a sus intereses, y refuerce la alianza. Los terapeutas suelen tomar con agrado este interés y capitalizan la mediación del documento para fortalecer la alianza con el usuario o usuaria.

Existe un segundo nivel de memoria que es liderado por una bitácora del centro. Esta bitácora registra todo lo que ocurre en el centro, especialmente durante las horas nocturnas en que el encargado y director del centro no se encuentran. Esta bitácora es llenada por paramédicos o enfermeras que pasan la noche en el centro, y luego, en la mañana, es leída en detalle durante el inicio de la jornada laboral del equipo terapéutico. Esta bitácora conduce una interpretación general sobre la convivencia en el centro, el estado de ánimo de los usuarios, los intereses y actividades que desarrollan al margen de las terapias, la calidad del descanso, los eventos de pesadillas o sueños, y cualquier otro tipo de situación que pueda revestir relevancia para las decisiones administrativas o terapéuticas que toma el equipo. Los paramédicos se refieren a esta lectura como un traspaso de turno.

La noche suele ser movida en el centro de tratamiento. Se generan angustias, se reeditan incomodidades, ansiedades y deseos de consumo. Algunas usuarias tienen pesadillas, mientras otras se levantan en la mitad de la noche

y quieren conversar con alguien al calor de un cigarro. Estos movimientos imposibilitan una suerte de normalidad nocturna, y más bien se anudan acontecimientos bajo ciertas categorías que permiten entregar un reporte relativamente coherente a los demás integrantes del equipo técnico en la mañana. De este modo, el documento se mantiene activo durante la noche registrando y dotando de coherencia a la tecnología, lo que permite que esta supere uno de sus mayores escollos como es la pernoctación de sus usuarios y usuarias. Sin embargo, este ejercicio activo de interpretación y registro habilita ejercicios de dominación y violencia que profundizan las relaciones desiguales diurnas, por lo pronto entre profesionales técnicos y usuarios o usuarias. Un ejemplo muy claro de este posicionamiento violento mediante el uso del documento de bitácora se observa en el acontecimiento de una infidelidad de parte de uno de los profesionales y el intento de ocultarla mediante una modificación de la bitácora y una ficha de usuaria.

*Al finalizar la jornada el psicólogo me ofrece bajar del hospital en su auto. En el camino me comenta su indignación con el profesor de educación física, y detalla una serie de episodios que culminan en un hecho grave que le acaba de confiar la técnico social. Después de haberse casado, el profesor de educación física continuó su relación extramarital con la paramédico de la unidad femenina y su esposa se enteró. Acorralado por su esposa en una ocasión en la que visitó a la paramédico en el centro de noche, este le inventó que una usuaria se había cortado y él tuvo que acudir rápidamente al centro. La esposa desconfió del relato y llamó a la terapeuta ocupacional sin que su marido se enterara y le preguntó si la noche anterior había habido algún accidente en el centro que involucrara a una usuaria cortada. La terapeuta le dice que no, que el centro estuvo en completa tranquilidad. Entonces, la esposa lo confrontó y este no pudo sostener bien su relato, por lo cual terminó expulsado del hogar. Deambuló por la casa de varios amigos. Un día, en el centro, acudió a la técnico social para pedirle un favor: Poner en la ficha de una de las usuarias el evento del corte, de modo tal que él pudiera sacarle una foto y mandarla a su esposa. La técnico se negó y le contó al psicólogo y la asistente social. (Cuaderno de campo, 19 de diciembre de 2017)*

Los documentos de mayor estabilidad no están sujetos a estas modificaciones y vaivenes estratégicos, sino que buscan reproducir y reafirmar permanentemente esquemas relacionales de mayor antigüedad en el centro,

cuyos contenidos requieren de movimientos coordinados de gran magnitud para ser modificados. Estos documentos no disputan áreas pequeñas de la tecnología, sino que procuran dotar de consistencia los puntos clave de su funcionamiento general. En este plano se destacan los instrumentos de enrolamiento del usuario en el punto de entrada, cuya agencia es abrumadora frente a un usuario desprovisto de recursos y necesidades imperativas de tratamiento. Los documentos de entrada imponen una serie de reglas, condiciones y procedimientos que el usuario debe consentir mediante su firma y la de sus familiares o apoderados, sin poder introducir modificaciones de ningún tipo. Esta capacidad de delimitar estrictamente la agencia del usuario y su familia en el punto de entrada es clave para que la tecnología pueda desarrollarse adecuadamente, esto es, conducir sus cursos de acción técnica sin tener que volver a explicar, interesar y traducir la perspectiva de las personas que ingresan.

Los consentimientos operan como un marco normativo que es consensuado en un plano interinstitucional en el que operan SENDA y el Ministerio de Salud. En este sentido, los actores locales de la tecnología tienen escasa capacidad de modificar estos documentos. En la misma línea, el programa de tratamiento también se presenta como un documento estable y de difícil modificación. Si bien el equipo técnico se reúne anualmente para revisar el programa e introducir los énfasis que consideran relevantes, la capacidad de modificar sus componentes, objetivos, y perspectivas conceptuales acerca del fenómeno del consumo problemático y su abordaje, es más bien escaso. De hecho, como hemos visto en el capítulo anterior, esta incapacidad para desarrollar adecuadamente contenidos alternativos que disputen los ejes centrales de la tecnología, deviene en un montaje permanente de elementos inconexos que, si bien la dotan de capacidades para lidiar con escenarios múltiples y heterogéneos, no logran la profundidad, o la agencia que buscan los actores que las impulsan. En este sentido, el programa de tratamiento constituye un documento más bien estable y renuente a modificaciones sustanciales.

En la misma dirección que el programa, el plan de tratamiento constituye un objeto que reafirma cotidianamente la vigencia de la tecnología tal cual se

expone en los ejes centrales del programa. Se trata de un documento que, si bien es consensuado con el usuario o usuaria en su llenado, presenta apartados rígidos que acotan la intervención a cuatro áreas fijas: 1) Médico-psiquiátrica (salud física, situación de consumo y salud mental), 2) Psicopatología (personalidad, salud mental, cognición y autoconocimiento), 3) Funcionamiento Global (integración socio-ocupacional, relaciones interpersonales, transgresión a la norma y actividades de la vida diaria-AVD), y 4) Socio-familiar (situación familiar, redes de apoyo y dinámicas familiar). Cada una de estas áreas demanda la redacción de un diagnóstico, objetivos, actividades, observaciones del usuario, encargados y plazos.

Entendiendo lo anterior, el plan enmarca los abordajes centrales del proceso de tratamiento mediante desplazamientos corporales y protésicos que ubican el problema en una alienación del cuerpo y la conducta del sujeto. Frente a esta alienación es necesario desplegar una estrategia de sanación física y un andamiaje cognitivo-conductual que permita al sujeto eventualmente retomar su autonomía y la legitimidad de su actuar social. La interacción cotidiana con estos planes encauza las formas en que los usuarios y usuarias aprenden sobre las adicciones, reconocen malestares y sanaciones corporales, e interiorizan un marco ético y moral relacionado con el daño y la alienación subjetiva. De esta manera los planes modelan en gran medida la perspectiva de los usuarios y usuarias mediante la definición de los contenidos relevantes y su asociación con una estructura de avances y logros. Este último punto es sumamente relevante, puesto que los usuarios y usuarias son valoradas y reconocidas en una trayectoria de sanación con énfasis en el logro de objetivos contenidos en los planes de tratamiento, por lo cual se trata de un documento clave para el prestigio, la autoestima y las jerarquías que se tejen al interior de la comunidad.

## **11. Objetos y erosiones**

Una lectura descuidada y formalista de la sociología de las asociaciones o la teoría de actor red nos puede ofrecer un esquema de fenómenos en el cual el actante se presenta como un material en suspenso, inactivo, y escasamente definido hasta el momento de su enrolamiento en la red sociotécnica en

estudio. En esta línea, el proceso de enrolamiento puede ser interpretado como el ejercicio de revestir, a veces de forma amable o seductora y otras veces mediante la movilización de miedos, coerciones o amenazas, una entidad indefinida. Sin embargo, dicho esquema reproduce paradójicamente la linealidad de las configuraciones sociotécnica que esta perspectiva teórica busca desmontar para observar fenómenos complejos.

Lo que observamos en el centro de tratamiento estudiado es un proceso de enrolamiento basado fundamentalmente en la erosión de las entidades que preceden a la configuración de esta red sociotécnica específica, de tal manera que las formas, capacidades y rangos de acción que estas entidades despliegan en otros ensamblajes se calibren y se ajusten a los requerimientos emergentes. En este sentido el enrolamiento no ocurre revistiendo o moldando entidades, sino que supone un desgaste de mayor o menor intensidad dependiendo de las relaciones de semejanza que sostiene la tecnología observada con las tecnologías que la preceden en la producción de sus actantes.

Esta precisión analógica resulta importante para entender en profundidad un fenómeno que puede confundirse con el repertorio de acomodos más bien estéticos que despliegan los actantes al ingresar a la red sociotécnica del tratamiento en el centro estudiado. Si bien las personas suelen afirmar con la cabeza, bajar la mirada, decir que sí, firmar documentos, y aprestarse a la interacción cotidiana con los objetos y los discursos del tratamiento, el proceso de enrolamiento no es instantáneo y se produce mediante modificaciones lentas, marcadas por la ambivalencia, el rechazo, la revalorización, el ajuste o bien la expulsión en aquellos casos en que el proceso fracasa.

Entendiendo lo anterior, el proceso de enrolamiento requiere que antes exista un proceso de interesamiento marcado por una interacción efectiva de las personas que entran al centro con sus objetos, espacios, otros actantes, y discursos circulantes. Antes de que sea posible asignar una función o una funcionalidad, la persona debe integrarse, debe reconocer, debe asociarse y coordinarse con las demás entidades de la red, especialmente aquellas que tienen por función específica mediar estos procesos de acomodo. El tipo de

objeto que produce estos enlaces puede motivar distintas reacciones de agrado o dolor en función del tipo de asociación previa que haya tenido la persona con estos objetos, y el grado en que estos buscan extirpar, limar o ajustar su identidad a las premisas del centro.

Los primeros meses del tratamiento se denominan explícitamente como una etapa de adaptación, y el concepto más presente en la narración de esta etapa por parte del equipo técnico es la frustración. El usuario y la usuaria deben aprender normas, levantarse temprano, comer en un mismo lugar, ordenar, limpiar, procurar un aseo personal, memorizar las rutinas del centro, procurar no entrar en conflicto con nadie, y demostrarle al equipo técnico que se quiere genuinamente “hacer proceso”, esto es, acomodar el cuerpo y la palabra para articular una narración adecuada de las experiencias y reflexiones propias en el contexto de las terapias, participar en todas las actividades, lo que supone interactuar con pelotas de fútbol, herramientas de jardinería, alimentos y máquinas de cocina, generar introspecciones y aprendizajes visibles para el resto, idealmente anotadas en un cuaderno que opera como diario de vida, y avanzar en cambios de vida que sean visibles y valorados por el equipo. Una vez que la persona se asocia bien con todos estos objetos y cursos de acción, entonces se constituye como un usuario o usuaria del centro. Cuando, por el contrario, la persona tiene dificultades y genera resistencias en alguna de estas áreas, se generan compensaciones que intensifican, por ejemplo, los requerimientos de ajuste corporal y discursivo a la terapia, de tal manera que el equipo pueda distinguir si existe una asociación mínima que permita integrarla al centro o bien es preferible la expulsión.

Por su parte, el enrolamiento de los técnicos o profesionales del equipo técnico tampoco transcurre de forma instantánea, y por el contrario demanda una serie de acomodados a objetos y dinámicas del centro que fluyen por cuerpos y sujetos acostumbrados a redes similares o bien sujetan y erosionan a otros que se incomodan y las resisten. Objetos que parecen completamente menores y secundarios como es una taza de té o café al inicio de la jornada, pueden marcar el nivel de asociación que logra un técnico o profesional recién ingresado. El tipo de relación que logran establecer con las bitácoras y fichas de los usuarios, la calidad de los registros, la solicitud de información a otros

miembros del equipo, y una regulación corporal y discursiva que diferencia el trato entre pares, hacia los usuarios y usuarias, y hacia las figuras de autoridad, principalmente el director del centro, marcan el éxito del interesamiento de estos sujetos o su despido en períodos muy cortos.

Durante el período de análisis se registraron múltiples expulsiones de usuarios y despidos de profesionales o técnicos del equipo. En estos últimos casos, se trata de personas certificadas, con historias laborales consistentes, con un poder de incidencia sostenido en sus credenciales universitarias, pero cuya capacidad de asociarse a los estándares específicos de la red, especialmente en torno a la profunda jerarquización de las relaciones humanas y la rigidez de los marcos interpretativos de la adicción, termina con una suspensión del proceso de interesamiento y un fracaso del enrolamiento.

En este punto es importante volver a la imagen del ciborg. Los humanos y no humanos del centro de tratamiento tienen trayectorias propias, tienen una historia de interacciones con marcos normativos, historial de ejercicios de poder, se han configurado en función de una participación profusa y variada en distintas redes, con distintos niveles de tecnificación y orientación a resultados, que han modelado sus gestos, cuerpos, preposiciones de acción, habilidades, actitudes, etc. La interacción con los objetos opera también bajo una lógica protésica que requiere procesos prolongados de adecuación, negociación e integración. En este plano es importante dar un paso más atrás en el análisis de la red y atender a las trayectorias de los actantes. Como señala Tim Ingold (2011), más que una red con límites observables, las asociaciones operan como tejidos o telares, como intersecciones entre entidades que traen lo suyo, y por lo tanto los procesos de interesamiento y enrolamiento en torno a los objetivos específicos de una red sociotécnica en particular, debe lidiar con esta historia, con estas identidades que superan el marco de objetos, prácticas y discursos que intenta delimitar una red de asociaciones específicas.

## Capítulo 7: Conclusiones y comentarios finales

En el presente capítulo ensayaremos una síntesis de los cursos de observación desarrollados en los seis capítulos precedentes. Sin embargo, en vistas al movimiento helicoidal que caracteriza a la presente tesis, en el sentido de retomar y validar o refutar sus hipótesis al inicio y cierre de cada apartado analítico, parece redundante volver sobre el problema de los ensambles heterogéneos, traducciones, encarnaciones, materialidades y procesos de (des)estabilización que caracterizan al dispositivo. Todo ello parece resuelto en las distintas discusiones sostenidas. En este sentido, propongo al lector un cambio de registro para preguntarnos ¿de qué sirve todo lo expuesto? y ¿cómo podemos salir del enfoque con algo en limpio que permita movilizar asuntos de interés al margen del marco teórico-conceptual utilizado?

Este ejercicio busca hacer justicia a un problema que mutó desde una pregunta y una problematización acotada, que responde a determinadas vacancias mediante la movilización de recursos a priori novedosos, para constituirse como un fenómeno complejo, profundo y vulnerable a los embates de un reduccionismo metodológico si insistimos en descripciones procesuales. En este capítulo propongo quitar los moldes que nos permitieron cuajar el objeto y revisar su estado final en 4 dimensiones que resultan relevantes: 1) El problema de la historicidad de las tecnologías de tratamiento, 2) el problema de la heterogeneidad y la pretendida ubicación de dichas tecnologías en un paradigma científico-técnico de corte salubrista, 3) el giro managerial y sus consecuencias tecnológicas, y 4) las reverberaciones deshumanizantes de la tecnología.

### **1. Historicidad del tratamiento de drogodependencias**

La historia del tratamiento de drogodependencias no es la historia de un problema, una solución y su ajuste permanente en búsqueda de una mayor efectividad o eficiencia. El seguimiento genealógico del dispositivo nos muestra que las hebras de lo que actualmente entendemos por tratamiento de drogodependencias remiten a una dispersa trama de intereses, actores, formas de pensar y actuar, cuyos objetivos no son la consolidación de una tecnología

efectiva para la recuperación, sino más bien la disponibilidad de recursos polivalentes que pueden ser utilizados de diversas maneras (educacionales, punitivas, salubristas, judiciales, psicosociales, religiosas, culturales, etc.) en función del esquema de poder que encuentra en este nicho una fuente relevante de medios de acción. Los equipos técnicos de tratamiento realizan anudamientos forzados y poco efectivos que buscan sintetizar una mirada única frente al fenómeno de las drogodependencias, usualmente en un estado de ceguera acerca de las procedencias y antigüedades de los componentes que tienen entre manos.

## **2. La pretendida estabilidad frente a la heterogeneidad**

La mixtura de recursos históricos asociados a la historia de las drogas en Chile se constata en la heterogeneidad de los componentes que trata de movilizar el centro de tratamiento para conseguir objetivos que, a su vez, resultan inespecíficos, engorrosos e incluso indeseables. En este escenario, el salubrismo carece de un posicionamiento dominante en el discurso interno. Si consideramos que llegar a un centro residencial es definido como un último recurso para quienes no tienen la conciencia, la claridad o el mínimo de responsabilidad para conducirse en un dispositivo ambulatorio, entonces podemos observar que el dispositivo residencial carga con una función de reclusión y desmovilización de personas que resultan insoportables en sus contextos de interacción cotidiana debido a sus excesos, riesgos, desapariciones, y dolor producido hacia sus más cercanos. Esta función reaviva las múltiples capas históricas de una aversión política, cultural y social hacia los usuarios de psicofármacos que vuelve inviable el posicionamiento de una perspectiva salubrista.

## **3. La emergencia y consolidación del management**

Cuando pensamos en administración y gestión solemos ubicarnos en un campo neutro, organizador y puramente instrumental de las políticas o intervenciones psicosociales. Sin embargo, durante el recorrido de esta investigación hemos constatado que la gestión toma un peso cada vez más relevante en la acción de viabilizar un nuevo proceso de anudamiento de

heterogeneidades cuando los aspectos propiamente clínicos y terapéuticos crujen frente a la multiplicidad de los cuerpos, los padecimientos, las necesidades, las formas de tratar y las maneras de conceptualizar el bienestar en relación a los consumos de drogas.

La gestión ordena, prioriza y valida la presencia de diversos tipos de conocimiento y cursos de acción bajo un velo de eficiencia que da un nuevo aire a la anhelada unidad de estas tecnologías. En este sentido se trazan miradas de futuro, hacia una gestión formal del tratamiento, incluida una concepción del usuario o usuaria como gestores de su propio cambio, fuertemente anclada a la mirada de capitales (económicos, culturales, sociales o capitales de recuperación), que liberan al centro de su imagen clásica como institución total que ejecuta todos los procedimientos necesarios para alcanzar un resultado terapéutico. Ahora bien, como hemos visto, el managerialismo debe ser leído como una sustitución, y no el tránsito natural, de la pregunta por el sentido hacia la pregunta por la eficiencia. Se trata de una capa especialmente preocupante de obturación porque las opacidades de las tecnologías psicosociales, esto es, la incapacidad de ver lo que realmente se hace en estos campos terapéuticos, deja de ser una consecuencia no deseada de la densidad y la complejidad de sus componentes, para constituirse como un fin en sí mismo, o bien como un mecanismo de autorreferencialidad que asegura su supervivencia sin valor tecnológico y social verdadero.

#### **4. Tecnologías deshumanizantes**

Volvamos a la recreación del bar y la administración de Disulfiram. Las terapias aversivas se caracterizaron por un conocimiento acabado, aunque engañoso, de la operatoria de la tecnología. Al usuario se le decía que se le estaba inyectando o un fármaco que imposibilitaba el consumo, y, por lo tanto, la relación del usuario rehabilitado con su cuerpo era prístina. Por el contrario, el andamiaje contemporáneo avanza sobre el cuerpo y la conducta, demandando nuevos espacios de despliegue, sin que el usuario sepa con claridad cuáles son los efectos y relevancias de estas intervenciones. Por esta razón se suelen consensuar cambios retóricos que desdibujan la base de problematización del centro de tratamiento y se articulan ejes de mayor

generalidad e indiferenciación, cercanos a las moralidades tempranas de los discursos puritanos, como es la idea de ser una buena persona.

Este giro es clave para sintetizar lo que hemos observado en torno al desborde de las metodologías y el tránsito hacia la violencia. Si bien los andamiajes conductuales contemporáneos tienden a sustituir una forma originaria de habitar el cuerpo mediante la violencia simbólica y física, con un escenario fundante en las cárceles estadounidenses y caribeñas, la premisa central de una alienación moral en el sujeto, que habilita el despliegue de técnicas disciplinarias que se sostienen en la idea de una subjetividad ausente, suspendida o en espera, se mantiene vigente.

## **5. Comentario final: Cultura, tecnología y ciudadanía**

La relación entre una historia híbrida, un funcionamiento heterogéneo, el avance de nuevas capas de opacidad y un sujeto expuesto a la violencia latente de una aversión política y social hacia los consumidores de drogas, nos remite a un problema cultural fundamental que debemos leer a partir de la propia subjetividad de los usuarios en tratamiento.

Podemos observar una paradoja entre dos formas de extrañamiento (Sloterdijk, 2008). Por una parte, nos encontramos con un extrañamiento del mundo, una dialéctica de huida y búsqueda a través de los psicofármacos que dialoga en algún nivel con la tesis de automedicación existente en los discursos de tratamiento, esto es, que las personas consumen drogas para aliviar un malestar. Sin embargo, en autores como Peter Sloterdijk encontramos un énfasis también en la búsqueda, necesidad de sublimación, extravío y éxtasis, que configura una tragedia histórica entre sobriedad y embriaguez, estrechamente asociada a la historia de las ideas, la verdad, la filosofía, el conocimiento, la cultura y las instituciones modernas. Antonio Escohotado se refiere a esta tensión como el justo derecho a la insatisfacción y la búsqueda de espacios sensoriales, reflexivos, simbólicos que ofrecen una vía alternativa de (auto)conocimiento. En esta línea, la adicción se constituye como una suerte de subversión fracasada, una sujeción excesiva, un escape motivado por la incapacidad de asociarse con las instituciones de verdad y

felicidad legítimas, primordialmente el dinero y el éxito, y un arrojio hacia sustitutos químico-farmacológicos que ofrecen una satisfacción espectral.

La paradoja del ciborg en tratamiento se constituye sobre la base de un extrañamiento de sí y de todos los demás, que debe ser corregida por un dispositivo igualmente extraño, ajeno, que se une al cuerpo y la acción para conducirla de vuelta al mundo normal, convencional, conforme. Se trata de un ciclo intrínsecamente fracasado, en el cual el problema se erige como solución.

¿Cómo podemos pensar la capacidad de acomodo de la prótesis en este sentido? La respuesta que surge de esta investigación es en relación a las experiencias de sublimación que experimenta el sujeto adicto. A través de la experiencia de abuso de drogas, el suelo o el fondo (tocar fondo), como símbolo de fracaso, trae consigo, a la vez, imágenes de completitud, bienestar, seguridad, conocimiento que demandan de la prótesis una complementariedad eficiente. De otro modo, los usuarios o usuarias no demandan solo los recursos necesarios para gestionar las consecuencias de un acto negligente, sino que vuelven de sus períodos de consumo con cierto nivel de conciencia sobre sus dolores, traumas o anhelos profundos. Cabe preguntarse si todo acto de subversión o negligencia se acompaña del nivel de contacto afectivo y emocional que muestran los consumidores problemáticos de drogas cuando entran a los centros de tratamiento, y la amplitud de los cursos de acción terapéutica que demandan durante sus procesos de recuperación. En esta línea podemos componer una hipótesis interesante acerca de la historia de las heterogeneidades del tratamiento como el extravío de un dispositivo técnico que busca respuestas morales y disciplinares propias de una cultura de la lucidez, frente a los componentes subliminales diversos que trae consigo un sujeto que ha experimentado intensamente con psicoactivos.

La respuesta biomédica frente a esta diversidad de demandas y los cambios profundos que experimentan los adictos es la definición de una enfermedad crónica. En este sentido, la imposibilidad de resetear, de volver atrás al sujeto hacia un estado previo al consumo, y la reverberación permanente de una

intención de subversión de la realidad sobria, demanda una prótesis constante y en permanente adecuación para dialogar efectivamente con este extrañamiento del mundo. Ahora bien, en la negación de las profundidades de la embriaguez, puesto que no existen códigos de asociación con las experiencias psicodélicas, el dispositivo obtura sus componentes bajo criterios de reflexión y acción sobria que entremezclan elementos morales, médicos, jurídicos o sociales. En este sentido, el dispositivo moviliza un esquema cultural e institucional amplio que disputa la validez de la experiencia del usuario o usuaria como forma de conservación del conocimiento, las ideas y la verdad propias de la sociedad moderna contemporánea. Como señala Nietzsche, “*¿Quién nos contará alguna vez la historia de los narcóticos, que es casi la historia de la "cultura", de la denominada cultura superior?*” (Nietzsche, 1882, pp. 60).

Este extravío puede ser interpretado como un sonambulismo, un funcionamiento sin alma, sin anclajes de sentido en sus operaciones constitutivas. Sin embargo, desde una perspectiva de complejidad no se trata de entender este sonambulismo como un error, un fracaso tecnológico que requiere nuevas fuentes de normatividad para reactivar sus funciones, su funcionalidad humana, y la coherencia de las soluciones que brinda. La red sociotécnica cohesionada de los centros de tratamiento da cuenta de otros problemas, otras funciones, que se encuentran latentes, ocultas frente al gran público que observa a este sonámbulo. Estos anclajes profundos, en el caso de las drogas, se relacionan con la gestión de una tensión cultural. En este sentido, el tratamiento de drogodependencias constituye una tecnología que gestiona a nivel micro un problema macro, y desde ahí está imposibilitado para reformar o incluso dimensionar sus condiciones de necesidad, su coherencia entre problema y respuesta.

Esta captura tecnológica, en el sentido de tratar de resolver problemas políticos a través de la automatización tecnológica, calza bien con lo que en estudios de la ciencia se denomina “Ciencia Gólem”, esto es, marcos de evidencia científica que no se encuentran acabados, se mantienen en discusión e investigación, y, sin embargo, son activados en la discusión pública como forma de clausurar una controversia pública (Collins & Evans,

2002). En la misma línea, una tecnología Gólem opera sin un objetivo claro, y gestiona una serie de recursos materiales, financieros, profesionales para resolver un problema que requiere una discusión política. Como señala Langdon Winner (1980), las tecnologías no son en sí mismas políticas, sino que estas se incrustan en tramas culturales, económicas y políticas que sostienen problematizaciones resueltas o controvertidas, y orientan los efectos de una operatoria tecnológica en función de los esquemas de poder que conducen dichas problematizaciones.

Como hemos visto, este Gólem opera nutriéndose de múltiples recursos humanos y no humanos, de distinta antigüedad y racionalidad, que se entrelazan entre sí para proteger un dispositivo unificador de fondo que sostiene un objetivo poco claro o, en la práctica, caduco. La idea de una sociedad libre de drogas logra anclajes relevantes en la sociedad contemporánea, y es inmediatamente visible en los discursos de los propios usuarios o usuarias y sus familias. Sin embargo, los operarios de la tecnología saben que este objetivo es inalcanzable, y por lo tanto legitiman su trabajo mediante la promoción de otro tipo de objetivos que no logran constituirse como el eje central de funcionamiento. En la medida en que aumentan las capas, los parches (Quintanilla, 2017), este núcleo de sentido se vuelve más difuso.

Fernando Broncano (1988) se refiere a este problema movilizando el concepto de composicionalidad, que se asemeja bastante al de sobreescritura, pero en un nivel operativo. Las tecnologías no suelen operar mediante una sola caja negra, y por el contrario entrelazan múltiples cajas negras que aumentan su complejidad interna y dificultan su desentrañamiento, visibilidad e interpelación social o política. Es en el entrelazamiento permanente de estas cajas donde se encuentra la tensión histórica descrita por autores como Sloterdijk y Escotado entre cultura de la lucidez y cultura de la embriaguez. Si bien John Law define la heterogeneidad como un componente clave para la subsistencia de una tecnología, esta misma puede trazar una trayectoria fallida cuando incorporamos el problema político de las tecnologías, en cuyo plano es fundamental la claridad, la apertura y lo entrañable que logran ser las tecnologías. Este foco de extrañamiento, cuando

se toma como algo intrínseco y se pierde el foco político, extravía el foco del análisis tecnológico.

Durante el desarrollo de esta investigación nos hemos acercado a un problema político y cultural desde una perspectiva sociotécnica. Desde sus resultados es posible adherir a la mirada de Winner sobre la diferencia entre operaciones tecnológicas e incrustaciones políticas. El centro de tratamiento estudiado muestra la relación entre una tecnología que obtura heterogeneidades, multiplicando las capas discursos y materiales de su funcionamiento cotidianos, y una incrustación igualmente heterogénea en múltiples redes de necesidades e intereses que aseguran su vigencia. Esta es una forma descentralizada, no jerarquizadas y no determinista de entender la hipótesis de enjambrazón presente en Foucault. Más que una tecnología que busca anclajes, las personas usan estas tecnologías y las fijan de acuerdo con sus intereses sociales, culturales y políticos específicos. En este sentido no se trata de una tecnología que opera de forma clausurada y ajusta sus operaciones para calzar, sino más bien un proceso de modulación progresivo que transforma, también desde afuera, las funciones de estas tecnologías. El problema político, en esta línea argumentativa, no se ubica solo en la capacidad interna de ofrecer claridad, consistencia y medios no violentos de acción, sino también en la capacidad de la ciudadanía para definir, traducir y generar condiciones de representación para los problemas que los aquejan y que difícilmente logran ser gestionados por un dispositivo de tratamiento que reproduce un objetivo central opaco y desactualizado.

Si la observación de una red sociotécnica se conduce mediante el mismo molde tradicional de análisis tecnológico, esto es, ajustándose a los límites estrictamente operativos de las tecnologías, se corre el riesgo de perder dimensiones fundamentales de su ensamblaje y viabilidad.

Atender a la heterogeneidad de los ensamblajes sociotécnicos del tratamiento de adicciones no significa solamente distinguir elementos diversos operando específicamente en un centro de tratamiento, sino también expandir las investigaciones a nuevos niveles de observación que permitan comprender la procedencia u origen de estos elementos. Esto es coherente con la mirada de

Tim Ingold (2011) sobre las redes sociotécnicas entendidas como la intersección de telares o mallas, cuyas trayectorias dejamos de entender si nos concentramos exclusivamente en el punto manifiesto de funcionamiento. Esta es una provocación interesante hacia la metodología de observación de unidades de ensamblaje que hemos utilizado. El interior del centro se constituye más bien como una rotonda en la que confluyen temporalmente múltiples operatorias sociotécnicas amplias relacionadas con las drogas y la cultura moderna de la lucidez, y como tal ofrece la posibilidad de constatar presencias y relevancias internas, pero impide observar la dirección específica de cada una de ellas. De esta manera se constituye como una necesidad científica el seguimiento de estas trayectorias terapéuticas, religiosas, penales, salubristas, laborales, o comunitarias, entre otras, para poder desenmarañarlas y comprenderlas adecuadamente, además de interpelarlas en sus objetivos y consecuencias específicas.

## Bibliografía

Acha, C; Vallejo, D. (2006). *El fenómeno de la codependencia en familias de drogodependientes desde un enfoque sistémico. (Tesis de grado inédita)*. Santiago: Academia de Humanismo Cristiano.

Acuña, E; Sanfuentes, M. (2013). *Métodos Socioanalíticos para la Gestión y el Cambio en Organizaciones*. Chile: Editorial Universitaria.

Alfaro, J; Monsalve, T. (2004). Diversidad de los sistemas locales de significación del objeto social Drogas, modelo de factores de riesgo y acción preventiva. *Persona y Sociedad*, 18 (1), 99-110.

Apud, I; Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción: Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions*, 16 (2), 115-125.

Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. España: ADI Servicios Editoriales.

Artaza, P. (2008). Prólogo. En: Programa de Estudios y Documentación en Ciencias Humanas. (2008). *Alcohol y trabajo: El alcohol y la formación de las identidades laborales, Chile Siglo XIX y XX*. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos.

Aurell, J; Balmaceda, C; Burke, P; Soza, F. (2013). *Comprender el pasado: Una historia de la escritura y el pensamiento histórico*. Madrid: Ediciones Akal.

Barone, A; Yoels, W; Clair, J. (1999). How Physicians View Caregivers: Simmel in the Examination Room. *Sociological Perspectives*, 42 (4), 673-690.

Baudrillard, J. (2006). *La transparencia del mal*. Barcelona: Anagrama.

Becerra, M. (2009). *De psicosis tóxica a predisposición mórbida: emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872-1954 (Tesis de grado inédita)*. Valparaíso: PUCV.

- Becerra, M. (2013). Ruina, degeneración y contagio: Toxicomanía y peligrosidad social en Chile. *Sociedad hoy*, 25, 145-162.
- Becker, H. (2014). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Editorial siglo veintiuno.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Becoña, E; Cortés, M. (coord.) (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Bialakowsky, A; Rosendo, E; Crudi, R; Zagami, M; Reynals, C; López, A; Haimovici, N. (2006). La violencia del método institucional en el continuum de exclusión-extinción social. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 9, 69-89.
- Biegel, D; Saltzman, S; Tracy, A; Townsend, A. (2008). Indicadores de la calidad de la relación diádica de mujeres en tratamiento por drogodependencia. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 15, 182-209.
- Bloor, D. (1995). *Conocimiento e imaginario social*. Barcelona: Gedisa.
- Bonet, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 11 (4), 1-17.
- Bourgois, P; Hart, L. (2010). Science, Religion and the Challenges of Substance Abuse Treatment. *Substance Use & Misuse*, 45, 2395-2400.
- Bourgois, P. (2015). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Argentina: Siglo XXI.
- Broekaert, E; Vandavelde, S; Soyey, B; Yates, R. (2006). The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe. *Eur Addict Res*, 12, 1-11.

Broncano, F. (2001). *Mundos artificiales. Filosofía del cambio técnico*. Barcelona: Paidós.

Broncano, F. (2009). *La melancolía del ciborg*. Barcelona: Herder.

Broncano, F. (2012). *La estrategia del simbiote*. Cultura material para nuevas humanidades. Salamanca: Delirio.

Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. En: Law, J. (1986). *Power, action and belief: a new sociology of knowledge?* London, Routledge, 1986, 196-223.

Calvo, H; Lucas, A. (2007). *Intervenir con familias desde los centros de día*. España: ASECEDI.

Camarotti, A.C. (2006). *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños (Tesis de Maestría no publicada)*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Camarotti, A; Güelman, M. (2018) Revisión histórica de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 64 (2), 136-148.

Camarotti, A; Kornblit A. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.

Candil, A. (2016). Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol*, 26, 179-196.

Candil, A. (2020). Rebasar umbrales. La espera en los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de drogas. En: Monaco, R; Epele, M. (comp.) (2020). *Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud*. Estudios Sociológicos Editora.

Castillo, J. (2019). Gubernamentalidad y somatocracia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile. *Estudios Atacameños*, 62, 247-275.

- Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, 11, 73–114.
- CICAD. (2016). *Plan de acción hemisférico sobre drogas (2016-2020)*. Bahamas: CICAD.
- Collins, H; Evans, R. (2002). The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience. *Social Studies of Science*, 32, 235-296.
- Comas, D. (1984). *Las bases simbólicas de la concepción del uso de drogas como enfermedad*. Donosti. III Congreso de Antropología del Estado Español, 1984. Revisado en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=252> el día 16 de julio de 2017.
- Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista española de drogodependencias*, 33 (3), 238-254.
- Dányi, E. (2018). Good Treason: Following ANT to the Realm of Drug Policy. In T. Berger & A. Esguerra (eds.) *World Politics in Translation*. London: Routledge, 25–38.
- Deleuze, Gilles (1990). Post-scriptum sobre las sociedades del control. En: Gilles Deleuze: *Conversaciones 1972-1990*. Pre-Textos, Valencia, 1995. (277-286) (aparecido por primera vez en *L'Autre Journal*, nº 1, mayo 1990).
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Dreckmann, A. (1996). La respuesta del sistema de salud público a la problemática de la droga. *Cuadernos medico sociales*, 37 (3), 37-43.
- Echeverría, A. (2004). *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. (Tesis de grado inédita). Santiago: Universidad de Chile.

EMCDDA. (2007). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use: A manual for researchers and professionals*. Luxemburgo: EMCDDA.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Epele, M (comp). (2012). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

Escohotado, A. (2017). *Historia general de las drogas*. Barcelona: Espasa Libros.

Esquivel, V; Faur, E; Jelin, E. (Eds) (2012). *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aures: IDES.

Fals-Stewart, W; O'Farrell, T; Birchler, G; Córdova, J; Kelley, M. (2005). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse: Where We've Been, Where We Are, and Where We're Going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 229-246.

Fernández, M. (2007). La virtud como militancia: Las organizaciones temperantes y la lucha anti-alcohólica en Chile (1870-1930). *Cuadernos de Historia*, 27, 125-158.

Fernández, M. (2008). Las puntas de un mismo lazo: Discursos y representación social del bebedor inmoderado en Chile, 1870-1930. En: Programa de Estudios y Documentación en Ciencias Humanas. (2008). *Alcohol y trabajo: El alcohol y la formación de las identidades laborales, Chile Siglo XIX y XX*. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos.

Fernández, M. (2009). Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito a la prohibición en Chile. 1920-1960. *Historia crítica*, 39, 62-83.

Fernández, M. (2013). Boticas y toxicómanos: Origen y reglamentación del control de drogas en Chile (1900-1940). *Revista Atenea*, 508, 73-89.

Flores, J. (2007). *Levantamiento y Evaluación del Modelo de Acción del Programa Ecológico Social Multifamiliar en el tratamiento de las dependencias al alcohol y otras drogas. (Tesis de posgrado inédita)*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Foucault, M. (2003). *La Arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad Vol. 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos: “El juicio psicológico”. *Revista de Psicología de la Universidad Chile*, 2 (16), 53-77.

Garbi, S; Touris, M; Epele, M. (2011). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (7), 1865-1874.

Garbi, S. (2013). La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas. En: Epele, M (comp). (2012). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

García, B. (2011). *El Modelo Minnesota: Un método de tratamiento para las adicciones. (Tesis de grado inédita)*. España: Universidad de Deusto.

Garmendia, M; Alvarado, M; Montenegro, M; Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136, 169-178.

Godoy, E. (2008). El discurso moral de los anarquistas chilenos en torno al alcohol a comienzos del siglo XX. En: Programa de Estudios y Documentación en Ciencias Humanas. (2008). *Alcohol y trabajo: El alcohol y la formación de las identidades laborales, Chile Siglo XIX y XX*. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos.

- Goethals, I; Soyez, V; Melnick, G; De Leon, G; Broekaert, E. (2011). Essential elements of treatment: A comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Substance Use & Misuse*, 46, 1023-1031.
- Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- González, M; Ng, F. (2014). *El Flaite: Entre la exclusión y la pertenencia. (Tesis de grado inédita)*. Universidad de Chile.
- Gormaz, P. (2015). *Incorporación de la familia en el tratamiento del alcoholismo. (Tesis de grado inédita)*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Goti, E. (1997) *La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga* (2ª Ed.) Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: A Network theory revisited. *Sociological theory*, 1, 201-233.
- Grella, C. E. (2008). From generic to gender responsive treatment: Changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 5, 327-343.
- Grez, S. (1997). *De la "regeneración del pueblo" a la huelga general: Génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile (1810-1890)*. Santiago de Chile: Dirección de bibliotecas, archivos y museos (DIBAM).
- Grim, B; Grim, M. (2019). Belief, Behavior, and Belonging: How Faith is Indispensable in Preventing and Recovering from Substance Abuse. *J Relig Health*, 58(5), 1713–1750.
- Grondona, G. (1997). Análisis de los Discursos emitido por el Gobierno, Políticos e Iglesia Católica, acerca del Consumo de Drogas. En: Catalán, M. (comp.). *Drogas, Política y Cultura*. Santiago: Programa Cono Sur-Universidad Diego Portales-Group IGIA-Comisión de las Comunidades Europeas.

- Guevara, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 5 (2), 6-26.
- Hacking, I. (2005). The looping effect of human kinds. En: Sperber, D; Premack, D; Premack A. (eds) (2005). *Causal cognition: a multidisciplinary debate*. Oxford: Oxford University Press. pp. 351-83.
- Hirmas, M; Poffals, L; Jasmén, A; Aguilera, X; Delgado, I; Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223–229.
- Horwitz, J. (1960). Importancia del alcoholismo en Chile. *Revista médica de Chile*, 88, 949-951.
- Ingold, T. (2011). *Being Alive. Essays on movement, knowledge and description*. London: Routledge.
- Kadushin, C. (1966). The Friends and Supporters of Psychotherapy: On Social circles in Urban Life. *American Sociological Review*, 31 (6), 786-809.
- Kooyman, M. (1992). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Universiteitsdrukkerij Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kornblit, A. (2007) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Kornblit, A, Camarotti, A; Capriati, A; Di Leo, P; Wald, G. (2016). *Abordaje comunitario de los consumos de drogas. Una propuesta para sistematizar experiencias*. CABA: Teseo
- Labarca, M. (2008). Alcoholismo y cambio social: un programa de Salud Mental Comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973). En: Zarate M (comp.). *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2008.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría de actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

- Laub, R. (1975). The Complexity of Roles as Seedbed of Individual Autonomy. En Coser, L. (ed). *The Idea of Social Structure: Essays in Honor of Robert Merton*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Law, J. (2004). *Matter-ing: Or How Might STS Contribute?* Centre for Science Studies. Reino Unido: Lancaster University.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lefio, L; Villarroel, S; Rebolledo, C; Zamorano, P; Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*, 34 (4), 257–66.
- Lindesmith, A. (1938). A Sociological Theory of Drug Addiction. *American Journal of Sociology*, 43 (4), 593-613.
- Lobos, M. (2012). *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas: Análisis crítico desde la experiencia práctica en el Centro comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí. (Tesis de grado inédita)*. Santiago: Universidad de Chile.
- Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18 (12), 305-325.
- Marconi, J. (2001). La psiquiatría en el cambio de siglo: psiquiatría social. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39(1), 10-11.
- Marcos, J; Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología (Universidad de Cádiz)*, 27 (2-3), 339-362.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena. *Psykhé*, 13 (2), 187-199.
- Mesquita, A; Nogueira, J; Marques, L; Vasconcelos, N; Nazaré, E; Parente, J. (2015). Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19 (4), 321.326.

- Milanese, E. (2009). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. México: Plaza y Valdés, CAFAC.
- Milkman, H. (2001). Better than Dope. *Psychology Today*, 2001, 32-38.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Minoletti, A; Rojas, G; Horvitz, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva* 20 (4), 440-447.
- Mol, A; Berg, M. (1994). Principles and practices of medicine: The Co-existence of Various Anemias. *Cult Med Psychiatry*, 18(2), 247-65.
- Mol, A; Berg, M. (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Duke University Press
- Mol, A. (2002) *The Body Multiple*. Durham y Londres: Duke University Press
- Muñoz, C. (1957). Bases para un programa de educación sobre los problemas del alcohol. *Revista del Servicio Nacional de Salud*, 3, 293-302.
- Muñoz, E. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: Los discursos de la adicción en acción. *Revista de Psicología*, 20 (2), 25-42.
- Muñoz, R. (1996). Comunidades terapéuticas (C.T.). *Cuadernos médicos sociales*, 37 (3), 24-36.
- Murdach, A. (2009). The Temperance Movement and Social Work. *National Association of Social Workers*, 54(1), 56-62.
- Naveillan, P; Vargas, S. (1989). Prevalencia del alcoholismo durante tres décadas en Chile (1952-1982). *Revista de Saúde Pública*, 23 (2), 128-35.
- Nietzsche, F. (1882). *La gaya ciencia*. Versión digital Librear.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS.

Oyarzún, A. (1999). Actuaciones de la comunidad. Jóvenes: trabajo comunitario y desarrollo local. En: Programa Cono Sur-Chile. *Un ángulo diferente: para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas*. Santiago: Universidad Diego Portales-Dolmen Ediciones.

Palacios, J. (S/F). *Comunidad Terapéutica: Una definición operativa*. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Extraído el 19 de Agosto de 2018 de [http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/palacios\\_juan.pdf](http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/palacios_juan.pdf)

Papalini, V. (2010). Para una discusión sobre la tecnología. *Astrolabio*, 2, 1-7.

Papalini, V; Córdoba, M; Marengo, L. (2012). Estudios de la gubernamentalidad: la subjetividad como categoría de la política. *Astrolabio*, 8, 190-208.

Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society* 53 (3), 257-278.

Perfas, F. (2004). *Therapeutic Community. Social Systems Perspective*. Lincoln: iUniverse, Inc.

Pérez, A; Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15 (3), 381-387.

Pinch, T; Bijker, W. (1984). The social construction of facts and artefacts: or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. *Social Studies of Science*, 14, 399-441.

Piper, I. (2008). La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos. *Revista de Psicología*, 17 (2), 39-58.

Porter, E. (1944). An Outline of the Temperance Movement. *The Historian*, 7 (1), 54-67.

- Prochaska, J; DiClemente, C. (1982). Trans-Theoretical Therapy: Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- Protevi, J. (2009). *Political affect: Connecting the social and the somatic*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Quintanilla, M. (2017). *Tecnologías entrañables*. España: Catarata.
- Ramos-Zincke, C. (2014). Datos y relatos de la ciencia social como componentes de la producción de realidad social. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 21 (66), 151-177.
- Rossi, D; Touzé, G; Carro, S. (1997). Uso de drogas: prácticas profesionales cuestionadas. *Margen*, 10.
- Rose, N. (1996). *Inventing our Selves*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, N; Miller, P. (2008). *Governing the Present*. Cambridge: Polity Press.
- Rudnick, A. (ed.). 2012. *Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Ruiz, M. (2002). La espiritualidad New Age y el sufismo. *Estudios de Asia y Africa*, 37 (1), 97-136.
- Salas, E; García M. (2012). *Co-dependencia. (Tesis de grado inédita)*. Concepción: Universidad del Bío Bío.
- Scaturro, D; Hayes, T; Sagula, D; Walter, T. (2000). The concept of codependency and its context within family systems theory. *Family Therapy*, 27, 63-70.
- Scheff, T. (1974). The Labeling Theory of Mental Illness. *American Sociological Review*, 39, 444-452.

- Seaborn, M. (2007). Violence and the Cost of Caring for a Family Member with Severe Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (3), 318-333.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter*. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Sepúlveda, M. (1997). El silencio de los angustiados. En Hopenhayn, M. (1997). *La grieta de las drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. Publicación de las Naciones Unidas.
- Sepúlveda, M. (2015). Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: análisis de las prácticas de gobierno en torno al problema-drogas en Chile posdictatorial. *Universitas Psychologica*, 14 (5), 1707-1722.
- Serres, M. (1991). *El contrato natural*. Valencia: Pre-Textos.
- Shore, C; Wright S. (2005). *Anthropology of Policy: Critical perspectives on governance and power*. Taylor & Francis e-Library.
- Silva, A. (2014). *Planificación estratégica en la corporación programa poblacional La Caleta. (Tesis de grado inédita)*. Santiago: Universidad de Chile.
- Simmel, G. (2002). *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Sisto, V; Zelaya, V. (2013). La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1345-1354.
- Slapak, S; Grigoravicius, M. (2006). Consumo de drogas: La construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones UBA*, 14, 239-249.
- Sloterdijk, P. (2008). *Extrañamiento del mundo*. España: Pre-textos.
- Soto, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas (Tesis de posgrado inédita)*. Santiago: Universidad de Chile.

- Stake, R. (1994). Case studies. En: N, Denzin & Y, Lincoln (Dirs.). (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Thoits, P; Evenson, R. (2008). Differential Labeling of Mental Illness Revisited: Patterns before and after the Rise of Managed Care. *Sociological Forum*, 23 (1), 28-52.
- Tirado, F; Domènech, M. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Ed. Electrónica, Núm. Especial.
- Townsend, A; Biegel, D; Ishler, K; Wieder, B; Rini, A. (2006). Families of Persons with Substance Use and Mental Disorders: A Literature Review and Conceptual Framework. *Family Relations*, 55 (4), 473-486.
- Tracy, E; Kim, H; Brown, S; Min, M; Jun, M; McCarty, C. (2012). Substance Abuse Treatment Stage and Personal Networks of Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 2 (3), 65-79.
- UNODC. (2012) *TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. Nueva York: Naciones Unidas.
- UNODC. (2016). *International Standards for the Treatment of Drug use Disorders (Draft for Field Testing)*. Vienna: Commission on Narcotic Drugs.
- Vanderplasschen, W; Vandeveld, S; Broekaert, E. (2014). *Therapeutic Communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Vargas, W. (2009). Alcohol y alcoholismo. Algunas consideraciones sobre la historia y magnitud del problema en Chile, y de las vías correctas para su solución. *Revista Medicina y Humanidades*, 1 (3), 149-158.
- Vásquez, A. (2006). Peter Sloterdijk: Extrañamiento del mundo abstinencia, drogas y ritual. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 14, 359-364.

Vásquez, A; Romani, O. (2012). Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. *Anuario de investigaciones UBA*, 19 (1), 159-166.

Ward, D. (1986). Integrating Formal and Informal Social Care: Social Action Approach. *The British Journal of Social Work*, 16, 149-165.

Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 267-274.

Webb, H. (1999). Temperance Movements And Prohibition. *International Social Science Review*, 74 (1-2), 61-69.

Weber, M. (1969). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Ediciones Península.

Weinstein, L. (2011). *Desarrollo personal y educación comunitaria*. Santiago: Editorial Tralcamahuida.

Wenzel, S. L., Green, H. D., Jr., Tucker, J. S., Golinelli, D., Kennedy, D. P., Ryan, G., & Zhou, A., 2009. The social context of homeless women's alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 16-23.

White, W; Miller, W. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor*, 8(4), 12-30.

Whyte, W. (2015). *La sociedad de la esquina: La estructura social de un barrio bajo italiano*. España: Centro de Investigaciones Sociológicas.