

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ESTUDIOS DE GÉNERO
CONVOCATORIA 2012-2014

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**CRITICA FEMINISTA DEL IMPACTO EN LAS IDENTIDADES
MASCULINAS DESDE LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA TRADICIONAL DE LOS
PRINCIPIOS ESPIRITUALES DE LOS DOCE PASOS EN VARONES DE UN
CENTRO DE RECUPERACIÓN PARA CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA CIUDAD DE QUITO**

CATALINA MIROSLAVA VILLAFUERTE ROSERO

ENERO 2016

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ESTUDIOS DE GÉNERO
CONVOCATORIA 2012-2014

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**CRITICA FEMINISTA DEL IMPACTO EN LAS IDENTIDADES
MASCULINAS DESDE LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA TRADICIONAL DE LOS
PRINCIPIOS ESPIRITUALES DE LOS DOCE PASOS EN VARONES DE UN
CENTRO DE RECUPERACIÓN PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS DE LA CIUDAD DE QUITO**

CATALINA MIROSLAVA VILLAFUERTE ROSERO

ASESORA DE TESIS: PROFESORA LISSET COBA

**LECTORES/AS: PROFESORAS MARÍA AMELIA VITERI Y MÓNICA
MAHER**

ENERO 2016

DEDICATORIA

...a los hombres valientes que confiaron en mí y compartieron generosamente sus vidas
y sus experiencias

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiese llegado a culminarse de no ser por el apoyo de varias personas con quienes estoy profundamente agradecida. De manera muy especial, agradezco al equipo de guías académicas que me ha sostenido a lo largo de este proceso: Lisset Coba, Mónica Maher, María Amelia Viteri, y Cristina Vega que han nutrido intelectualmente y espiritualmente este trabajo. Culminarlo hubiera sido imposible de no ser por el apoyo, la dedicación y la paciencia de Lisset Coba, asesora extraordinaria. También quiero agradecer al director del centro en el que realicé mi investigación por su apertura y las facilidades brindadas para su realización. Agradezco a todos y cada uno de los hombres que compartieron sus historias de vida y a todas y cada una de las personas que hicieron posible esta investigación. Por último y de manera muy especial a mis hijos, Mateo y Samanta, a mis padres y a Juan Carlos por su comprensión y apoyo brindado en todo momento.

ÍNDICE

CONTENIDO	Páginas
RESUMEN.....	8
CAPÍTULO I.....	9
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	9
Planteamiento.....	9
Objetivos.....	16
De la deshomosexualización a la recuperación, un camino de cambio controversial lleno de vacíos.....	17
El ejercicio del poder: del disciplinamiento de los sujetos y regulación poblacional, la institucionalización total y los procesos de cambio.....	18
El cuerpo como espacio de ejercicio de poder: la estigmatización de la sexualidad, el placer y el uso de sustancias psicoactivas.....	20
La construcción de identidades masculinas: La integración de principios espirituales de los programas de doce pasos, modificación cognitiva y doctrina religiosa.....	23
Metodología.....	26
Estructura Capitular.....	30
CAPÍTULO II.....	33
DEL PROCESO HISTÓRICO DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA ADICTOS EN EL ECUADOR.....	33
Introducción.....	33
Comunidad terapéutica y centros de tratamiento para adictos: evolución, aproximación histórica.....	33
Las comunidades terapéuticas y los centros de recuperación en el Ecuador: recorrido histórico.....	38

Centros de recuperación: espacios polémicos y controversiales, sus inicios, la actualidad, su situación política y social y la transformación de la subjetividad.....	38
CAPÍTULO III.....	46
DISCURSOS Y PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS EN CENTROS DE RECUPERACIÓN EN EL ECUADOR; COGNITIVO-CONDUCTUAL, SISTÉMICA, ESPIRITUAL Y DOCE PASOS.....	46
Introducción.....	46
Terapia cognitivo-conductual. La intervención sobre el pensamiento y la modificación conductual, su rol en la producción de nuevos sujetos.....	46
Terapia sistémica, intervención patriarcal, postulados que afianzan la institucionalidad tradicional: la familia.....	50
Secreto a voces “Garroterapia”: procedimientos coercitivos empíricos que se practican en la clandestinidad.....	53
El Apoyo Espiritual: la dimensión de lo trascendente vista con ojos masculinistas.....	56
Terapéutica de pares: los grupos de autoayuda vs los grupos terapéuticos de los centros de recuperación.....	58
CAPÍTULO IV.....	69
TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS TERAPIAS APLICADAS EN EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA OPORTUNIDAD; UN CENTRO DE RECUPERACIÓN DE LA CIUDAD DE QUITO.....	69
Introducción.....	69
Del ingreso al sistema terapéutico y disciplinario.....	69
De la organización técnica del centro Segunda Oportunidad.....	71
La problematización de la sexualidad como parte del tratamiento.....	78
Del caos al orden, la institucionalización: cuando la disciplina es el mecanismo para devolver la identidad perdida.....	82

CAPÍTULO V.....	91
MASCULINIDADES MARCADAS POR EL ESTIGMA ADICCIÓN: CUANDO EL CONSUMO DE DROGAS SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA, TRAYECTORIAS DE CONSUMO DE DROGAS.....	91
Introducción.....	91
Entre la paternidad, las drogas y la religión: La historia de vida de Martín.....	98
Una masculinidad marcada por la violencia: la vida de Rodrigo.....	106
Cuando la masculinidad intenta responder a presiones heteronormativas, masculinidades subordinadas: la vida de José.....	110
Entre la tradición, la estafa y una afectividad masculina poco tradicional: la vida de Fernando.....	115
CONCLUSIONES.....	125
BIBLIOGRAFÍA.....	131

RESUMEN

Esta tesis busca visibilizar el proceso de construcción de las adicciones y los sujetos adictos en el Ecuador y su tratamiento, el cual incluye: los programas de doce pasos y sus principios espirituales como componentes estructurales del mismo. Tratamiento que toma el concepto de adicto que manejan los miembros de los grupos en función de cumplir sus propios objetivos. También intenta visibilizar los supuestos mecanismos de represión social- sexual como dispositivos que producen identidades de estigma guiadas por perspectivas heterosexistas. El recorrido es en primer lugar genealógico para luego observar las propuestas terapéuticas más generalizadas en el país. Tal exposición deja al descubierto la profunda crisis que atraviesan los centros de recuperación y la responsabilidad del Estado en la profundización de esta compleja situación. En un momento posterior la investigación se concentra en el centro de recuperación Segunda Oportunidad. El estudio culmina con las trayectorias de consumo de un pequeño grupo de hombres etiquetados como adictos; etiquetas que representan la cúspide de una cadena de violencias sociales, familiares y sobre todo de los roles heteronormativos impuestos. La sexualidad es un aspecto al que, tanto en el centro Segunda Oportunidad como en otros centros, se ha dado especial énfasis y atención en los procesos de tratamiento al entenderlo como parte de la adicción e interactuando todo el tiempo con las experiencias de consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN GENERAL

Planteamiento

El consumo de drogas en el país aumenta vertiginosamente en hombres y mujeres con el agravante de que los y las consumidores/as son cada vez más jóvenes. De acuerdo con los resultados de la tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, realizada por el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) en el 2008, la edad promedio en la que los adolescentes consumían drogas ilícitas por primera vez era de 14.4 años.

Actualmente, según el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10, 2013: F10-F19), la adicción está considerada como una enfermedad. Sus parámetros de diagnóstico y tratamiento se enmarcan en postulados médicos. En el Ecuador el Acuerdo Ministerial 767 (2012) presenta lineamientos claros y precisos, que se ajustan a criterios médico- hospitalarios, para regular los centros de recuperación, los cuales son en su mayoría privados.

De acuerdo con lo referido por la Ministra de Salud Carina Vance, en una rueda de prensa ofrecida el 19 de julio del 2013; en el 2012 ciento veinte y tres centros de recuperación obtuvieron el permiso de funcionamiento en el país. La mayoría de ellos no cumplían con los parámetros técnicos y de infraestructura mínimos para calificar. En ese momento se calcula que existían al menos doscientas instituciones de este tipo en todo el país y al menos setenta de ellos funcionaban de manera clandestina.

En Pichincha, a la fecha de inicio del trabajo de campo -agosto del 2014- funcionaban legalmente solo cinco centros. Todos ellos, atendían únicamente a varones mayores de edad. Los y las menores y las mujeres no contaban con un centro de tratamiento.

Este es el contexto de la presente investigación que busca involucrar varias aristas. En primer lugar presenta una genealogía de los centros de recuperación en el Ecuador, así como la aplicación de estrategias y métodos terapéuticos y de modificación conductual técnicos y arbitrarios. Por otro lado realiza el análisis minucioso de un centro de recuperación de la ciudad de Quito, el cual se ha propuesto disminuir la aplicación arbitraria de dispositivos de control, disciplinamiento y sobre todo, la violencia en el tratamiento.

La investigación aspira a revelar, también, los mecanismos de entrecruzamiento de los discursos médico- psiquiátrico, psicológico y religioso- evangélico, que estructuran la práctica terapéutica y su impacto en las identidades de un grupo de hombres. Ellos están institucionalizados y son poseedores de un mismo estigma el de “adicto”; un concepto asumido por los miembros de los grupos de doce pasos y en los centros de recuperación como instrumento de cambio. En ambos espacios la aceptación de esta etiqueta se considera la puerta de ingreso al proceso de recuperación.

Tanto los miembros de los grupos como los residentes de centros se presentan con sus compañeros de la siguiente manera: “hola, mi nombre es...adicto en proceso de recuperación, solo por la gracia de Dios” (Grupo Libertad, 2014). Siendo esta, una frase que los autodefine y da inicio a sus reuniones. De ahí que se utiliza el término adicto en esta tesis para referirse a los sujetos de la investigación.

Por otro lado se discute el rol que tienen la familia y la iglesia, como piezas fundamentales, en la reproducción, afianzamiento y perpetuación de los roles de género tradicionales; también los postulados que promueven cualidades adscritas a estos roles. Su engranaje con los axiomas sostiene los tratamientos y el desarrollo de una relación de complicidad entre ellos que afianza las relaciones de poder establecidas. La finalidad es lograr una visión profunda de la influencia de este entramado complejo en las identidades de estos sujetos que fueron interpretados socialmente como “fallidos”, pero en proceso de alcanzar la “idoneidad”.

El estudio se apoya, para la discusión y argumentación, en postulados de las

Ciencias Sociales a partir de dos autores principales: Michael Foucault (1984 [1954]) e Irvin Goffman (2001 [1998]), y en axiomas del discurso médico psiquiátrico. Paralelamente realizaré una reflexión del contenido de los programas de Alcohólicos Anónimos (1995[1952]) y Narcóticos Anónimos (1991), y de su aplicación grupal y en los centros de recuperación.

De igual manera, intento reflexionar de forma crítica sobre la repercusión provocada al aplicarlos al interior de los centros de recuperación, vinculados a la doctrina cristiana; y su injerencia en el proceso terapéutico de los residentes. En las trayectorias de consumo intento situar histórica y culturalmente a estos hombres; y entender sus conflictos y vivencias de manera más humana trascendiendo las etiquetas que les han sido impuestas por la medicina, la psiquiatría o la religión.

De su lado Foucault (1984[1954]) explica las enfermedades mentales a partir de tres aspectos que permiten una visión más integral de la persona, inmersa en la sociedad y afectada por ella: el proceso evolutivo, la historia individual y la existencia de la persona con la enfermedad. Desde esta línea de análisis se sugiere que la institucionalización de un enfermo mental no necesariamente se da a causa de una alienación del individuo; sino que puede ser un proceso inverso.

El individuo se aliena producto de los preceptos de la cultura, las presiones que generan sobre sí en las diversas etapas de la historia en relación con los conceptos hegemónicos que rigen en determinado momento histórico. Esta alienación empuja al sujeto a institucionalizarse y realizar un proceso disciplinario que se desarrolla en condiciones de aislamiento. En él, el individuo comparte con otros individuos, una rutina de actividades diarias administradas formalmente y que son desplegadas en un lapso determinado de tiempo (Goffman, 2001 [1961]).

Desde esta visión, la adicción ya no se la entiende solo como entidad médica sino como un producto propio del capitalismo y la modernidad, que justifica la exclusión de ciertos sujetos. De esta manera Foucault (1984[1954]) critica la visión aislada de sujeto enfermo planteada por la ciencia, la psiquiatría y la psicología, que no vincula a este tipo de

individuo con la sociedad. Para este autor: “El sujeto consumidor problema, precisa ser internado y es, en este contexto, un hombre históricamente alienado que expresa escandalosamente las contradicciones que han hecho posible su enfermedad” (Foucault 1984[1954]) .

Por su lado los postulados de Goffman (2003[1963]), en relación con los estigmas, son de vital importancia. Desde su visión, la adicción es un estigma. “Signo o signos corporales, mentales o de otra índole con los cuales se intenta exacerbar algo considerado poco habitual como malo, desde un estatus moral, en quien lo presenta” (Goffman, 2003[1963]:11-12). Lo medular, desde lo empírico, y que coincide con algunos postulados del autor es que un estigma puede desacreditar socialmente a una persona, hasta el punto de hacerla despreciable, para posteriormente aislarla de la sociedad.

El consumo de drogas es estigmatizante genera una relación entre el estereotipo sano y la persona que usa drogas caracterizada por la subordinación y la desigualdad de uno frente al otro. El atributo estigmatizante de unos confirma la normalidad de otros degradando a los primeros. Este mecanismo legitima la separación de unos con otros; es aceptada por ambos (Goffman, 2003[1963]:12-15) y produce identidades subordinadas.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004)¹, como una de las instituciones representante del discurso médico, construye un cierto tipo de sujetos que padecen determinadas patologías. Tal construcción se realiza a través de sus argumentos, explicaciones y prácticas. De modo que los individuos son etiquetados y mediante estas etiquetas convertidos en los enfermos incapaces de vivir en relación de equidad con los sanos.

El estigma justifica el aislamiento de ciertos individuos en espacios cuidadosamente organizados: los centros de recuperación, y su intervención bajo criterios médicos que los

¹ Para la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004)** la adicción es: “un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación”.

deshumaniza y los moldea. Lugares en donde, aspectos como la sexualidad y ciertas prácticas sexuales son vinculados con el consumo de drogas y consideradas patológicas. De esta manera, la institucionalización permite legitimar la exclusión de ciertos sujetos (Foucault, 1984[1954]). Esta exclusión, a su vez, afianza la superioridad de quienes no están institucionalizados, pero además produce al sujeto adicto.

Es importante establecer diferencias entre el tratamiento institucionalizado y el proceso de recuperación que tiene lugar en los grupos, para entender el contraste en el impacto que genera la intervención institucional y la participación grupal en las identidades. Los grupos a diferencia de los centros, son espacios en donde el estigma “adicto” es una herramienta que permite a la persona, que voluntariamente asiste, dejar de consumir drogas. Entendiendo la voluntariedad como: la posibilidad que tiene el individuo de decidir estar o no estar en las reuniones y la capacidad de ser agente de cambio de sus circunstancias vitales. El residente de un centro no puede ser autónomo, su vida está regulada desde afuera.

Otra diferencia importante es que en los grupos, el proceso de alcanzar sobriedad se puede dar de forma inmediata o de forma paulatina, en los centros la sobriedad es obligatoria. Además, si bien los grupos toman algunos criterios médicos y en ocasiones solicitan la colaboración de profesionales de la salud, estos últimos, al igual que pastores y sacerdotes no forman parte del proceso grupal (Grupo Libertad 2014). En los centros de recuperación tanto los profesionales como los representantes eclesiásticos resultan imprescindibles en el tratamiento.

Cuestionar los dispositivos de control aplicados sobre los diferentes aspectos de la vida de los residentes constituye una parte fundamental de la investigación. Los mecanismos son propuestos por las cabezas institucionales. Las autoridades, generalmente hombres, despliegan estrategias diversas sobre el lenguaje, el comportamiento y los sentimientos de los residentes. Norman así, las prácticas y expresiones de todo lo anterior pero especialmente de la sexualidad. La naturaleza disciplinaria de los mecanismos

determina las prácticas sociales permitidas dentro y fuera de la institución²; así como las formas de control que se aplican sobre los sujetos (Foucault, 2005[1976])

Otros puntos de interés dentro de la investigación son la sexualidad y la exploración de los modelos de masculinidad que se están promoviendo en los residentes de Segunda Oportunidad, un centro de recuperación que ofrece tratamiento residencial para varones adictos a drogas lícitas e ilícitas en la ciudad de Quito. Las masculinidades propuestas en el centro se vinculan con valores sexistas circunscritos en la heteronormatividad a los cuales se los considera positivos y saludables. En tanto aquellos valores que no lo sean son considerados defectos o falencias, y a los hombres que los manifiestan como menos hombres.

En cuanto a la sexualidad y el placer, en Segunda Oportunidad, al estar vinculados a la adicción se los concibe como patológicos. Foucault (2005[1976]:137-139) denomina a estos mecanismos a través de los cuales se regula la sexualidad y el placer “dispositivos de saber y poder”. Uno de ellos es la psiquiatrización del placer, específicamente de ciertas prácticas sexuales consideradas perversas por la medicina.

En Segunda Oportunidad se habla mucho de la sexualidad. Esto se realiza en espacios específicos y bajo ciertas normas que la terminan regulando, tanto al interior del centro como fuera del mismo. La vía para hacerlo es la construcción de fronteras y la aplicación de criterios que definen lo prohibido y lo permitido, lo sano y lo patológico, lo legal y lo ilegal, siempre interactuando con el consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

Los programas de doce pasos proponen un cambio enfocado en tres dimensiones del ser humano: (física, mental y espiritual). No obstante, en los centros este proceso de cambio es entendido y denominado “tratamiento” y tiene sus especificidades. En los espacios vinculados con lo religioso y la visión evangélica, se promulgan valores relacionados con la heterosexualidad y la función reproductiva del acto sexual como normas absolutas. En este mismo espacio se devalúa todo aquello que queda por fuera del marco heteronormativo y a

²Generalmente, estos mecanismos son vacilados por los internos de la institución y, al poco tiempo los ex-residentes parecen olvidar por completo los efectos de estos discursos y prácticas.

quienes manifiesten cualidades o comportamientos diferentes se los considera depravados. Segunda Oportunidad no es la excepción.

Gebara, (1998), considera que la actual interpretación de la biblia está al servicio del patriarcado. En los centros de recuperación se repite esta interpretación y se reproducen sus relaciones destructivas y de desigualdad, al promover una relación con “un poder superior” masculino. En la actualidad, la mayoría de centros de recuperación cuenta con la presencia de uno o más pastores evangélicos, como representantes de ese poder superior. Ellos normalmente son varones, sus argumentos interpretativos del contenido bíblico responden a la hermenéutica tradicional y trabajan aspectos de los doce pasos y sus principios espirituales desde esta visión (Cristian, 2014, entrevista).

Los complejos antecedentes, mi experiencia como profesional de la salud mental y el saberme cómplice de un sistema médico que clasifica sujetos y los excluye; me generan sentimientos encontrados e incomodidad. Sin embargo, son varios años de trabajo al interior de estos centros y el mismo tiempo de adoctrinamiento. Cuestionar su metodología, por tanto, resulta muy difícil para mí. No puedo negar que las prácticas y la aplicación arbitraria de mecanismos de control fueron los aspectos que movilizaron mi reflexión y me llevaron a plantearme este tema de investigación; pero solo después de la realización del trabajo de campo pude concientizar mi proceso de normalización de la violencia. Un proceso que se ha formado a lo largo de los años y que complica la discusión crítica de ciertos aspectos de esta investigación.

En el planteamiento de este trabajo surge un especial interés por entender: ¿Cómo se construyen las adicciones y los sujetos adictos en el Ecuador en relación con las identidades masculinas? Tomando en cuenta que en esta construcción engranan y convergen diversos discursos que además producen modalidades de intervención y organizan espacios especializados para esta actividad: los centros de recuperación. En el Ecuador las condiciones en las que laboraban hasta hace pocos años eran precarias; paralelamente, sus procedimientos arbitrarios y violentos. Para entender su situación actual y la crisis que atraviesan me pregunto: ¿cuál es su genealogía en el país?

Más allá del empirismo que se ha manejado en un sinnúmero de centros en el Ecuador y otros planteamientos más técnicos basados en evidencias científicas; la psicología y la psiquiatría han desarrollado argumentos y técnicas para explicar y tratar la adicción. En el Ecuador, estas prácticas se han fusionado con los programas de doce pasos y han originado ciertos estilos de intervención y ciertos sujetos. ¿Cómo funcionan las terapias de “recuperación” más generalizadas en los centros de recuperación en general?

Segunda Oportunidad es un centro que aplica técnicas psicoterapéuticas únicamente y ha erradicado aparentemente las prácticas violentas, al menos físicamente y las intervenciones vivenciales. ¿Cuáles son las prácticas y discursos concretos de las terapias en el centro de recuperación Segunda Oportunidad? En este centro de recuperación conviven sujetos que se identifican entre sí por su adicción, un estigma que además de exclusión significa el entrecruzamiento y la influencia de otros estigmas, discursos y relaciones de poder que construyeron identidades fuertemente cuestionadas por su entorno.

Estos cuestionamientos justificaron la institucionalización y la intervención continua cuyo fin era dejar de consumir drogas. Pero estos hombres son seres humanos que han tenido una vida y experiencias propias vinculadas a sus condiciones particulares y específicas. ¿Cuáles son las trayectorias de consumo de drogas y estigma de los residentes del centro Segunda Oportunidad y su relación con la heteronormatividad?

Objetivos

Objetivo general de la Investigación

Analizar la construcción de las adicciones y los sujetos adictos en el Ecuador en relación con sus identidades masculinas.

Objetivos específicos

Explicar la genealogía de los centros de recuperación para adictos en el Ecuador.

Explicar el funcionamiento de las terapias de recuperación más generalizadas en los centros de recuperación en general.

Discutir las prácticas y discursos concretos de las terapias en el centro de recuperación Segunda Oportunidad.

Analizar las trayectorias de consumo de drogas y estigma de los residentes del centro Segunda Oportunidad y su relación con la heteronormatividad.

De la deshomosexualización a la recuperación, un camino de cambio controversial lleno de vacíos

El estudio más reciente que hace referencia a la dinámica que se vive al interior de los centros de recuperación en el Ecuador, es la tesis, “Sin sanidad no hay santidad: las prácticas reparativas en el Ecuador” de (Wilkinson, 2012), cuyo enfoque es distinto al de la presente investigación. Su objetivo apunta a evidenciar las prácticas de “deshomosexualización” que se ejecutan en algunos centros de recuperación bajo la etiqueta de “trastornos de la conducta” y su operatividad a través de terapias provenientes de la psicología y argumentos religiosos.

Wilkinson (2012) realiza una investigación que visibiliza las experiencias de quienes han transitado por estos lugares debido a su homosexualidad y las presiones sociales y familiares que los empujan a llegar a tales sitios. También analiza la manera en la que las diferencias se convierten en un argumento válido y legítimo para ejercer violencia de todos tipos sobre los individuos.

El propio estudio incluye testimonios de ex-pacientes, autoridades y personal que ha laborado en estas instituciones. Explica además las relaciones existentes entre el Estado, los centros de recuperación y las prácticas específicas a través de las cuales se busca “deshomosexualizar”. Paralelamente, permite visibilizar el entramado institucional que participa y es cómplice de este sistema de opresión y exclusión de ciertos sujetos, que responden a una forma de alteridad.

El estudio antes mencionado sirve de referencia a la presente investigación en varios aspectos, sobre todo en la realización del trabajo de campo. Sin embargo, si bien es cierto que esta investigación explora algunas de las prácticas reparativas como parte de la

genealogía de los centros de recuperación, el interés central es entender la construcción de los sujetos adictos y la manera en que las prácticas y discursos confluyen en estos procesos.

El ejercicio del poder: del disciplinamiento de los sujetos y regulación poblacional, la institucionalización total y los procesos de cambio.

En esta tesis se discute a través de dos posturas clásicas de las ciencias sociales lo que significa un centro de recuperación. Foucault (2001 [1976]:178-179) lo propone como un lugar de disciplinamiento y producción de sujetos. En cambio Goffman (2001[1961]) desde el concepto de institución total como espacio de anulación de la subjetividad individual.

Partiendo de los postulados desarrollados por Foucault (2001 [1976]:178-179) acerca del poder: un centro de recuperación es un espacio de vigilancia y control que facilita el ejercicio de este último sobre los sujetos. Para lograrlo utiliza sistemáticamente un conjunto de mecanismos destinados a producir cuerpos útiles y dóciles; cuyo objetivo es aumentar la fuerza económica del cuerpo al mismo tiempo que reduce su fuerza política. A esto Foucault (2001 [1976]:178-179) denomina disciplina.

Las técnicas del poder disciplinario propuestas por el mismo autor y que se despliegan en los centros de recuperación son: la repartición de los cuerpos en el espacio, la clausura (definición del lugar de lo heterogéneo), la cuadrícula (cada cuerpo en su lugar; tantos espacios como cuerpos) y las ubicaciones funcionales. A través de la aplicación de estos dispositivos de control se hace operativo el poder (Foucault, 2012 [1975]:135-229).

Otro concepto importante al hablar de disciplinamiento y de un centro de recuperación, como una institución al servicio del poder, es el de “panóptico” también de Foucault (2012 [1975]). Desde esta perspectiva, un centro de recuperación es un espacio que facilita el despliegue de un sistema de vigilancia permanente que incluye varios aspectos. El principal: una representación que sirve de metáfora de la sociedad disciplinaria. También incluye un mecanismo que dispone de unas unidades espaciales que permiten ver sin cesar y reconocer al punto.

De esta manera se ejerce control, de forma exhaustiva, sobre el comportamiento de los individuos. (Foucault, 2012 [1975]). Esto, de acuerdo con el autor, garantiza el

funcionamiento automático del poder y define las relaciones de poder, entre los residentes y quienes están a cargo de sus procesos. Este sistema pretende mantenerse al tanto de todo lo que sucede al interior del lugar. Esta organización espacial permite conocer qué se hace en cada espacio, cómo se hace y qué sucede cuando no se hace, o cuando se realiza de forma incorrecta. (Foucault, 2012 [1975]).

A partir de estos conceptos, los sujetos intervenidos y los espacios en los que son confinados y excluidos forman parte de la sociedad capitalista, que los relega de los procesos sociales. También de un proceso histórico cambiante que produce discursos y prácticas para regular la vida, los cuerpos y la *psique* de estos valiéndose de normas de tipo moral, religioso, higiénico, educativo y de salud.

Estos dispositivos integran el “biopoder” formulado por Foucault (2005 [1976]:178-179), desplegado ampliamente en espacios como este y en otros similares como hospitales, prisiones, escuelas y lugares de trabajo. Dos constituyen las tecnologías utilizadas por el biopoder: la de regulación de la vida y la disciplinamiento del cuerpo. Ambas guardan relación entre sí y se articulan entre ellas. La primera busca controlar poblaciones enteras y la segunda busca someter a los sujetos, como entes individuales, como sucede en los centros de recuperación.

Goffman (2001[1961]) desde otra óptica, conceptualiza un centro de recuperación, como un espacio en el que la dinámica y las prácticas aplicadas sobre los sujetos inciden fuertemente en sus identidades hasta llegar a anularlas transitoriamente. Para argumentarlo, desarrolla el concepto de “institución total”, que implica la realización de un conjunto de prácticas que devienen en la “aniquilación del yo” y la “desaculturación”. Ambas aplicadas como estrategias que desprenden, al individuo de sus propios principios y valores de vida. Lo convierte en una tabla rasa que recepta de forma pasiva los valores institucionales y los interioriza como suyos (Goffman, 2001[1961]).

Desde el planteamiento de Goffman (2001 [1961]), lo medular en la dinámica de los centros de recuperación, como instituciones totales, no es el ejercicio del poder; sino las estrategias utilizadas para hacerlo y sobre todo los efectos producidos en los individuos a nivel subjetivo. Uno de ellos es la anulación gradual del yo, la cual se logra con la aplicación de algunas de las estrategias. Estas se despliegan dentro de un modelo de

organización jerárquica y rígida. En dicho modelo se identifica con claridad una cabeza. Esta autoridad decide la manera en que se ejecutan los dispositivos sobre los residentes.

Progresivamente los residentes se desprenden de sus propios valores, mientras asimilan otros acorde a la ideología institucional y la violación de su intimidad se normaliza. Al mismo tiempo, los residentes son clasificados sobre la base de argumentos científicos y criterios diagnósticos. Estos se respaldan en postulados de los discursos médico o psicológico complementándose así el proceso de “cambio”. Es en este momento en el que convergen los postulados de ambos autores, quienes critican las prácticas cotidianas producidas por la ciencia y específicamente por la medicina. Sin embargo, las divergencias entre ambos resultan evidentes.

Foucault (2005 [1976]) problematiza los mecanismos de ejercicio y aplicación del poder y las relaciones de poder establecidas en este lugar. También problematiza sus mecanismos de perpetuación de la “otredad”. Entre ellos se menciona la clasificación de ciertos sujetos a través de su “patologización”. Goffman (2001[1961]), por su parte, cuestiona las instituciones totales y sus prácticas. Estas anulan las identidades constituyéndose en estrategias claves de organización y de homogenización de un grupo de residentes.

El cuerpo como espacio de ejercicio de poder: la estigmatización de la sexualidad, el placer y el uso de sustancias psicoactivas.

Argumentar y discutir sobre la relación existente entre el cuerpo y el ejercicio del poder que se plantea en la adicción resulta complejo. Esta última es entendida como un proceso estigmatizante que deja profundas huellas. Estos cuerpos son sexuados, e influenciados por la cultura, sus condiciones históricas y la interpretación subjetiva personal de sus experiencias. Los participantes de esta investigación son hombres que usan drogas, y además se denominan drogadictos.

La etiqueta de “adicto” puede ser un indicador de que de una u otra manera la persona se ha involucrado en delitos e infracciones. Una dinámica del tráfico de drogas: comprar, vender y aprender o reforzar los valores y prácticas de la calle, de los varones en la calle y como parte de esta economía clandestina e ilegal. El principal es la violencia,

entendida como indispensable para hacerse respetar y traducida en frialdad, agresividad y rudeza (Bourgois, 2010 [2003]:53-54). Pero también puede ser un instrumento básico de identificación que permite el cambio, como sucede en los grupos de doce pasos.

La interpretación de la sexualidad y sus prácticas no puede perder de vista la cultura y el momento histórico en el que se producen; en el caso de estos varones, tampoco las formas en las que el consumo de drogas las viabiliza. Estas prácticas se encuentran por fuera de las normas concebidas y construidas sobre la base de binarios restrictivos y parámetros heteronormativos, vigentes en un momento determinado (Butler 2006 [2004]). Discutiré los postulados de: (Bourgois 2010 [2003]), (Foucault 2005[1976]), Goffman, (2003[1963]) y Butler (2006 [2004]) principalmente. También me apoyaré en Freud (1981[1925]) para enriquecer esta discusión.

Freud (1981 [1925]), considera la búsqueda de placer como una pulsión o fuerza motivadora que comienza desde el nacimiento, es inherente a la naturaleza humana y clave para su supervivencia. Esta se reprime con frecuencia y por influencia de la cultura. Para este autor, el contenido reprimido es el que deviene luego en patologías. El sujeto “adicto” consume drogas y a través de ellas se conecta con contenidos sexuales reprimidos. Al materializarse producen placer y son experimentados por el sujeto como vivencias muy significativas para él.

Foucault (2005 [1984]) concibe la sexualidad y el placer como construcciones sociales, ligadas al proceso histórico y la cultura producidas discursivamente. Critica a Freud y su hipótesis represiva. Se enfoca en realizar un recorrido histórico y crítico de los mecanismos a través de los cuales se han intervenido la sexualidad y aquellas vivencias generadoras de placer. También la manera en que los discursos moral, médico y legal, han creado y reforzado binarios para así excluir grupos importantes de individuos.

Los adictos dentro de la lógica médica se denominan enfermos. Al vincular la adicción a la sexualidad, esta última también se hace patológica. Desde la religión y la moral, las prácticas sexuales y/o eróticas periféricas, es decir, aquellas entre sujetos del mismo sexo, violentas, en solitario o en grupo se las interpreta como inadecuadas o

inmorales. La búsqueda y la obtención de placer inmediato, son convertidos en patológicos por la Psiquiatría cuando aparecen ligados a la adicción (Arboleda, 2010) y en inmorales por la religión evangélica.

Foucault (2005[1976]: 56) indaga de forma profunda en los dispositivos que utiliza el poder a través de las instituciones y sus diversos sistemas disciplinarios aplicados sobre los individuos. Freud (1981 [1925]), explora la *psique* y la subjetividad humana y la problematiza. En cambio, Goffman, (2003[1963]) concibe la adicción como un estigma. “Una o varias características que producen descrédito de la persona que los posee, y que impacta negativamente en su identidad. También como una condición que produce vergüenza y dolor; una falla a través de la cual, se confirma la normalidad del otro, aquel que no posee dicho atributo” Goffman (2003[1963]).

La adicción genera además de sufrimiento y displacer a lo largo de la vida, una conciencia de inferioridad respecto a los otros. Esta puede incidir negativamente en la masculinidad. Se acompaña de una sensación de incertidumbre constante y subestimación de las propias capacidades y condiciones. Tal sentimiento inicia con la mirada de los otros y paulatinamente, es interiorizada por la persona (Goffman, 2003[1963]). Al camino que transitan las personas, que poseen uno o más estigmas, se denomina “carrera moral”. Este proceso involucra un conjunto de aprendizajes en relación con el estigma, a los cuales Goffman (2003[1963]) se refiere como “experiencias morales”. Tales aprendizajes van a generar una cierta “conciencia” sobre la realidad de desigualdad y carencia siendo siempre una conciencia de otredad.

La adicción, vista desde la propuesta de Goffman (2003[1963]), es una condición que genera una forma específica de alteridad en relación con los sujetos que no la poseen. En los grupos de doce pasos esta alteridad que genera un proceso de identificación entre sus miembros, constituye la base del proceso de recuperación. En los centros de recuperación es la base para el tratamiento, que haría un equivalente a la recuperación, pero que integra elementos de otros grandes discursos.

La construcción de identidades masculinas: la integración de principios espirituales de los programas de doce pasos, modificación cognitiva y doctrina religiosa

Para poder discutir la influencia de las prácticas terapéuticas aplicadas frecuentemente en los centros de recuperación en las identidades de sus residentes, resulta necesario integrar distintos enfoques y planteamientos teóricos. Desde la lógica científica y una visión androcéntrica, en la línea de la Psicología Cognitiva, Beck et al., (1999 [1993]) plantea la modificación cognitiva y conductual, es decir: la modificación de creencias, pensamientos y comportamientos como mecanismos de cambio. Posteriormente estas modificaciones inciden en la personalidad e impactan en la identidad logrando un mayor autoconocimiento y una mejor relación del sujeto con el entorno.

Para cuestionar lo anterior, tomaré algunos axiomas de la Teología Feminista y de la Teoría Queer, específicamente de Gebara (1998:58-104) y de Viteri et al., (2011:49-60). La primera investigadora propone una concepción holística del ser humano, un todo, en donde la comprensión del pasado es indispensable para entender el presente y construir el futuro. “Somos un mismo cuerpo en proceso, cuerpo vivo en crecimiento y no se pueden negar los diferentes momentos de nuestras fases anteriores, como si se pudiera comenzar a conocer de nuevo desde un punto cero, o como si pudiéramos empezar una nueva historia sin continuidad con nuestro pasado” (Gebara, 1998).

La autora propone una perspectiva de las personas en estrecha relación con la tierra, el cosmos y las condiciones históricas que le rodean. La segunda autora sugiere que las sexualidades y el género deben ser concebidos a partir de un cuestionamiento del binario hombre mujer; que lo queer permite entender mejor los sistemas de opresión, la naturalización de la heterosexualidad y su fin homogeneizador. También las sexualidades y específicamente las masculinidades como espacios del saber en constante movimiento, que responden a realidades latinoamericanas y específicamente ecuatorianas (Viteri et al., 2011:49-60). A partir de estas concepciones de los seres humanos, se plantea también una visión distinta del cuerpo, a la que plantea Beck et al., (1999 [1993]). Un lugar en el que toman forma los pensamientos y las creencias. Para Gebara (1998:58-104) el cuerpo no es un obstáculo o espacio en el que acciones problema tienen cabida, sino una zona en la que

tiene lugar la vida, pero una vida que está vinculada y tiene sentido para el mundo y el cosmos y por tanto, ese cuerpo es trascendente.

Ella, como teóloga feminista brasilera desarrolla estos axiomas a partir de la convivencia con muchas personas, sobre todo mujeres excluidas y pobres. De esta experiencia y las vivencias muy particulares de y con ellas; propuso una vía de búsqueda constante de conocimiento, un proceso continuo y desafiante que está abierto a agregar nuevas percepciones. Viteri et al., (2011:49-60) en cambio, realiza su planteamiento en un proceso de movilidad. En definitiva, ambas autoras realizan sus propuestas desde epistemologías distintas de la tradicional y que parten de la experiencia con el propio cuerpo y la propia subjetividad e intimidad. La discusión entre estos autores Beck et al., (1999 [1993]), Gebara (1998:58-104) y Viteri (2011:49-60) me permite tener una visión más amplia de los discursos y prácticas que se desarrollan y aplican en los centros de recuperación en Ecuador. Además plantear un cuestionamiento crítico de las propuestas filosóficas aplicadas al interior de estas instituciones, que si bien toman como base los programas de doce pasos, los adaptan a sus circunstancias y necesidades específicas. Al hacerlo, violentan algunas de sus reglas medulares.

En los grupos de doce pasos, el único requisito para ser miembro es “el deseo de dejar de consumir”. En un centro de recuperación, este deseo no es necesario y en la mayoría de los residentes al ingresar es ausente.

En el Acuerdo Ministerial N° 767 (2012) se dispone que el ingreso de una persona a un centro de recuperación debe ser voluntario. En caso de que no exista voluntariedad podrá efectuarse con una orden médica. Esta debe ser expedida por un médico especialista externo al centro de recuperación, es decir un psiquiatra; siempre y cuando la vida de la persona o sus familiares esté en riesgo.

Los estudiosos han señalado que para el alcohólico en recuperación, los grupos de Alcohólicos Anónimos pueden resultar tan adictivas como lo fue el mismo alcohol. Se reemplaza una compulsión por la otra: la persona que tiene éxito en mantenerse abstinentes es porque tiene “el don de sustituir el alcohol por las personas” de como base de un cambio profundo de creencias y principios que deben incidir y transformar la identidad de los residentes con el paso del tiempo (Brandes, 2012 [2001]).

Esto aplica a los miembros de los grupos de Narcóticos Anónimos también. En el caso de los centros de recuperación, los residentes permanecen ahí por distintos motivos, presiones familiares, deseos de no seguir drogándose, dejar de drogarse por un tiempo, entre otros. Estas características de su estancia y permanencia en estas instituciones no garantizarían esta sustitución.

Con la aplicación paulatina de diferentes técnicas terapéuticas y otras que no se enmarcarían en esa categoría, el personal de los centros de recuperación busca el empoderamiento de los contenidos propuestos por parte de los sujetos. La propuesta filosófica de los programas de doce pasos apunta a la integración paulatina y voluntaria de principios espirituales (honestidad, receptividad, humildad y otros). En el centro en que realicé mi investigación, las propuestas se relacionan directamente con preceptos religiosos tradicionales. Se concebía al “Poder Superior” como un “dios varón”. Además, para afianzar este enfoque se utilizaban, algunas referencias que se hacen en el programa de Narcóticos Anónimos, (1991) y en oraciones que se evocan habitualmente en los rituales grupales.

Las masculinidades constituyen otro punto importante a ser discutido en esta tesis. Existen modelos de masculinidades hegemónicas en el imaginario de los miembros de los grupos de doce pasos y también en el de los residentes de centros de recuperación. En todos los casos son modelos que naturalizan la idea del binario, hombre/mujer, producto de la modernidad, como única posibilidad, complementaria, esencial y natural de ser, y relacionarse en el mundo (Luengo, 2011).

Para discutir las construcciones identitarias de los residentes de Segunda Oportunidad se toma a Connell (1997, citado en Luengo, 2011). Este autor propone cuatro visiones que sostienen el binario, al cual critica. La debilidad de la primera postura esencialista, apoyada en la biología y el sexo, es que la elección de esta esencia es arbitraria. La segunda postura considera los roles de género estables y a los “hombres como tales, desde lo que realmente son”. La tercera, también basada en la teoría de los roles sexuales en su complementariedad, plantea “lo que los hombres deberían ser”: la masculinidad como una norma y la correspondencia de las categorías rol- identidad. La

cuarta entiende la masculinidad como no feminidad, y le da a la masculinidad un lugar de autoridad simbólica.

También se discute a Kimmel (1993, citado en Luengo, 2011) y su propuesta de que la masculinidad está atravesada por una serie de discursos contradictorios entre sí. Desde aquí, se considera a la masculinidad como un conjunto de significados que cambian de forma constantes, que responden a un lugar y tiempo determinados. A partir de esta perspectiva, la masculinidad se entiende como relaciones de poder que sugieren que las definiciones culturales de género se dan siempre en un terreno de disputa.

Este autor propone que la masculinidad como construcción lleva implícita homofobia. También que los hombres reprimen cualquier expresión de homoerotismo, que luego se traduce en miedo y vergüenza; que tiene lugar en el rechazo de las identidades y los deseos homosexuales. Las drogas tendrían un papel protagónico en la vida de los adictos varones, servirían para canalizar transitoriamente la expresión de este homoerotismo, que sin ellas se reprime. Sin embargo, la persona sin la droga y sus efectos transitorios sentirá fuertes sentimientos de culpa y dudas sobre su masculinidad. Entonces necesitará más drogas. Esto influirá en la forma de consumir drogas en el tiempo. Los procesos en centros tienden a afianzar los modelos fuertemente vinculados al binario hombre –mujer. Esto excluye a estos sujetos que han vivido alternativamente su sexualidad y que llegan a los centros sintiendo inconformidad con sus identidades diferentes, producto de la cultura y el aprendizaje sexista de los roles de género.

Metodología

El estudio está encaminado a discutir y reflexionar críticamente el proceso discursivo y terapéutico de un centro de recuperación para varones, adictos a sustancias psicoactivas (lícitas e ilícitas) de la ciudad de Quito. Se articula la teoría con los hallazgos a nivel empírico; producto del trabajo de campo que se llevó a cabo durante cuatro meses: entre agosto del 2014 y diciembre del 2014, en dicho centro de recuperación, en grupos y en espacios informales. Los métodos utilizados en la recolección y el análisis de datos incluyen: la recolección y revisión de documentos públicos, entrevistas en profundidad,

conversaciones informales, visitas institucionales, observación, observación participante (participación en actividades del centro de recuperación), participación y observación en reuniones de los grupos de doce pasos, análisis del discurso y métodos etnográficos.

El interés primordial que motiva la realización de la investigación fue la preocupación personal de la investigadora por tres situaciones específicas a ser abordadas en esta tesis. En primer lugar las arbitrariedades y violaciones a los derechos humanos cometidas históricamente en contra de residentes de centros de recuperación de la ciudad de Quito; y de otras ciudades. Luego se toman en cuenta las nuevas propuestas de tratamiento, orientadas a erradicar la violencia física y sexual que se habían normalizado y legitimado en estos espacios. Por último se parte del despliegue de otras formas de violencia en estos espacios y el afianzamiento de modelos de masculinidad hegemónicos que sostienen la exclusión y aislamiento de un grupo de individuos a través de la integración de discursos religioso y científico y la filosofía de los programas de doce pasos.

Para lograr los objetivos propuestos en esta investigación mantuve conversaciones informales con todos los residentes de Segunda Oportunidad, algunos ex-residentes de este centro y de otros. Autoridades, profesionales, personal administrativo y de servicios generales colaboraron en este trabajo; a la par conversé con miembros activos de grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos. Aproximadamente cuarenta y cinco personas colaboraron directa o indirectamente en la realización de esta investigación.

El diseño de la pregunta de investigación se desarrolló sobre la base de la observación participante del tratamiento y de la dinámica de control disciplinario desplegada en el centro Segunda Oportunidad. El diálogo mantenido con personas que se encuentran en tratamiento, algunas que lo han finalizado recientemente y otras que han transitado esta experiencia en algún momento de su vida, aportó significativamente en su realización.

Otro afán de esta investigación es aportar en la producción de conocimiento acerca de las experiencias subjetivas de estos hombres tras ser intervenidos. También visibilizar la

crisis que transitan los centros de recuperación en la actualidad y la poca capacidad del estado para afrontarla. Adicionalmente la complicidad del sistema político social para sostener estos espacios que clasifican a los sujetos y afianzan relaciones patriarcales de poder. Los hallazgos indican que, si bien es cierto que en la metodología aplicada en el centro prácticamente se ha erradicado la violencia física y sexual, se promueven cualidades vinculadas con modelos de masculinidad hegemónica. Esta situación afianza las relaciones de poder desiguales y conceptos esencialistas de masculinidad y feminidad, así como otras formas de violencia.

La preparación para la investigación incluyó visitas a grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Quito. Participación en sus reuniones y rituales, que incluyen oraciones, testimonios, bienvenida a los integrantes que llegan por primera vez y una organización flexible pero clara y precisa. Conversaciones informales con algunos de los miembros de estos grupos, los cuales me pidieron mantener su anonimato, formaron parte de este momento de la investigación. Con tres ex residentes de centros de recuperación mantuve algunas conversaciones. Realicé entrevistas a profundidad con dos funcionarias del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), un ex funcionario de la misma institución y un psicólogo clínico. Este último brinda sus servicios en el Hospital San Juan de Dios, en la unidad de Adicciones. La revisión de artículos de periódicos y revistas vinculados con el tema permite recoger inquietudes y sentires de quienes han pasado por esta experiencia.

En cuanto a Segunda Oportunidad, escogí este centro de recuperación, del cual cambié su nombre, para realizar el estudio y el trabajo de campo: por ser esta una institución que funciona bajo la regulación del Ministerio de Salud Pública. También influyeron en esta decisión la accesibilidad en cuanto a ubicación y las facilidades que brindan las autoridades del lugar; de igual manera su estructura y organización, a nivel administrativo y técnico y la aplicación habitual de técnicas psicoterapéuticas viabilizaron la posibilidad de realizar un análisis de ellas. Destaco además la colaboración de los residentes y el personal en general.

En lo referente al análisis de datos, se realiza a partir de la premisa de que el tratamiento es un proceso de subjetivación de los individuos. Esto implica analizar los mecanismos a través de los cuales determinados modos conducen a los sujetos a aparecer como objetos de una determinada relación de conocimiento y de poder (Foucault, 2005 [1984]: 223). Ambos modos, el de objetivación y el de subjetivación se dan a la par, a través de prácticas que dividen a estos individuos con respecto a otros; y con respecto a sí mismos. De esta manera se convierten en sujetos, se reconocen a sí mismos como sujetos enfermos, sujetos adictos, en función de sí mismos pero también como alteridad de los sanos y sobrios. Estas condiciones les imponen un sistema de valores, reglas y prohibiciones. Esta posición a través de prácticas transforman el propio ser. (Foucault, 2005 [1984]: 37). En el análisis de esta transformación, se centra la tesis y en la manera en que es plasmada en el lenguaje, las acciones, el sentir y el pensar de los individuos.

Un comportamiento ético y comprometido desde mi rol de investigadora, implicó utilizar de forma responsable los documentos elaborados por los participantes, especialmente sus psicobiografías (documentos elaborados como parte protocolaria de tratamiento). El uso de los documentos autobiográficos realizados específicamente para este trabajo y con un enfoque menos terapéutico que los anteriores, se dio dentro del mismo marco de responsabilidad y ética. Debido a mi experiencia previa como psicóloga, en este centro, estos documentos siempre estuvieron a mi alcance, al igual que la posibilidad de conversar con cada uno de los residentes, ya que estaban familiarizados con mi presencia y me tenían confianza.

Los consentimientos informados de cada uno de los participantes fueron firmados y entregados a mi persona después de una explicación exhaustiva y personal a cada uno de ellos, sobre mis objetivos y los posibles alcances de la investigación. Más allá de los consentimientos informados, como documentos que fueron firmados por cada uno de ellos, la aceptación consciente y pensada fue uno de los puntos que tomé muy en cuenta para elegir a los cuatro informantes claves. Lo más difícil en esta relación fue adentrarme en sus experiencias y en su visión del tratamiento saliendo de la mía, al menos por un momento; tratando de conjugar sus intereses y los míos, muy disímiles por cierto. Entendiendo que el

consentimiento se forja en el encuentro entre dos sujetos y esto implica que más allá de mis objetivos académicos es una experiencia de participación activa de diferentes agencias que se encuentran en un momento dado (Muratorio 2005:129-143). Conjuntamente para guardar su anonimato por respeto y agradecimiento a su colaboración y generosidad desinteresadas, los nombres de los residentes fueron cambiados; debido además a que muchos de sus contextos y testimonios son recurrentes y por ello su identidad se halla protegida.

En las trayectorias de consumo de drogas los cuatro hombres narraron con libertad y profundidad aspectos considerados muy íntimos, álgidos y difíciles de expresar y trabajar. Compartieron conmigo situaciones, dudas, conflictos y experiencias muy suyas, aquellos relacionados con sus vivencias en la esfera de la sexualidad y en otras áreas de la vida, así como su sentir del tratamiento. Después de conversar con ellos, me quedó claro que el proceso de cambio tiene complicaciones de fondo y forma. La primera vinculada al ingreso, los mecanismos y razones para hacerlo. En todos los residentes sin excepción, su decisión de ingresar estaba marcada más por situaciones externas que por motivaciones subjetivas de cambio. Es a través de todas estas herramientas que pude plasmar mi trabajo de investigación, entre dificultades, complicaciones y experiencias enriquecedoras e inolvidables.

Estructura Capítular

En el segundo capítulo con la finalidad de lograr una explicación de la crisis y la situación actual de los centros de recuperación, recurro a la revisión de documentos públicos de tipo histórico, metodológico, filosófico, entrevistas y conversaciones con ex-funcionarios y funcionarios de instituciones gubernamentales vinculadas con el tema. Algunas de ellas son el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicos (CONSEP) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). De la misma manera con empleados y ex empleados de centros de recuperación, (la mayoría de ellos cerrados en la actualidad) y ex residentes conversé de manera formal e informal. Adicionalmente me apoyé de dos profesionales de la salud, muy vinculados al tema. El primero, fundador de algunas instituciones que brindaron

tratamiento residencial y el segundo vinculado muy de cerca con ellas tanto a nivel gubernamental como a nivel particular. Este profesional ha estado inmerso tanto en los procesos de tratamiento como en los de regulación.

El capítulo tres resume algunas propuestas terapéuticas utilizadas para explicar y tratar la adicción; la mayoría de ellas desde el discurso científico. Además de una recolección bibliográfica de datos, se realizan entrevistas a profundidad y conversaciones formales e informales con integrantes de los grupos, con residentes de Segunda Oportunidad y con ex residentes de otros centros. A la par realizo observación tanto de las terapias grupales a nivel institucional (en Segunda Oportunidad) como en los grupos. Utilizo fuentes bibliográficas de la filosofía de los programas de doce pasos y testimoniales, cuyos contenidos, me permitieron tener una mejor idea de los rituales grupales, las normas y reglas que rigen los grupos de doce pasos; también las creencias, conceptos y significados que sus miembros han construido alrededor del consumo de drogas, la adicción y su desprendimiento.

En el capítulo cuarto la participación en algunas actividades del centro de recuperación y la observación de otras, permite conocer los mecanismos que viabilizan en la práctica la aplicación del tratamiento. Esta se encuentra documentada en la planificación anual de la institución, el código de convivencia y otros documentos institucionales como los protocolos de intervención. Del mismo modo, recolecté información histórica de la creación del centro y de su proceso de desarrollo institucional a través del manual de funcionamiento y otros documentos públicos oficiales como: el Acuerdo Ministerial 767, que contiene el Reglamento de regulación de los centros de recuperación en el Ecuador.

Para lograr el objetivo del capítulo cinco, elaboré cuatro etnografías de informantes claves, de quienes por respeto y agradecimiento guardé su anonimato. Los elegí, de entre los dieciocho residentes de este centro de recuperación, de acuerdo con criterios de accesibilidad, empatía, predisposición e interés. El tiempo y fase del tratamiento en la que se encontraban fueron aspectos cruciales para su elección. Las etnografías pertenecen a residentes que tenían no menos de seis meses de permanencia al momento de inicio del

trabajo de campo, es decir, la mitad del periodo promedio de tratamiento. Esta decisión fue tomada debido a las condiciones físicas de los residentes y su recuperación orgánica y fisiológica. Por otro lado, las complicaciones médicas que presentan un número significativo de ellos, durante los primeros tiempos del tratamiento, hacen muy difícil cualquier tipo de abordaje terapéutico o de investigación. Otro aspecto relevante en la selección de informantes clave fue la diversidad y heterogeneidad existente entre las circunstancias y experiencias de vida de los residentes elegidos.

En un momento posterior busco plasmar a través de las etnografías, las experiencias subjetivas de estos cuatro varones. También el impacto del tratamiento en sus identidades masculinas, constantemente cuestionadas antes de su ingreso y durante el tratamiento. Igualmente persigo entender el engranaje de las prácticas y discursos en la reproducción de estereotipos y de las relaciones de poder establecidas. Un cambio que cuestiona ciertos valores vinculados con la masculinidad y el consumo de drogas; pero no los componentes básicos de las masculinidades hegemónicas: sexismo, homofobia y complementariedad de los roles sexuales (Farapi, 2009)

CAPÍTULO II

DEL PROCESO HISTÓRICO DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA ADICTOS EN EL ECUADOR

Introducción

En este capítulo, en un primer momento, busco observar de forma muy general los cambios que han experimentado los centros de recuperación desde su creación, hasta la actualidad. Entendiéndolos como instituciones que emergen en el capitalismo y, en respuesta a necesidades específicas del mismo sistema productivo que excluye ciertos sujetos. En un segundo momento, intento adentrarme en la historia, evolución y desarrollo de los centros en el país. Logré obtener muy poca información documentada siendo únicamente funcionarios o ex funcionarios públicos vinculados con el tema, ex pacientes y trabajadores de estas instituciones quienes la facilitaron. El punto de partida, al parecer, se ubica en los primeros centros de recuperación que surgieron en la década de los ochenta; tanto en la sierra como en la costa. De esta manera se pueden entender mejor los mecanismos que viabilizan la integración y convergencia de los discursos: religiosos evangélicos y científicos en función de producir un tipo específico de sujeto. Uno que sostiene las relaciones de poder establecidas y responde a las necesidades del sistema económico político.

Comunidad terapéutica y centros de tratamiento para adictos: evolución, aproximación histórica.

El concepto de comunidad terapéutica en la actualidad y desde una visión genérica del término se refiere a una gama diversa de tratamientos residenciales destinados a intervenir la subjetividad y modificar la conducta de las personas adictas. Su propuesta es la abstinencia total, como un mecanismo, para lograr un cambio radical en el estilo de vida. Estas modificaciones son posibles a través de un entrenamiento minucioso y controlado del sujeto las 24 horas del día.

Este debe realizarse en un determinado periodo de tiempo, de acuerdo con las especificidades del manejo terapéutico de cada institución y las características de cada

sujeto (De Lean.y Beschner.1976, citado en Roldan Gabriel 1992). Sin embargo, esta no fue la concepción filosófica inicial con la que se crearon las comunidades terapéuticas, tampoco su propósito era recuperar adictos. Los centros de recuperación para adictos aparecieron en un momento posterior. La propuesta inicial incluía un proceso en donde el sujeto pasaba de ser un ente pasivo a ser un agente activo de su propio cambio. Su evolución en el tiempo la enmarcó poco a poco en un modelo de institución total, de la cual en sus inicios quiso alejarse.

El surgimiento y desarrollo de las comunidades terapéuticas como espacios de abordaje y tratamiento de los trastornos adictivos se encuentran íntimamente relacionados con los movimientos sociales, políticos, económicos y científicos que se propusieron con la decadencia del paradigma positivista. Las drogas son denominadas narcóticos, y la adicción es introducida como enfermedad mental de la modernidad y más específicamente como una problemática propia del capitalismo. En las comunidades terapéuticas surgen y se desarrollan supuestos teóricos metodológicos en los que se organizan los abordajes que se consideran pioneros en los tratamientos de personas afectadas por la drogo dependencia (Rodríguez, 2009).

Hablar de las comunidades terapéuticas en el capitalismo y dentro de la dinámica cambiante de la sociedad capitalista y las instituciones forjadas, producto de esta nueva forma de organización económica, es observar distintos usos de sustancias psicoactivas. Estas pueden ser: ceremoniales, festivos y patológicos y distintas formas en las que se concibe el consumo de las mismas. De acuerdo con el paradigma científico, el término de “consumidor patológico” o “adicto” implica: un sujeto con determinadas características, el tipo de intervención a la que será sometido y los espacios en los que se realizará la misma (Goti, 1990).

Como institución enmarcada en los procesos de la modernidad y posmodernidad, la comunidad terapéutica es entendida como una forma de tratamiento para adictos y nace a mediados del siglo XX. Se inserta en la sociedad en un momento de fuertes y profundas transformaciones políticas y sociales, que marcan la transición de épocas, conflictos armados, avances científicos y productivos importantes. Adicionalmente las mayores exigencias en la producción y comercialización van mutando las identidades de los sujetos y clasificándolos en aquellos idóneos para los requerimientos emergentes y aquellos no idóneos. Del proceso resultan los incluidos y los excluidos (Rodríguez, 2009).

El consumo patológico de sustancias psicoactivas, o “adicción”, en este contexto, toma sentido en aquellos individuos, que no logran incluirse en este nuevo ritmo económico político y social, en aquellos que necesitan evadir la realidad, cambiarla o huir aunque sea transitoriamente de ella, a toda costa. Este sentido es aún mayor, sí a lo anterior se suma el cambio de paradigma a nivel médico. Este implica: la medicalización de los problemas producidos por la sociedad y la categorización de enfermedad mental que se da al consumo de drogas. Un consumo que cumple con ciertas características (criterios diagnósticos), el medular “consumo compulsivo de una o más sustancias de manera continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos o evitar molestias producidas por su ausencia” Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976).

El consumo llamado patológico de estas sustancias o adicción y específicamente, el consumo patológico de alcohol en la década de los cincuenta, impulsa el surgimiento de un tratamiento específico. Con él, se desarrollaron propuestas protocolarias de intervención para este nuevo sujeto adicto, considerado “enfermo” y “problema” por la ciencia. La modalidad de comunidad terapéutica engrana fácil, en este contexto de necesidades y propuestas emergentes.

Estos cambios discursivos generan transformaciones conceptuales importantes y cambios radicales en los mecanismos de tratamiento. Desde el positivismo el adicto pasa de ser un tipo poseído y/o demoniaco, como se lo concebía desde el enfoque religioso en la Edad Media, a ser un “enfermo de tipo crónico”, pero diferente de un “loco” (Goti, 1990) y que debe recibir tratamiento. En estas circunstancias, la institucionalización de los enfermos mentales (antes locos), como conjunto de procedimientos terapéuticos, es cuestionada y su institución representante por excelencia, el “manicomio”, al ser concebido como espacio de exclusión. A la par, las nuevas propuestas provenientes de la Anti-psiquiatría buscan la inclusión de sujetos.

Para el movimiento anti-psiquiátrico (término que aparece a finales del siglo XIX, y se populariza en la década de los sesentas), la psiquiatría tradicional etiqueta y aísla socialmente a ciertos individuos, a través de las prácticas cotidianas convirtiéndolos paulatinamente en sujetos pasivos, sin identidad ni libertad y que, en ocasiones perdían hasta la motivación por la vida. En contraposición a la institucionalidad tradicional, las

instituciones anti psiquiátricas buscaron promover una actitud activa y propositiva de los residentes. A estos, ya no se los concebía como pacientes sino como promotores y actores de su proceso de cambio (Basaglia, 1972 [1968]).

Enmarcado en esta nueva visión de las instituciones destinadas al tratamiento de las enfermedades mentales, aparece en la década de los cincuenta lo que sería el primer modelo de “comunidad terapéutica” para el tratamiento de personas adictas a sustancias psicoactivas. Al evolucionar, estas comunidades se convertirían en lo que actualmente se conocen como centros de recuperación.

La propuesta inicial del psiquiatra Maxwell Jones tenía como fin devolver la salud mental a los militares, excombatientes de la Segunda Guerra Mundial, no tenía nada que ver con el tratamiento de recuperación para personas adictas. Su propuesta derribó los muros de los antiguos hospicios, niveló las estrictas jerarquías entre médicos y pacientes, sanos y enfermos e impulsó una situación de igualdad y participación activa entre unos y otros. A través de una visión más holística de esta institución y más humanizada de los residentes, este profesional implementó un modelo basado en una actitud más permisiva. El modelo contempló además, un incremento en la participación de los pacientes, ampliación de la base de la terapia y un cambio de concepción en el sentido de rehabilitación/recuperación del sujeto. Este modelo ya no promovía el encierro, sino la posibilidad de que los sujetos se reinserten socialmente.

En un momento posterior, aparecen otras propuestas enmarcadas en la misma línea y enfocadas en el tratamiento de adictos. El grupo creado por Charles Dederich, el “Proyecto Hombre” en Italia, son algunos ejemplos. Estas propuestas buscaban un tratamiento “integral del sujeto”. Este debía incluir en un primer momento, las esferas intrapsíquicas del individuo. Además guardar coherencia con el discurso psicoanalítico, el cual se había difundido con fuerza, entre los años cincuenta y setenta del siglo pasado.

Como consecuencia de la influencia de la teoría de los sistemas y el principio básico propuesto en ella, se asume la adicción como eje principal alrededor del cual se organizan las vidas de los distintos miembros de las familias. El involucramiento del sistema familiar del residente y su intervención se tornan cruciales para el éxito o fracaso de los

tratamientos. Esta teoría convierte a la familia en un espacio potencial de cambios (Sierra y Garrido, 2009: 339-362).

En la concepción inicial de las comunidades terapéuticas, la terapia de autoayuda es la base del tratamiento. Esta permite que el residente sea el protagonista de su propio proceso de cambio. Dicho cambio constituye la finalidad del tratamiento en sí mismo y se logra motivando al empoderamiento y la responsabilidad. Además se busca que la persona se convierta en promotor de su bienestar y agente activo de cambio.

En esta dinámica las vivencias comunitarias y los vínculos afectivos que se construyen en el día a día, así como los sistemas de valores que están transversalizadas se tornan fundamentales para lograr la modificación de la conducta, traducida en la reducción de las conductas antisociales y/o desadaptativas (Sierra y Garrido 2009: 341).

Los centros de recuperación, tal como se los conoce en la actualidad, han adoptado algunos dispositivos terapéuticos de esta modalidad de tratamiento. También han desarrollado otros específicos que se han ido consolidando a través del tiempo y mutando de acuerdo con la realidad en la que se han implementado. Ya en el campo de la salud, los centros de recuperación han cambiado en relación con su concepción inicial, tanto en el servicio, como en los modelos de intervención a los que son sometidos los residentes. Hoy día en estos espacios se promueve a los residentes a “afrontar la realidad”. Se utiliza para este fin la confrontación con su problemática provocada por su manera de consumir drogas. Paralelamente, se presta apoyo continuo para la recuperación, a través de la intervención del personal propiamente dicho y de otros residentes que se han enfrentado a problemas similares.³

³Los grupos de alcohólicos anónimos (AA) y narcóticos anónimos (NA) constituyen un sector considerable de los grupos de autoayuda en relación con la dependencia de sustancias, los que lo completan son Al-anon, Alateen e Hijos Adultos de Alcohólicos (ACOA) los cuales atraen a familiares de drogodependientes que tratan de conciliar y resolver problemas personales. Las comunidades terapéuticas no están vinculadas directamente con estos grupos, ya que AA, NA y otros de estructura similar, se mantienen al margen de actividades políticas y/o institucionales. (Naciones Unidas, 2002)

Esta modalidad se ha extendido y popularizado en el mundo entero. En casi todos los países se ofrecen servicios de recuperación en comunidad terapéutica, los cuales atienden las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento.

Generalmente los programas residenciales de recuperación son parte de lo que el manual de tratamiento sobre el abuso de drogas de las Naciones Unidas denomina sistema de tratamiento: “un grupo de elementos interrelacionados o interdependientes de tratamiento y rehabilitación que constituyen una respuesta

Las comunidades terapéuticas y los centros de recuperación en el Ecuador. Recorrido histórico.

Partiendo del desarrollo de los centros de recuperación en general y entendiendo su surgimiento como producto de un cambio de paradigma, centro esta parte de mi estudio en el proceso de construcción de las adicciones y los sujetos adictos en el Ecuador. Busco armar la posible ruta que siguieron las comunidades terapéuticas a partir de los años cincuenta hasta la actualidad. Además, considerar la evolución de los discursos y las prácticas que se han aplicado a los sujetos intervenidos en estos lugares, a través del tiempo.

También las formulaciones que rigen los distintos procesos, los cambios, y los parámetros actuales de regulación de estas instituciones y sus prácticas. Por último lograr una cercanía con las nuevas propuestas terapéuticas que se han puesto en marcha en los últimos años. Las dificultades en su implementación y los nuevos retos que se presentan para profesionales y operadores de estos tratamientos.

Centros de recuperación: espacios polémicos y controversiales, sus inicios, la actualidad, su situación política y social y la transformación de la subjetividad

Así describió Patricio, hombre de 30 años que actualmente consume marihuana, sus innumerables experiencias como ex residente en varios centros de recuperación.

Te conviertes en nada, en el centro no eres nada ni nadie, eres lo menos importante para ti y para los demás, en mis experiencias lo último en lo que hubiera pensado es en mi salud mental, porque te conviertes en lo que consumes, y en lo que haces consumiendo, porque como dice el programa de NA, vives para consumir y consumes para vivir, o sea eres un esclavo y ese no es el problema aunque todos lo vean así y hasta te lo quieran hacer creer por muchos medios, soy yo el que busco una sustancia, el que fuma y el que la disfruta, (...) y como las drogas son malas, una porquería, como dicen ellos, entonces tú eres malo, una porquería y encima no tienes ningún camino para dejar de serlo, es que eres crónico, y siempre vas a consumir más y morirás consumiendo, y serás adicto, o un maldito drogo y eso te dicen todos los días

combinada a los problemas planteados por el abuso de drogas en una región o un país determinado. Los programas de rehabilitación, como parte de este sistema o estructura mayor, siendo implementados en los diferentes contextos, tomando en cuenta circunstancias específicas, tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo irrefrenable de consumir sustancias (craving). En esa etapa se aplican diversas intervenciones de tipo psicosocial y farmacológico.” (Naciones Unidas, 2002)

desde que te levantas hasta que te acuestas. Imagínate si escuchas eso desde los 12 años,” (...) (Patricio, 2014, entrevista).

En su testimonio, el membrete de “adicto” impuesto en los centros en los que fue intervenido, arrebató autonomía y agencia a los sujetos. Él considera que la persona es obligada a adquirir los valores que dispone y valida la institución a través de su estructura. Esta aceptación o adquisición forzada de nuevos valores para Patricio, como para muchos otros sujetos que han vivido esta experiencia, resulta transitoria. Además se desvanece rápidamente fuera de los límites del centro, como bien lo explica Goffman (2003[1963]).

Esta realidad se hace visible en las llamadas “recaídas”. En ellas, las personas experimentan aquellas vivencias que escucharon de otros y les fueron prohibidas por distintos motivos durante el tratamiento (Patricio, 2014, entrevista). Los argumentos que validan estas prohibiciones son sobre todo de tipo moral. Con menos frecuencia se utilizan criterios médicos de salud, higiene y salubridad.

Patricio es uno de los tantos ex residentes de estos centros que han vivido experiencias difíciles en su interior. Él como otros siente que los tratamientos han impactado negativamente en su vida. Sin embargo, existe otro grupo de ex residentes que se sienten beneficiados por estos servicios. Consideran que la experiencia aportó elementos positivos a sus vidas.

Es por ello que en el Ecuador y específicamente en Quito, hablar de un centro de recuperación para adictos y/o una comunidad terapéutica es hablar de un lugar polémico y actualmente en proceso de transición. En él convergen problemáticas conductuales y psicológicas diversas, provocadas por la adicción misma. Adicionalmente, la mayoría de los residentes ingresan obligados por las circunstancias y/o presiones familiares, económicas y sociales.

Por último, sus trayectorias de vida han sido consideradas por sus familias o la sociedad como conflictivas, por no cumplir con las expectativas ligadas a ciertos estereotipos. En todo esto inciden profundamente varios aspectos: el género, la etnia, la clase social, la región de origen, el tiempo de tratamiento y la relación establecida con el equipo técnico. Del otro lado se encuentra el Estado, quien actúa como ente regulador de las prácticas, las condiciones físicas de las instalaciones y el desempeño del equipo técnico.

Lo hace a través de reglamentos y políticas que intentan vigilar, normar y controlar a estas instituciones, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos de los residentes.⁴ De su parte, el equipo profesional debe estar bien entrenado para dirigir el proceso terapéutico de los residentes.

En el mes de mayo del 2012 entró en vigencia el Acuerdo Ministerial # 767, en el que consta el Reglamento (2012) que contiene los lineamientos de regulación para los centros de recuperación. Los parámetros que se estipulan en este documento están basados en estándares internacionales, y han impactado profundamente todos los aspectos relacionados con el funcionamiento y la infraestructura de estos centros. De igual manera han incidido en las exigencias de formación y experiencia en el perfil de los profesionales y operadores del servicio en general. Esto ha generado cambios dramáticos en la dinámica terapéutica y de convivencia al interior de estos lugares, pero también el cierre masivo de muchos de estos centros en todo el país.

Estas acciones han puesto en evidencia las enormes falencias de quienes han ofertado este servicio por años siendo este un punto muy positivo. Por otro lado, como un aspecto bastante negativo, se ha criminalizado el trabajo de un sin número de profesionales de la salud que laboran en estos centros. Algunos de los cuales ofrecen servicios de tratamiento éticos, que cumplen con los parámetros dispuestos en el reglamento a cabalidad. Asimismo, estos profesionales han sido tratados de manera irrespetuosa por parte de algunos funcionarios del Ministerio de Salud Pública (Santiago, 2014, entrevista).

En la década de los setenta es cuando aparecen las primeras propuestas de tratamientos de modalidad residencial para personas con esta condición. Esto sucedió como consecuencia de la influencia de las corrientes antipsiquiatría, provenientes de Estados Unidos y Europa, que tuvieron resonancia en el país. Si bien en el Ecuador la Comunidad Terapéutica, en su concepción original, no pudo implementarse, las instituciones públicas y privadas que se dedicaron a ofrecer este servicio tomaron algunos aspectos de ella. Luego

⁴ En el caso específico del control y regulación de los centros de recuperación, el ente encargado es el Ministerio de Salud Pública, el cual a través del Acuerdo Ministerial 767, emitido el 11 de mayo del 2012, ha dispuesto los lineamientos que deben cumplir estas instituciones para poder funcionar. Mismas que están enmarcadas dentro de los principios propuestos tanto en el Plan Nacional del Buen Vivir, para el periodo 2013-2017, como en el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas⁴ para el periodo 2012-2013 (Ministerio de Salud Pública, 2012).

los acoplaron a sus necesidades específicas y paulatinamente se fueron alejando del concepto de internamiento psiquiátrico. También se distanciaron de las propuestas externas y asumieron una identidad propia (Flavio, 2014, entrevista).

En el inicio, los tratamientos para personas alcohólicas y drogadictas estaban a cargo únicamente de los hospitales psiquiátricos (Pérez 2008, citado en Wilkinson, 2012). Esta autora encontró que, la primera institución creada para recuperar personas adictas fue el Centro de Reposo y Adicciones de la ciudad de Cuenca. Esta institución fue fundada el 13 de octubre de 1967. Posteriormente el Ministerio de Salud le cambió de nombre y le denominó Centro Nacional de Alcoholismo. Este lugar tenía como finalidad brindar refugio a personas alcohólicas.

En la década siguiente, en 1978, abre sus puertas el primer centro de recuperación privado. Su dirección técnica estuvo a cargo del Doctor Rafael Velasco y ubicada en la ciudad de Quito. En esta institución se implementó una novedosa y revolucionaria técnica terapéutica llamada “terapia de grupos”. Un año más tarde, el doctor Velasco abandonó este proyecto y viajó a los Estados Unidos a realizar una especialización en el Hospital West Oaks, en la ciudad de Houston, Tejas. Regresó al Ecuador el 1 de enero de 1984. A los pocos meses, decidió fundar el INSECADI (Instituto Ecuatoriano de Adiccionalogía y Psiquiatría) en la ciudad de Guayaquil. Esta institución prestaba servicios a drogadictos, alcohólicos y a sus familias. En su modelo de tratamiento se utilizaban algunas prácticas propias de las comunidades terapéuticas combinadas con otras terapias conductuales, más específicas, para el tratamiento de adicciones. En 1986, Velasco abre las puertas de la fundación RENACER, también en la provincia del Guayas; la cual ofrecía tratamiento para personas de escasos recursos.

En la actualidad, ambos centros están cerrados. A lo largo de los años de funcionamiento, estas instituciones, se hicieron de una reputación bastante polémica debido a las prácticas terapéuticas utilizadas con el propósito de modificar la conducta. Ambas tenían fama de ser coercitivas, violentar los derechos de los residentes y aplicar la llamada “disciplina dura”. De ahí que al Dr. Velasco lo conocen en el medio como el iniciador de la “garroterapia” y el “tratamiento nazi”.

Durante los años siguientes se abrieron indiscriminadamente un sinnúmero de instituciones de este tipo, bajo la dirección de ex pacientes de Velasco. En estos lugares se reproducían y replicaban las prácticas terapéuticas traídas por Velasco. Su efectividad a nivel conductual estaba vinculada directamente con el temor causado a través de su aplicación sistemática. En algunos centros, dichas prácticas se exacerbaban provocando lesiones y accidentes en los residentes. Algunos de ellos, a lo largo del tiempo, han denunciado estas agresiones, al menos de manera parcial. Otras arbitrariedades y violaciones de los derechos humanos cometidas en estos lugares, así como sus secuelas, han quedado en el silencio y la impunidad producto del miedo.

Al no estar sujetas a ningún tipo de regulación hasta finales de los noventa, estas instituciones continuaron expandiéndose con rapidez en distintas ciudades del país. Con frecuencia los directores administrativos eran “adictos en recuperación” (es decir personas que han dejado de consumir drogas después de pasar por un tratamiento residencial). Esta costumbre traía serias implicaciones negativas en los tratamientos. La mayoría de ellos no tenían la formación académica, ni los conocimientos técnicos necesarios para dirigir instituciones de este tipo. Paradójicamente ellos eran quienes imponían los parámetros de intervención. Adicionalmente y por la naturaleza de la adicción, como enfermedad, generalmente de curso crónico y devastador en todas las áreas de la vida, la formación académica de estas personas suele ser deficiente y en ocasiones casi nula.

Para algunas personas que han dejado las drogas después de realizar uno o más tratamientos en modalidad residencial, desempeñarse como vivencial (es decir, un adicto que a través de su experiencia de vida ayuda a otros a tomar la decisión de dejar de usar drogas) es la única opción laboral a la que pueden acceder. Esta situación, bastante común en los centros de recuperación, ha repercutido negativamente en el manejo de los procedimientos técnico científicos realizados en estas instituciones.

A pesar de todo, Velasco es considerado hasta la actualidad un ícono en el trabajo de recuperación de adicciones y médico notable. Su formación como psiquiatra, neurólogo y su posgrado en medicina de la conducta y adicciones avalan su prestigio. Además demuestran su gran interés por el tema de la modificación conductual y las adicciones. Por

varios años, su propuesta de tratamiento para adictos fue la única vigente y conocida en el Ecuador.

Los centros de modificación de la conducta se hicieron populares, sobre todo en la costa, también su metodología de trabajo *sui generis*. Esta incluía violencia de varios tipos y violación de derechos. Uno de los centros de recuperación más conocido fue CENSICO, ubicado en la ciudad de Guayaquil. Este centro abrió sus puertas a mediados de los noventa, y luego fue cerrado definitivamente. La causa principal de su clausura fueron las innumerables denuncias de maltrato que se presentaron en contra de sus autoridades (Wilkinson, 2012).

En Quito, las propuestas de tratamiento de modalidad residencial para adictos surgieron paralelamente con planteamientos terapéuticos distintos, menos coercitivos, y basados en la reflexión. Uno de los íconos de este modelo fue el Centro Nuevo Despertar. Su director era el psicólogo clínico Carlos Santamaría (2014, entrevista). Este profesional después de trabajar algunos años como terapeuta del hospital psiquiátrico San Juan de Dios, viajó a los Estados Unidos. En este país realizó un curso intensivo de entrenamiento en el tratamiento de adicciones en el hospital Monte Sinaí, en la Florida. Su metodología era mucho menos violenta. La base era la terapia grupal y el programa de doce pasos; el trabajo conductual era mucho menos rígido y la intervención vivencial más corta. Este centro en la actualidad ya no existe, sin embargo, en su momento, se convirtió en un modelo de tratamiento respetuoso de los derechos de los residentes y basado en la empatía e identificación.

Ambas propuestas, tanto la de Velasco como la de Santamaría tenían una duración corta, de entre tres y seis meses. Posteriormente abre sus puertas el Centro Desafío Juvenil, de orientación cristiana y con un manejo terapéutico basado en la palabra de Dios y las referencias bíblicas. Su abordaje no contempla un programa terapéutico claro ni organizado (Daniel, 2014, entrevista).

En el 2002, después de haber pasado por un proceso de tratamiento en una clínica “nazi” (nombre que dan los ex -residentes a los centros de recuperación en los que la base del tratamiento es la garroterapia), Jairo Restrepo inaugura el centro de recuperación Dejando Huellas. En su propuesta intenta integrar: un régimen disciplinario “duro”, el

programa de los doce pasos de Narcóticos Anónimos y la aplicación de psicoterapia y fármaco-terapia, en caso de que hubiese necesidad. Este centro se mantiene abierto hasta la actualidad y ha cambiado mucho desde su concepción inicial. Al inicio la intervención vivencial era prioritaria y hasta reemplazaba a la terapia psicológica, que era considerada complementaria. Los vivenciales cumplían un rol protagónico y las prácticas conductuales violentas eran habituales. Con el tiempo la psicoterapia fue ganando espacio mientras las intervenciones conductuales fueron disminuyendo en intensidad. A la par las condiciones físicas, de alimentación y nutrición también mejoraron (Silvio, 2014, entrevista).

Ya a inicios del año 2000, la proliferación de estos centros era cada vez mayor en todas las provincias del país. Sus directores eran adictos recuperados y las condiciones en las que acogían y atendían a los consumidores, muchas veces, eran precarias. Con frecuencia se presentaban múltiples denuncias por violencia, maltrato y condiciones físicas inadecuadas. Durante los primeros años de este nuevo siglo, en el país, se registró la apertura de más de doscientos centros de recuperación. En este momento no habían regulaciones de ninguna índole y cualquier persona que decidiera abrir una institución de este tipo podía hacerlo (Wilkinson, 2012).

Ante esta emergencia social y de salud, el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) fue designado como organismo regulador de estas instituciones y autor de las políticas que, posteriormente, canalizarían dicha regulación. Después del 2005, los centros de recuperación existentes fueron inspeccionados y requerían de un permiso emitido por esta institución para funcionar de forma legal. Previo a la entrega de este documento, el espacio tenía que ser inspeccionado y cumplir ciertos parámetros. Estos se fueron haciendo cada vez más exigentes a partir de ese año. Las nuevas exigencias devinieron en la depuración y cierre de la mayoría de centros en el país y en el mejoramiento de la calidad del servicio y las instalaciones de aquellos que quedaron abiertos (Carmen, 2014, entrevista).

De acuerdo con Wilkinson, (2012) para el 2011 habían 226 centros de recuperación en el Ecuador. Un número importante de ellos no era legal, tampoco cumplía con los parámetros propuestos por el CONSEP, por lo tanto fueron cerrados. Como legado de

Velasco en la mayoría de ellos se inculcaba “disciplina dura” y “técnicas nazis” como mecanismos para modificar la conducta.

CAPÍTULO III

DISCURSOS Y PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS EN CENTROS DE RECUPERACIÓN EN EL ECUADOR; COGNITIVO-CONDUCTUAL, SISTÉMICA, ESPIRITUAL Y DOCE PASOS

Introducción

A continuación, discutiré las principales corrientes psicológicas, que sustentan teóricamente las prácticas utilizadas en los centros de recuperación en el Ecuador. Varias de ellas han sido aplicadas, (muchas veces de forma arbitraria) en los tratamientos residenciales para adictos, desde su surgimiento hasta la actualidad. Se han combinado con prácticas coercitivas y violentas. La discusión abarcará además, las terapias de grupo y los contenidos filosóficos propuestos por los programas de doce pasos, los cuales han sido por costumbre utilizados como el eje teórico de los tratamientos residenciales en el país, adaptándolos a las necesidades institucionales y transgrediendo consecuentemente, algunos de los principios del programa, propuestos en los pasos, las tradiciones y la literatura desarrollada por los grupos de autoayuda que se han conformado alrededor del mismo, en Ecuador y en el mundo en general.

Terapia cognitivo-conductual: la intervención sobre el pensamiento y la modificación conductual, su rol en la producción de nuevos sujetos

La propuesta de la terapia cognitiva, como parte del discurso médico, se centra en una visión funcional del cuerpo, la *psique* y sus productos palpables: pensamientos, creencias, expresión de emociones y sentimientos. Los interpreta como erróneos, defectuosos, sobredimensionados, desadaptativos (Beck et al., 1999 [1984]:72,76) y por ende patológicos, esto implica que necesitan ser intervenidos médicamente.

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones (Beck et al., 2013 [1976]).

Para ello, el modelo médico propone protocolos de intervención que recaen en los sujetos que presentan determinada forma de pensar, sentir o actuar consideradas inadecuadas. En el caso de aquellos mecanismos cognitivos vinculados por este sistema directamente a la adicción a sustancias, la cual se entiende como una condición médica patológica, se denominan creencias adictivas, facilitadoras y anticipadoras. Los asocian a sujetos, no interesa si son hombres o mujeres ni sus circunstancias específicas, que son considerados, bajo estos mismos parámetros: hipersensibles ante una crítica, desengaño o insatisfacción, intolerantes frente a la frustración, impacientes, inmaduros y con dificultades importantes para manejar sus emociones (Beck et al., 1999 [1984]).

Los centros de recuperación en el país utilizan algunas de sus técnicas e integran a sus planes de tratamiento varios de sus postulados. De acuerdo con estudios científicos estos han dado resultados positivos en el tratamiento de las adicciones, y permitieron a muchas personas abandonar el consumo de drogas o regularlo. En los centros de recuperación en el país se busca la abstinencia total, como única solución a la adicción. Sin embargo muchos hombres y mujeres diagnosticadas como adictos, bajo esa lógica, han seguido consumiendo con la misma o mayor intensidad posterior al tratamiento, sin importar si su intervención fue a nivel ambulatorio o residencial; y esto ha sido invisibilizado. Las explicaciones para este resultado se reducen a factores de riesgo que no se han modificado alrededor del sujeto, reticencia para dejar de consumir, o entrenamiento insuficiente en las áreas problema, entre otros (Beck et al., 1999 [1984]).

Dentro de los factores de riesgo se revisan aspectos como las relaciones sociales, los amigos, las costumbres e idiosincrasia familiar, pero siempre desde una lógica hegemónica, que jamás se cuestiona o se entiende como establecida. Por tanto se ignoran las presiones, expectativas o propósitos que recaen sobre la persona, a partir de las relaciones de poder propias del sistema. Al analizar los otros aspectos, antes mencionados los sujetos son neutros y problemáticos, los porqué en la vida de las personas no importan, se omiten o no se preguntan. De acuerdo con lo referido por algunos ex residentes de centros de recuperación y la información obtenida durante mi proceso de investigación en Segunda Oportunidad en estas instituciones lo único importante es el presente del sujeto, visto como problemático y por ende urgido de cambio. Los antecedentes de los residentes no tienen

mayor importancia, se exploran someramente como parte de los protocolos de tratamiento, pero no se consideran decisivos.

La terapia cognitiva fácilmente engrana en esta lógica de los centros de recuperación porque parte de un sujeto cuyos productos en el presente funcionan erróneamente desde los postulados médico-científicos. De ahí que, los tratamientos se empeñan en cambiar estos productos y volverlos más funcionales y sanos. Sin embargo este esfuerzo, aunado y continuo de los miembros del equipo técnico e institucional, no parece ser tan efectivo, muchos ex-residentes de estos centros han regresado a sus patrones de consumo de drogas a pesar de las intervenciones. Tal vez pesaron mucho las condiciones previas, que no fueron vistas de forma situada y responsable (Haraway, 1991: 313-346), sus amigos, sus esquinas de consumo, sus experiencias inmersas en su realidad como hombres o mujeres. La adquisición de valor, determinación, valentía, autoestima, son algunas de las virtudes atribuidas al consumo de drogas en varones, estas pueden llevar a conductas de riesgo, peleas, accidentes, transgresión de normas y reglas, problemas legales, mismas que en muchas sociedades están vinculadas a estereotipos hegemónicos de masculinidad. De esta manera se crearía un vínculo especial entre la ingestión de drogas y el ser hombre, no vista por este enfoque terapéutico.

Gasteiz (2007:33) sostiene que mientras en las mujeres el consumo de drogas puede menoscabar su feminidad, en los hombres, este puede dar un valor mayor a su masculinidad. Así, la esquina del barrio, en la que se reúne un hombre a consumir drogas con sus amigos, el bar, el fumadero, pueden ser muy importantes, porque le permiten demostrar diaria y reiteradamente que es “bien hombre”. Gilmore (1994) dice que las cualidades femeninas que afirman la identidad de mujer en la sociedad están vinculadas con condiciones naturales, como la menstruación o el embarazo en tanto aquellas que afirman la masculinidad son artificiales y tienen que ser reforzadas continuamente, de otra manera el hombre es menos hombre o no es hombre, y que esto tiene un impacto en ellos. Como consecuencia, los hombres son más frágiles emocionalmente, más inestables y más sensibles a las críticas que las mujeres. Esto haría más proclives a los hombres a la adicción, porque serían menos tolerantes a la frustración tomando conceptos de la psicoterapia cognitiva (Beck, et al., 1999 [1984] :321,326).

Además el consumo de ciertas drogas está vinculado con la ilegalidad y por tanto considerado un comportamiento prohibido y riesgoso y esto otra vez lo relaciona fuertemente a esta dinámica de la masculinidad. Los tratamientos residenciales por su enfoque, no contemplan estas circunstancias. El resultado de su intervención es la deshumanización de los residentes. Quienes no se ciñen a los parámetros de cambio propuestos son etiquetados como no aptos para el cambio, un cambio entendido como un único camino.

Algunas de las técnicas propuestas por el sistema terapéutico cognitivo- conductual y de amplia práctica en centros de recuperación son el análisis de ventajas y desventajas sobre el uso de drogas, la identificación de creencias a cerca del consumo de estupefacientes y el *roll playing*.⁵ Además en los centros de recuperación se emplean otras

⁵**Análisis de ventajas y desventajas.**- Se la realiza a través de una matriz de cuatro celdas, la cual permite a la persona enumerar y reevaluar las ventajas y desventajas de utilizar drogas. Se considera un análisis exitoso, si la persona en términos prácticos consigue una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de drogas, que la que tenía previamente. El análisis no sugiere ninguna especificación con enfoque de género.

Identificación y modificación de creencias asociadas con las drogas.- Para la corriente cognitivo-conductual, los sujetos que presentan un consumo problemático de sustancias tienen mayor probabilidades de tener creencias asociadas a ellas, que interpretan su uso y abuso como consecuencia de factores y/o condiciones externas y ajenos a ellos. La técnica facilita que estas creencias sean identificadas por la persona y que esta pueda observar la relación existente entre las creencias identificadas y sus patrones de uso y abuso.

Flechas descendentes/ reestructuración cognitiva.- Esta técnica cognitiva permite deconstruir los denominados pensamientos catastróficos, automáticos del tipo “todo o nada” y ahondar en ellos identificando sus creencias subyacentes para luego reestructurar el pensamiento de forma no catastrófica.

Método Socrático.- Esta técnica facilita la visualización de patrones de pensamiento y acción distorsionados. “En general es la base de la terapéutica utilizada en los tratamientos de drogodependencias a nivel cognitivo, para su aplicación eficaz y resultados positivos a nivel práctico, cualitativo y cuantitativo es indispensable entablar una relación terapéutica empática. La misma que puede resultar complicada de lograr de no introducir algunas nociones de género, que permitan mirar la problemática más allá de los preceptos médicos absolutos y las consecuentes etiquetas, que inevitablemente estos colocan sobre los sujetos, encasillándolos en categorías que los estigmatizan y los excluyen paulatinamente hasta anularlos como individuos que, de no ser intervenidos de esta manera, podrían decidir y tener agencia propia.

Registro diario de pensamientos.- Esta técnica cognitiva es útil en el manejo de las adicciones y en el tratamiento de depresión, ansiedad y otros estados de ánimo problemáticos, consiste en un formato de cinco columnas que deben ser llenadas por el sujeto diariamente con el fin de identificar los pensamientos catastróficos, para paulatinamente reemplazarlos por otros más saludables y que generen otras reacciones afectivas y emocionales.

Imaginación.- Existen diversas terapias de este tipo y se utilizan en los consumidores de sustancias para ayudarles a visualizar el autocontrol y evitar así el abuso de drogas, de igual manera se usan para que los pacientes se distraigan en caso de experimentar *craving* y para cambiar las creencias y los pensamientos

técnicas que apoyan las anteriores, pero que no necesariamente inciden en la conducta, más si en el estado de ánimo y la convivencia de los residentes, entre ellas: relajación, ejercicio diario y/o entrenamiento físico, estrategias de solución de conflictos e identificación y control de estímulos disparadores o desencadenantes tanto a nivel interno como externo (Beck et al., 1999 [1984]).

Terapia sistémica, intervención patriarcal, postulados que afianzan la institucionalidad tradicional: la familia.

La terapia familiar sistémica ha sido otra de las aproximaciones terapéuticas, cuyas técnicas y recursos han sido aplicados en los tratamientos para adictos a drogas y sus familias. Sus postulados integrados a otros provenientes de distintos saberes se utilizan con regularidad para elaborar directrices en la intervención tanto con los residentes, como con sus familias. La base es la observación del sistema familiar (nuclear), con parámetros tradicionales, y heteronormativos, que contemplan como modelo familiar, aquel conformado por papá, mamá e hijos, estrechamente vinculados a roles tradicionales padre-proveedor, madre-cuidadora y los hijos como entes pasivos.

La terapia familiar sistémica basa su modelo en tres afirmaciones: a) la estructura familiar como un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación permanente, b) la reorganización del sistema como mecanismo indispensable para su desarrollo a lo largo del tiempo y c) la adaptación constante de la familia a los cambios circunstanciales, como fin, en función de mantener su continuidad y el posterior desarrollo psicosocial de sus miembros (Sierra y Garrido 2009).

Adicionalmente, por ser la terapia sistémica un modelo de intervención, la familia es vista como un espacio problemático y conflictivo; y si cumple algunos criterios diagnósticos, esta unidad social, será denominada “multiproblemática”. La mayoría de los criterios que hacen de una familia un sistema multiproblemático están muy vinculados al

asociados con las drogas. En ninguna de las técnicas expuestas anteriormente, el autor realiza alguna especificación u observación en relación a las características específicas de los sujetos, los cuales son entendidos como neutros (en el mejor de los casos o varones) monolitos inmanentes y estáticos. En cuanto a las técnicas de tipo conductual más usadas a nivel terapéutico en la modalidad de tratamiento de tipo residencial se encuentran las siguientes:

Roll playing y roll playing invertido.- Es una técnica usada en el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, el desarrollo de nuevas estrategias a nivel social y o para resaltar el daño y los niveles de destructividad que pueden generar las drogas (Beck et, al., [1999] 1984).

incumplimiento de las actividades y cualidades adscritas tradicionalmente a los roles femenino-mujer y masculino-hombre por parte de sus miembros. Las diferencias que una familia presente, en relación con el modelo establecido bajo la misma lógica, en la respectiva sociedad, es decir: si ha sido reconstituida, cuando uno de los padres o los dos tienen hijos biológicos de otros padres, es monoparental, los hijos viven solo con la madre o con el padre, si viven muy lejos de sus familias de origen, el orden jerárquico o las actividades no obedecen al orden establecido, la ciencia las cataloga como disfuncionales; este sistema terapéutico como multiproblemáticas. Este enfoque interpreta cualquiera de estas características como deficiencias que influyen significativamente en el desarrollo de la adicción en uno o varios miembros de un sistema (Rodríguez, 2011).

Revisando los postulados y argumentos de esta terapia, interpreto estos contenidos como cómplices del patriarcado, el cual “como sistema político- social, insiste en que los machos son inherentemente dominantes, superiores a todos los seres y a todas las personas consideradas débiles (especialmente las hembras), y dotados del derecho a dominar y reinar sobre los débiles y a mantener esa dominación a través de distintas formas de terrorismo y violencia psicológicas” (hooks,2004:2).El sexismo que sostiene los roles y la incidencia de estos en la construcción de las identidades que son producto del patriarcado, en esta visión terapéutica se fortalecen. Al hacerlo, las repercusiones del mismo en los hombres y sus masculinidades, como refiere hooks (2004), más que en las mujeres, produce graves afectaciones, de las cuales ni los unos ni las otras son conscientes. Tampoco lo son de la perversión del patriarcado que para sostenerse utiliza cualquier medio, inclusive la violencia sexista que también se justifica en los roles tradicionalmente establecidos. Al estar estos promovidos, promocionados y validados por el discurso médico oficial, sus efectos tan dañinos y generadores de dolor en los varones, también lo están.

Un espacio llamado de recuperación, como lo son los centros para adictos, en donde las masculinidades se reinterpretan todo el tiempo en la convivencia, en la terapéutica y en la organización misma de los lugares. Al validar estas cualidades, consolida esta opresión, que recae en los mismos hombres. Sostiene una condición de locura en la que comportamientos perturbados e insanos son vistos como positivos y su práctica continua

como saludable (hooks, 2004:9). De esta forma los residentes, que en su mayoría vienen viviendo por fuera de los parámetros heteronormativos, y cuyas razones de institucionalización, estaban vinculadas a ello y a la exclusión, perpetuarían esta última. Negando las masculinidades distintas y obligando a estos hombres a vivir, todo lo negado bajo el efecto de drogas.

Algunas técnicas de la terapia familiar sistémica se centran en la organización y la estructura del sistema familiar, otras se enfocan en las relaciones y las interacciones existentes entre los miembros del sistema familiar, otras en las posibilidades de cambio; en tanto las propuestas más modernas intentan integrar todas las anteriores. De una u otra forma el argumento estructural de todas afianza los roles de género de todas maneras.⁶

Los rituales de iniciación de la edad adulta, en los que participan primordialmente los hombres y establecidos en las diferentes culturas, están fuertemente vinculados con la masculinidad. Implican distanciamiento con lo femenino; y con todo aquello que se identifique con la feminidad. En la terapia familiar sistémica, estos rituales tienen un significado y un valor importante (Rodríguez, 2011). El consumo de drogas en los varones,

⁶**Modelo estructural.-** Este modelo considera a las adicciones, síntomas o reacciones desadaptativas frente a los cambios ambientales o evolutivos, centrando su atención en el equilibrio de la organización familiar (Minuchin, et, al., 1967 citado en Sierra y Garrido, 2009).

Modelo estratégico.- Focaliza su atención en la situación social inmediata del paciente (residente), en este caso los problemas pueden ser vistos como un síntoma y una respuesta a una interacción familiar disfuncional. Se centra además en conocer y comprender las formas en que la familia (sistema) intenta resolver sus problemas, planteando que si estas son ineficaces el terapeuta dirija su intervención a interrumpir estas estrategias y a buscar otras distintas y más eficaces. Dentro de este modelo la terapia más conocida es:

Terapia centrada en soluciones.- “Se basa en una serie de presupuestos básicos: a)El cambio es inevitable, b) Solo se necesita un pequeño cambio, por tanto es posible cambiar toda la dinámica del sistema a través del cambio en uno solo de sus miembros, c) Las personas cuentan con los recursos necesarios para cambiar, d) No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo, e) Existen muchas maneras de enfocar una misma situación f) Una no es más o menos correcta que otra.) Centrarse en lo que es posible de cambiar y no en lo que es intratable.” (Sierra y Garrido, 2009)

Modelo sistémico- constructivista.- Es una perspectiva que aparece posterior a las anteriores, producto de la evolución del movimiento sistémico, enfatiza en los significados compartidos por la familia; explicando los problemas como mitos familiares, premisas, sistemas de creencias (Sierra y Garrido, 2009)

Modelos conductuales.- Basado en los principios de modificación de conducta y aprendizaje social, enfatiza la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar considerando a las familias como contextos de aprendizaje crítico.

en la época de la adolescencia o la adultez, se entienden desde esta perspectiva como un ritual con significados diversos, sobre todo en lo que al consumo de alcohol se refiere. Representa rompimiento con la niñez, virilidad que se traduce en valentía, fuerza, falta de temor, resistencia, despreocupación por la salud y el cuidado del cuerpo, cualidades adscritas a la masculinidad (Farapi, 2009). La adicción, es decir el consumo crónico de drogas, ya no se contempla como parte de estos rituales. Esto resulta paradójico porque, ninguna persona que consuma drogas, en las circunstancias antes mencionadas, puede saber si en el tiempo va a desarrollar una adicción o no (Lazo, 1995: 41-43).

Visto de esta manera el consumo de drogas, permite a muchos hombres acceder a ciertos comportamientos que al realizarse reiteradamente, ratifican positivamente la masculinidad frente a otros hombres. Este mecanismo es necesario socialmente para ser un hombre de verdad (Gilmore, 1990). Esto no sucede regularmente en los residentes de los centros de recuperación, quienes mientras avanzó su adicción se alejaron de los estereotipos, a los cuales en un inicio, la ingesta de drogas les aproximó.

La terapia familiar sistémica, desde sus postulados valida de una u otra manera ciertas cualidades como la virilidad, porque la heteronormatividad, considera requisito indispensable para ser ese hombre de verdad (Gilmore, 1990). La vía para producir comportamientos adscritos a ella, son los efectos que solo se consiguen con drogas. Si además la masculinidad debe ser afirmada constantemente, y estos hombres han desarrollado a través del consumo de drogas masculinidades muy distantes de los modelos hegemónicos, y esto fue lo que les llevó a excluirse, la efectividad de este sistema terapéutico podría ponerse en duda, ya que sostiene los roles sexistas y las cualidades, de las que se distanciaron estos hombres y los excluyeron, hasta institucionalizarlos.

Secreto a voces “Garroterapia”: procedimientos coercitivos empíricos que se practican en la clandestinidad.

Desde la década del sesenta, en Ecuador hablar de un centro terapéutico para adictos constituye sinónimo de violencia y maltrato de todos tipos, pero sobre todo físico. Un grupo de prácticas coercitivas (golpes, palizas, aislamiento, amenazas, violaciones de tipo

sexual, supresión de alimentos, insultos, exposición al sol por varios días sin protección, entre otras), han sido aplicadas arbitrariamente en la mayoría de los casos, de forma sistemática al interior de estos lugares y como parte de la cotidianidad.

Fundamentada en la implantación de miedo, como mecanismo de control y conocida coloquialmente como “garroterapia”, se consideró por años como un mecanismo efectivo en el abordaje terapéutico en tratamientos residenciales. Este término que se hizo muy familiar, entre quienes por su adicción u otra condición habían vivido esta experiencia, evoca en muchos, imágenes muy fuertes, violentas, dolorosas e incómodas y un cúmulo de sentimientos, encontrados entre sí: odio, gratitud, resentimiento, por mencionar algunos de ellos. Estos me fueron transmitidos por ex residentes de estos lugares en conversaciones informales, que mantuve de forma paralela a la realización de mi investigación de campo.

Las polémicas técnicas han sido aplicadas en un número significativo de centros de recuperación en el país, a manera de “recursos terapéuticos, que viabilizan un cambio, que no podría darse de otro modo” (Juan, 2014, entrevista). Esta dinámica de represión y control a través de la violencia, legitimada hasta hace pocos años por la costumbre, empezó en los primeros centros para adictos de modalidad residencial, como parte de la propuesta de tratamiento de Rafael Velasco (médico psiquiatra, ecuatoriano). Este profesional de la salud implementó en el Ecuador, la terapia de grupo y además un conjunto de técnicas coercitivas que posteriormente se conocieron como garroterapia (es posible que su efectividad se haya legitimado por ser Velasco un vocero oficial del discurso científico, quien lo implementó (Pérez 2008, citado en Wilkinson, 2012).

Por la intensidad, la arbitrariedad y la utilización indiscriminada que se ha dado de ella, en ciertos lugares resulta un tema muy delicado. Su exploración implica adentrarse en un camino oscuro y escabroso. Este se encuentra lleno de secretos e historias mal contadas, especulaciones y situaciones descabelladas y espeluznantes, que se justifican, a la luz de la consecución de objetivos como: la modificación conductual y la concientización de las problemáticas generadas por la adicción. Partiendo de la premisa de que la adicción siempre produce un deterioro significativo en las diferentes esferas de la vida. Manual de Clasificación de las Enfermedades (CIE 10. 2013).

La percepción que tienen algunos ex residentes de estos centros, los cuales prefirieron el anonimato, acerca de estas prácticas es que, su aplicación continua y sistemática incide profundamente y de manera negativa en sus subjetividades. Recogiendo sus apreciaciones más relevantes, concluyo que este proceso sistemático afianzaba masculinidades que validaban la violencia de género. Lo hace al legitimar las expresiones violentas como comportamiento masculino y propio de los varones. Esto a su vez perpetúa las relaciones de poder y los conflictos que el sexismo trae consigo, en el desarrollo de las identidades en los varones. La falta de espontaneidad, la desconexión e inestabilidad emocional y la falta de tolerancia a la frustración, son algunas consecuencias de la presión constante que experimentan los hombres, frente al reto patriarcal de cumplir con las expectativas, cualidades y actitudes adscritas a ellos, a partir de los roles tradicionales hombre- mujer en su medio.

Además, al validar la violencia física como un método de tratamiento, el cuerpo se convierte en una masa pasiva, sin valor, que no merece ni atención ni cuidado. Al contrario, su exposición constante a situaciones dolorosas y peligrosas, así como la tolerancia estoica de las mismas, se vincula, en la lógica de la garroterapia, con una mayor valía masculina y mayores posibilidades de abandonar las drogas. Otra justificación, que escuché con frecuencia para la aplicación de la “garroterapia” es su supuesta efectividad en etapas tempranas del tratamiento, para abordar la “negación” una condición propia de la adicción en la cual, el pensamiento es un mecanismo inconsciente caracterizado por una distorsión no intencional e inconsciente de los hechos u ocultamiento de la verdad, y que el adicto cree que es cierto” (Twerski, 2000). No encontré evidencias de que la violencia facilite la transición de la negación a la concientización en los residentes, sin embargo, algunos centros clandestinos la siguen utilizando en la actualidad.

Estos métodos que incluían: periodos largos de supresión casi total de alimento, palizas propinadas sistemáticamente, insultos, vejaciones recurrentes, silletazos, por mencionar las acciones más frecuentes; pueden sonar similares a los que solían estilarse en los campos de concentración, sin embargo se utilizaban con mucha frecuencia y en ocasiones con la anuencia de quienes eran objeto de intervención (Juan, 2014, entrevista) En las conversaciones informales que mantuve con varios ex-residentes de centros conocidos

como “centros nazis” en los cuales la garroterapia era fundamental, pude palpar su convencimiento sobre la efectividad de esta forma de intervención. Ellos asumen a la garroterapia como la única manera en la que podía ser abordada su condición. Otros ex residentes, en el mismo contexto de informalidad, me relataron sus experiencias con rabia y me dijeron que esto no les aportó nada. A la par lamentaban su tránsito por estos espacios que calificaron como lugares de perdición.

A inicios del 2000, la polémica alrededor de los efectos provocados por la utilización de la “garroterapia en los tratamientos residenciales, se incrementó. Los proveedores del servicio (centros de recuperación particulares) argumentaron que existía un gran número de residentes que al llegar a los centros necesitaban ser intervenidos de forma drástica. En estos casos, no debía considerarse maltrato porque era el único mecanismo que permitía mantener la armonía comunitaria. Además viabilizar su ingreso. La otra posibilidad frente a estos casos difíciles pero frecuentes, sería no ingresarlos. Esto dejaría al sujeto y a su familia en riesgo y a la deriva de la adicción, que implica trastornos mentales y del comportamiento graves, que podrían poner en riesgo la vida de ambos, de acuerdo con el Manual de Clasificación de las enfermedades (CIE 10, 2013). A pesar de los intentos por argumentar a favor de su eficacia terapéutica, la aplicación de garroterapia está prohibida, sin importar las circunstancias.

En el centro en el que realicé mi investigación, sus autoridades aseguraron categóricamente que no utilizan garroterapia. Además me aseveraron que, a través de técnicas únicamente terapéuticas han logrado buenos resultados, en aspectos como: la modificación conductual, la concientización de la problemática y el cumplimiento a nivel disciplinario.

El Apoyo Espiritual: la dimensión de lo trascendente vista con ojos masculinistas.

En los tratamientos residenciales para adictos la llamada terapia espiritual es un componente fundamental de sus programas de intervención. Como intención, lo que se busca, en la mayoría de las instituciones, (las que no son adscritas a una iglesia en particular) al incluirla en el tratamiento, no es un llamado a la religiosidad de los residentes. Lo que se persigue es fomentar en ellos las bases de una relación con la dimensión

trascendente sugiriendo que esta va más allá de la comprensión humana.

Ese contacto espiritual permite a las personas un buen nivel de autoconsciencia, auto-regulación, humildad y aceptación de la vida tal cual es. También podría viabilizar una relación con lo sagrado desde cualquier perspectiva, forma de pensar o práctica cotidiana de valores (Martínez, 2009). La viabilización de esta conexión espiritual se construye al integrar la relación con un poder superior, a través de una mejor relación consigo mismo, con la práctica de los principios espirituales propuestos en los programa de doce pasos.

La realidad de lo que en este espacio se promueve difiere bastante de los objetivos iniciales. Conversé con algunos ex-residentes y ex empleados de distintos centros de recuperación. Entonces comprendí que la interpretación y abordaje que se hacen de los programas de doce pasos, de su filosofía y los principios en ellos propuestos es religioso, ya que el espacio de apoyo espiritual como regla general en los centros de recuperación está a cargo de uno o varios pastores evangélicos. Ellos interpretan no solo los programas de doce pasos, sino los tratamientos y los procesos que están implicados, desde una visión evangélica y moral.

Los pastores califican toda forma de práctica sexual que no sea hetero, como si fuera inmoral y dicen que eso está prohibido por Dios y que en la Biblia, consta claramente, la repulsión de Dios por estas prácticas, que castigará a quienes tengan relaciones sexuales homosexuales. Yo me acuerdo, que el pastor que daba terapia en un centro en el que estuve, siempre me decía que ore bastante para que dios me perdone por mis pecados, porque mi forma de vivir mi sexualidad según él, estaba prohibida por Dios (Patricio, 2014, entrevista).

Si bien es cierto que en algunas partes de los programas de doce pasos se habla de un poder superior y en otros se lo denomina Dios, en él se especifica claramente que “es tal como cada uno lo conciba” (Narcóticos Anónimos, 1991). Ya en el contexto institucional de los centros de recuperación, el apoyo espiritual, es de tipo evangélico, ya que el espacio de terapia espiritual está a cargo de un pastor, que imparte principios bíblicos desde este enfoque particularmente hegemónico.

Desde esta perspectiva se concibe a este Poder Superior, como un único dios, masculino, omnipotente, que condena las prácticas sexuales no heterosexuales. Al estar no vinculadas a la procreación considera tales prácticas como aberraciones, inmoralidades

sexuales, prácticas sexuales ilícitas o lo que sería lo mismo fornicación, bestialismo, homosexualidad (Mat, 5:32; 19:9). Todos estos actos son condenados por Dios.

Estos espacios no solo refuerzan modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, sino que además son cómplices del sistema de dominación, que refuerza masculinidades que tienen que negar su sensibilidad, su sexualidad y su concepción de lo sagrado para estar al servicio del patriarcado. Moralizar las vivencias individuales, en estos espacios solo profundiza la exclusión ya vivida por muchos de los residentes de estos centros que utilizaron las drogas para vivir bajo sus efectos, experiencias que en juicio no podían vivirlas, precisamente porque ellos mismos las interpretaban desde estos criterios similares de tipo moral y religioso.

Terapéutica de pares: los grupos de autoayuda vs los grupos terapéuticos de los centros de recuperación.

Los grupos de autoayuda se desarrollaron a partir de lo que en los años cincuenta se denominó terapia de grupo. Esta propuesta terapéutica tiene como característica básica, la **aplicación de técnicas psicoterapéuticas** a un grupo de personas dentro de un mismo espacio y bajo parámetros comunes. Este grupo dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio. Paralelamente mejora los niveles de autonomía de los participantes y potencia el crecimiento personal de los mismos (Alonso, 2011).

Como un ícono de esta forma de terapia, se encuentra el grupo de Alcohólicos Anónimos. Este ha servido de modelo para la creación posterior de otros grupos de estructura similar, Narcóticos Anónimos y Al Anon, por mencionar algunos. El origen de Alcohólicos Anónimos se registra el 10 de Junio de 1935 en Akron (Ohio, Estados Unidos). En el encuentro sincrónico de dos hombres, los cuales habían perdido el control en su manera de consumir el alcohol y, de acuerdo con sus propios testimonios, también las riendas de su vida. Bill Wilson, un agente de bolsa y hombre de negocios y el conocido, por los miembros de Alcohólicos Anónimos, como: Doctor Bob, cuyo nombre real era Robert Smith, médico cirujano de profesión. Estos hombres se reunieron para hablar de sus

vivencias relacionadas con el consumo de alcohol, el descontrol que experimentaron en un momento determinado frente a la bebida y el caos que este generó en sus vidas.⁷

A partir de estas primeras experiencias, los doce pasos y la sociedad de Alcohólicos Anónimos fueron estructurándose poco a poco, con aportes varios y alrededor de reuniones periódicas de sus miembros que se organizaban bajo la modalidad de grupos terapéuticos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, [1997] 1939). En lo posterior y hasta la actualidad, este programa ha sido aplicado en todo tipo de adicciones, siguiendo parámetros similares; y adaptándose a las distintas realidades en las que ha sido acogido.

Los programas de doce pasos se organizan a través de un conjunto de principios, que rigen el accionar individual de sus miembros, cuando ellos así lo deciden; y también la dinámica de los grupos como tal. El anonimato, la voluntariedad para asistir a las reuniones, el deseo de dejar de consumir como requisito único de asistencia, la independencia ideológica, política y económica de partidos o grupos políticos, o sectas religiosas, así como la libertad entre ellos para realizar contribuciones económicas voluntarias, para el sostenimiento del grupo, son algunos de los principios más importantes, como se entiende en uno de los postulados de su literatura (Nombre con el que conocen los miembros de los grupos a los textos que contienen la filosofía del programa de doce pasos, técnicas desarrolladas por sus miembros y testimonios de integrantes alrededor del mundo) (Grupo Libertad, 2014).

Alcohólicos Anónimos (A.A) es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del consumo problemático de alcohol/ alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A es el deseo de dejar de consumir alcohol (Alcohólicos Anónimos [1997] 1939).

⁷Dos días más tarde Bill D. abogado de profesión se adhirió al primer grupo de lo que en el futuro constituyó Alcohólicos Anónimos. Bill Wilson un año antes había estado interno en un hospital para desintoxicarse, habiendo llegado a la disfuncionalidad total y a consumir alcohol diariamente, un amigo de su juventud al verlo tan deteriorado y sumido en el alcohol le contó su propia experiencia en el grupo Oxford y de la forma en que pudo dejar de beber basándose en el algunos principios espirituales practicados en este grupo y que en lo posterior Bill los adaptaría para alcohólicos y cuya base era la ayuda que podían darse mutuamente quienes padecían la enfermedad del alcoholismo a través del compartir del propio testimonio en grupos de pares. El segundo grupo fue fundado en Nueva York y no estaba conformado únicamente por alcohólicos, sino que a este asistían algunos miembros del grupo Oxford y además familiares y amigos de alcohólicos, que no tenían ninguna filiación religiosa.

En cuanto al género, los programas de doce pasos exponen que sus principios han sido aplicados por millones de hombres y mujeres alrededor del mundo. También que esto les ha permitido salir del alcoholismo y/o el consumo de drogas, después de que con otros tratamientos no lograron hacerlo. Adicionalmente queda claro que, como organización, no están de acuerdo con ningún tipo de prácticas discriminatorias por raza, religión, etnia, preferencia sexual y/o color de piel.

La visión que poseen los integrantes de los grupos de doce pasos del alcoholismo en el caso de Alcohólicos Anónimos y del consumo de drogas en el caso de Narcóticos Anónimos está vinculada a criterios médicos. Para ambas organizaciones, el alcoholismo y la adicción son enfermedades crónicas, progresivas y mortales. Estas afectan tres dimensiones de la persona, la dimensión física, la dimensión psicológica y la dimensión espiritual. El aspecto físico de estas enfermedades se manifiesta en el consumo compulsivo de drogas, el psicológico en la obsesión de obtener drogas y el espiritual en egocentrismo e inmadurez. Estos aspectos toman forma en la exacerbación de ciertos defectos de carácter y en ausencia de una relación con un poder superior (Narcóticos Anónimos, [2000] 1991).

Consecuentes con lo anterior, los integrantes de estos grupos se definen a sí mismos como: “alcohólicos” y “adictos” y sobre su condición humana en relación con estas enfermedades piensan de la manera siguiente:

No elegimos convertirnos en adictos. Sufrimos una enfermedad que tiene manifestaciones antisociales que dificultan su detección, diagnóstico y tratamiento. Nuestra enfermedad nos aislaba de los demás, excepto cuando buscábamos drogas, consumíamos y buscábamos formas y medios de conseguir más. Éramos hostiles, rencorosos, egocéntricos, egoístas y nos aislábamos del mundo exterior. Cualquier cosa un poco desconocida se convertía en algo extraño y peligroso. Nuestro mundo se encogió y el aislamiento se convirtió en nuestra vida. Consumíamos para sobrevivir, era la única forma de vida que conocíamos (Narcóticos Anónimos, [2000] 1991:8).

Este pequeño fragmento de uno de los primeros capítulos del texto básico de Narcóticos Anónimos, permite acercarse a la concepción que sus integrantes poseen de su condición de adictos/alcohólicos. Al observar la dinámica de las reuniones de un grupo de doce pasos, al que asistí varias veces, como parte de mi trabajo de campo, me di cuenta que, más allá de

que la etiqueta “adicto” les estigmatice, (lo que sí sucede al inicio), ellos asumen los significados de esta, en función de lo que venía sucediendo con sus vidas.

Luego el material biográfico obtenido en esta revisión (que debe ser honesta y exhaustiva, de acuerdo con los principios que rigen el programa) es reinterpretado, en el marco de los principios espirituales propuestos en su filosofía; al integrarse con los doce pasos, deviene en un cambio actitudinal positivo, al que ellos llaman recuperación, el cual implica dejar de consumir drogas. Todo esto debe ser voluntario. Además este estado de sobriedad, solo puede sostenerse por periodos no mayores a 24 horas, es por tanto un proceso constante y atemporal. Consecuentemente un determinado tiempo de limpieza (sobriedad) no garantiza que esta se mantenga. Su consecución es producto del trabajo diario y sostenido de los postulados y principios del programa, que se materializan en la práctica continua de los pasos.

En este proceso, la identificación (encontrar similitudes entre la propia vida y las experiencias de los compañeros transmitidas en los testimonios) es muy importante. Los miembros del grupo, la consideran, el primer acto de humildad y además indispensable para poder practicar los pasos. La humildad en este contexto es vista como el principio espiritual que abre las puertas al contacto consciente con un poder superior y la posibilidad de trabajar el egocentrismo, que caracteriza a la adicción y a los adictos (Narcóticos Anónimos, 2000 [1991]). En el primer párrafo del capítulo uno del Libro Azul, libro básico de Narcóticos Anónimos (Narcóticos Anónimos, 2000 [1991]:03), aparece la pregunta ¿Quién es un adicto? y la respuesta que los mismos miembros de los grupos de NA han elaborado es la siguiente:

La mayoría no tenemos que pensar dos veces esta pregunta. ¡Conocemos la respuesta! Toda nuestra vida y nuestros pensamientos giraban, de una u otra forma, en torno a las drogas: cómo obtenerlas, cómo consumirlas y el modo de conseguir más. Vivíamos para consumirlas, y las consumíamos para vivir. En síntesis, una persona adicta es aquella cuya vida está controlada por las drogas. Estamos en las garras de una enfermedad crónica y progresiva que nos arrastra invariablemente a los mismos lugares: cárceles, hospitales y la muerte (NA Libro básico, 2000 [1991]:03).

José L (2014, entrevista) me explicó que como parte de las reglas grupales y la dinámica misma del grupo, los miembros prefieren mantener su anonimato. Ahí entendí que, este y

otros conceptos que fueron plasmados y desarrollados por y para adictos, han servido a muchos compañeros suyos y a él mismo para identificarse y entender el caos que las drogas habían provocado en su vida. De igual manera, la identificación permitió a José L. descifrar mejor su naturaleza “alérgica” a las drogas. Condición que implicaba que, no eran las drogas, sino los efectos particulares que estas producían en él, en sus compañeros y compañeras de grupo, el problema, cuando las ingería. Tampoco importaba la droga, la marca o la cantidad, de cualquier manera después de ingerida la primera dosis, su cuerpo respondía de tal manera que no podía parar hasta quedar totalmente intoxicado o inconsciente .

En este grupo al que asistí a varias de sus reuniones, a primera vista, los rituales parecían desarrollados e interpretados desde una concepción masculinista, el lenguaje, los símbolos y la organización. El espacio en general estaba dispuesto de esta manera, además. La mayoría de sus integrantes eran hombres, la adicción vista con ojos masculinos y como una enfermedad propia de los hombres. Sin embargo, mientras fui asistiendo a las reuniones, pude observar que las mujeres que concurrían a los grupos no se sentían discriminadas ni violentadas por ser mujeres. Ellas encontraban en el grupo un espacio de recuperación, apoyo y acompañamiento, al igual que sus compañeros varones, con quienes se identificaban, desde las vivencias de su adicción. Los mismos sentimientos de pertenencia y compromiso que experimentaban los hombres del grupo, eran experimentados por las mujeres y, eran al igual que para ellos algunas de las razones para seguir asistiendo. No encontré que ellas dejaran de asistir por sentirse maltratadas o violentadas ni por los miembros varones, ni por la dinámica del grupo.

Las experiencias de vida ya en la dinámica grupal, se traducían en testimonios y las personas eran libres de transmitirlos o no. “No importa si nuestras experiencias se escuchan descabelladas, superfluas, dolorosas o complejas, el grupo las escucha y así...” (María, 2014, entrevista). Algunos de los rituales estaban encaminados a facilitar la expresión de los miembros. Todos los que asistían, hombres, mujeres homosexuales, transgéneros, jóvenes, viejos, pobres, ricos, clase media, mestizos, negros, indígenas, estaban llamados a

incluirse y a participar, para luego recibir apoyo y esperanza de los demás miembros, considerados compañeros de dolor y esperanza.

Los sujetos de este grupo y de otros similares se auto-convocan habitualmente a partir de sus estigmas. Uno, común a todos ellos, es el de adicto. Este los une y les da fuerza generando una sensación de bienestar y apoyo que es percibida como algo muy positivo, que se desarrolla a partir de la etiqueta, facilitando el crecimiento de quienes interactúan bajo la misma (Goffman, 2003 [1963]). Tanto los grupos de Alcohólicos Anónimos como los de Narcóticos Anónimos tienen sus propios espacios y reuniones independientes. Si bien, algunos miembros asisten a los dos espacios y en eso los grupos no tienen injerencia. Como grupo tienen una organización similar en estructura pero independiente la una de la otra.

De este proceso, que se da alrededor del estigma de ser “adicto” emerge, paulatinamente, una visión dinámica del individuo, hombre o mujer que sugiere que se encuentra en constante cambio y que puede cambiar, en el contexto de sus circunstancias actuales. Esta sucede sobre la base de una interacción normada y ritualizada, que es parte de la estructura de los grupos. Además en la medida en que las personas se mantienen asistiendo con constancia, se empiezan a sentir mejor y su salud física mejora visiblemente, debido, sobre todo a la ausencia de drogas en el cuerpo.

La práctica de los valores y motivaciones, propuestos en la filosofía del programa, traducidos a principios, pasos, lemas, conceptos, impulsa y facilita una reinterpretación del mundo y la propia vida. También una reflexión sobre la forma en la que fue vivida. Se observa la posibilidad de elegir una forma diferente y más saldable de hacerlo, entendida como una decisión, que implica un ejercicio de autonomía y agencia (Palacios, 2009).

En los centros de recuperación las cosas cambian, todos los residentes son obligados a definirse como adictos desde el primer día de su ingreso. No se contempla ninguna diferencia entre adictos a drogas ilícitas y alcohólicos. Tampoco está permitido que una persona no se identifique como adicto en los espacios de terapia. El enfoque terapéutico es el mismo para todos los residentes, al igual que el protocolo, la metodología y los

contenidos. Generalmente el texto rector de los procesos a nivel filosófico es el libro básico de Narcóticos Anónimos. Se utilizan otros textos de ambos programas, Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos, únicamente como apoyo.

En la cotidianidad comunitaria y sobre todo al inicio, al estar los sujetos institucionalizados, en ocasiones en contra de su voluntad y reticentes a cualquier intervención, la identificación con sus compañeros toma tiempo o no sucede. Por otro lado, los residentes están intervenidos conductualmente todo el tiempo y, controlados las veinte y cuatro horas del día, obligados a asistir a todos los espacios terapéuticos y recreativos; y a participar en todas las actividades. Esta dinámica va en contra de lo que propone la filosofía de los doce pasos, en la cual la participación debe ser voluntaria.

En un centro de recuperación los residentes están obligados a cumplir; de no hacerlo se vendrán consecuencias, castigos, sermones o lo que disponga el director. De esta manera principios como la honestidad, la buena voluntad u otros podrían no practicarse durante el tratamiento, si es que la persona decide no hacerlo. En estos lugares los procesos de recuperación se entienden como tratamiento, es decir desde los parámetros científicos. Los sujetos son intervenidos por un equipo profesional que incluye un médico psiquiatra y un psicólogo, quienes orientan su trabajo a que los residentes acepten el tratamiento y se motiven al cambio propuesto.

En los grupos de doce pasos, la intervención profesional no es obligatoria. Si bien en ocasiones los grupos solicitan la colaboración de estos profesionales y sus conocimientos, estos funcionan independientemente. La estructura rígida de los centros también marca una diferencia importante. En los grupos, los miembros asisten porque sienten la necesidad de hacerlo. En los centros, en cambio, el miedo, la obligatoriedad y la pérdida de autonomía e identidad inherente a estos procesos de institucionalización total (Goffman, 2003 [1963]) resultan en muchos casos, los móviles para que los residentes asistan a las terapias.

El rostro positivo de los tratamientos de este tipo es que, hay residentes que llegan a sentirse apoyados, dentro de la institución. Esto les genera confianza, seguridad y valentía

que deviene en la formación de redes sociales entre ellos. Los miembros se vinculan a través de principios como la solidaridad, la empatía y la identificación por compartir una misma situación de otredad a partir del estigma de ser “adictos”.

Puedo decir que el proceso de construcción de la identidad al interior de un centro de recuperación si bien puede parecer fatalista, por la implicación negativa que podría tener la etiqueta de adicto, también trae consigo experiencias y situaciones que en la visión de varios ex residentes de estos centros, son valiosas y de gran ayuda cuando de mantener la sobriedad se trata. En ese sentido se asemejarían a los grupos de doce pasos.

Ya como contenido filosófico, los programas de doce pasos, tanto en los grupos como en los centro de recuperación, construyen identidades alternas en los sujetos, mientras transitan un proceso paulatino de subjetivación de la enfermedad. Esto, sucede a través de un mecanismo simbólico, que permite que estos conciban su cuerpo como un espacio tomado por la adicción. A medida que avanzan en el proceso terapéutico propuesto por Narcóticos Anónimos, asistiendo a grupos o a las terapias de grupo en los centros, acumulando veinte y cuatro horas “limpios” (sin consumir sustancias psicoactivas); ya no son adictos activos sino adictos en recuperación. (Antunes de Campos, 2009 [2008]:69-88). El estigma va tomando distintos significados, más positivos. Cuando los sujetos están institucionalizados la recuperación es más compleja, ya que la sobriedad no se mantiene por convicción, como en los grupos, sino por las circunstancias de encierro. Solo después del egreso de los residentes, se podrá saber qué es lo que la persona ha decidido.

¿Qué sucede con las masculinidades en el proceso grupal?, ¿y en las terapias de grupo de los tratamientos residenciales? La adicción como estigma, también impacta fuertemente en la subjetividad de los varones. Ellos en la sociedad ecuatoriana no solo tienen el permiso para consumir alcohol, sino que además la realización consuetudinaria de esta actividad les aporta prestigio y, les abre las puertas de ciertos círculos sociales. Muchas mujeres en la actualidad consumen drogas, sobre todo alcohol, sin embargo, ellas son desvalorizadas socialmente por hacerlo y más si su consumo se considera excesivo.

La finalidad de la aplicación de los doce pasos en la cotidianidad, es mejorar la calidad de vida; este postulado lleva implícito como propósito dejar de consumir drogas radicalmente. De acuerdo con el mismo programa, no es posible para un adicto consumir drogas y mantener una buena vida. El primer requisito para lograr esta mejoría es la sobriedad. Sin embargo, estar sobrio puede significar dentro del grupo de consumidores de drogas como “no ser hombre” o “ser menos hombre” (Brandes, 2012 [2001]). En muchos espacios públicos el consumo de drogas se asocia con la masculinidad, como ya lo expliqué en secciones anteriores de este mismo capítulo. Entonces, si un hombre decide mantenerse sobrio, está obligado a cuestionar su propia identidad de género (Brandes, 2012[2001]). Fenómenos como la violencia de género, se exacerban bajo efectos del consumo de drogas. Creencias, criterios y prejuicios se aúnan para dar paso a eventos violentos que suelen ser progresivos en intensidad y peligrosidad, mientras avanza la cronicidad de la adicción sosteniéndola y afianzándola.

Durante mi trabajo de campo escuché con frecuencia, en los grupos y en los centros de recuperación, testimonios de hombres que habían violentado a sus familiares, especialmente mujeres y, en muchos casos que vivieron sistemas de violencia, sostenidos en la creencia de que, golpear a las mujeres de su familia era su derecho por ser hombres. En recuperación este sistema de relaciones es cuestionado hasta cierto punto, por los compañeros del grupo. No se cuestionan las relaciones de poder que la sostienen a fondo, sino desde parámetros masculinos. El comportamiento violento es cuestionado, dentro de la lógica del respeto y los límites personales; y desde la construcción de monolitos con valores tradicionales. “Mujer”, sujeto débil, dulce, frágil, indefenso y dependiente y “hombre”, poseedor de un poder, depositado en él desde etapas tempranas, y que lo relaciona con la voluntad de dominio y control de aquellos seres inferiorizados (especialmente las mujeres). Estos estereotipos son el resultado de las relaciones de dominación y la organización social, producida por ellas (Bonino, 2003:8). Este hombre, pierde este poder adjudicado por su condición de hombre, cuando es adicto, que significa ser egocéntrico y egoísta, estigma que lo que lo hace “menos hombre”, (en estos procesos, grupo-centro, las masculinidades están

en constante movimiento) y obligado a pagar un precio, como lo sugiere el programa, enmendando sus faltas (Narcóticos Anónimos, 2000 [1991]).

Los amigos son otro punto álgido, cuando de masculinidad, adicción y sobriedad se trata. En ambos espacios (centros y grupos) se establecen diferencias entre los “panas de consumo” y los “compañeros de recuperación” y/o los “compañeros de internamiento”. La cantina, el fumadero, el grupo y el centro, son entendidos como espacios “solo de hombres”. El consumo de drogas, se asume como un comportamiento que hace a estos varones más hombres, alejándoles de lo femenino en ese contexto (Brandes, 2012[2001]).

Las razones, para llegar a ser “pana de consumo” y los niveles de confianza que se van alcanzado en el tiempo, tienen que ver con el tránsito conjunto por situaciones críticas de intoxicación, inconsciencia y descontrol (...) (Felipe, 2014, entrevista). Estas experiencias están vinculadas al consumo crónico de drogas y a rituales, considerados “propios de hombres”, como visitas a prostíbulos o aventuras sexuales con mujeres, amigas o familiares; y también otros que se consideran socialmente reprochables para un hombre, desde sus propios prejuicios: relaciones sexuales fortuitas o afectivas con otros hombres, acercamientos eróticos entre hombres. Todas estas experiencias convertidas en secretos y guardados celosamente entre ellos estableciendo una relación que oscila entre la lealtad y la complicidad.

La diferencia en el grupo es que, sus miembros pueden llegar a construir lazos afectivos muy estrechos entre ellos, pero tratarán de evitar la complicidad a toda costa y en la mayoría de sus interacciones. Repetir este patrón de conducta es considerado por los miembros de los grupos y por los residentes de los centros como un comportamiento peligroso y que pone en riesgo la sobriedad. En un centro de recuperación el vínculo afectivo que se construye entre los residentes es mucho más estrecho. La convivencia facilita otra calidad en la relaciones; ciertas demostraciones de cariño entre ellos, que fuera de la institución no se expresarían de ninguna manera, se aceptan mejor y se normalizan en el contexto; paradójicamente otras interacciones corporales se satanizan en el mismo espacio y como parte del mismo tratamiento.

Los estudiosos han demostrado que para muchos miembros de los grupos de doce pasos, este espacio pasa a sustituir a su grupo de “panas de consumo”, (...) es decir un grupo de hombres es reemplazado por otro grupo de hombres y mujeres, pero que en esencia es masculino (Brandes, 2012 [2001]). Algunos comportamientos se reproducen. Los varones en adicción activa gastan muchas horas en jornadas de borrachera o consumo de drogas. Al involucrarse en el grupo de recuperación, este tiempo lo emplean en actividades del grupo o con otros miembros del mismo, reproduciendo en este sentido el abandono familiar que marcó sus vidas en adicción. En el grupo y en los grupos clínicos esta ausencia se interpreta como autonomía, límites e independencia, pero en ocasiones también les trae problemas, sobre todo si sus familias son demandantes.

CAPÍTULO IV

TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS TERAPIAS APLICADAS EN EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA OPORTUNIDAD; UN CENTRO DE RECUPERACIÓN DE LA CIUDAD DE QUITO.

Introducción

En este capítulo busco realizar un estudio reflexivo y crítico de las prácticas terapéuticas aplicadas en el centro de recuperación Segunda Oportunidad. De acuerdo con lo señalado por sus autoridades, se ha implementado un modelo de tratamiento que podría ser visto como innovador. Esta experiencia se orienta a erradicar varias prácticas viciadas presentes, con mucha frecuencia, en los centros de recuperación del país. Para lograrlo la institución ha trabajado en la integración de técnicas terapéuticas de avanzada, el cumplimiento estricto de lo dispuesto en el reglamento actual vigente, y una organización comunitaria eficiente. Todo esto permite mantener un esquema disciplinario riguroso, no arbitrario, y por tanto muy masculino; en el cual las diferencias se invisibilizan. Siendo este último punto y su combinación con ciertas prácticas, aspectos a cuestionar en este estudio. Esto a razón del impacto que su ejecución sistemática provoca en los residentes, todos varones. Adicionalmente busco visibilizar el gran vacío existente entre los propósitos planteados en la propuesta terapéutica de cambio, que está implícita en el tratamiento, proveniente de los grandes postulados científicos y las necesidades reales de los sujetos intervenidos. Consecuentemente quedará expuesta la necesidad de incluir un enfoque situado (Haraway 1991: 313-346) y responsable en el abordaje terapéutico. Una visión que humanice a los sujetos, los entienda en el contexto y desde sus condiciones específicas.

Del ingreso al sistema terapéutico y disciplinario

Después de algunas conversaciones y reuniones que mantuve con las autoridades de Segunda Oportunidad, el centro de recuperación en el que realicé mi trabajo de campo, ellos accedieron al pedido de realizar mi investigación en esta institución. Uno de los psicólogos del lugar supo decirme que el tratamiento, en dicho centro, era netamente

clínico. Contando con un esquema que integraba varios componentes y atendía de esta manera las facetas más importantes de los residentes, los aspectos: físico, psicológico, social, laboral, pedagógico, espiritual y ocupacional. Así, la intervención en todos los frentes estaba garantizada.

La investigación cobró mucho sentido al encontrar durante el trabajo de campo que, el tratamiento busca ser integral, desde parámetros científicos, y que es en el camino en donde se presentan dificultades que alteran sus propósitos iniciales. No quiere decir con esto que, dicho tratamiento no es una pieza más del sistema, que afianza las relaciones de poder desiguales y por ende identidades masculinas incompletas. Individuos insatisfechos que continúan en la búsqueda constante y a veces obsesiva de acercarse a los estereotipos, incluso, después de terminar el tratamiento. Estos hombres pagan constantemente un precio en su humanidad que tiene que ser negada, al menos en parte, para ello. La institución al no cuestionar esto, entonces lo afianza.

En la dinámica del tratamiento al interior de Segunda Oportunidad, al inicio, la mayoría de los residentes presentan reticencia a la realización del mismo. Como consecuencia su adaptación se torna complicada y en algunos casos muy larga (más de cuatro meses). Se considera en la institución que el periodo de adaptación no debería sobrepasar los treinta días. Los espacios terapéuticos en los que se realizan la mayoría de las actividades de motivación y/o de desestructuración de la “negación”, mecanismo, que impide encontrarle sentido alguno al tratamiento, de forma continua, son las terapias grupales. Estas se alinean, en lo posible, dentro del esquema de los grupos de autoayuda de los programas de doce pasos. Su finalidad específica es, lograr la identificación de unos con otros a través de la transmisión de sus experiencias cuando consumían drogas. Ellos le llaman a esto “testimonio”. En este sentido, se asemejan en la forma a los grupos de autoayuda, pero se distancian de ellos en varios principios propuestos en los programas de doce pasos que son contradictorios con la estructura de un centro de recuperación.

En este espacio el proceso de recuperación se enmarca en términos de tratamiento médico-psicológico. El propósito de la realización diaria de esta actividad es que, los

nuevos residentes entiendan la necesidad del tratamiento a partir de los testimonios de los residentes más antiguos. Este mecanismo puede no ser asumido con facilidad por algunos de ellos, sobre todo en un primer momento del mismo.

Otros aspectos relevantes del tratamiento son la coexistencia con otros y la vida comunitaria. Estas resultan un reto para la mayoría de los residentes, sobre todo, al comienzo. Hablé con varios de ellos y todos coinciden en que, la transición de una vida influenciada por el consumo de drogas a un estilo de vida en sobriedad es difícil. También coinciden en que es posible a través de actividades programadas y un reglamento de convivencia como el de la institución. Los residentes consideran estos mecanismos disciplinarios y de control de mucha ayuda en esta transición.

De la organización técnica del centro Segunda Oportunidad

Ya a nivel técnico, el director de Segunda Oportunidad comentó que existen un reglamento y un programa terapéutico, como documentos rectores del tratamiento. Estos contienen todos los aspectos ya mencionados en distintos niveles. También me explicó que, el tratamiento se divide en cuatro fases: acogimiento, exposición, concientización y desprendimiento. En la primera etapa el residente conoce el sistema y se acopla a los límites y actividades diarias. En la segunda fase, realiza una visualización general de las experiencias vividas en adicción. En la tercera, el residente, a través de una reflexión minuciosa, asume con responsabilidad las consecuencias de sus acciones. En la última se prepara para dejar gradualmente el centro y reintegrarse a su núcleo familiar (Santiago, 2014, entrevista).

El tratamiento inicia identificando el estilo de personalidad de cada residente. Este es un componente muy importante y debe ser tomado en cuenta a lo largo de todo el tratamiento. Una evaluación adecuada que arroje información acertada y relevante de la estructura de personalidad del sujeto incide significativamente en la efectividad del proceso terapéutico. Según el director técnico: “Las investigaciones de vanguardia en el contexto latinoamericano, sobre todo en Colombia, evidencian la importancia y el impacto de los estilos de personalidad en la elección inconsciente de una o varias drogas para el consumo

patológico; sostienen que esta interrelación es decisiva en el momento de generar el lazo con la sustancia” (Martínez 2009, citado en Santiago, 2014 [2009]).

Las visiones o perspectivas psicológicas que sostienen a nivel teórico la propuesta de este centro de recuperación parten de consideraciones básicas de la Psicología Analítica. Estas explican la adicción a nivel multidimensional y la función de las drogas en la psique. Algunos postulados de la Psicología Cognitiva sirven para explicar los fenómenos más conscientes a ella vinculados. Para Jung (1976), las drogas afectan profundamente el aparato psíquico, desdibujando los límites del mundo interior del sujeto; este experimenta una sensación de plenitud, que va queriendo vivirla otra vez. Esta sensación viene con la intoxicación y es una totalidad ilusoria. El sujeto se siente completo y la sensación se desvanece cuando vuelve la sobriedad. La adicción implica para este autor además de una sed espiritual, búsqueda de un sentido de totalidad. Solo algo tan profundo e igualmente satisfactorio podría promover la recuperación; la práctica de los doce pasos, permite una conexión espiritual profunda. Para muchos adictos el grupo de doce pasos y el programa tienen este significado (Jung, 1976).

La otra visión que sustenta los parámetros del tratamiento de esta institución es la Terapia Cognitiva, validada en su aplicabilidad en el campo de las adicciones. De acuerdo con sus postulados básicos, este sistema terapéutico considera algunos procesos cognitivos conscientes o cercanos a la conciencia como los responsables, en gran medida, del desarrollo de la adicción en un individuo (Beck et al., [1999] 1984:435). En el centro la terapia ponía énfasis en el conocimiento y la concientización de dichos procesos.

Tomando algunos de los postulados de la Psicología Analítica, uno de los psicólogos del centro argumentó que, el desarrollo paulatino de las funciones psíquicas (pensamiento, sentimiento, sensación e intuición) le permitía al residente simbolizar cada vez con más recursos, su experiencia de la adicción. Esto quiere decir que, aprende a aceptar su conflicto y a encontrar soluciones creativas, no patológicas, al mismo. Desde esta visión, el consumo crónico de drogas puede ser visto como un bloqueo en el flujo energético, entre los contenidos conscientes y los contenidos inconscientes, del sujeto. En

este espacio es donde, este consumo crónico de sustancias juega un papel determinado, que es necesario develar a través de la producción del símbolo (y el mito individual), en el residente. El objetivo del proceso terapéutico es: disminuir la energía mediante la función de guía, en relación con la consciencia del residente, por parte del terapeuta. La vía es una tensión de contrarios que viabiliza un juego dialéctico; un entramado de contradicciones que generan cuestionamientos y se resuelven por la vía de la reflexión profunda e integradora (Santiago, 2014, entrevista).

El mismo profesional comentó que la metodología aplicada en Segunda Oportunidad busca realizar un tratamiento integral y holístico que incluía autoconocimiento, desarrollo y madurez emocional. Esto significa un contacto con los símbolos sagrados pero sin involucrarse en las creencias religiosas individuales. Ya en la práctica, pude observar que el espacio de apoyo espiritual en el centro, al estar a cargo de un pastor evangélico, resulta contradictorio con lo mencionado por este profesional. Su visión y su discurso son claramente religiosos.

Después del proceso de modificación conductual que implica ordenar y/o retomar los hábitos perdidos durante el tiempo de consumo crónico de drogas, el residente debe transitar progresivamente y de forma detallada las experiencias vitales relevantes; desde la niñez hasta el momento en el que llegó al centro. Varios de los trabajos protocolarios se orientan al cumplimiento de este objetivo y a visualizar de forma panorámica el contexto cercano de cada uno, es decir su familia, cuyos miembros también son intervenidos terapéuticamente como parte del tratamiento.

El centro Segunda Oportunidad trabaja únicamente con varones. En estas circunstancias, la aplicación del enfoque de género resultaría indispensable para poder abordar las diversas problemáticas relacionadas con las masculinidades. Esto no sucede a pesar de que estas identidades han sido impactadas por el consumo crónico de drogas. Los intentos por incluir dicho enfoque en la práctica terapéutica y comunitaria de Segunda Oportunidad han sido cortos, incipientes y esporádicos hasta este momento. Una de las causas parece ser la difícil situación económica que atraviesan los centros de recuperación

privados en el Ecuador. Segunda Oportunidad no es la excepción. En Pichincha para mediados del 2014 solo funcionan cinco centros para varones. En los últimos dos años han sido clausurados un sin número de ellos en todo el país, sobre todo en la provincia de Pichincha (Flavio, 2014, entrevista).

En la Planificación presentada por Segunda Oportunidad, y aprobada por el Ministerio de Salud Pública, para la obtención del permiso de funcionamiento del 2014 se incluyeron aspectos de género, derechos humanos e interculturalidad dentro del tratamiento. Durante el periodo de realización de mi investigación, además de la implementación del taller de sexualidad, no constaté que se hubiese creado un espacio de trabajo específico, vinculado a estos enfoques. En este último, que me pareció un esfuerzo inicial importante aunque insuficiente. El abordaje terapéutico de la sexualidad, más allá de que respondía a una lógica heteronormativa y sexista, intenta no moralizar las prácticas sexuales de los residentes que no se enmarcan en estos parámetros. Sin embargo por la organización del sistema terapéutico y comunitario se termina proponiendo el binario complementario hombre- mujer y por tanto heteronormativo como lo correcto. No sucede lo mismo con el abordaje realizado por el pastor evangélico. El reiteradamente califica de inmoral y pecaminosa a toda práctica sexual no heterosexual y cuya finalidad no sea reproductiva exclusivamente.

Tanto las terapias aplicadas a nivel grupal, que no seguían la estructura de los grupos de autoayuda, como las terapias individuales responden y se apoyan en el paradigma científico. Se respaldan, teóricamente, en investigaciones realizadas en el campo de la salud y en protocolos de tratamiento provenientes de los organismos rectores de la misma: Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por lo tanto, las prácticas que se aplican a los residentes son producidas por los discursos médico psiquiátrico y psicológico. Su enfoque es androcéntrico, es decir se asume al hombre como el centro del universo y medición de lo que experimentan tanto los hombres como las mujeres, y los sujetos vistos como seres ahistóricos (Farapi, 2009).

La violencia, la valentía, el éxito económico y el poder adquisitivo son algunas de las cualidades que se exaltan en la convivencia, dependiendo del contexto del que proviene

el residente. Otras cualidades como la irresponsabilidad, la inestabilidad, y la vagancia, que les han generado dificultades económicas e inseguridad a ellos y a sus familias en el pasado, se ocultan y evaden constantemente. También se evade la sensibilidad, fuertemente identificada entre ellos como una cualidad femenina. Todas estas condiciones son fuertemente cuestionadas y problematizadas en la terapia por estar al servicio de la adicción.

Durante la investigación se observó que todos los residentes coinciden en que el consumo crónico de drogas había convertido sus vidas en un caos. Las experiencias negativas vividas en adicción, provocan cuestionamientos relacionados con sus estereotipos de masculinidad y los requisitos adscritos a estos modelos. Las experiencias vividas como parte de la adicción generan vergüenza y dolor, pero también satisfacción y placer. La observación cuidadosa pero sexista de las mismas, interpretadas en el centro como falencias o incumplimientos de estos “imperativos morales de la masculinidad” que los hacen, menos hombres (Gilmore, 1994, citado en Jociles ,2001), se convierten paulatinamente en razones para realizar este tratamiento. Proceso que tácitamente se orienta a devolver o adquirir estas cualidades consideradas masculinas.

Segunda Oportunidad cuenta con un equipo técnico de profesionales acorde con lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, que consta de: un médico psiquiatra, un psicólogo clínico por cada diez residentes, una trabajadora social y un terapeuta ocupacional. En cuanto al manejo médico-psiquiátrico, el director técnico me explicó que cumplía dos objetivos básicos: evaluar y prescribir el tratamiento medicamentoso de los residentes que requerían este nivel de intervención, y velar por la salud biológica de los residentes dentro de la institución.

En este sentido, durante mi observación de campo constaté que el médico psiquiatra participa semanalmente en varias actividades terapéuticas grupales e individuales con los residentes. Su intervención no se enmarca en la estructura de los grupos de autoayuda. Las terapias grupales de tipo psico-educativa duran dos horas e incluyen material de información audiovisual. Este proporciona a los residentes conocimientos sobre las

modificaciones morfológicas y funcionales que generan las drogas en el cuerpo. Adicionalmente este espacio está orientado a concientizar y reflexionar sobre las consecuencias nefastas del consumo crónico de drogas en el organismo. Esta terapia al integrarse a las demás actividades del centro facilita la desestructuración de las fantasías y creencias sostenedoras del mismo. Algunas de ellas están construidas sobre la afirmación, interpretada por la mayoría de los residentes como una verdad absoluta, de que el cuerpo de los hombres es invencible.

La actitud de los residentes en este espacio psicoeducativo es pasiva. A lo que Freire (1975 [1969]) denominó educación bancaria: un proceso en el que los sujetos se convierten en depositarios de contenidos, que son memorizados de forma mecánica y luego repetidos por inercia. El resultado es un grupo de sujetos dóciles que únicamente coleccionan datos, sin desarrollar conciencia crítica sobre sus condiciones opresoras (Freire, 1975[1969]). Aquellas para estos hombres están vinculadas al consumo crónico de drogas, su condición de adictos como estigma que los excluye de procesos sociales importantes y la tachadura en el espacio público. Esta última, al ser vistos por familiares y conocidos como hombres fracasados y/o menos hombres, como ellos mismos comentaron durante las entrevistas semiestructuradas.

Tal situación justifica su ingreso al centro y el afianzamiento de su exclusión. Algunos residentes suelen realizar varios tratamientos convirtiéndose en lo que ellos mismos conocen como “carne de clínica” (un residente que realiza innumerables tratamientos sin presentar mejoría definitiva, ya que regresa fácilmente a patrones de consumo crónico y solo puede vivir institucionalizado). En este espacio el cuerpo y la adicción se conciben desde un enfoque médico, esencialista (desde la morfología y la fisiología) y patológico. No se contemplan diferencias relacionadas con el origen, contexto histórico o género.

La evaluación y abordaje del Médico Psiquiatra responde al modelo científico tradicional. En algunos casos, además de la etiqueta que justifica médica y legalmente el ingreso al tratamiento según el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10: F10-F.19): *Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de*

sustancias psicoactivas, los residentes pueden ser diagnosticados con otras patologías adicionales. Este profesional aplica a todos los residentes, farmacoterapia (de ser necesaria) y reactivos específicos de tipo cuantitativo, como parte del protocolo general de ingreso.

Más allá de este espacio de propuesta psico-educativa y bancaria, durante mi investigación constaté la existencia de otros espacios terapéuticos que promovían limitadamente la reflexión y la concientización. La relación pasiva “dueño del saber” – “ignorante” se mantiene constante. Segunda Oportunidad como toda institución total (Goffman, (2001) [1961]) no permite cuestionamientos, como lo pude notar al conversar con varios miembros del equipo técnico.

En cuanto al área de Trabajo Social, el manual de funciones de la institución especifica sus actividades. Estipula una participación activa y coordinada con las otras áreas institucionales. En la realidad el rol de la trabajadora social se reduce a recopilar datos generales acerca de la dinámica de la familia de cada residente; para posteriormente emitir un criterio técnico sobre el mismo. Este no incide en el cobro de la pensión necesariamente. Otra de las funciones de la trabajadora social es facilitar a los residentes, de última fase, la colocación de su hoja de vida en la bolsa de empleo y colaborar en actividades administrativas. En los cuatro meses de investigación no constaté que la trabajadora social realice ninguna visita o que monitoree a los residentes después de su egreso. El contacto con ellos es muy limitado durante todo el tratamiento.

El abordaje espiritual está a cargo de un pastor evangélico. Su propuesta, de acuerdo con lo referido en la Planificación Terapéutica vigente, está orientada a colaborar con la recuperación integral de los residentes. El propósito es que los residentes consideren y valoren la conexión individual de cada uno en torno a lo sagrado. “Se persigue el contacto consciente con la esfera espiritual, el mismo que desde el enfoque del programa de doce pasos de Narcóticos Anónimos, se deteriora, como consecuencia de la adicción” (Santiago y Ronald 2014 [2009]).

En este espacio, la espiritualidad se entiende y trasmite a los residentes en función de los postulados y los principios espirituales de la filosofía de los programas de doce

pasos. Al estar influenciada por un enfoque religioso evangélico, su contenido es contradictorio a la visión de espiritualidad propuesta en la Planificación Terapéutica institucional y en la filosofía de los programas antes mencionados. En ella se entiende al “Poder Superior tal y como se lo conciba”, como un ente masculino y más poderoso que la persona, pero tal, y como cada cual lo interprete. En esta visión se respetan las creencias y concepciones religiosas individuales (Narcóticos Anónimos, 1991), incluso aquellas que no respondan a parámetros masculinos.

En este centro, el manejo del programa de doce pasos se acopla a las necesidades institucionales. Inclusive escuché en varias terapias a las que asistí que, a los residentes no se les recomienda asistir a grupos de autoayuda externos después de su egreso. Esto se considera contraproducente a los fines del tratamiento sobre todo, durante los primeros meses posteriores al alta. El seguimiento debe ser únicamente en el centro.

Durante la investigación, se pudo constatar que la base de la terapéutica de esta institución, en el área psicológica, parte de perspectiva cognitivo-conductual. Los postulados de otras corrientes se utilizan a nivel teórico explicativo. Los residentes reciben entrenamiento continuo en técnicas cognitivas y de modificación de la conducta; adicionalmente se utilizan técnicas motivacionales y de manejo emocional (Beck et al., 1999[1984]). Todo esto se organiza sobre la base de un vínculo afectivo fuerte. Los psicólogos enfatizan en la concientización de los mecanismos cognitivos vinculados al consumo crónico de drogas.

La problematización de la sexualidad como parte del tratamiento

En el espacio de abordaje de la sexualidad se exploran, de una u otra manera, las masculinidades en el marco de una lógica heteronormativa y sexista. Este es el enfoque visto como lo normal en el centro. Aspectos como la virilidad, los rituales de iniciación experimentados por los residentes, como mecanismos simbólicos de alejamiento y/o ruptura con lo femenino y el cumplimiento del rol de proveedor en el ámbito familiar son temas que se abordan con frecuencia en terapia. En ella, estos se validan como aspectos propiamente masculinos o cualidades adscritos a la masculinidad que debían cumplirse en

un hombre. Devaluando aquellos aspectos y cualidades diferentes, o entendidas como femeninas, y también a los sujetos que las manifiesten. De esta manera a nivel psíquico, todo lo que se relaciona con el código negativo se consideraba más valioso y superior en orden jerárquico en la construcción de las masculinidades (Gilmore, 1994, citado en Jociles, 2001). Reforzando así modelos de masculinidad que nieguen y/o desprecien lo femenino.

Gilmore (1994, citado en Jociles, 2001), en sus estudios ha explorado algunos casos extravagantes refiriéndose a hombres que se desviaban en su comportamiento de los valores hegemónicos, de su contexto cultural y social. La mayoría de los residentes de Segunda Oportunidad, de acuerdo con lo que me compartieron en conversaciones informales, han sido criticados, llamados “maricones”, considerados afeminados y/o menos hombres por sus familias. Esto debido a que se desviaron de estas expectativas hegemónicas. En los espacios terapéuticos se promueve la adquisición o recuperación de estos valores hegemónicos y se los vinculaba con la sobriedad, la salud, la responsabilidad. El residente que no decidía vivir bajo estos parámetros tiene menos posibilidades de recuperarse y esto es considerado en el centro como en otros espacios similares “ser menos hombre”.

Durante el trabajo de campo, observé que los residentes, después de cierto tiempo “daban testimonio” (hablar con profundidad con los compañeros del grupo de determinado tema) de sus relaciones afectivas, sexuales y sociales en general. Algunos de ellos me comentaron que en el inicio del tratamiento se sintieron presionados a hablar de su sexualidad y que esto les generó incomodidad. También que posteriormente entendieron que era parte del tratamiento y que hablar de esto era liberador, entonces cambiaron de actitud. Ya no solo había que hablar del tema sino profundizarlo. Algunos de los residentes gastan gran parte de su tratamiento en el abordaje de estos temas.

Tomando la opinión de algunos de ellos, no encontré una molestia, incomodidad o alguna sensación subjetiva de ser discriminados por sus preferencias sexuales, o experiencias en el área sexual. Ellos argumentan que, la incomodidad inicial es parte de la negación. En los espacios en los que se habla de temas sexuales y masculinidad, los cuales estaban muy ligados en el centro, se estimula a hacerlo. Se los vincula al consumo de

drogas muy al estilo Freudiano, criticado por Michael Foucault (2005[1976]). Pervirtiendo de una forma u otra las prácticas sexuales experimentadas durante los ciclos de consumo. No importa si las experiencias están o no dentro de los parámetros heteronormativos, sino si las prácticas sexuales han sido parte del proceso adictivo. Proceso, entendido por la ciencia como, causante de trastornos de la conducta; como se encuentra establecido en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE.10: F19).

La sexualidad al ser vinculada a la adicción se enmarca, casi inmediatamente, en los parámetros de enfermedad. Se incita a los residentes a hablar de experiencias, fantasías o deseos específicamente homosexuales, previos o, que estuvieren ocurriendo en el internamiento. Los hallazgos de mi investigación me dicen que, los residentes entienden la sexualidad como un aspecto problemático. Este es más conflictivo si las experiencias son diferentes, por eso su intervención es tan detallada y cuidadosa. En este espacio toma forma la complicidad saber y poder de la que habla (Foucault, 2005 [1976]). Se etiqueta a los sujetos vinculando sexualidad y enfermedad con el fin de afianzar las relaciones desiguales de poder.

Beck et al., (1999[1984]:321-327) vinculan la búsqueda compulsiva de placer no necesariamente con la sexualidad, sino con la baja tolerancia a la frustración. Según estos autores, los individuos que presentan esta condición, vista por ellos como falencia de la personalidad, encontraron en las drogas alivio en momentos de displacer o mayor placer en otros momentos. En el centro el placer es mal juzgado, más si es producto de relaciones sexuales no heteronormadas. En las terapias grupales los residentes comparten sus experiencias sexuales. Algunas enmarcadas en la lógica tradicional y otras alejadas de ella: varias parejas en una misma noche, actos auto eróticos, relaciones con desconocidos, sin protección; y en espacios diversos: hoteles, la calle, fumaderos, casas abandonadas donde se juntan varias personas a consumir. Estas experiencias se problematizan y patologizan en la terapia, en razón de que sucedían bajo efectos de drogas. Luego son intervenidas desde un marco sexista.

Estas experiencias sexuales a las que se accede a través de las drogas con frecuencia generan en los residentes vergüenza, dolor y placer a la vez. Estas son difíciles de hablarse y se les llamaba “fondos sexuales”. Se las aborda primero en terapia individual y luego en terapia grupal. Esta etiqueta devela, en parte, la forma en la que se ejerce el poder y los mecanismos como se somete a los sujetos a través del lenguaje y la moral implícita en ella (Foucault, 2005 [1976]).

Los demás elementos vitales se trabajan poco a poco durante el tratamiento. Más allá de los procesos cognitivos y conductuales, la institución busca fomentar primordialmente la espiritualidad desde una visión religiosa. Al final, el residente debe tener la capacidad de decidir si quiere seguir consumiendo drogas o no. Esto implica tácitamente que el sujeto tendría agencia. Sin embargo, existen muchas situaciones personales que no permiten, a estos hombres, esta autonomía. Algunas de ellas: presiones familiares, sociales y fragilidades subjetivas vinculadas con creencias y aprendizajes de varios tipos. A esto se suma la condición de que lo anterior vincula fuertemente la masculinidad a ciertos patrones conductuales y estos a su vez, al consumo crónico de sustancias psicoactivas (Farapi, 2009).

A nivel comunitario y como en el caso de otras instituciones de estructura similar, tres principios básicos rigen la convivencia grupal en Segunda Oportunidad: no sexo, no drogas, no violencia. Su cumplimiento modifica gradualmente el comportamiento de los residentes, apoyado en el proceso de identificación. El incumplimiento de cualquier principio se entiende como una transgresión grave y tiene consecuencias. Estas son administradas por el director de acuerdo con un código de convivencia socializado entre todos los residentes. Adicionalmente, estos incumplimientos son aprovechados terapéuticamente para que los residentes puedan observarse y aprender más acerca de ellos mismos, sus patrones conductuales y cognitivos.

Estas vidas consideradas “mal vividas” en el centro: No cumplieron con las expectativas hegemónicas de masculinidad. Su estilo es contrario al estilo de vida promovido por la filosofía de los programas de doce pasos, desde la interpretación

institucional del mismo. Afectó su salud y la de su familia y por esta razón necesita dar un giro de ciento ochenta grados. Este cambio profundo toma forma a través de la aplicación de un sistema disciplinario estricto a nivel conductual: integral, diverso y exigente a nivel terapéutico e intenso a nivel religioso y espiritual. Este cambio no logra salir de los parámetros científicos; tampoco observar a estos hombres como seres humanos distintos entre sí.

Del caos al orden, la institucionalización: cuando la disciplina es el mecanismo para devolver la identidad perdida.

Oración de la serenidad

*“Dios concédeme la serenidad
para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar aquellas que puedo
y sabiduría para reconocer la diferencia.”
(Alcohólicos Anónimos, [1997] 1939).*

Son las nueve de la mañana de un lunes del mes de julio, la oración de la serenidad da inicio a las actividades terapéuticas en el centro Segunda Oportunidad. Los residentes, todos varones, acorde a lo dispuesto en el reglamento 767, después de una rutina bien planificada y estricta de actividades relacionadas con la higiene personal, el aseo y el orden de las instalaciones; así como la organización comunitaria y de auto-sustentación, siguen un esquema muy al estilo de las *instituciones totales* de Goffman, (2001 [1961]).

Dieciocho varones de entre los dieciocho y setenta años se preparan en la sala de terapia para empezar otro día más. En el grupo, cuyo número de participantes está en constante contingencia, saltan a la vista las diferencias existentes. La mayoría son hombres jóvenes menores de treinta y cinco años, algunos de ellos han consumido un sinnúmero de drogas, otros, exclusivamente alcohol. De manera general han ingresado por orden médica, solo unos pocos lo han hecho “voluntariamente”.

Casi en su totalidad, los residentes son ecuatorianos. Un porcentaje pequeño de ellos son extranjeros residentes en el país; su nivel de educación, marcado por la adicción, es diverso, al igual que sus condiciones socioeconómicas y culturales. A pesar de todas estas diferencias, lo que los identifica es un modo de consumir drogas que ha generado deterioro

significativo en su calidad de vida. Esta razón justifica su internamiento a nivel médico. La aplicación de criterios diagnósticos de ingreso responde a lo establecido en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10).

Los días transcurren en Segunda Oportunidad, a veces con lentitud y a veces de manera vertiginosa. Paradójicamente, y a pesar de la rutina, la cotidianidad es incierta para los residentes. Unos ingresan, otros terminan sus tratamientos y algunos se van sin avisar de acuerdo con la normativa actual del Reglamento 767 (2012). Este entre otras modificaciones resuelve que, las personas tienen la libertad para decidir la interrupción del tratamiento en cualquier momento.

El tiempo constituye un factor que genera mucha ansiedad entre los residentes. Al interior de las habitaciones siempre se habla del tema. Unos más y otros menos, todos los residentes transitan estados de mucha preocupación debido a los plazos de cumplimiento de los trabajos protocolarios; y al tiempo que tomará el tratamiento en general. Algunos de ellos suelen hablar de su condición subjetiva de inconformidad e inquietud y de su posición frente al tiempo en los espacios públicos. Otros en cambio preguntan veladamente a los profesionales en las terapias individuales acerca del tiempo de estancia; unos pocos no abordan el tema, pero se conflictúan en silencio todo el tiempo. Los momentos de mayor ansiedad se presentan al inicio y durante los últimos meses del tratamiento. El equipo técnico conoce de esta angustia y debido a eso las actividades son diversas. Los residentes practican deporte, además de las actividades terapéuticas reglamentarias. En ellas, estos hombres desarrollan varias destrezas sociales y físicas pero además se conocen y entrenan en el manejo de sus emociones.

Santiago, (2014, entrevista) comenta que, en los próximos meses se implementará un modelo de evaluación continuo. Este se basa en criterios cuantitativos. Servirá para medir el avance en los tratamientos de los residentes y también el desempeño de los profesionales que laboran allí. Hasta ese momento la evaluación, si bien había sido continua y minuciosa, se realizaba bajo criterios cualitativos. El mismo profesional comenta además que, la intención institucional es ajustar lo mejor posible el modelo terapéutico aplicado en este centro a los criterios de protocolos avalados por investigaciones científicas alrededor del mundo. Es decir, sobre la base de evidencias y

resultados acorde a la actual visión científica que busca la verdad. Una única verdad que podría correr el riesgo de negar posturas diferentes y comprometidas, en la búsqueda frenética de la objetividad.

Estos hombres son diversos, como diversos sus tránsitos de vida. Una visión como la mencionada anteriormente al invisibilizar las diferencias, también podría restringir las posibilidades de recuperación de estos y otros residentes. Una metodología que permita una visión comprometida, crítica y reflexiva, capaz de mirar desde distintos ojos y entrelazar estas miradas parciales, podría aportarles agencia y sentido a estos hombres. Estos han sido convertidos por la ciencia en objetos de estudio e intervención. Sin embargo, ellos podrían no ser seres inertes y pasivos que nada puedan decir y/o hacer frente a las propuestas omnipotentes de los grandes postulados científicos (Haraway, 1993: 313-346).

La actividad terapéutica grupal que da inicio a la semana es la “alabanza”. Esta actividad está cargo del pastor evangélico que labora en el centro. En ella, los residentes cantan varias canciones cristianas, realizan oraciones y otras actividades relacionadas con lo religioso y específicamente con rituales de las iglesias evangélicas. La visión del “poder superior” en este espacio resulta bastante tradicional y androcéntrica. Este es un dios varón, centro de todo, que redime, guía y perdona a los hombres predicando valores etéreos y absolutos, como lo discute de forma crítica Gebara, (1998:58-104).

Durante la observación de la alabanza se aprecia el rol preponderante que desempeña dentro del tratamiento. Estas actividades parecían opresivas al obligar a los residentes a entender su “poder superior” desde un enfoque específico: el cristiano evangélico. Sin embargo, llama la atención el cambio de opinión que tenían los residentes sobre este espacio en el tiempo. Al inicio, suelen estar más reticentes a participar en esta actividad que en otras. Posteriormente y con el paso de los meses, el espacio de alabanza resulta muy enriquecedor para la mayoría de ellos. Paulatinamente reinterpretan esta experiencia y en un momento dado, esta terapia se convierte en un espacio de redención y acompañamiento. Además tiene un significado subjetivo muy especial para cada residente. Al final del tratamiento, los residentes en su mayoría, perciben este espacio como un puntal en este.

De igual manera la influencia del discurso evangélico, que en un primer momento acrecienta los niveles de culpa en los residentes, en el tiempo resulta para muchos de ellos, -como lo expresan- una vivencia muy especial que les conecta con el perdón de Dios. Así disminuye el peso de sus sentimientos de culpa y vergüenza. Esto sucede pese a que en la terapia espiritual se refuerzan constantemente etiquetas que moralizan comportamientos frecuentes durante el consumo crónico de sustancias psicoactivas. Sin embargo, debo mencionar con asombro que, de todos los residentes con los que conversé, escuché comentarios positivos sobre esta terapia.

Continuando con la rutina, las siguientes dos horas están destinadas a la realización de juegos y dinámicas de integración, memoria e imaginación. El objetivo de este espacio lúdico, además de disipar a los residentes, es mejorar las funciones cognitivas que se han visto impactadas por el consumo de drogas. La memoria y la concentración constituyen dos de las funciones que más deterioro presentan, en la mayoría de los residentes. Luego se dispone de una hora para almorzar, tomar un descanso y realizar actividades comunitarias de aseo. En la tarde continúa lo que se denomina reunión de *staff*, un espacio de monitoreo grupal, realizado por los miembros del equipo de profesionales, el cual permite registrar el estado actual de cada residente. También evaluar el avance de cada uno de ellos dentro del proceso terapéutico. Aquí cada profesional realiza observaciones individuales de cada residente y de cada tratamiento, En lo posterior se proponen los lineamientos de trabajo en los aspectos que el residente necesite. Estas necesidades son interpretadas como tales por el mismo equipo. El residente en esta pieza del sistema disciplinario debe mostrarse “receptivo”. Esto quiere decir que, frente a lo que se le ha dicho a uno de ellos, este no podrá refutar. La persona solo debe escuchar y tratar de seguir las sugerencias de los profesionales y de los compañeros más antiguos.

En general, la rutina diaria en Segunda Oportunidad funciona con mucha exactitud. Los imprevistos se solucionan sin entorpecer la dinámica de los residentes. Los espacios administrativo, comunitario y terapéutico están definidos y delimitados con claridad y rigidez, como parte de este sistema de disciplina a través del cual se controla a los sujetos. La organización espacial también está al servicio del poder disciplinario. Este administra sus cuerpos y adjudica un lugar y una jerarquía a cada uno de los residentes. Además de un

conjunto de actividades específicas que son controladas todo el tiempo y administradas bajo el criterio de normas que clasifican a los residentes. Estas definen cuáles van a ser los objetivos y los dispositivos a utilizarse sobre cada uno de ellos para cumplir los primeros sobre la base de códigos impuestos (Foucault, (2012) [1975]:135-229). Las normas, objetivos y reglas son socializados entre todos, incluidos los residentes.

La sala de terapia en este centro es un espacio amplio y rodeado de jardines. Esta se adaptó en una azotea de la casa principal, intentando diluir la sensación de control permanente y minucioso al que se someten estos hombres. Además de atenuar el peso de todas las prohibiciones que recaen sobre ellos. Se les prohíbe hablar de ciertos temas en ciertos espacios de la casa, dormir durante el día, ir al baño fuera de los horarios estipulados para ello, conversar con ciertos compañeros, llegar tarde a cualquier actividad, tener contactos eróticos o relaciones sexuales entre ellos.

Este espacio resulta de vital importancia dentro del proceso terapéutico, pero además funciona como una pieza angular dentro del sistema disciplinario, por tanto, imprescindible en cualquier institución de características similares. A nivel terapéutico, suele llegar a tener un significado simbólico trascendente para muchos residentes. En él, no solo se registran muchas vivencias cotidianas y se estrechan lazos afectivos entre los residentes, además se procesan experiencias y conflictos sucedidos a lo largo de la vida. También se confiesan verdades que en otras circunstancias se evaden y se reprimen. Todo esto sin dejar de ser un espacio de ejercicio del poder en el que se busca producir sujetos más productivos (Foucault, (2012) [1975]:135-229) y en función del sistema sexo género. En otro sentido como lo propone Foucault (2005[1976]), la sala de terapia es una especie de confesionario. Un lugar en donde no se absuelve de nada a nadie, pero en el que se habla exhaustivamente de experiencias que el sistema, la institución como parte de él, y los mismos residentes las han denominado “prohibidas, secretas, aberrantes”. Sin embargo, estas han sido sumamente placenteras. Posteriormente, los compañeros ayudan a mirar los sucesos desde distintos puntos de vista y de esta forma se expían las culpas que estos les producen.

Esta sala también constituye un lugar de aprendizaje e identificación, condición básica de la intervención grupal, que consiste en poder ver los propios defectos y errores así

como las virtudes a través de las similitudes con otros (Santiago, 2014, entrevista). Se trata de un espacio ambiguo: liberador y opresor a la vez. En él, muchos residentes encuentran por primera y única vez en sus vidas la posibilidad de ser auténticos y sentir aceptación, a pesar de sus diferencias en temas relacionados con la sexualidad u otros considerados tabú. Esto sin dejar de ser llamados constantemente a reflexionar sobre el daño que pudieron haber generado sus actos a otros y permaneciendo bajo un sistema de vigilancia y control constante.

Un espacio interesante que se implementó en este centro de recuperación es el taller de sexualidad, este se imparte los días miércoles en la tarde. Algunas inquietudes comunes que he escuchado aquí y, que parecen generar ansiedad en los residentes, son aquellas relacionadas con el ser o no ser “maricón”, cuya condición implica para ellos (lo infiero desde sus preguntas y curiosidades expuestas en este espacio) no ser hombre o ser menos hombre.

El poder se ejerce sobre estos hombres todo el tiempo. La presión y la disciplina férrea forman parte del tratamiento y de la cotidianidad. Estos elementos se consideran indispensables para el cambio que se fragua día a día y justifican la imposición constante de mecanismos interventores. Estas técnicas terapéuticas que se entienden como transformadoras, someten a los residentes y producen sujetos dóciles. Se aspira a que estos engranen en el sistema económico social posteriormente (Foucault, 2012 [1975]:135-229). Para ello, estos sujetos tendrán que ser intervenidos a través de un proceso arbitrario de mortificación del yo o pérdida del nombre. Una forma de mutilación del sujeto que se forja en la relación amo-esclavo. Relación que implica no solo la violación de la intimidad y la autonomía del individuo, también una identificación con los principios propuestos por las autoridades, aun cuando estos atenten contra la propia integridad personal (Goffman, 2001 [1961]).

En Segunda Oportunidad, de acuerdo con el modelo terapéutico propuesto y aplicado a sus residentes, el aporte vivencial, generalmente vinculado con la violación a los derechos humanos, el maltrato y la aplicación de métodos coercitivos, no es contemplado dentro del tratamiento. Sin embargo, la represión no ha desaparecido de los procedimientos disciplinarios y terapéuticos. En el centro se utilizan mecanismos más sutiles, los mismos

que no dejan marcas corporales, pero, cuyo resultado es el mismo: “la anulación del yo” de la que habla Goffman (2001 [1961]). A pesar de esto, los residentes sienten mayores niveles de confianza y libertad para abordar temas vitales y complejos sin ser juzgados aunque si confrontados, técnica que la asumen como necesaria y/o indispensable dentro del tratamiento.

Segunda Oportunidad, al igual que la mayoría de los centros que se mantienen laborando después de las inspecciones que realizó la Comisión Especial del Ministerio de Salud, se encuentra cambiando continuamente. Su finalidad es ajustarse a las condiciones del nuevo reglamento. Esto ha provocado que el grupo de residentes sea muy variable durante el lapso de la investigación; y su contingencia mucho más alta en comparación a la de años anteriores. Los niveles de deserción también aumentaron, mientras la permanencia y culminación de los tratamientos disminuyó drásticamente. El centro fue inspeccionado el 22 de abril del 2014. En ese momento había diecisiete residentes, después de la inspección solo se quedaron por voluntad propia doce. De ellos, no todos consolidaron sus tratamientos: algunos se fueron en el transcurso de las semanas siguientes y otros terminaron sus tratamientos y no regresaron a realizar el seguimiento.

Solo un pequeño grupo de estos varones demostró perseverancia traducida en involucramiento, actitud propositiva, honestidad, iniciativa y convicción de terminar el tratamiento. Cualidades entendidas, desde el enfoque institucional, como positivas y facilitadoras de la sobriedad. Vistos de otra manera estos residentes, los que se quedaron en el centro, serían los menos contestatarios frente a un sistema que les condena a seguir siendo hombres que reprimen su feminidad. Se someten a postulados que los utilizan para dar valor a lo hegemónico a costa suya, convirtiéndose en los otros equivocados.

Esta inspección y la posterior salida masiva de residentes marcaron una etapa de fuerte crisis económica en Segunda Oportunidad, ya que constituye una institución privada que cobra por sus servicios. En el momento en el que realicé mi trabajo de campo en este lugar, existía la posibilidad de un cierre institucional definitivo. Las causas eran la falta de fondos y de usuarios; además de la preocupación e incertidumbre constantes sobre el futuro de los tratamientos, de quienes decidieron creer en él. En la realidad, los gastos eran altos y las pensiones generaban ingresos económicos muy bajos. La admisión de nuevos

residentes se complicaba a la luz de lo dispuesto en el reglamento 767 (2012) en relación con las formas de ingreso: antes, arbitrarias y coercitivas, transgresoras de los derechos de las personas. En la actualidad, orientadas al respeto de las libertades individuales y contemplando el deseo de la persona de tomar o no el tratamiento.

Los centros, de acuerdo con los parámetros propuestos en este documento, deben ofrecer un tratamiento digno para los residentes. El contenido del mismo se orienta a garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas en estos lugares. En este sentido este documento aporta positivamente a los tratamientos. Sin embargo, invisibiliza hasta cierto punto el drama que viven los familiares más cercanos a estos hombres. Robos, violencia, negligencia y problemas legales son algunos de los conflictos que enfrentan los adictos. Esto genera ansiedad en sus familiares, fuertes sentimientos de impotencia y culpa pero además condiciones de inseguridad y riesgo. Las drogas consumidas crónicamente afectan significativamente la voluntad y la capacidad de decisión de las personas (Narcóticos Anónimos, 1991), por eso un adicto no puede decidir.

Esta voluntariedad de ingreso, que por lo anteriormente expuesto, era discutida como un tema controversial en mesas de trabajo y foros interinstitucionales, en el actual reglamento es una disposición a ser cumplida en primera instancia. Si y solo si esta opción no se viabiliza de ninguna manera, una orden médica expedida por un profesional de la salud lo puede hacer. Esto siempre y cuando, el profesional justifique que la vida de la persona que se quiere internar se encuentra en peligro o en su defecto, la de las personas más cercanas (Carmen, 2014, entrevista).

Para finales del mes de julio de 2014, la mayoría de los residentes son relativamente nuevos. Aquellos que se quedaron voluntariamente después de la visita de la comisión antes mencionada, condición que retrasó considerablemente el inicio de la investigación, han terminado el tratamiento o lo han abandonado durante los meses siguientes. Así, casi el setenta por ciento de la población actual no cumple aún su segundo mes de permanencia. Esto ha provocado un cambio en la dinámica disciplinaria de la institución. Conservando los parámetros de orden y organización espacial propuestos y afianzados desde su creación hace cinco años; la institución había flexibilizado considerablemente su sistema disciplinario a nivel cualitativo y a la luz de las nuevas disposiciones.

En las últimas semanas, la presión como un mecanismo de control ha incrementado paulatinamente. Esto ha sucedido en la misma proporción en que algunos residentes nuevos han presentado dificultades para adaptarse al sistema disciplinario, vertical y rígido; intentando, inclusive, transgredirlo. Normalmente, este sistema se caracteriza por un empleo del tiempo muy estricto, vigilancia ininterrumpida, en donde cada instante del día tiene marcada una ocupación y conlleva a obligaciones y prohibiciones (Foucault, 2012[1975]).

Después de realizar un rápido recorrido histórico por la evolución de los, ahora denominados, centros de recuperación hasta llegar al centro en que se efectúa la investigación, se concluye que se estos desarrollaron de forma paralela al surgimiento y crecimiento de las sociedades occidentales. Responden a una necesidad que emerge de ellas. Un grupo de sujetos que no pueden incluirse dentro de los requerimientos de estos nuevos colectivos, necesitan intervención para poder hacerlo. Su apareamiento se da en el contexto de emergencia de nuevos discursos y estrategias de regulación y disciplinamiento, encaminados a controlar a los sujetos, a las poblaciones y a producir sujetos nuevos.

Estas son las actuales circunstancias en que transitan las vidas de los residentes de este centro de la ciudad de Quito. En una lucha constante entre el deber ser y el placer ligado con una condición estigmatizante, la de “adicto/ adicto en recuperación”. Estos membretes son utilizados por los residentes desde el primer momento en el que ingresan al espacio público (terapia grupal de autoayuda). En lo posterior, los residentes, asumiendo que su problemática los acompañará por siempre y es incurable aunque sí tratable, hablarán una y otra vez de sus tránsitos de vida. En ellos se cruzan: consumo de drogas, rituales, encarcelamientos y esfuerzos constantes por ocultar el *craving*, deseo irrefrenable de consumir drogas (Beck et, al., 1999[1984]: 215). Este último lleva a vivir experiencias que sin ellas no se atreverían a vivirse.

CAPÍTULO V

MASCULINIDADES MARCADAS POR EL ESTIGMA ADICCIÓN: CUANDO EL CONSUMO DE DROGAS SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA, TRAYECTORIAS DE CONSUMO DE DROGAS.

Introducción

Este capítulo propone una mirada humanizada de algunos hombres que han pasado por tratamientos residenciales para adictos en el país. A modo de acercamiento incluiré un fragmento del testimonio de Patricio, un hombre de treinta años, quien ha pasado por varios centros de recuperación a lo largo de su vida. Tomo esto como un preámbulo para luego incorporar las etnografías de cuatro varones, residentes del centro en el que realicé mi trabajo de campo y que se encontraban en la fase final del tratamiento, en ese momento. En ellas intento visibilizar sus conflictos, dificultades, incongruencias, dilemas, confusiones e indecisiones vinculadas a sus estilos de vida, los cuales son considerados errados; desde los discursos científicos y religiosos, que rigen las prácticas, establecidas en el centro Segunda Oportunidad. Además busco aproximarme al sentir subjetivo de estos hombres sobre sí mismos. En su desempeño, como: hijos, padres, esposos, hermanos y/o amigos; en relación con las drogas: antes de iniciado el tratamiento y en la actualidad, después de haberlo transitado casi en su totalidad.

Patricio, (2014, entrevista), ha sido etiquetado e intervenido por la Psicología y la Psiquiatría, desde edades tempranas. Los innumerables diagnósticos atribuidos durante su niñez y adolescencia justificaron un peregrinaje continuo por consultorios de profesionales e igual número de intervenciones médicas, psicológicas psiquiátricas y neurológicas. Primero fue diagnosticado con un déficit de atención, luego a los nueve años, debido a un trastorno del control de los impulsos, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 2000 [1844]) fue internado por primera vez en un centro de recuperación en Quito. Fue diagnosticado, adicto, a los doce años. Desde ese momento, Patricio se ha pasado la vida de tratamiento en tratamiento, estando interno un sin número de veces en varios de estos centros. Ha consumido distintos tipos de drogas:

alcohol, marihuana, base de cocaína, clorhidrato de cocaína y cemento de contacto. En la actualidad consume marihuana diariamente.

Tras acordar una cita vía telefónica, el encuentro en un café en la ciudad de Quito, en la zona de la Mariscal revela entre risas sarcásticas:

...es que te lo dicen tanto que luego te lo crees, y al pasar del tiempo, sin darte cuenta, las etiquetas de carne de clínica, desechable, mantenido, mediocre, “maricón”, mal hombre, basura, cínico, mentiroso, manipulador, crónico, se van haciendo reales en tu vida, pero también en las de ellos, que te llevan la delantera. Ese proceso en el que te conviertes en nada, es el mismo proceso a través del cual ellos también han enrumbado su vida, o pretenden mostrarlo de esa manera, al mundo. Es que generalmente ese cambio es solo una pantalla, realmente sigues siendo el mismo tipo al que le fascinan las drogas y el sexo y sigues teniendo los mismos defectos de carácter (Patricio, 2014, entrevista).

Paradójicamente, siendo el propósito de los tratamientos residenciales lograr un cambio positivo en los residentes, a través de un proceso de desarrollo espiritual que se traduzca en sobriedad y una vida mejor. Este se convierte también en un proceso perverso de producción de sujetos que sostienen y alimentan lo hegemónico. El resultado es una otredad, “adicto en recuperación”. Para lograr este objetivo, en estos lugares el sujeto ya intervenido previamente y entendiéndose como un enfermo, pierde paulatinamente su autodeterminación, o lo que quede de ella hasta ese momento de su vida. Esto es posible a través de prácticas diversas, aplicadas sistemáticamente y validadas por postulados científicos, morales o religiosos. Estas involucran al individuo en su totalidad, el cuerpo el lenguaje y la psique (Foucault, 2001[1963]).

Los otros intervenidos bajo tales pautas son los hombres adictos y en proceso de recuperación; el resultado es la disminución del yo en un primer momento, luego la aceptación del discurso institucional y la adopción como suyo, para terminar integrándolo o asumiéndolo como parte estructural de sí mismo (Goffman, 2001 [1961]). En este tránsito, el sujeto no deja de pensar o sentir, sino que lo hace en función de los parámetros de intervención planteados externamente. Al salir aún que la persona decida no ser ese sujeto “adicto en recuperación”, no podrá huir del sistema, quedando esta forma de otredad establecida en él.

Una vez yo le dije al Marcos que no me quería recuperar, que él tenía que estar sentado donde yo estaba, porque él le pegaba unas tremendas palizas a su esposa y se le oía hasta adentro lo que le pegaba a ella en la oficina, entonces yo le di un quiño por cínico y, porque él me estaba insultando y me habían pegado la noche anterior porque les había dicho que no quiero estar ahí. Él y el grupo tanque me dio una paliza y me rompieron la nariz, me echaron agua fría toda la noche y me dijeron que era ingobernable, y que tenía que aprender a escuchar, nunca volví a revelarme así, no quería que me hagan eso otra vez, pero me reía, para mis adentros, les iba midiendo lo que esperaban de mí y eso hacía, aprendí a ser cínico y así pasaba, pero nunca fui yo, porque su concepto de mí era que me iba a fugar, mi propio concepto de mí era el de una rata, una pistola un bate, ósea nada y cuando salí me fui a fumar y cuando fumaba me volvía violento y una vez hasta le pegué a la mamá de mi hijo. Algo que no creo que sea parte de mis valores, eso lo aprendí ahí, y lo repetí y me arrepiento, pero eso es lo que soy ahora (Patricio, 2014, entrevista).

Este testimonio de Patricio, deja ver al desnudo, la realidad de una identidad marcada por estigmas y etiquetada con los peores epítetos, condenada a perderse en ellos; que marcan la subjetividad de los individuos. Estos individuos son convertidos en sujetos adictos en recuperación. Esta etiqueta no garantiza abstinencia, sino que en ocasiones, exagera el consumo de drogas y los comportamientos vinculados a él

En las sociedades actuales, ser un hombre adicto implica mucho más que la simple etiqueta; más aún en Quito, una ciudad de profundas diferencias que convergen todo el tiempo. Por un lado el discurso religioso profundamente instaurado y validado, así como los principios producidos por el mismo, rituales cotidianos y estructuras sociales y políticas, que estigmatizan el consumo de drogas. Por otro lado, una ciudad en la que la compra, venta y consumo de drogas dejó de ser una actividad oculta, ya hace tiempo y en la cual estas se obtienen con gran facilidad: Esto a pesar de mantener un fuerte estigma social que lo asocia con delitos como el robo, la prostitución, el asesinato, el sicariato, entre otros (Pontón y Rivera, 2013:68).

La familia, desde el modelo tradicional afianzado en el discurso religioso como institución social, política y económica, intenta mantener la trascendencia de estos principios tradicionales generación tras generación. Para hacerlo etiqueta a estos varones como “renglones torcidos” o “equivocados”, sea por deficiencias, porque son “invertidos” o por aberrados, tachando constantemente su masculinidad.

Sin embargo, son cada vez más las familias en las que sus miembros consumen drogas y cada vez más los casos de adicción en ellas. De acuerdo con los datos arrojados

en el tercer estudio realizado por el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (COSEP) en estudiantes universitarios en la ciudad de Quito, al menos un treinta y tres por ciento de ellos, consideran a la marihuana como una droga que se obtiene con facilidad en Quito. Al menos un once por ciento de la población estudiantil quiteña ha consumido algún tipo de droga, que no es el alcohol.

En las vidas de estos hombres, en sus identidades vistas como conflictivas y “equivocadas”, inmersas en relaciones de poder específicas, convergen impactos de distinto índole que van marcando y dando forma a cada una de ellas y a sus conflictos. Identidades en las cuales la sexualidad, el deseo, el placer, la diferencia y la resistencia a la institucionalidad se convierten, a la vez y de forma paradójica, en las aristas básicas de conflicto y de cambio, a través de la estigmatización.

En las trayectorias de consumo de los residentes de este centro de recuperación se analizan los puntos de convergencia y de divergencia de cada uno de estos aspectos y los mecanismos a través de los cuales toman forma y se articulan en la cotidianidad de la vida en familia: El consumo de drogas, las experiencias de la terapia como mecanismo de cambio, crecimiento espiritual y religioso, su confluencia en y con el sistema de disciplinamiento; así como su repercusión en la subjetividad masculina. Para lograrlo discutiré algunos postulados de Freud (1973), Goffman, (1963), Foucault, (2005[1976]) y otros autores.

Para Freud, el instinto sexual es indiferenciado, la energía sexual una pulsión, que motiva al ser humano hacia la satisfacción de sus necesidades y hacia la búsqueda de placer desde tempranas edades. En estas etapas, las formas en que consiguen saciarse estas necesidades están modificadas por la sociedad y la educación. En el caso de algunos hombres, los mecanismos serían invertidos o equivocados porque su objeto de deseo no parece ser el que se esperaría desde la heteronormatividad, una mujer, de ciertas características (como se puede observar en las trayectorias de consumo de drogas de estos hombres). El acceso a estas experiencias entendidas por ellos y su familias como prohibidas se realiza a través del consumo de gran cantidad de drogas (Freud, 1973).

Desde la visión de Goffman (2003 [1963]), la vida es inherente a ella, la construcción de la identidad de las personas que poseen un atributo estigmatizante, en este caso la adicción,

se convierte en un proceso difícil y doloroso. Proceso que además, marca la subjetividad individual masculina (en el caso de los varones) y su posicionamiento en el mundo (visión de víctima). Este atributo da forma a las relaciones sociales entre estos y, los individuos considerados normales, forjando identidades inferiores que sostienen y afirman la superioridad de las identidades hegemónicas. En este mismo proceso las diferencias son interpretadas de cierta manera por los discursos oficiales. Estas son devaluadas e interpretadas como defectos, carencias y/o enfermedades tanto por unos como por otros (Goffman, 2003 [1963]).

Siguiendo los postulados de Goffman sobre la repercusión de un estigma en el moldeamiento de la identidad de la persona y de su entorno; este estigma no afecta únicamente a quien lo posee. Sus efectos trascienden hasta sus familiares más cercanos y amigos íntimos. La mayoría de las veces, estos comparten la otredad de sus familiares, y también la exclusión y los sentimientos de inferioridad, provocados por la vergüenza y la culpa que les genera el estigma. Sin embargo, esta diferencia también puede ser una condición transformadora; ya que al identificarse entre aquellos que poseen la misma condición, se unen y eso les hace sentirse más fuertes, menos vulnerables y apoyados entre sí. Se acompañan unos con otros hablando de los problemas, generados por la presencia del estigma. Esto produce una percepción subjetiva de desarrollo y mejoría continua y, por lo tanto, un mejor auto-concepto, que no necesariamente incide en una modificación identitaria (Goffman, 2003 [1963]), la cual continua afianzando una forma de otredad, para nutrir la hegemonía.

El consumo de drogas se entiende desde la subjetividad de los individuos, sin embargo estos hombres no dejan de estar inmersos en relaciones de poder específicas, que producen estereotipos, modelos e ideales presentes en los imaginarios de los hombres y las mujeres. Estos inciden en las identidades de unos y otros y los vinculan a creencias, acciones, comportamientos, sentimientos y emociones específicos. El cuerpo de los hombres y de las mujeres es el lugar en el que toman forma, generando una relación específica de otredad en la relación que plantea el individuo con los estereotipos. En esta relación las drogas adquieren una importancia inusitada, ya que la masculinidad está vinculada al consumo de drogas y, por tanto, a todo lo anterior.

Este sistema sexo género ha ido desarrollando y afianzando ciertas normas, las cuales continúan gobernando la mayor parte del mundo religioso, los sistemas escolares y los sistemas político-sociales; siendo sus instituciones las que continúan reproduciendo estos modelos. En el caso de los hombres, se basó en la represión de todas las emociones, sobre todo el miedo y cualquier otra condición relacionada con la feminidad; y en contraposición la demostración y actuación de la fuerza y la valentía en el espacio público, a través de la constante exposición del cuerpo a situaciones peligrosas (hooks, 2004).

La aceptación del riesgo, como condición principal de la socialización de un varón, le empuja a la práctica de actividades de peligro, entre ellas: el consumo de drogas. Lo que a su vez marca una diferencia en el nexo que puede tener una mujer con la misma conducta. (Gasteiz, 2008). Todos estos aspectos aprendidos a lo largo de la vida, se asimilan gradualmente desde edades muy tempranas, en la cuna de las familias, constituidas a partir de los principios heteronormativos vigentes.

Este es el preámbulo de las trayectorias de consumo de sustancias de estos cuatro hombres de diferente origen, clase, edad y nacionalidad, que estuvieron en el centro en el que realice mi trabajo de campo. No conversé a profundidad con todos los demás porque algunos de ellos habían dejado de consumir drogas hace pocas semanas y participaron muy poco de las actividades propuestas. Además sus niveles de ansiedad y sus deseos de consumir drogas eran demasiado altos, complicando la comunicación y por ende su participación. En estas condiciones estaban limitados únicamente a escuchar. Otros, en cambio abandonaron el proceso al poco tiempo o simplemente, no quisieron participar.

En ocasiones las condiciones de salud de algunos residentes, recién llegados no permitían su participación. La elección de los cuatros residentes y sus trayectorias de consumo de drogas, de entre los dieciocho participantes, la realicé en función de quienes se habían mostrado más conexos, colaboradores y entusiasmados en hablar de sus vidas y me brindaron un espacio en ellas a través de su participación en mi investigación, en las terapias y en las actividades en general. Estas características resultan comunes a los residentes más antiguos.

En el contexto latinoamericano, el consumo de alcohol hasta alcanzar la borrachera; y en algunos casos de otras drogas y ligados al sexo pagado, constituye uno de los rituales

que marcan el abandono de la niñez y el paso a la adultez. Estos episodios suceden en la adolescencia, entre pares, como un símbolo de separación con el espacio privado y la familia. Implica además transgredir su sistema de reglas. Simbólicamente todo esto es parte de esta transición que los convierte en hombres. (Fuller et al., 2012:54-56).

Por su lado, las familias en esta etapa de la vida de los varones, se muestran tolerantes y permisivas con sus hijos, asumen estos sucesos como parte del mismo proceso de transición. Sin embargo, de continuar estos comportamientos hasta la edad adulta y exacerbarse como sucede en el caso de la adicción, representan una preocupación para ellas y desprestigio para los varones en el espacio público.

Las vidas de estos hombres son vidas inscritas en las divisiones del mundo social, en las relaciones sociales de dominio y explotación dadas entre los sexos y en las mentes, en forma de principios de división, que clasifican tanto las cosas en el mundo como las prácticas, que serán realizadas por unos y otros (Bourdieu, 2000 [1998]). Si el consumo de drogas es visto como parte de comportamientos y rituales inmersos en estas relaciones y prácticas, tiene muchos significados que están enmarcados en un *habitus* determinado que los define.

Se entiende, entonces que: no son las mismas las presiones a las que están sujetos los hombres de clases más populares y sin estudios que aquellas que someten a los hombres de clases medias y más estudiadas. En ambos casos el consumo de alcohol implica una separación con lo femenino y una manera de buscar un lugar en el espacio público, en la adolescencia. Sin embargo, para los primeros este comportamiento puede seguir siendo importante en la adultez, en tanto símbolo de virilidad. Para los segundos, el mantener el hábito de consumir alcohol u otras drogas consuetudinariamente, después de la adolescencia, o del matrimonio (otro acto simbólico de ser adulto) puede interpretarse como vergonzoso; tanto para él como para su familia y un punto que le merma masculinidad. (Fuller et al., 2012:55-56). En este centro convergen estas realidades, si bien la mayoría de los residentes son jóvenes de clase media, y media alta, algunos son de estratos más populares.

Las cuatro trayectorias de consumo de drogas que siguen a continuación y sus protagonistas tienen mucho que mostrar. Las conversaciones y entrevistas a profundidad y

semi estructurada de estos cuatro residentes: Martín, Rodrigo, José y Fernando permiten conocer detalladamente aspectos muy particulares del tratamiento. También se pueden entender sus vidas así como los conflictos y crisis que aparecen durante el tratamiento y como estos hombres los han ido transitando.

Entre la paternidad, las drogas y la religión: la historia de vida de Martín

Martín (2014, entrevista) es quiteño de casi 27 años, de clase media. Está casado con Claudia y es padre de un niño de 2 años. Egresó de la carrera de Odontología pocos meses antes de ingresar al centro. Considera que su adicción a las drogas, le llevó a internarse en el centro. “Mi vida, antes de ingresar acá estaba hecha un desastre, estaba consumiendo full drogas, era full agresivo y mentiroso” (Martín, 2014, entrevista). La relación con sus padres era muy conflictiva. “Una vez, un par de días antes de que me internen, yo estaba bien loco, le pegué a mi papá y luego yo primero estaba resentido” (Martín, 2014, entrevista).

Los padres de Martín, después de que su hijo menor Pedro, también adicto, ya pasase por un proceso similar, estaban muy preocupados con lo que estaba sucediendo con su otro hijo. Después de este evento se decidieron a internarlo. Por otro lado, la relación con Claudia, su esposa, también iba de mal en peor. Este fue otro factor que pesó para que la decisión familiar de internarlo sea radical. “Como yo estaba tan crónico, mi esposa se fue con mi hijo varias veces de la casa, a la casa de su mamá. Ya era imposible vivir conmigo, yo desaparecía varios días, me empecé a robar las cosas y ella me tenía miedo” (Martín, 2014, entrevista). También comenta que cuando la persona está en adicción activa, manipula mucho. “De todas formas, yo esperaba que pasen unos días para irle a ver y le manipulaba para que regrese a la casa y ella me acababa creyendo, regresaba y yo al poco tiempo volvía a lo mismo” (Martín, 2014, entrevista).

Después de algunas conversaciones informales y de asistir a algunas terapias grupales e individuales, Martín desarrolló confianza y explica detalladamente la dinámica de su familia, comparte que su sistema era muy organizado y religioso. “Mis papás son Testigos de Jehová, ellos son bien religiosos, nunca celebran la navidad, ni los cumpleaños ni nada de esas cosas, ellos se apegan mucho a lo moral de la iglesia (...) ahí la sexualidad es un tabú” (Martín, 2014, entrevista). La familia de Martín cree que el acto sexual solo

debe tener un fin reproductivo, no puede estar vinculado al placer porque eso no le gusta a Jehová.

Freud (1973), sostiene que el placer erótico, la sexualidad y las funciones de supervivencia son inherentes a la naturaleza humana y por tanto, experimentadas desde edades muy tempranas. Martín (2014, entrevista), comenta con cierto recelo que bajo efectos de drogas vivía experiencias sexuales muy densas, que jamás estarían dentro de los parámetros religiosos de su familia (posteriormente explica cuáles son estas). Su padre, siempre ha sido el proveedor y representante de la familia en el ámbito público. Como familia han transitado por crisis económicas, pero siempre su padre ha respondido de manera muy responsable, en cambio él sentía que no había podido cumplir ese rol a cabalidad. “El sí respondía como un hombre de verdad”, no como yo que me gastaba todo lo que ganaba en drogas. Ya cuando me embalaba, no me importaba nada y si tenía plata me gastaba todo en basuco” (Martín, 2014, entrevista).

De su madre compartió que ella siempre estuvo ligada al ámbito privado, involucrada en las actividades de cuidado, también legitimadas por un discurso religioso fuertemente sexista, vetada del ámbito público. “Mi mamá depende mucho de mi papá, ella si le quiere, pero siempre hace lo que él le dice, es que nunca ha trabajado, mi papá no le pega ni nada, él no hace eso, pero igual mi mami como que le tiene miedo.

La madre de Martín desde que se casó nunca ha trabajado fuera de casa, económicamente depende de los ingresos de su esposo. “Ellos creen que la mujer debe cuidar del hogar y de los hijos” (Martín, 2014, entrevista). De los tres hijos procreados por Josué, el padre y María, la madre, Martín y Pedro, adultos jóvenes, son adictos. Desde la adolescencia, presentaron dificultades a nivel comportamental, vinculadas al consumo de drogas y a parámetros de masculinidad relacionados con la invencibilidad e inmortalidad, que se traducen hasta la actualidad en conductas que exponen al cuerpo continuamente a situaciones peligrosas y/o degradantes, o simplemente de descuido y negligencia (Gasteiz, 2008). “Cuando estoy drogado, me pongo full agresivo y ando buscando pleito a todo el mundo, hasta que me entra la paranoia (síntoma muy frecuente en la intoxicación de cocaína) y me quedo tieso y asustándote y no quiero salir” (Martín, 2014, entrevista)

El complejo entramado que se produce a nivel subjetivo en el entrecruzamiento de la doctrina religiosa, los principios inmersos en la dinámica familiar y las huellas que resultan de las experiencias placenteras es complejo. Estas últimas son consideradas por estos hombres como prohibidas. Entonces las transitan bajo efecto de drogas, provocando un proceso conflictivo que marca a los individuos. Una lucha constante por reproducir cualidades adscritas a la masculinidad a partir de la comparación de ellos con determinados estereotipos y la vivencia a la sombra de experiencias, que subjetivamente los alejan de estos. El resultado son interacciones contradictorias y frustrantes entre hombres y mujeres reales. Sus vidas distan de estos estereotipos, su búsqueda por emularlos implica costes y exigencias enormes para ambos, (Gasteiz, 2008) además de mucho sufrimiento.

Al mes de agosto, Martín lleva aproximadamente ocho meses de tratamiento.⁸ Él compartió que tiempo antes de su ingreso, fue obligado a casarse con Claudia, su esposa, después de que esta se embarazara de su pequeño hijo, Matías. “Yo nunca estuve seguro de que ella sea la persona de mi vida, porque no me gusta físicamente mucho, pero, como ya nació el Matías, ya tocó” (Martín, 2014, entrevista). Para él, Claudia no cumple con las cualidades físicas que quería que tenga su esposa. “A mí me gustan las mujeres blancas rubias, que tengan senos grandes, una cinturita y nalgas grandes; y ella no es así, pero... nos llevamos bien” (Martín, 2014, entrevista).

Claudia fue compañera de aula de Martín en la Universidad. En el inicio eran buenos amigos, compartían tareas y espacios de esparcimiento. A los dos les gustaba consumir alcohol el fin de semana. “Yo al comienzo no le veía muy atractiva, es más no me gustaba, pero luego ya me fue cayendo bien, porque es full buen dato y después de un tiempo medio largo, recién tuvimos relaciones sexuales” (Martín, 2014, entrevista).

Para él, ella no era más que una “aventura” en el inicio, “un vacile, una amiga con derechos” (Martín, 2014, entrevista). Cuando se casó, explica que no había pensado en el matrimonio como una opción en ese momento de su vida pero, por sus creencias religiosas

⁸ (De acuerdo con lo dispuesto en el reglamento 767 el tiempo mínimo de internamiento es de 6 meses y el máximo de 24 meses, en el caso los Centros de Recuperación). Este joven ha consumido varias drogas, fármacos, cocaína, marihuana, alcohol, y más, desde inicios la adolescencia. Egresó de Odontología, la misma carrera universitaria de su padre, poco antes de ingresar al centro.

y las de su familia, el aborto tampoco era una opción. Entonces la única posibilidad que le quedó fue casarse.

Martín se cuestiona constantemente por su decisión “Yo pienso que por mi hijo Matías vale la pena seguir casado a pesar de todo” (Martín, 2014, entrevista). Comenta que le siguen gustando las fiestas y otros espacios sociales de consumo habitual de alcohol y otras drogas. No dejó de frecuentar estos espacios, tampoco dejó de consumirlas, ni de perderse noches enteras para encerrarse solitario en hoteles con el fin de usar drogas, específicamente cocaína y bazuco (base de cocaína), después de casarse. “Yo me sabía pasar días enteros en unos cuartos de unos hoteles medio densos, es que me cogían unas “triquis” (otra forma de llamar a las paranoias) bien *heavies*” (Martín, 2014, entrevista).

Para Martín (2014, entrevista), su padre es un hombre recto, severo y ortodoxo, goza de cierto reconocimiento y prestigio por su labor como odontólogo, profesión que le ha permitido sustentar las necesidades de su familia. Actualmente paga los tratamientos de sus hijos mayores Martín y Pedro y asumir algunas consecuencias económicas que ha dejado la adicción de ambos. Josué asiste con rigurosidad a las sesiones terapéuticas que la institución ofrece los días sábados, para los familiares de los residentes.

Martín es desconfiado y poco empático, veladamente me compartió que está resentido con su padre. “Es que a mi papá siempre le he visto como un perdedor porque no tiene billete y me puso en un colegio fiscal y en la Central, yo hubiera querido ir a la Cato, pero ya pues” (Martín, 2014, entrevista). También me comentó de la antipatía que su abuela materna le tiene a su padre y los comentarios que hacía de él. “Mi abuelita siempre me decía que él es la vergüenza de la familia y que no le merece a mi mami, porque ella es blanca y en cambio él es moreno. Me decía que yo debo sentirme bien porque soy blanco como mi mami, que por suerte no me parezco a mi papi” (Martín, 2014, entrevista).

Con frecuencia Martín piensa que la gente tiene ‘bajo la manga segundas intenciones’. “Siempre creo que mis compañeros me quieren hacer daño o que están hablando mal de mí, o que me critican por ser “chiro” (Martín, 2014, entrevista). Él está diagnosticado con lo que en la Psiquiatría y en el Manual de Clasificación de Enfermedades (CIE 10, 2013[1992]) se conoce como “personalidad paranoide” Martín cuestiona el sistema disciplinario y terapéutico del centro constantemente. Con mucha desconfianza y

en voz baja, me contó que, está convencido de que ya tenía que haber recibido el alta y que su estancia en la institución ya no le aporta en ningún sentido (Martín, 2014 entrevista).

Martín comenta que él al igual que su familia, él considera que los hombres, para ser “bien hombrecitos” no tienen que ser llorones, delicados, débiles, afectuosos o expresivos.

Estas cualidades son propias y exclusivas de las mujeres. En cambio, lo que imprime la marca de una masculinidad correcta, además de la piel blanca y el tener billete, es la capacidad de tener varias mujeres y dirigir la casa: ser trabajador, exitoso, responsable y cumplir con las necesidades económicas de la familia. Nosotros somos superiores a las mujeres. Las mujeres, en cambio, tienen que ser sumisas. Deben seguir al marido a donde sea y hacer lo que él pida. Ellas deben estar al cuidado de la casa y de los hijos, ser cariñosas, delicadas y femeninas. (Martín, 2014 entrevista)

Para Martín (2014, entrevista), la sexualidad es un tema tabú del que nunca habló con sus padres, además es motivo de vergüenza. Comparte que para él, la familia no es el espacio adecuado para abordar el tema. Desde la concepción religiosa que profesan sus padres, ellos son Testigos de Jehová, las relaciones sexuales, deben ser siempre entre un hombre y una mujer, tienen como único fin la procreación y las únicas partes del cuerpo que se involucran son el pene y la vagina. El contacto corporal es restringido. “Para mí, antes de ingresar al centro y para mis padres las relaciones homosexuales son aberraciones y ofenden a Jehová, porque van en contra de la naturaleza “hombre- mujer” dispuesto por él” (Martín, 2014, entrevista). La heteronormatividad es la única verdad y medida de normalidad para esta familia, y no es cuestionable bajo ningún punto de vista.

Los roles de género, en este sentido, se estructuran en un proceso de aprendizaje complejo que inicia antes del nacimiento, condicionando fuertemente a los individuos; y sobre el que se construyen bases importantes de la identidad personal, misma que, en lo posterior, permite interiorizar, comprender y aceptar las normas y valores colectivos de convivencia. A su vez, presiona a los individuos a cumplir expectativas universales; a quienes lo hacen, los premia; y a quienes se distancian, los castiga, excluyéndolos como en el caso de Martín (Gasteiz, 2008), quien se sentía que no pertenecía a ninguna parte.

Martín (2014, entrevista), me comentó que nunca ha sentido confianza para hablar de sus sentimientos con sus padres, de su gusto por otros hombres o por travestirse. Tampoco del placer que siente cuando se masturba compulsivamente, o cuando utiliza objetos femeninos para excitarse y llegar al orgasmo. El diálogo entre él y sus padres

siempre ha sido restringido. Tampoco pensó que en el centro iba a hablar de esto. “Esto para mí era una aberración y yo pensaba que Diosito me iba a castigar y me iba a mandar al infierno por pecador. Estas cosas para mí eran un gran secreto que yo guardaba bajo siete llaves” (Martín, 2014, entrevista). Estas experiencias al ser interpretadas desde sus creencias religiosas, le hicieron pensarse y verse en un momento dado como una persona inferior a los demás y esto afianzó una identidad deteriorada. Posiblemente dando paso al inicio o afianzando una carrera moral en Martín (Goffman, 2003 [1963]).

Este proceso produce una subjetividad reprimida, que intenta negar las pulsiones instintivas y sus expresiones; paradójicamente, necesita constantemente liberarlas. Así Martín accede a través de las drogas a espacios en donde puede vivir su homosexualidad y el placer que esta y el travestismo le producen. Todo esto sin sentir la culpa y el peso del dogma religioso y sus creencias, que sin ellas le persiguen todo el tiempo. Estas creencias tachan todo esto como “prohibido” y, por lo tanto, convierten a quienes lo experimentan, exhiben, tienen o practican, en individuos moralmente inferiores (Foucault, 2005 [1976]).

En la adolescencia, muchas cosas cambiaron para Martín, el alcohol, la marihuana, la cocaína, la base, el cemento de contacto y luego los fármacos marcaron su vida. Estuvo de “fiesta en fiesta” y gastó mucho tiempo en la calle drogándose.

Yo recuerdo que empecé a mentir, robar, manipular, extorsionar, desaparecer de la casa por varios días para llegar demacrado y agresivo, en ocasiones con residuos de maquillaje de mujer, sobre todo labial. En estas circunstancias, mis padres sufrían mucho por mi comportamiento. De inicio, ellos no sabían que yo consumía otras drogas además del alcohol, y cuando lo descubrieron se sintieron muy decepcionados y avergonzados de mí, no supieron que hacer (Martín, 2014, entrevista).

Cada vez sus experiencias provocaban mayores y más profundos niveles de vergüenza y culpa en su familia y en sí mismo. Buscó muchas maneras de ocultar su consumo de drogas a su familia sin lograrlo. Su carrera moral continuaba en picada y, con ella, su estigmatización, que cada día era mayor. Ya adulto, Martín continuó consumiendo muchas drogas a diario y en grandes cantidades, tenía problemas graves con sus padres. Su madre llegó a tenerle miedo cuando llegaba bajo efectos de cualquier droga y se ponía agresivo frente al mínimo estímulo. Su situación vital parecía complicarse cada día más, mientras el consumo de drogas aumentaba vertiginosamente.

Martín, comparte también que, estuvo inmerso en aventuras y relaciones afectivas de varios tipos y con muchas personas. Algunas más significativas que otras y muchas que solo consideró “vaciles”. Sin embargo, las experiencias más placenteras estaban vinculadas a la relación erótica e íntima que tenía con su propio cuerpo. Ya vestido con ropa y accesorios para mujeres, como objeto de deseo, pero, además, maquillado, buscaba con vehemencia verse muy femenino y sentirse una mujer.

En el travestismo, existe un rompimiento del orden de género dado. El vestir es un acto comunicativo, un lenguaje que funciona dentro de una sintaxis y un sistema de normas en el que a cada prenda se le atribuye un significado específico y variable en función de las circunstancias. Adicionalmente, como símbolo, el vestuario masculino es entendido a nivel social como el referente externo de dominio del hombre (Páez, 2010). El travestismo implica entonces sobrepasar los límites de identidad de género (Mirizio, 2003:139, citado en Páez, 2010:31). Es romper la cotidianidad entre el sistema de moda y el sexo y por tanto el significado simbólico que este tiene en función del poder de los hombres.

El travestismo y el transexualismo otorgan un lugar importante a lo simbólico, demostrando que el género no es estático. Rompen, confunden y desestabilizan el orden de género establecido. En Quito, las mujeres no son muy tolerantes frente a los travestis, consecuentemente, no son considerados sujetos de derechos (Páez, 2010:32). Esta posibilidad de ser anulado de alguna manera a nivel social y/o de ser una alteridad social genera una presión fuerte en algunos hombres.

Martín que ha reprimido tal actitud por años, para luego vivirlo en un momento de desinhibición provocada por el efecto de drogas. Sin embargo, al romper con lo establecido se genera angustia, sentimientos negativos e incomodidad. Entonces la persona vive la situación en secreto para no perder el espacio de poder que genera el ceñirse a los parámetros heteronormativos, aunque esto implique, negar la humanidad. La permisibilidad social hacia identidades móviles o diversas pondría en juego la perpetuación del sistema de poder, sus modelos y los valores a ellos adscritos (Páez, 2010:33).

Cuando yo estaba drogado y encerrado en cualquier hotel barato de La Mariscal o sus alrededores, me masturbaba una y otra vez, me veía en el espejo repetidamente y utilizaba interiores de mujeres como fetiches. Esto me resultaba tan placentero que buscaba vivirlo siempre. (...) Solo con *full* bazuco podía hacer esas cosas en los

hoteles, por eso yo sé que una dosis de base y yo me embalo y me voy directo a un hotel a hacerme pedazos, porque yo soy bien embalado consumiéndolo y me voy quedando tres días metido ahí, y luego me da la “triqui” y termino hecho pedazos (Martín, 2014, entrevista).

Al parecer, el deseo y la búsqueda de placer se desbordaban con el consumo de drogas, específicamente, con cocaína; Acompañadas de creencias, que son difíciles de cambiar y/o ser sustituidas, pero que, además, producen y legitiman comportamientos (Beck et al., 1999 [1984]). Al ser tamizadas o entendidas a partir de interpretaciones religiosas y/o dogmáticas, le generaban culpa y mucha ansiedad, que solo desaparecía con la ingestión de drogas.

En esta forma de vivir caótica, como Martín llamó a todas las experiencias por las que transitó; conoció a su esposa, con quien tuvo un hijo, Matías. Al hablar de este tema y de las condiciones en las que sucedió el romance y luego el matrimonio, Martín tiende a evadirlo, sobre todo, en un primer momento. Sin embargo, cuando entra en confianza (cuestión difícil en él), deja ver muchas dudas: unas relacionadas con conflictos subjetivos personales y otras relacionadas con conflictos de identidad masculina. “Yo no sé, me sigo sintiendo marica, porque sigo enganchado a estas vivencias de los hoteles y de ley para vivir eso yo tengo que drogarme; y yo estoy consciente que si yo me drogo todo se va al carajo” (Martín, 2014, entrevista).

Esta identidad, que se construye a través del proceso enseñanza- aprendizaje y que busca reprimir y/o negar aquello que está vinculado con lo femenino. Un hombre, desde esta perspectiva, debe convencer de que no es mujer y no es homosexual, como el equivalente a ser hombre, y lo debe hacer en el espacio público, vinculado también y de manera tradicional con lo masculino (Badinter, 1993 [1992]). Martín veladamente, deja saber que no está seguro de que su esposa sea la persona de su vida. No es la rubia despampanante, alta, curvilínea, adinerada y atrevida sexualmente, que él buscó siempre. La quiere dice, pero no la desea.

A veces, no me gusta y no me quiero acostar con ella, no me nace tener relaciones, le veo gordita y las guatitas y pienso en lo otro lo que pasa en el hotel y me dan ganas de fumar y perderme una noche para ir detrás de un travesti o para yo vestirme de mujer, me gusta verme en el espejo vestido con ropa de mujer. Es bien loco lo que yo pienso pero después digo no, no seas bestia y me pongo a trotar, o a escribir como me han

enseñado en el centro y luego ya se me van esas imágenes y me siento más tranquilo (Martín, 2014, entrevista).

Claudia y Martín están intentando sacar adelante un matrimonio que trae inconformidades y, a la vez, afectos y afinidades, desconfianzas y dolores. También trae esperanzas y planes que emergen y convergen en sus condiciones culturales, sociales, económicas y étnicas similares; así como en sus complejos de clase, estéticos y otros, que cada cual compensa, exagerando, aparentando o comprando ropa en el Ipiales que tengan marcas famosas y caras, intentando todo el tiempo verse “aniñados”. En esta dinámica de apariencias, Martín, también se empeñó en “hacer bien las cosas” consumiendo drogas, pero no le fue posible, intentó dejarlas varias veces, buscó ser buen padre y buen hijo sin lograrlo.

Cuando yo estaba tomado por mi *adicción*, yo era muy violento, grosero, prepotente; me resentía con la gente, creía que ellos eran los culpables de mis problemas, hacía escándalos cuando estaba drogado. Me gustaba manipularme mis genitales y el ano. Pero esto me daba full vergüenza y me sentía maricón, sobre todo en el chuchaqui. Después de una jornada de consumo, luego me sentía full mal, pensaba (Martín, 2014, entrevista).

Martín llega al centro totalmente auto-engañado acerca de su proceder, el proceso de concientización (darse cuenta de la dimensión del impacto del consumo de drogas en su vida y en la de otros) le toma algunos meses. Algunas de sus creencias, consideradas problemáticas y/o facilitadoras del consumo de drogas, hasta el momento en el que Martín participa en la investigación, se mantienen intactas. La mayoría guardan relación con la sexualidad, su marco de normas y como estas normas aprendidas, rigen su comportamiento, dificultando a este joven salir de los estereotipos y encontrarse con su humanidad, aquella que es masculina también femenina y que de no aceptarla tendrá que vivirla bajo efecto de drogas.

Una masculinidad marcada por la violencia: la vida de Rodrigo

Rodrigo (2014, entrevista) tiene 21 años y es uno de los residentes más antiguos del centro, al momento en que se realiza la investigación. Este joven que, para ingresar al centro, había abortado dos intentos de hacer carreras universitarias, presentaba además, serias dificultades adaptativas y problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, que

venía teniendo desde la niñez. “Mis padres no sabían que hacer conmigo, habíamos peregrinado por las consultas de varios psicólogos y psiquiatras, buscando una solución a mi problema, sin lograr nada” (Rodrigo, 2014, entrevista).

En los tratamientos de tipo residencial, no se observa el control, el consumo esporádico o la disminución de ingesta de una droga como soluciones posibles, únicamente la abstinencia total y definitiva. Cualquier tipo de ingesta de drogas, por mínima que sea, es considerada una “recaída” (consumo de una o más drogas que se da después de un periodo de tiempo considerable en el que no se ha consumido).

La historia de Rodrigo expone la violencia cíclica que han transitado él y su familia, alrededor del alcohol. Esta dinámica generadora de dolor, resentimientos y dependencias, es el resultado de la instauración y afianzamiento de una estructura sexista. En ella se entretajan las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, en los ámbitos social, económico, religioso y político. También creencias misóginas generadoras de actos agresivos, como expresión de la agresividad estructural y sistémica que se ejerce sobre quienes son considerados más débiles e inferiores; las mujeres y los niños (Peixoto, 2010).

Se suma a lo anterior un proceso de socialización que permite y legitima todos y cada uno de los rituales que involucran el fenómeno de la violencia en la familia y su establecimiento como, el símbolo más brutal de desigualdad social. La violencia como fenómeno que se apodera y convive con los miembros de las familias a nivel de las acciones, las creencias, la vida sexual y social de la pareja y la paternidad es progresiva y profundamente dañina para todos: para quien agrede, para quien es agredido y para quienes observan esta dinámica. Este fenómeno impacta profundamente en el proceso de construcción de la identidad masculina y su necesidad constante de afirmación y reafirmación.

Lagarde (2006 [1993]) considera que la subjetividad se estructura a partir del lugar que ocupa el sujeto en la sociedad y se organiza en torno a formas específicas de percibir, de sentir, de racionalizar, de abstraer y de accionar la realidad. Esta se expresa en comportamientos, actitudes y acciones del sujeto, en cumplimiento de su ser social. En el

caso de la violencia, este genera un impacto en quien la vive y las huellas dejadas, tendrán un lugar en el cuerpo y en las relaciones sociales.

La práctica cotidiana de la violencia en ciertos hombres sobre ciertas mujeres pone en evidencia la relación peculiar entre las subjetividades masculina y femenina y la concepción de sus cuerpos, como instrumentos de afianzamiento de las relaciones establecidas, a través de las estructuras sociales de poder. Los cuerpos de los hombres como instrumentos de abuso; en tanto, los cuerpos de las mujeres, como espacios de sometimiento y control (Gasteiz, 2008). En este proceso, el sufrimiento y el miedo son utilizados como mecanismos de dominación y la embriaguez como el canal que permite su práctica, mediante acciones violentas. El alcohol, al ser un depresor del sistema nervioso, desinhibe los impulsos paulatinamente, anula la voluntad y la consciencia al menos de forma parcial y transitoria.

Con estos antecedentes llega Rodrigo al centro. Su padre es médico y su madre odontóloga, ambos habían migrado a una ciudad del oriente ecuatoriano en su juventud. Ellos decidieron, después de su experiencia como profesionales rurales, radicarse en dicha ciudad. Rodrigo es el segundo de dos hermanos varones, producto de este matrimonio. “Mi mamá me cuenta que cuando yo nací, ella estaba en Ambato en compañía de mis abuelitos. Mi padre nunca estaba en estas cosas que para mi mami eran importantes, eso a mi mamá pues le duele mucho” (Rodrigo, 2014, entrevista). Para el padre de Rodrigo, las actividades de cuidado no eran cosa de hombres, de eso solo debía ocuparse la madre de Rodrigo.

Rodrigo (2014, entrevista), recuerda de su padre que, sus prioridades en la juventud eran sus amantes, sus amigos y sus reuniones, en las cuales el alcohol siempre estaba presente. Rememora con vergüenza, las ocasiones en que sus amigos y conocidos comentaban que, habían visto a su padre entrando o saliendo de prostíbulos cercanos. También recuerda que, le comentaban de los romances y amoríos de este último con auxiliares, enfermeras y mujeres en general.

La situación era tan difícil que mi madre, cuando estaba embarazada de mí, fue contagiada de una enfermedad venérea por mi padre y yo por esta situación nací por cesárea. La gente comentaba que mi padre estaba saliendo con esta, con aquella, o con

algunas mujeres; mientras mi mamá lloraba en la casa, con frecuencia avergonzada y decía que ya se iba a separar, pero nunca se separó y nada, seguía con mi padre a pesar de que él como llegaba borracho todos los fines de semana le pegaba full (Rodrigo, 2014, entrevista).

La madre de Rodrigo se había separado de su familia de origen desde que se casó. Sus padres nunca estuvieron de acuerdo con su matrimonio. “Mi mamá estaba aislada, confundida y se sentía sola, ella lloraba mucho, y sufría mucho también” (Rodrigo, 2014, entrevista). Así pasaron varios años, hasta que los niveles de violencia física de alguna manera menguaron. Rodrigo hace memoria de los conflictos de sus padres con tristeza, a veces llora en las terapias individuales y en las sesiones grupales. “Yo tengo malos recuerdos de mi padre, era muy impulsivo y violento. También me acuerdo de los golpes y las palizas que le propinaba a semana seguida a mi madre, y como ella nos llevaba desesperada a la casa de unos vecinos” (Rodrigo, 2014, entrevista).

Rodrigo (2014, entrevista) comenta con tristeza y a veces llorando que a pesar de todo, su madre nunca puso fin a esta situación y que los golpes, los insultos, la desconfianza y el temor se convirtieron en una constante para todos. Así transcurrió la vida de este hombre hasta la adolescencia, etapa de la vida en la que su adicción al alcohol se hizo evidente. Su padre con el paso del tiempo, al parecer impactado y atacado por fuertes sentimientos de culpa más que de responsabilidad, decidió en un momento dado, disminuir radicalmente su ingesta de alcohol.

Yo creo que como yo llegaba borracho y a veces me quedaba botado por ahí y amanecía sin acordarme lo que pasó, mi padre disminuyó bastante su forma de tomar, pero no dejó el trago del todo. La relación entre mis padres mejoró en algo, pero solo superficialmente. Cuando pelean, que es seguido, mi madre siempre le recuerda a mi padre todo lo que le hizo. (Rodrigo, 2014, entrevista).

El sistema familiar de Roberto vive un círculo vicioso poco saludable, del que sus miembros parecen no poder salir. La relación entre Rodrigo y su padre, en la niñez, también estuvo marcada por la violencia, la frialdad y el temor. Rodrigo, en el centro no expresaba sus sentimientos, ni cariño, ni dulzura, tampoco tristeza o dolor. La indiferencia era la marca de su rostro la mayoría del tiempo, misma que coexistía con agresividad extra e intra-punitiva.

Mi padre frecuentemente, me pegaba y me insultaba, sobre todo cuando me ayudaba a hacer mis tareas, yo llegué a sentir odio por él. En más de una ocasión quise que mi padre se muera, que se accidente en alguna de sus frecuentes borracheras y que no regrese a casa, para así dejar de sufrir. A veces, me defecaba en los pantalones y mi padre me restregaba en la cara mis excrementos. Cuando era pequeño, mi padre me daba mucho miedo, luego, ya más grande le repudiaba por la forma en la que me trataba. Pero también llegué a resentirme mucho con mi madre, porque siempre decía que ya, que era la última vez, para luego, otra vez, albergar esperanzas, y perdonar a mi padre y continuar la relación. Pero la violencia seguía y se apoderaba cada vez más de la vida de todos en la casa, sobre todo de la mía, porque así sentía yo (Rodrigo, 2014 entrevista).

Rodrigo comenta con la cabeza baja y evadiendo la mirada que estas experiencias fueron marcando su vida. Una masculinidad que denigra lo femenino y sobajaba a las mujeres, convirtiéndolas en objetos de distinto pero, siempre, muy bajo valor; que condenaba la expresión de sentimientos y el llanto. Legitimando la violencia de género, el consumo de alcohol y las relaciones con muchas mujeres. Todo esto, como evidencia de la supremacía masculina en el espacio de lo público, desde una identidad masculina, disminuida desde la niñez (Gilmore, 1990), que se construya sobre la base de un auto-concepto pobre.

En la familia extendida del padre de Rodrigo, el consumo de alcohol es una tradición y una costumbre que se afianza en las creencias de que un borracho es más hombre y más interesante. El consumo de alcohol está vinculado con el éxito económico y profesional: a mayor éxito, mejor trago, más costoso, de mejor marca.

Cuando la masculinidad intenta responder a presiones heteronormativas, masculinidades subordinadas: la vida de José

José (2014, entrevista), es un hombre de 25 años, que egresó de la carrera de Abogacía, antes de ingresar en este centro de recuperación, por iniciativa de sus padres. Nació en Quito, es el primer hijo de una familia muy católica y conservadora, estudió en uno de los colegios más ortodoxos de la ciudad de Quito. La familia de José actualmente goza de una buena posición económica. Esto después de superar circunstancias económicas difíciles que se presentaron en el inicio y como consecuencia de un embarazo no planificado.

José me compartió en una de las entrevistas a profundidad y en algunas conversaciones informales que tuvimos, varios aspectos de su vida y su familia. “Para mis padres la homosexualidad está vista como un pecado, y los homosexuales como depravados. Ellos no pueden entender a los hombres y a las mujeres si no es casados, teniendo una familia, hijos y esas cosas” (José, 2014, entrevista).

Para los padres de José los hombres y las mujeres deben vivir dentro de los parámetros heteronormativos. La heteronormatividad es asumida por la familia de José como norma social y moral a seguir y las instituciones, a través de las cuales toma forma en la sociedad y el sistema productivo son asumidas como las rectoras y modeladoras absolutas de las subjetividades. Los miembros del sistema familiar son muy reticentes a opciones o caminos diferentes a los establecidos, en lo relacionado con la sexualidad. Una interpretación del mundo rígida, muy enmarcada en el pensamiento androcéntrico que divide las cosas en un sistema de opuestos que excluyen lo uno de lo otro. Desde esta lógica, lo femenino excluye lo masculino y viceversa (Bourdieu, 2000 [1998]).

“A mí me gustan los hombres y esto para mí antes de ingresar a este centro me conflictuaba un montón. Yo me sentía que era muy depravado. Hice muchas cosas para que me dejen de gustar los hombres, porque sentía mucha culpa” (José, 2014, entrevista). Para José, (2014, entrevista) sus vivencias y fantasías sexuales con hombres le provocaban un dilema moral y religioso constante. Esto le angustiaba, también lo hacía su consumo de drogas que incrementaba paulatinamente; Sin embargo, todo esto le mortificaba menos que la posibilidad de que sus padres se enteren de su homosexualidad y su vida oculta.

La marihuana es para este joven, su droga predilecta. “Yo empecé a consumir marihuana desde que era chamo y me enganché rápido, es que en esa época yo me sentía muy confundido por lo que me pasaba, porque ya me gustaban los hombres y no era eso lo que había aprendido en mi familia” (José, 2014, entrevista). Ya en este momento de la vida, a José le atraían los cuerpos masculinos y más si estos le daban la sensación de mucha juventud, virilidad y fragilidad a la vez. Le gustaban los genitales de los hombres y la

pornografía homosexual, la cual se fue haciendo obsesiva y compulsiva con el tiempo y el uso creciente de drogas (José, 2014, entrevista).

La primera droga con la que José tiene contacto, al igual que un número importante de residentes de Segunda Oportunidad, es el alcohol y, luego con la marihuana. “Las experiencias con marihuana me engancharon mucho, hasta ahora creo que hay muchas cosas que serían mucho más bacanas con hierba” (José, 2014, entrevista). Desde las primeras veces, la marihuana provocó en José, una sensación, similar a la de un flechazo amoroso. “Desde la primera vez la experiencia fue como amor a primera vista. Cuando consumía marihuana ya no sentía sentimientos de culpa por lo que estaba viviendo. Las experiencias sexuales con hombres, de las cuales disfrutaba mucho, ya no me hacían sentir una escoria, como cuando estaba en juicio” (José, 2014, entrevista).

Bajo el efecto de drogas, muchas prácticas sexuales eran permitidas, muchas fantasías homosexuales podían convertirse en realidad, para este hombre. La pornografía, que por sí misma genera placer, bajo el efecto de drogas se convertía para José (2014, entrevista) en una experiencia alucinante. Así, también la vergüenza de asistir a lugares gay, dejaba de pesar y él era capaz de hacerlo y de forma continuada. En juicio no se hubiera atrevido.

Durante el periodo de intoxicación todo parece fácil, los problemas se van con el humo de cada dosis; mientras en la oscuridad de la noche, las experiencias sexuales se viven intensamente y sin remordimientos, claro mientras te dura el efecto de la dosis. Al siguiente día, yo sabía que debía consumir más drogas para evitarme el “chuchaqui” moral que venía cuando me acordaba de lo que había pasado la noche anterior. Las imágenes que se me venían eran como látigos que me golpean sin cesar y entonces yo, desesperado, volvía una y otra vez a consumir marihuana para dejar de sentirme así. Bajo su efecto, me sumergía en un mundo secreto y placentero que duraba hasta que se acababa la última dosis de la noche (José, 2014, entrevista).

José, a los 17 años, en su búsqueda por ser como los demás y sin saber si era mejor reprimir o cambiar sus impulsos sexuales que él consideraba inmorales, decidió ser miembro del *Opus Dei*. Intentó de esta manera someter a su cuerpo sin lograrlo del todo. “Viví una vida sexual secreta, vinculada a las drogas durante el tiempo de la universidad. Sentía culpa y vergüenza todo el tiempo. Esto me llevó a aislarme, me sentía muy sucio, me

odiaba. Llegué a sentirme indigno de ser hijo de Dios y a reprocharlo por haberme hecho gay. Yo me veía como torcido” (José, 2014, entrevista).

El contexto familiar de José (2014, entrevista) es muy represivo a nivel moral, las expectativas de virtudes y cualidades de masculinidad y feminidad son exigentes, dentro de los parámetros tradicionales. Todo comportamiento que no encaja en este marco de valores, modelos y convicciones o que los cuestiona, es rechazado y/o excluido.

Halberstam (2008) estudia las masculinidades femeninas y concluye que los primeros estudios sobre masculinidades consideran a estas las sobras “despreciables” de la masculinidad dominante, con el fin de que la masculinidad de los hombres tradicionales pueda aparecer como lo verdadero. Pero lo que entendemos por masculinidad heroica, como modelo de la masculinidad hegemónica, ha sido producido por medio de los cuerpos tanto de hombres como de mujeres.

En estas circunstancias, el consumo de drogas para José parece adquirir una importancia vital. “Las drogas me permitían acceder a ciertas vivencias; pero también a sensaciones, sentimientos y afectos que todos en mi familia creíamos que eran prohibidos, inmorales, pecaminosos, pero que yo disfrutaba mucho” (José, 2014, entrevista). Estos emergían desbordados con drogas, pero adquirirían un espacio y eran experimentados de manera intensa y en secreto.

En compensación, en el espacio público José, relata que hacía ostensible una masculinidad muy vinculada a valores hegemónicos y que la actuaba todo el tiempo. Utilizando sus recursos intelectuales y reflexivos, un vestuario determinado, además de actitudes y acciones específicas, José trató siempre y de forma insistente que lo reconozcan como un hombre varonil, inteligente, intelectual, aniñado, prepotente y heterosexual. También en el centro de recuperación José, intentó desplegar estos mecanismos, con el fin lograr atención y halagos. Sin embargo, en este espacio, y como parte del proceso terapéutico y disciplinario, no tuvo eco.

Yo me exhibía en discotecas gay en Quito. En la mañana me iba a la universidad y tenía una novia. En la noche en cambio, tenía una vida de mucha promiscuidad, con

más de una pareja, siempre me cuidaba, pero eran aventuras con gente que apenas conocía. (...) Actualmente, estoy seguro de que me gustan los hombres (José, 2014, entrevista).

La construcción masculina es un espacio lleno de contradicciones, el orden patriarcal está constituido por una “aparente contradicción entre la primacía de las relaciones entre hombres y el imperativo compulsivo hacia la reproducción heterosexual” (Wiegman, 1997:50 citado en Páez, 2010:30), tal orden estaría moderado por la prohibición homosexual. Sin embargo, esta prohibición deja sentado de que el deseo de consumir relaciones sexuales con otros hombres estaría latente, en los varones y que al establecerse un rol masculino en estas relaciones no se rompería el orden de género establecido (Páez, 2010:30).

Pudiendo expresarse, este material reprimido pero latente en sueños y fantasías del acto sexual, y en un rol masculino reafirmando el orden de género establecido. Si se expresaría en un rol femenino, podría ser aún más angustiante para el sujeto que ha sido entrenado en función de lo heteronormativo, pero no necesariamente menos placentero.

Su hermano menor lo quiere lejos de él, ya le ha expresado en varias ocasiones repulsión hacia su estilo de vida. Su madre quiere nietos y una nuera, no acaba de aceptar a su hijo tal cual es. José transita un dilema entre consumir drogas y vivir experiencias vistas por él como desenfundadas, y dejar de consumirlas y vivir una vida más tranquila.

Yo sí quiero estar en recuperación, me parece bacán, quiero tener una relación con un *man*, pero no quiero que sea solo sexo, quiero que sea tranquila, que empiece despacio y que compartamos cosas. Ya no lo de antes, eso era muy loco y yo sé que si yo vivo así de una consumo base, porque si tengo una reserva con esa droga y creo que de ley ahí sí puede suceder cualquier cosa (José, 2014, entrevista).

Este dilema le ha puesto cada vez más ansioso y le ha conectado con sentimientos encontrados frente al proceso y la institución. A veces se resiente y otras veces, dice estar agradecido. En estas difíciles condiciones, espera con inquietud que le den la fecha de su egreso.

Entre la tradición, la estafa y una afectividad masculina poco tradicional: la vida de Fernando

Fernando (2014, entrevista) es un quiteño de 25 años, de clase media, carismático y comunicativo. Después de cumplir con su seguimiento, se quedó laborando en el centro. Generalmente, se lo encuentra entusiasta y abierto. Se conflictuó poco por el tiempo de duración del tratamiento. “Mis compañeros siempre están *full* preocupados con el tiempo, que ya salió tal o que ya me mandaron este o el otro trabajo de protocolo, yo, no digo que a veces no me ponga ansioso, pero creo que el tiempo es de Dios” (Fernando, 2014, entrevista). Esto, a pesar de que su tratamiento fue largo y difícil. Fernando estuvo como residente cerca de doce meses. Este joven se lleva bien con la mayoría de sus compañeros hasta la actualidad, conoce muy bien las rutinas comunitarias, le gustan las actividades terapéuticas y la dinámica de la comunidad.

Fernando (2014, entrevista) comenta que ya no quiere vivir como antes y que el proceso terapéutico le aporta mucho todos los días; a pesar de que con frecuencia, hay aspectos institucionales que no le agradan y/o le generan conflictos. Este joven quiere avanzar y terminar lo que inició, no por iniciativa suya sino de su madre.

La niñez de Fernando fue agradable, creció con su abuela y muy cercano a sus tíos y tías maternos. Sin embargo y a pesar del cariño de todos, se sentía incómodo, porque su sensibilidad habitualmente era cuestionada.

Cuando era niño, yo compartía mucho con mis tíos de parte de mi mami y con mis primos, pero me sabía sentir mal, porque yo era llorón y ellos siempre me decían que no llore que parezco niña. Ahora, antes de venir yo jugaba bastante con mis sobrinos, sobre todo con mi sobrinita chiquita. A mí me gustan mucho los niños, pero creo que esto también es cosa de mujeres (...) Desde pequeño siempre fui así, yo prefería jugar con “muñecas” y “otros juegos de niñas”, mi hermano en cambio quería que yo juegue fútbol y a mí, eso no me gustaba y por eso peleábamos siempre (Fernando, 2014, entrevista).

El proceso de socialización impone comportamientos a hombres y mujeres adscritos a los roles de género. Esta categoría construida social y culturalmente define qué se entiende en cada sociedad y cultura como femenino y como masculino. Por tanto, delimita valores,

conductas y expectativas como propias de los hombres y consideradas apropiadas dentro de un contexto determinado, excluyendo a otras que se las considera inadecuadas (Gilmore,1990). Por lo tanto se aprende a ser hombre o mujer, niño o niña, más allá de los aspectos biológicos y, al parecer dentro de su contexto, Fernando no aprendió la “lección” propuesta como la normal dentro de su entorno familiar.

Fernando (2014, entrevista) me compartió que, él era un niño sensible, demostraba sus sentimientos, lloraba con frecuencia y no le gustaba el fútbol. Sus compañeros le llamaban “maricón” y su hermano siempre se frustraba por no poder tenerlo como compañero de juegos” A partir de estas experiencias fue aprendiendo varias cosas en relación con la construcción identitaria sexista. “Yo entendí que si lloraba o si demostraba que estaba triste eso era igual a ser débil” (Fernando, 2014, entrevista). En el proceso de socialización masculino, el niño va aprendiendo a reprimir y/o negar sus emociones como parte de su construcción genérica (Gasteiz, 2008) y, por ello, Fernando vivió una constante presión en la niñez, que no trajo consigo los resultados esperados.

Yo de chiquito, me sentía súper débil, bien diferente de los otros niños, me acuerdo que me decían: afeminado, débil, mariquita. Ya siendo un adolescente, en el colegio, como ya no quería que me molesten, hice las de malo, porque creía que así me iban a ver más fuerte o que al menos ya no me iban a decir marica y esas cosas (Fernando, 2014, entrevista).

Fernando, siempre se refería a su vida en adicción como una vida muy mal vivida. En una de las entrevistas a profundidad, comparte que, antes hacía la mayoría de las actividades con el fin de agradar y no quedar mal, que buscaba que la gente no se dé cuenta de que estaba consumiendo drogas y de que no estaba haciendo nada de su vida ni de su tiempo más que drogarse.

Ahora siente motivaciones auténticas y positivas para realizar todas y cada una de las actividades diarias. Al parecer su sentido vital ha cambiado. “Ahora siento que lo que hago, sea pequeño o grande me aporta para mi vida y que el cambio es necesario, ya no quiero vivir como un parásito como antes” (Fernando, 2014, entrevista). Me comentó, con énfasis que, su deterioro fue muy grave. “Durante el tiempo de mayor cronicidad de mi consumo no estudié, ni me capacité en nada, tampoco me relacioné con la gente de manera

saludable, solo pensaba en manipular a las personas y en tratar de comer el cuento para que me den plata, o para que me crean, porque yo era un mentiroso a tiempo completo” (Fernando, 2014, entrevista).

Ante las primeras preguntas acerca de la familia, Fernando (2014, entrevista) comenta algunos aspectos de la suya con entusiasmo y nostalgia a la vez. A su padre lo describió como un hombre tradicional, conservador y prejuicioso. A su madre en cambio como una mujer más abierta y expresiva, también dramática y sobreprotectora. Admira a su hermano mayor, sin embargo, lo envidia intensamente por sus logros y sus rasgos físicos, todos muy vinculados a los estereotipos de masculinidad y de hombre exitoso, que él tiene. Modelos que se traducen en una serie de valores, creencias, actitudes, mitos y conductas que legitiman y hacen operativo el poder y la autoridad de los hombres para ejercerlo. (Connell, s/f). En este sentido él se siente un hombre inferior y con menos posibilidades de triunfar.

Adicionalmente Fernando (2014, entrevista) considera que su familia fue bastante tradicional, pero solo en principio, y que luego debido a las circunstancias difíciles que transitaron sus padres en la relación de pareja, tuvieron que hacer cambios significativos, tanto a nivel práctico como a nivel cognitivo. Esto le dio un nuevo rumbo al sistema, distanciándolo de algún modo de dichos parámetros. Sus padres se divorciaron. A partir de ese momento, su madre estuvo a cargo de su crianza y la de su hermano Daniel, su padre participó muy poco de esta. Fernando siempre ha vivido con su abuela materna, quien influyó mucho en su crianza y la de su hermano, por la cercanía con su madre.

Mi papá es muy machista, después de que se divorció de mi mamá, ya casi ni nos veía a mi hermano y a mí. Luego tuvo otra relación con otra señora. Él ha tenido una relación bien distante con nosotros, inclusive él no viene los sábados a las terapias y cree que yo puedo nomás tomarme un trago, que es una cuestión de fuerza de voluntad. Él no entiende que soy adicto y que no puedo tomar ni una cerveza, nada (Fernando, 2014, entrevista).

La situación económica de la familia de Fernando siempre ha sido holgada, sin embargo él no aprovechó esto y, mientras sus padres pagaban las mensualidades de la universidad, él no asistía a clases. En la etapa más conflictiva, Fernando (2014, entrevista)

renunció a su trabajo, se dedicó a consumir drogas a tiempo completo, a mentir, manipular y convencer a familiares y amigos de que mantenía su vida bajo control. Él comenta además que, ya no quiere volver a consumir drogas y que trabaja diariamente (como lo indica el programa de doce pasos) para eso. “Yo mentía demasiado y mientras mi vida era una gran mentira, mi realidad era bastante desagradable y triste. No quiero volver a vivir así: es denigrante” (Fernando, 2014, entrevista).

El inicio de su historia de consumo de drogas data desde la adolescencia, como en el caso de la mayoría de los residentes. Fernando (2014, entrevista) inició en el mundo de las drogas con la ingesta esporádica de alcohol con sus pares y en ambientes familiares. Para su padre el consumo de alcohol, está normalizado y considerado parte de la dinámica de todo adolescente y hombre joven. “Mi padre considera que todos los hombres toman y se emborrachan en su juventud, él me decía que eso estaba bien, que no encontraba nada de malo en eso. Es más cuando llegaba borracho a su casa, nunca me hablaba ni se preocupaba” (Fernando, 2014, entrevista).

El significado que encontraba el padre de Fernando en el alcohol distaba mucho del significado que encontraba Fernando en el consumo de drogas, sobre todo en la intensidad y profundidad. Para Fernando la ingesta de alcohol le hacía verse interesante y mucho más atractivo. A través de los efectos depresores o estimulantes de las drogas, empezaba a cumplir sus fantasías, sobre todo aquellas que incluían sexo y/o contactos corporales íntimos. “Cuando me drogaba de una me iba al prostíbulo, yo era cliente asiduo, ya me conocían y algunas chicas me trataban bien y fumaban conmigo. Siempre que me iba a estos lugares, tenía que estar drogado. Me enganché full de eso” (Fernando, 2014, entrevista).

En esta dinámica, este joven conoció un sinnúmero de clubes nocturnos en Quito. “Me gustaba hacerme amigo de las prostitutas, yo les decía full mentiras y ellas creo que se hacían como que me creían” (Fernando, 2014, entrevista). Sin embargo, Fernando recuerda que sus defectos de carácter, exacerbados por el consumo de drogas desde su adolescencia, ya eran evidentes mucho tiempo antes. Siendo púber, solía mentir diciendo que consumía

drogas sin hacerlo, y lo peor, dice era que se creía sus propias fantasías. Le gustaba llamar la atención de la gente y que crean que es malo, peligroso e insensible (Fernando, 2014, entrevista).

En el caso de Fernando como en el de muchos otros varones, la socialización sexista impacta fuerte. Este conjunto de estrategias y presiones obliga a los varones a exponer su cuerpo a situaciones de riesgo, como una condición fundamental en la construcción identitaria masculina; como símbolo de valentía, valor y virilidad. En un inicio, Fernando buscaba constantemente ser aceptado por sus amigos por sus historias fantásticas, bastante alejadas de la realidad. Posteriormente, estas le parecieron insuficientes y buscó aceptación a través de sus acciones, las cuales generalmente eran negativas. Pero esto no era suficiente, él quería respeto, para así ser considerado competitivo y apto (Gasteiz, 2008). Él utilizaba historias, en las que su cuerpo se exponía a situaciones peligrosas y que lo hacían ver temerario, de esta manera se sentía interesante.

Ya, cuando estaba bien metido en drogas mi vida se fue haciendo *full* patética mis calificaciones en el colegio y luego en la universidad eran cada vez más deficientes, luego ya en la U, dejé de ir a clases y perdí *full* tiempo en eso; a esto se sumó mucha vagancia, desmotivación, aislamiento y una pérdida casi completa del sentido de mi vida, solo quería fumar (Fernando, 2014, entrevista).

Mientras el consumo de Fernando se incrementaba, sus actividades recreativas, académicas y laborales decrecían. “Yo sabía pasar drogado por horas mirando televisión, pornografía y masturbándome” (Fernando, 2014, entrevista). Su prioridad eran las fiestas y los espacios en donde podía consumir más drogas que le permitían vivir más y más experiencias diferentes, cada vez. “Yo drogado, sentía que tenía más intimidad con la gente, que me podía acercar más y más fácilmente, sentía que las conversaciones eran más fáciles, más interesantes y más fluidas, sin tener que ser un gran amigo de alguien” (Fernando, 2014, entrevista).

Este joven culmina el bachillerato de esta manera, entre la mediocridad y la apatía. Ya en la adultez, desorientado, experimenta con otras drogas. “Yo cambié la marihuana por la cocaína y mi obsesión por la pornografía y la masturbación era cada más *heavy*, iba *full* a prostíbulos y gastaba *full* plata, no me importaba nada” (Fernando, 2014, entrevista).

En este punto, sintiendo que su vida estaba convertida en un caos, Fernando decidió renunciar a su trabajo. Sus sentimientos de incapacidad lo agobiaban; sintió que ya no podía más, que la vida era muy tediosa. Su deseo por consumir drogas había ganado a su voluntad y se dedicó a drogarse a tiempo completo. Cada vez necesitaba más tiempo para conseguir drogas de muchas clases. La sed de experiencias nuevas y excitantes que, a través del riesgo, el descuido y la exposición del cuerpo, eran interpretadas como mecanismos para reafirmar su virilidad y su capacidad masculina se incrementaron, pero con ello sus gastos y necesidad de dinero (Fernando, 2014, entrevista).

Yo era muy manipulador con mis padres, me victimizaba, era tan patético que utilizaba mi propio dolor y mi propio fracaso para victimizarme (...) Yo recuerdo, como día por día me sentía peor, más fracasado, más aislado, más vacío y tenía que drogarme más. Si regreso a mirar atrás, no hay nada, no queda nada, solo castillos de arena y *full* mentiras. (...) Yo quise seguir mintiendo y ocultando de mil maneras que ya no hacía nada pero mis padres descubrieron que por años no fui a la universidad y que gastaron su dinero en vano (...) Mi mamá está endeudada por el manejo abusivo que yo di a sus tarjetas de crédito y todo ese dinero se hizo literalmente humo (Fernando, 2014, entrevista).

Fernando me comentó que su aspecto deteriorado y la desgracia en la que estaba viviendo no le importaban cuando consumía drogas. “En este estado de locura (incapacidad para poder ver la realidad con objetividad), en el que andaba, mi único propósito era obtener placer a cualquier precio o, lo que es igual, la evitación del displacer a costa de lo que sea” (Fernando, 2014, entrevista). Mientras habla de todo esto, me mira a los ojos, a ratos sonrío.

Fernando se preocupa cuando habla del futuro, tiene dudas y temores sobre su desempeño posterior al proceso. Al salir podría trabajar como profesor de inglés ya que posee experiencia en esa labor. “Yo como ya fui profesor de inglés, puedo volver a trabajar en eso o en algún otro trabajo con niños, a mí me gustan mucho y ya no me importa que la gente me vea raro por eso. También he pensado en trabajar aquí, si el director me permite. Esa idea me entusiasma” (Fernando, 2014, entrevista).

Pensar en esta posibilidad permite a Fernando manejar y procesar sus niveles de ansiedad, que incrementan en la medida en que la fecha de egreso está cerca. Sueña en las

noches con su madre y en su casa, esto le preocupa. “El tratamiento para mí ha sido muy importante, por primera vez en mucho tiempo me siento capaz de decidir por mí” (Fernando 2014, entrevista). Ahora, él dice estar consciente de que es lo mejor para su vida. “Antes las drogas decidían por mí yo era un esclavo de ellas, ahora yo estoy consciente de que, yo facilito regreso al desastre de vida que tenía. Por hoy no quiero vivir así” (Fernando, 2014, entrevista).

Le siguen gustando las drogas, y añora el mundo al que accedía a través de ellas; pero decide día a día renunciar al placer inmediato que implica su consumo y las vivencias que vienen alrededor. Participa en la terapia de grupo, realiza las labores comunitarias que le son asignadas. En las actividades se lo ve entusiasta y activo casi siempre.

La tarde transcurre y este joven cuestiona su forma de vivir, va de atrás hacia adelante y viceversa. El equipo técnico encuentra dudosa su actitud, es demasiado positiva, a criterio de los profesionales. Sus compañeros tienen opiniones divididas: mientras algunos consideran que el proceso de Fernando es un ejemplo a seguir, otros se muestran escépticos. Revisa su vida, su comportamiento, sus relaciones sociales y su relación con las drogas. Concluye y retorna al inicio para interpretar su vida desde distintas miradas. Busca la convicción para alejarse de las drogas de manera tajante. Fernando (2014, entrevista) conoce que, de acuerdo con el programa de doce pasos de Narcóticos Anónimos, la recuperación y la sobriedad como el elemento medular de la primera es un proceso que implica paciencia y un arduo trabajo diario y sostenido. Más de una vez ha dudado de su resistencia en este tiempo.

Al igual que los demás residentes, Fernando, si decide dejar de drogarse debe someterse a ciertas normas, reglas y estrategias de control, que se extienden en un periodo posterior a su egreso del centro. En este sentido, los sujetos no son ni libres ni autónomos para escoger cualquier curso de acción, ni plenamente determinados por las estructuras sociales, pero si tienen diversas opciones, e incorporan, como hábito, un sentido práctico de lo posible, de aquello a lo que pueden aspirar y de lo que pueden lograr, sobre la base de sus intuiciones a partir de la experiencia colectiva. Así adquieren disposiciones y

características que reflejan el "campo de posibilidades objetivas de las cuales disponen en un momento histórico" (Castellanos, 2008).

Las identidades erróneas, producidas por los distintos discursos actuales, en los campos de la medicina, la psicología y la psiquiatría, no solo permiten la afirmación de las masculinidades hegemónicas a través de estas etiquetas. Además, encuentran la justificación necesaria para aislar a ciertos sujetos, como en el caso de los residentes de este centro. Utilizan para el cumplimiento de este propósito, las cualidades que se adjuntan a la etiqueta de adicto, incurable, desahuciado o hombre equivocado.

Encuentros y desencuentros son parte de la dinámica cotidiana de los residentes. El choque generacional, cultural, de clases e intereses resulta evidente. Consecuentemente diversas son las masculinidades y sus códigos relacionales. Las cuatro trayectorias de consumo de drogas, reflejan solo en parte este encuentro de masculinidades. Todas ellas se encuentran sujetas de algún modo por el sistema sexo- género, que las construye y transforma día a día y que se manifiesta en cada una de las reuniones terapéuticas.

Las relaciones de poder, subyacen todo el tiempo en los vínculos afectivos que se van construyendo entre los residentes. Las alianzas y las rivalidades entre las masculinidades concebidas por el sistema institucional como "erróneas" forman parte de sus realidades en el centro. Pero además estas relaciones se traducen en creencias que sostienen el machismo legitimando roles sexistas, cuyas características se reproducen diariamente en la convivencia.

En los conflictos, que con frecuencia se presentan con los recién llegados, estas masculinidades se actúan en la sala de terapia. Ciertas conductas relacionadas con eficiencia también guardan relación con la hombría y son interpretadas por cada uno de los residentes de distintas maneras. Estas conductas tienen que ser públicas y vistas en el escenario comunal. En algunas culturas "la eficacia de un hombre, se mide solo cuando los demás ven la acción y esta puede ser evaluada" (Gilmore, 1990).

Este espacio de conversión, es también un escenario en el que estos hombres actúan sus valores de masculinidad. La agresividad, la virilidad y la condición de invencibilidad del cuerpo de los hombres se expone de innumerables formas, buscando reafirmar la condición de ser bien varón; desde sus experiencias a veces desde la calle, otras veces desde la oficina, la academia o la experiencia de los años y el tránsito por la vida (Gasteiz, 2008).

Varios hombres provenientes de distintas realidades comparten un proceso que de una u otra manera resulta tedioso. Compiten, se alían, unos deciden terminarlo, otros prefieren ver hasta dónde pueden hacerlo y los demás deciden abandonarlo de un momento a otro. Ingresan y egresan constantemente, hoy están y para la siguiente sesión no se sabe. El grupo se torna inestable y este es el primer gran problema. Así inicia la investigación, con un grupo de varones que fluctúan entre el deseo de drogarse y la necesidad de estar sobrios.

Los cuatro protagonistas de estas trayectorias de consumo de drogas están cerca de culminar sus procesos. Martín, ha mantenido un proceso marcado por la desconfianza y la falta de empatía, está próximo a salir, le esperan ansiosos su esposa e hijo, pero además sus complejos, sus inseguridades, sus pobrezas, sus envidias y sus dolores.

Rodrigo (2014, entrevista), no me mira a los ojos pero dice estar convencido de no querer consumir alcohol otra vez, le sigue gustando, pero no quiere dormir en la calle otra vez, ni despertar al día siguiente sin saber lo que sucedió la noche anterior.

José y Fernando también están en espera de su fecha de egreso. José se preocupa porque en su mente las fantasías sexuales con hombres muy jóvenes emergen a cada instante y se entrelazan con aquellas que involucran a sus compañeros de tratamiento.

Fernando (2014, entrevista) se lleva reservas y mientras espera con ansiedad integrarse a su familia (proceso que conoce será paulatino), piensa en las posibilidades laborales. Le entusiasma la idea de trabajar en el centro. Su sexualidad, le preocupa, lo ve como un tema álgido y complejo a la luz de su egreso; las prostitutas son la posibilidad más

pronta de placer, porque las considera objetos de uso. Como reserva está la posibilidad de tener relaciones sexuales con otros hombres. Fernando cree que este es un gran conflicto porque le genera la duda de si es o no es homosexual y al pensar en esta posibilidad se siente muy ansioso.

CONCLUSIONES

¿Cómo se construyen las adicciones y los sujetos adictos en el Ecuador en relación con las identidades masculinas?

De acuerdo con los hallazgos de la presente investigación, ambas construcciones, la adicción y el sujeto adicto, son procesos complejos inmersos en el capitalismo y las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres; entre unos y otros hombres, y unas y otras mujeres. En el Ecuador la etiqueta de adicto es un estigma en el que convergen discursos médicos, religiosos y legales convirtiendo al sujeto que lo posee en enfermo, depravado y delincuente, justificando de esta manera su aislamiento y reclusión transitoria o permanente y su exclusión social.

La vía es la institucionalización que debería devolver al individuo salud, moral, sano juicio y capacidad de decisión. Los espacios en los que despliegan un sinnúmero de dispositivos, orientados a devolver estas cualidades, son los centros de recuperación y los instrumentos utilizados en la intervención, un grupo de terapias y procedimientos que modifican la conducta y la cognición. Adicionalmente regulan la vida de estos sujetos, delimitando lo que les está permitido, lo que les está prohibido, que pueden hacer, en qué lugares y bajo qué circunstancias. A la par, se despliegan un conjunto de estrategias de control disciplinario orientadas a dar forma a estos sujetos y a su sexualidad, es decir los hace hombres dóciles y productivos para el sistema.

Los sujetos adictos en recuperación, producidos por este régimen disciplinario deberán cumplir algunos criterios más allá de los relacionados con el diagnóstico que permitió su institucionalización. Estos guardan una fuerte relación con los roles de género establecidos socialmente y se ajustan a los valores adscritos a ellos. En tales circunstancias se forjan masculinidades que niegan lo femenino y que se conciben solo en espacios heteronormados, son poco tolerantes con las diferencias y su propia humanidad, además sostienen su supremacía utilizando y legitimando la violencia para no perderla. En esta dinámica constante de presiones, para muchos las drogas adquieren un papel importante.

¿Cuál es la genealogía de los centros de recuperación en el Ecuador?

Si bien, los centros de recuperación para adictos en el Ecuador emergen a consecuencia de la influencia tardía de la corriente anti-psiquiatría que surge en los países del primer mundo, adquieren en el tiempo, y las diferentes regiones del país, una identidad propia marcada por el empirismo y la violencia. Las primeras Comunidades Terapéuticas aplicaron mecanismos disciplinarios menos represivos y tendientes a la desinstitucionalización de los sujetos, antes confinados por años en los hospicios y desahuciados por la medicina.

El objetivo primordial era cambiar el rol pasivo del paciente por uno más activo de cliente o usuario, para que sea el protagonista de su tratamiento. En Ecuador los centros de recuperación, paulatinamente, se convirtieron en espacios en los que se desplegaban prácticas coercitivas que devinieron en violaciones de los derechos humanos de los residentes y un proceso gradual de legitimación de procedimientos arbitrarios de control. Hasta hace pocos años, estos mecanismos se concibieron como el único método de abordaje posible para las adicciones a sustancias psicoactivas.

Por otro lado, el rol deficitario del estado como regulador y promotor del servicio estableció una relación de complicidad con estas instituciones que atendían a sus residentes en condiciones precarias, brindando un servicio que reproducía la violencia y construía sujetos que se excluían aún más y continuaban consumiendo drogas. Solo en los últimos años el papel del Estado ha cambiado, dejando al descubierto la profunda crisis, que afecta a estas instituciones, sus falencias y la falta de apoyo por parte de este para lograr un cambio y la emergencia de nuevos modelos de tratamiento que se ajusten a las necesidades de los usuarios.

¿Cómo funcionan las terapias de 'recuperación' más generalizadas en los centros de recuperación?

Los tratamientos de la mayoría de centros en el Ecuador giran alrededor de la filosofía de los programas de doce pasos, específicamente de la filosofía de Narcóticos

Anónimos. En los centros que funcionan regulados por el Ministerio de Salud Pública, la operatividad de los procedimientos terapéuticos está a cargo de un director técnico que debe ser psiquiatra o psicólogo. Esta directriz ha permitido que los parámetros de intervención sean dispuestos por ellos, minimizando el despliegue de la garroterapia y otros mecanismos violentos de disciplinamiento. En los centros que trabajan al margen de esta regulación, la situación es distinta y las prácticas coercitivas son parte de la cotidianidad y base de los tratamientos.

Los procedimientos en los centros legales están orientados a modificar la conducta y los procesos cognitivos (creencias, pensamientos y prejuicios) que sostienen la adicción y detonan el consumo inicial de drogas. Por otro lado el abordaje terapéutico no se orienta únicamente al residente, sino que se extiende al núcleo familiar, el cual es abordado bajo parámetros sistémicos y concepciones tradicionales de familia. La adicción se la concibe como enfermedad, acogiendo el concepto de adicción construido por los grupos de doce pasos. Su diagnóstico responde a parámetros médicos y psicológicos; empleando conceptos del psicoanálisis y la psicología analítica para explicar algunas experiencias subjetivas de los residentes. En todos los casos no se incluyen en el tratamiento criterios de género, tampoco una visión más amplia de la adicción y los sujetos intervenidos que no se enmarque en el discurso médico.

¿Cuáles son las prácticas y discursos concretos de las terapias en el centro de recuperación Segunda Oportunidad?

Como parte de la realización del trabajo de campo en el centro de recuperación Segunda Oportunidad, se observan, por un lapso de tiempo, el proceso de tratamiento y la dinámica disciplinaria cotidiana. Una combinación de técnicas de concientización, modificación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, psico-educación, grupales y de autoayuda, similares en estructura a las técnicas de los grupos de doce pasos, desplegadas sobre la base de un conjunto de normas reglas y rutinas claramente establecidas, conforman el modelo de intervención que termina en la producción de sujetos “adictos en recuperación”. Temas relacionados con el daño causado, vivencias sexuales,

paternidad, socialización y relación sujeto-droga son abordados con bastante frecuencia en espacios grupales e individuales. El adoctrinamiento, en lo referente a los programas de doce pasos, es otra pieza fundamental en el tratamiento. Su filosofía es reinterpretada desde un enfoque religioso, cuyo representante es un pastor evangélico. Su presencia e influencia son también elementos claves. Su discurso, en varios de los residentes, parece tener más valor que los discursos de otros terapeutas. Los residentes se adhieren con bastante facilidad a las actividades propuestas por este representante religioso. Adicionalmente esta interpretación del programa de doce pasos genera un distanciamiento importante de los residentes de este centro con los grupos organizados por iniciativa propia. Mientras los grupos de doce pasos promueven la independencia, la autodeterminación, la toma de decisiones y un cambio de vida que depende solo del individuo. En los grupos terapéuticos de Segunda Oportunidad los residentes tienen la obligación de asistir, hasta en ausencia de su voluntad, a todas las actividades terapéuticas y lúdicas que se ofrecen en el lugar. Esto no motiva, en muchos de ellos, procesos de reflexión, cuestionamiento o cambio. Adicionalmente en los grupos, la persona realiza el proceso de recuperación a su ritmo y proponiendo espontáneamente los temas que desea trabajar en cada reunión. En este centro como en otros similares, son las autoridades quienes deciden el ritmo del tratamiento, los temas a tratar y los mecanismos de intervención. Siendo contradictorios sus objetivos, similares a los de los grupos, con sus prácticas tendientes a anular al individuo.

En Segunda Oportunidad, la sexualidad es un aspecto al cual se le presta mucha atención. A la par de otros temas es intervenida todo el tiempo y desde diversos discursos y prácticas. Su abordaje es considerado medular en el tratamiento. Se prohíben los contactos sexuales entre residentes como parte del sistema de control disciplinario. Las experiencias sexuales se relatan y trabajan de forma detallada, luego se las interpreta y reinterpreta desde enfoques médico, psicológico y religioso. También se las relaciona de muchas maneras con el consumo de drogas. Se da especial interés a los contactos y las relaciones sexuales de los residentes con otros hombres y más aún a aquellas experiencias homo-eróticas vinculadas con lo femenino y el travestismo. El sistema de control estigmatiza a los sujetos que las han experimentado. Los hallazgos de esta investigación dejan ver que estos estigmas se utilizan

arbitrariamente en la cotidianidad, propiciando masculinidades centradas en la homofobia y la represión de lo femenino, que marca profundamente a los sujetos.

¿Cuáles son las trayectorias de consumo de drogas y estigma de los residentes del centro Segunda Oportunidad y su relación con la heteronormatividad?

De los hallazgos de la investigación emerge una percepción común entre los residentes de Segunda Oportunidad; ellos coinciden en que el consumo crónico de drogas convirtió sus vidas en un caos. Las experiencias negativas vividas en adicción se critican una y otra vez durante el tratamiento. Los cuatro informantes claves se cuestionaron constantemente algunos aspectos que, a su parecer, incidían fuertemente en su sentir y actuar masculino; también en su relación con las drogas. Adicionalmente, estas experiencias si bien generaban vergüenza y dolor en los cuatro, también satisfacción y placer. Esta ambivalencia generaba en ellos altos niveles de ansiedad. La reflexión cuidadosa pero sexista de estas vivencias, muchas de ellas interpretadas en el centro como falencias o incumplimientos de estos “imperativos morales de la masculinidad” que los hacen menos hombres (Gilmore 1994, citado en Jociles, 2001), se convierten, paulatinamente, en razones para realizar este tratamiento. Proceso que tácitamente se orienta a devolver o adquirir estas cualidades consideradas masculinas.

Las trayectorias de consumo de drogas de: Martín, Rodrigo, José y Fernando muestran con claridad que estos hombres aman las drogas y el estilo de vida que implica su consumo. El tratamiento no logró anular este sentimiento profundo, generador de nostalgias y añoranzas periódicas. Según ellos, esto no es un impedimento para dejar de drogarse. Los cuatro coinciden en que no quieren repetir lo vivido, cuando consumían drogas. Los cuatro coinciden también en que, las experiencias fueron placenteras y excitantes pero también dolorosas y crueles. Esto no es extraño, la mayoría de ex residentes de este y otros centros de recuperación con los que compartí, al egresar suelen decir lo mismo y en algunos casos hasta tener la convicción aparente de no volver a usar drogas. Esto no significa que ya afuera de este lugar esto se cumpla.

En el caso de estos cuatro varones, el tratamiento no parece haber generado cuestionamientos, ni cambios profundos en el ejercicio de roles de género, tampoco modificaciones importantes en creencias y prejuicios, acerca de la sexualidad y la masculinidad. Más bien, algunos de ellos se han afianzado y se reproducen cuando vuelven con sus familias, siendo con ellas con quienes repiten una y otra vez, aquello que supuestamente debía modificarse. Es evidente que el cambio perseguido no es tal, la sexualidad es considerada por ellos y la institución un tema complejo. Es que los discursos religiosos, morales y médicos son reticentes a la diversidad y a lo diferente.

BIBLIOGRAFÍA

Alcoholics Anonymous, (1995 [1952]). *Doce Pasos y Doce Tradiciones*. Traducción al español Copyright © 1985, 1995 por Alcoholics Anonymous.

Alcohólicos Anónimos (1997[1939]). *El libro azul*. México: Traducción española del texto básico de la Edición delo Pioneros de Alcohólico Anónimos.

Alonso, Rebeca (2011). *Mensalus*. Madrid: Instituto de asistencia psicológica y psiquiátrica.

Antunes De Campos, (2009[2008]). *Lógica cultural y lógica terapéutica en Alcohólicos Anónimos: Una Etnografía en la periferia de la ciudad de Sao Paulo Brasil*: Revista Desacatos N° 29: pp.69-88

Arboleda, Paola (2010). “¿Ser o estar “queer” en Latinoamérica? El devenir Emancipador” en: *Lemebel, Perlongher y Arenas*. Florida: Departamento de Español y Portugués. Universidad de la Florida.

Badinter, Elisabeth (1993 [1992]). *Cromosoma XY: La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.

Basaglia, Franco (1972) [1968]. *La institución Negada: Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barcelona: Biblioteca de Respuesta Barral Editores.

Beck , Aaron, John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery (2013 [1976]). *Terapia cognitiva de la depresión*. Filadelfia- Estados Unidos: Biblioteca de Psicología

Beck, Aaron, Fred D.Wright, Cory F. Newman, Beuce S. Liese (1999) [1984]. *La Terapia de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Iberoamérica S.A: pp. 435

Bonino, Luis (2003). *Masculinidad Hegemónica e Identidad Masculina*. Argentina: Centro de Estudios de la Condición Masculina.

Bourdieu, Pierre (2000 [1998]). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, Pierre (2007 [1994]). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores: pp. 453

Bourgois, Philippe (2010 [2003]). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Brandes, Stanley (2012[2001]). *Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México*. Berkeley: Departamento de Antropología, Universidad de California.

Butler, Judith (2006 [2004]) *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós Iberoamérica S.A

Castellanos, Belén (2008) “Prostitución, sexualidad y producción; una perspectiva marxista”. En *Nómadas, Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, N 17 2008-1. Madrid: Universidad Complutense.

Connell, Robert (sf). *La organización social de la masculinidad*.

Connell, Robert. y James W. Messerschmidt (2005).”Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept”. In *Gender and Societ* pp. 829-859

Connell, Robert (1997). El estudio de las masculinidades. Panorámica General. En *Gazeta de Antropología*, 17, artículo 27.

Consejo Nacional de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas, (CONSEP 2013). *Usos, Consumos de Drogas y Prevenciones: Marco Teórico*: 8 de Abril del 2013.

Consejo Nacional de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas, (CONSEP 2012- 2013). Plan Nacional Prevención integral Drogas.

De Lean.y Beschner. (1976) “Comunidad Terapéutica Hai Gain (A.G.I.P.A.D)”. En *Intervención Psicosocial*, vol #1 N° 2

De Vas Y. Pace R, (2010). *La autonomía de los pacientes adictos*. Evid Act Prac Ambul.

Farapi S.L, (2009). *Drogas y Género*. Ciudad Vasca. Editorial gizonduz, Instituto Vasco de la Mujer (EMAKUNDE), Organismo Autónomo del Gobierno Vasco.

Foucault, Michael (1984[1954]). *Enfermedad mental personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Foucault, Michael (2001 [1963]). *El nacimiento de la clínica: una arqueología a la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michael (1992 [1970]). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.

Foucault, Michael (2012[1975]). *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Foucault, Michael (2005[1976]). “La voluntad del saber”. En *La Historia de la sexualidad I*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michael (1984). *Dichos y Escritos*. Madrid: Editora Nacional, Biblioteca de Filosofía.

Foucault, Michael (2005[1984]). “El uso de los placeres” en *La Historia de la sexualidad II*. México: Siglo XXI Editores.

Freire, (1975 [1969]). *La pedagogía del Oprimido*. España: Editorial Educación Siglo XXI.

Freud, Sigmund (1981[1925]). “La Negación”. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, Sigmund (1973). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición.

Fuller, Norma, Mara Viveros, José Olavarría, (2001). *No unos sino muchos rostros. Identidad Masculina en el Perú Urbano*. Perú.

Gasteiz, Vitoria (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Gasteiz, Vitoria (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. España: EMAKUNDE, Instituto Vasco de la Mujer Manuel Iradier.

Gebara, Ivonne (1998). *Intuiciones Ecofeministas: Ensayo para repensar el conocimiento y la religión*. Montevideo, Uruguay: Doble Clic - Soluciones Editoriales: pp. 58-104

Gilmore, David (1990). “Cuenca mediterránea: La Excelencia en la Actuación”. En *Hacerse Hombre: Concepciones Culturales de la Masculinidad*. Madrid: Paidós.

Gilmore, David (1994). *El estudio sobre las masculinidades. Panorámica general*. Madrid: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. *Gazeta de Antropología* 2001 17 art.27

Goffman, Erving (2001) [1961]. *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goffman, Erving (2003[1963]). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goti, Elena (1990). *La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga*. España: Editorial Nueva Visión.

Halberstam, Judith (2008).”Una introducción a la masculinidad femenina, masculinidad sin hombres”. En *Masculinidad Femenina*. Madrid: Ed. Egales.

Haraway, Donna J. (1991). "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial". En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. pp. 313-346

hooks, bell (2004). *The Will to change: Men, Masculinity and Love*. Traducción, Adelstein Gabriela. Buenos Aires 2014.

Jung, Carl (1976). *Cartas Volumen 2*. London: Routledge and Kegan Paul.

Kimmel (1993) *Masculinidades no dominantes ": Una etnografía virtual*. Quito: Ed. Abya-Ayala.

Lagarde, Marcela (2006 [1993]). *Los cautiverios de las mujeres. Madres esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.

Lazo, Donald M. (1995). *Alcoholismo Lo que usted debe saber. Lo que usted debe hacer*. Sau Paulo: Edit Paulinas: pp. 41-43.

Luengo, Francisca (2011). "*Masculinidades no dominantes ": Una etnografía virtual*. Quito: Ed. Abya- Ayala.

Manual de Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (2013[1992]). Organización Mundial de la Salud.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV 2000 [1844]). Filadelfia: *American Psychiatric Association*.

Martínez, Efrén (2009). "Prevención de Recaídas". En *Un libro de herramientas para personas en recuperación*. Bogotá: Ediciones AQUÍ Y AHORA.

Mirizio, (2003). "Travestismo Urbano". En *Género Sexualidad y Política*. Quito –Ecuador: Ediciones Abya Ayala.

Monsiváis, Carlos (2004). "Crónicas de aspectos, aspersiones, cambios, arquetipos y estereotipos de la masculinidad". En *Desacatos*. núm. 15-16. pp. 90-108.

Muratorio, Blanca (2005). "Historia de una mujer Amazónica: intersección de autobiografía, etnografía e historia". En *Íconos revista de Ciencias Sociales*. Num 21. Quito- Ecuador: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales pp 129-143

Naciones Unidas (2002). *Manual de Tratamiento sobre el abuso de Drogas*. Viena.

Narcóticos Anónimos (1991) Copyright 1991, by Narcotic Anonymous World Services, Inc. Reservados todos los Derechos.

Narcóticos Anónimos (2000 [1991]). *Guía para trabajar los pasos de Narcóticos Anónimos*. Narcotic Anonymous World Services, Inc. Reservados todos los Derechos.

Narcotics Anonymous World Services (1993). *Guía para trabajar el Cuarto Paso de Narcóticos Anónimos*. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Reservados todos los derechos.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976)

Páez, Carolina (2010). “Travestismo Urbano”. En *Género Sexualidad y Política*. Quito – Ecuador: Ediciones Abya Ayala.

Palacios, José (2008). “Reflexiones sobre el proceso ritual en comunidades mexicanas de Alcohólicos Anónimos”. En *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* vol. LXII N2. Murcia: Universidad Católica de San Antonio de Murcia.

Palacios, José (2009). “Espiritualidad, inversión del estigma y transformación del sujeto: A propósito de programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos”. En *Gaceta de Antropología México*: Art. 29

Peixoto, José (2010). *Violencia de género: un problema de conflicto social*. Conflicto Social Año 3 N°4.

Pérez Pimentel, Rodolfo (2008). *Diccionario Biográfico de Ecuador* Quito: Edit. Academia Nacional de Historia.

Pontón Daniel, Fredy Rivera, (2013). *Micro tráfico y Criminalidad en Quito*. Quito - Ecuador: Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana.

Roldan, Gabriel (1992) “Comunidad Terapéutica Hai Gain” (A.G.I.P.A.D.) *Intervención Psicosocial*, vol. #1 N° 2

Rodríguez, Ana (2009). *Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos*. San Salvador -Argentina: ICTER- Instituto de Ciencia y Tecnología Regional.

Rodríguez, Magdalena (2011). *La familia multiproblemática y el modelo sistémico*

Santiago (2014) [2009]. *Planificación Terapéutica Anual: Comunidad Terapéutica Segunda Oportunidad*. Quito.

Santiago y Ronald (2014) [2009] *Planificación Terapéutica Anual: Comunidad Terapéutica Segunda Oportunidad*. Quito.

SECEDI, (2009). “Masculinidad y Adicciones en Centros de Día” en *Educación de las Masculinidades en el siglo XXI*. España.

Sierra, Marcos y M Garrido, (2009). “La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones”. En *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía*. Huelva: Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla. Vol. 27, número 2-3: pp. 339-362

JStanley, Brandes (2002). *Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México*. En *Alteridades* 12(23).

Twerski, Abraham J. (2000). “Negación, racionalización proyección”. En *El pensamiento Adictivo*: Cap. 6. México: Edit. PROMEXA

Vance, Carina (2013). Rueda de prensa, 19 de Julio del 2013. Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Viteri, María Amelia, José Serrano, Salvador Vidal Ortiz (2011). “Cómo se piensa lo queer en América Latina”. En *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num39, pp. 49-60

Wiegman, Robyn (1997) *Womens Studies on its Own*. London: Duke University

Wilkinson, Ann (2012). *"Sin sanidad no hay santidad": las prácticas reparativas en Ecuador*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.

DOCUMENTOS

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Acuerdo Ministerial # 767. Registro Oficial Suplemento 720. Mayo 12 2012

Segunda Oportunidad (2014) [2009]. *Planificación Terapéutica Anual* 2014.

ENTREVISTAS

Carmen, funcionaria de una entidad gubernamental Quito, noviembre 2014

C.S.M., psicólogo del Hospital San Juan de Dios, noviembre 2014

Daniel, ex –residente Centro de Recuperación Desafío Juvenil, septiembre 2014

Director Centro de Terapéutico Segunda Oportunidad, entrevista julio 2014

Ronald, pastor en Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, septiembre 2014

Flavio, psiquiatra Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, agosto 2014

Felipe, ex residente Centro Terapéutico, agosto 2014

Fernando, residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, septiembre 2014

Fernando, ex - residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, diciembre 2014

Grupo Libertad (2014). Observación personal 10 de julio 2014

Grupo Libertad (2014). Observación personal 21 de julio 2014

José, residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, septiembre 2014

José, ex-residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, diciembre 2014

Juan, ex residente Centro Terapéutico, septiembre 2014

José L., miembro de un grupo de doce pasos, Quito, septiembre 2014

María, integrante de un grupo de doce pasos de Quito, julio 2014

Martín, residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, agosto 2014

Martín, ex -residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, diciembre 2014

Patricio, ex – residente Centros de recuperación, Quito, 20 de julio 2014

Rodrigo, residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, agosto 2014

Rodrigo, ex -residente Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, diciembre 2014

Santiago, psicólogo Centro Terapéutico Segunda Oportunidad, agosto 2014

Silvio, ex residente Centro Terapéutico Dejando Huella, junio 2014

Cristian, ex –residente centro de recuperación, Quito, 2014